



Thống Nhất - Trách Nhiệm - Tình Người

KỶ YẾU HỘI NGHỊ

HỘI NGHỊ TIM MẠCH - LÃO KHOA QUỐC TẾ BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT 2023

TP. HỒ CHÍ MINH, NGÀY 27 - 28 THÁNG 10 NĂM 2023



Lưu hành nội bộ

HỘI NGHỊ

TIM MẠCH - LÃO KHOA QUỐC TẾ

BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT 2023

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC

CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

PGS. TS. LÊ ĐÌNH THANH

PHÓ CHỦ TỊCH HỘI ĐỒNG

PGS. TS. HỒ THƯỢNG DŨNG

PGS. TS. ĐỖ KIM QUẾ

PGS. TS. VÕ THÀNH TOÀN

ỦY VIÊN

1. GS. TS. ĐẶNG VĂN PHƯỚC
Khoa Y Đại học Quốc Gia TP.HCM
2. GS. TS. HUỲNH VĂN MINH
Chủ tịch Hội tim mạch học Việt Nam
3. GS. TS. NGUYỄN ĐỨC CÔNG
Bệnh viện Thống Nhất
4. GS. TS. TRƯƠNG QUANG BÌNH
Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
5. PGS. TS. PHẠM NGUYỄN VINH
Bệnh viện Tâm Anh
6. PGS. TS. TRẦN VĂN NGỌC
Phó Chủ tịch Hội Phổi Việt Nam
7. PGS. TS. TRẦN KIM TRANG
Đại học Y Dược TP.HCM
8. PGS. TS. TRẦN THỊ KHÁNH TƯỜNG
Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
9. PGS. TS. HOÀNG VĂN SỸ
Đại học Y Dược TP.HCM
10. PGS. TS. ĐỖ QUANG HUÂN
Viện tim TP.HCM
11. PGS. TS. NGUYỄN VĂN TRÍ
Chủ tịch Liên chi hội Lão khoa TP.HCM
12. PGS. TS. LÊ VĂN QUANG
Bệnh viện Thống Nhất
13. PGS. TS. BÙI CHÍ VIẾT
Đại học Y Dược TP.HCM
14. PGS. TS. DƯƠNG VĂN HẢI
Bệnh viện Bình Dân
15. PGS. TS. THÁI MINH SÂM
Bệnh viện Chợ Rẫy
16. PGS. TS. HỒ HUỲNH QUANG TRÍ
Viện tim TP.HCM
17. PGS. TS. LÊ THƯỢNG VŨ
Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM
18. PGS. TS. NGUYỄN VĂN TÂN
Bệnh viện Thống Nhất
19. PGS. TS. NGUYỄN MẠNH KHÁNH
Bệnh viện Việt Đức
20. PGS. TS. BÙI HỒNG THIÊN KHANH
Đại học Y Dược TP.HCM
21. PGS. TS. HOÀNG TRUNG VINH
Học viện Quân Y
22. PGS. TS. ĐẶNG NGUYỄN ĐOAN TRANG
Bệnh viện Đại học Y Dược
23. PGS. TS. BÙI THỊ HƯƠNG QUỲNH
Bệnh viện Thống Nhất
24. TS. TÔN THẮT MINH
Chủ tịch Hội Nhịp Tim Học TP. HCM
25. TS. TRƯƠNG QUANG KHANH
Bệnh viện Thống Nhất
26. TS. NGUYỄN BÁCH
Bệnh viện Thống Nhất
27. TS. HOÀNG VĂN QUANG
Bệnh viện Thống Nhất
28. TS. PHAN ĐÌNH MỪNG
Bệnh viện 175
29. TS. NGUYỄN TRUNG TUYẾN
Bệnh viện E
30. TS. NGUYỄN THU HƯƠNG
Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên
31. BSCKII. ĐOÀN VIỆT QUÂN
Bệnh viện Việt Đức
32. BSCKII. NGUYỄN THANH HIỀN
Bệnh viện Đại học Y Dược
33. ThS. LÊ BẢO HUY
Bệnh viện Thống Nhất
34. ThS. NGUYỄN TIẾN SƠN
Bệnh viện Việt Đức



THUỐC KHÁNG ĐÔNG ĐƯỜNG UỐNG ỨC CHẾ TRỰC TIẾP YẾU TỐ Xa Hiệu quả trong



Dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân ở các bệnh nhân bị rung nhĩ không do bệnh lý van tim có một yếu tố nguy cơ hoặc nhiều hơn như: suy tim, tăng huyết áp, ≥ 75 tuổi, đái tháo đường, tiền sử đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não.



Điều trị Huyết Khối Tĩnh Mạch Sâu (DVT) và Thuyên Tắc Phổi (PE), dự phòng DVT và PE tái phát.

THÀNH PHẦN: Xarelto 15mg, 20mg: Mỗi viên nén bao phim có chứa 15mg, 20mg rivaroxaban. **CHỈ ĐỊNH:** 1. Dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân ở các bệnh nhân bị rung nhĩ không do bệnh lý van tim có một yếu tố nguy cơ hoặc nhiều hơn như: suy tim, tăng huyết áp, ≥ 75 tuổi, đái tháo đường, tiền sử đột quỵ hoặc cơn thoáng thiếu máu não. 2. Điều trị Huyết Khối Tĩnh Mạch Sâu (DVT) và Thuyên Tắc Phổi (PE), dự phòng DVT và PE tái phát. **LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG:** Liều dùng: 1. **Dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân ở bệnh nhân rung nhĩ (SPAF):** Liều khuyến cáo là 20mg ngày một lần, đó cũng là liều tối đa được khuyến cáo. Việc điều trị với Xarelto nên được tiếp tục trong thời gian dài với điều kiện lợi ích về dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân là vượt trội so với nguy cơ xuất huyết. Nếu bệnh nhân quên uống một liều thuốc thì nên uống Xarelto ngay khi nhớ ra và tiếp tục uống ngày 1 lần theo khuyến cáo vào ngày tiếp theo. Không nên dùng liều gấp đôi trong cùng một ngày để bù cho liều thuốc đã quên không uống. 2. **Điều trị và dự phòng tái phát DVT và PE:** Liều khuyến cáo cho việc bắt đầu điều trị DVT hoặc PE là Xarelto 15mg hai lần mỗi ngày trong 3 tuần đầu tiên, tiếp theo sau là Xarelto 20mg một lần mỗi ngày để tiếp tục điều trị và dự phòng tái phát DVT và PE. Thời gian điều trị ngắn (ít nhất 3 tháng) nên được xem xét ở những bệnh nhân bị DVT hoặc PE có nguyên nhân bởi các yếu tố nguy cơ lớn thoáng qua (ví dụ: đại phẫu hoặc chấn thương nặng gần đây). Thời gian điều trị dài hơn nên được xem xét ở những bệnh nhân bị DVT hoặc PE có nguyên nhân không liên quan đến các yếu tố nguy cơ lớn thoáng qua, DVT hoặc PE không rõ nguyên nhân, hoặc có tiền sử DVT hoặc PE tái phát. Khi dự phòng kéo dài DVT và PE tái phát được chỉ định (sau khi hoàn thành ít nhất 6 tháng điều trị DVT hoặc PE), liều khuyến cáo là 10mg mỗi ngày một lần. Ở những bệnh nhân có nguy cơ cao tái phát DVT hoặc PE, chẳng hạn như những người có nhiều bệnh kèm theo phức tạp hoặc những người đang được điều trị với Xarelto 10mg mỗi ngày một lần mà vẫn tái phát DVT hoặc PE, nên cân nhắc sử dụng liều Xarelto 20mg mỗi ngày một lần. Nếu bệnh nhân quên uống một liều 15mg trong chế độ liều hai lần một ngày (ngày 1-21), nên uống Xarelto ngay lập tức để đảm bảo đủ 30mg Xarelto mỗi ngày. Trong trường hợp này có thể uống hai viên Xarelto 15mg cùng một lúc. Bệnh nhân nên tiếp tục với liều 15mg hai lần mỗi ngày như đã khuyến cáo cho những ngày sau. Nếu bệnh nhân quên uống thuốc trong chế độ liều ngày một lần, nên uống Xarelto ngay lập tức và tiếp tục trong những ngày sau với liều một lần mỗi ngày như đã khuyến cáo. Không nên gấp đôi liều trong cùng một ngày để bù liều đã quên. **Chuyển từ kháng Vitamin K (VKA) sang Xarelto:** Với bệnh nhân điều trị dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân, nên ngừng việc điều trị VKA và bắt đầu với Xarelto khi chỉ số INR ≤ 3 . Với bệnh nhân điều trị và dự phòng tái phát DVT, PE, nên ngừng điều trị với VKA và bắt đầu với Xarelto khi chỉ số INR $\leq 2,5$. Khi chuyển từ VKA sang Xarelto, chỉ số INR sẽ tăng giả sau khi uống Xarelto. Chỉ số INR không có giá trị đo lường hoạt tính chống đông của Xarelto, và như vậy không nên sử dụng. **Chuyển từ Xarelto sang các thuốc kháng Vitamin K:** Có khả năng chống đông không đầy đủ trong thời gian chuyển tiếp từ Xarelto sang VKA. Cần đảm bảo chống đông đầy đủ liên tục trong bất kỳ thời gian chuyển tiếp sang một thuốc chống đông thay thế khác. Cần lưu ý rằng Xarelto có thể góp phần làm tăng chỉ số INR. Ở bệnh nhân chuyển từ Xarelto sang VKA, nên sử dụng đồng thời Xarelto và VKA cho tới khi chỉ số INR $\geq 2,0$. Trong hai ngày đầu tiên của giai đoạn chuyển đổi thuốc, liều VKA điều chỉnh theo test INR được sử dụng sau liều chuẩn VKA. Khi bệnh nhân sử dụng đồng thời Xarelto và VKA, nên kiểm tra chỉ số INR trước liều kế tiếp của Xarelto nhưng phải sau 24 giờ so với liều trước đó. Khi ngừng sử dụng Xarelto, tiến hành xét nghiệm INR 24 giờ sau liều cuối cùng để có kết quả tin cậy. **Chuyển từ các thuốc chống đông đường tiêm sang Xarelto:** ngừng sử dụng các thuốc chống đông đường tiêm và nên bắt đầu uống Xarelto 0 đến 2 giờ trước lần dùng tiếp theo của thuốc tiêm (ví dụ: các thuốc heparin trong lượng nhỏ thấp) hoặc ở thời điểm ngừng các thuốc truyền tĩnh mạch liên tục (ví dụ: heparin không phân đoạn truyền tĩnh mạch). **Chuyển từ Xarelto sang các thuốc chống đông đường tiêm:** Ngừng uống Xarelto và bắt đầu liều đầu tiên của thuốc chống đông đường tiêm vào thời điểm dùng liều Xarelto tiếp theo. **Dân số đặc biệt:** **Suy thận:** Dữ liệu lâm sàng hạn chế ở những bệnh nhân suy thận nặng (độ thanh thải creatinine 15-29ml/phút) cho thấy nồng độ rivaroxaban huyết tương tăng lên đáng kể. Vì vậy nên thận trọng khi dùng Xarelto ở những bệnh nhân này. Không khuyến cáo sử dụng Xarelto trên những bệnh nhân có độ thanh thải creatinine < 15 ml/phút, bệnh nhân suy thận mức độ trung bình (độ thanh thải creatinine 30-49 ml/phút) hoặc nặng (độ thanh thải creatinine 15 -29 ml/phút) liều khuyến cáo được áp dụng như sau: Trong dự phòng đột quỵ và thuyên tắc mạch toàn thân ở bệnh nhân rung nhĩ không do van tim (SPAF), liều khuyến cáo là 15mg ngày một lần. Trong điều trị và dự phòng tái phát DVT và PE: Bệnh nhân nên được điều trị 15mg ngày hai lần trong 3 tuần đầu tiên. Sau đó, khi liều khuyến cáo là 20mg ngày một lần nên cân nhắc giảm liều từ 20mg ngày một lần xuống 15mg ngày một lần nếu nguy cơ xuất huyết được đánh giá là nhiều hơn nguy cơ tái phát DVT và PE. Khi liều khuyến cáo là 10mg ngày một lần, không cần phải chỉnh liều từ liều khuyến cáo. Không cần điều chỉnh liều nếu Xarelto được dùng ở những bệnh nhân bị suy thận nhẹ (độ thanh thải creatinine 50-80ml/phút). **Suy gan:** Chống chỉ định Xarelto ở các bệnh nhân mắc bệnh gan đi kèm với bệnh đông máu và nguy cơ xuất huyết có liên quan về mặt lâm sàng bao gồm các bệnh nhân xơ gan Child Pugh B và C. **Người già, cân nặng cơ thể, giới:** Không cần chỉnh liều. **Trẻ em:** Xarelto không được khuyến cáo cho trẻ dưới 18 tuổi. **Bệnh nhân cần chuyển nhịp:** Xarelto có thể được bắt đầu hoặc tiếp tục trên những bệnh nhân cần chuyển nhịp. Đối với bệnh nhân chuyển nhịp dựa vào siêu âm qua thực quản mà không được điều trị kháng đông trước đó, thì Xarelto nên được bắt đầu ít nhất 4 giờ trước chuyển nhịp để đảm bảo hiệu quả kháng đông đầy đủ. Nên tìm hiểu xem bệnh nhân có sử dụng Xarelto như trong đơn thuốc trước khi chuyển nhịp hay không cho tất cả các bệnh nhân. Việc quyết định khởi đầu và liều trình điều trị nên được dựa vào các hướng dẫn điều trị kháng đông ở bệnh nhân chuyển nhịp. **Bệnh nhân rung nhĩ không do bệnh van tim: Những bệnh nhân đã được PCI (can thiệp mạch vành qua da) có đặt stent:** nên được dùng liều đã giảm 15mg Xarelto một lần mỗi ngày (hoặc 10mg Xarelto một lần mỗi ngày cho những bệnh nhân suy thận trung bình [CrCl: $< 50-30$ ml/phút]) bổ sung vào phác đồ có chất ức chế P2Y12. Phác đồ điều trị này được khuyến cáo trong tối đa là 12 tháng sau khi thực hiện PCI có đặt stent. Sau khi hoàn thành liệu pháp chống kết tập tiểu cầu, nên tăng liều rivaroxaban lên liều chuẩn cho những bệnh nhân có rung nhĩ không do bệnh van tim. **CÁCH DÙNG:** Dùng đường uống. Thuốc nên được uống cùng với thức ăn. Đối với bệnh nhân không thể nuốt nguyên viên thuốc, thì có thể nghiền viên thuốc Xarelto và trộn với nước hay thức ăn mềm như nước táo ngay trước khi dùng và được dùng qua đường uống. Sau khi uống viên Xarelto 15mg hay Xarelto 20mg được nghiền ra, thì nên tiếp ngay sau với thức ăn. Viên Xarelto nghiền ra có thể được cho qua ống thông dạ dày sau khi chắc chắn việc đặt ống thông đúng. Viên





TỐI ƯU HÓA QUÁ TRÌNH PCI VỚI HỆ THỐNG OCT



OCT, optical coherence tomography; PCI, percutaneous coronary intervention

OPTIS
MOBILE SYSTEM

Thông tin chi dùng cho VIỆT NAM
©2022 Abbott. All rights reserved. MAT-2211694 v1.0



Thư chào mừng

Kính gửi:

- Quý đại biểu khách mời
- Quý thầy/cô
- Quý chuyên gia, đồng nghiệp trong nước và quốc tế

Thay mặt Ban tổ chức hội nghị Tim mạch - Lão khoa quốc tế Bệnh viện Thống Nhất 2023 tôi xin gửi tới Quý đại biểu khách mời, Quý cơ quan, tổ chức, Quý thầy cô, chuyên gia, đồng nghiệp trong nước và quốc tế lời chào trân trọng nhất.

Công tác nghiên cứu khoa học, đào tạo luôn được Đảng ủy, Ban giám đốc bệnh viện coi trọng, quan tâm và có sự phát triển không ngừng trong những năm vừa qua. Với trọng tâm là phấn đấu đưa Bệnh viện thành trung tâm chăm sóc, điều trị và nghiên cứu chuyên sâu về lão khoa trong nước và ngang tầm các trung tâm lão khoa lớn trong khu vực cũng như trên thế giới.

Tiếp nối các hội nghị khoa học những năm vừa qua, Bệnh viện tổ chức hội nghị Tim mạch – Lão khoa quốc tế quy tụ các chuyên gia hàng đầu về Tim mạch và Lão khoa trong nước và quốc tế, cùng các báo cáo viên chia sẻ, cập nhật những kiến thức mới nhất về Tim mạch và Lão khoa, các nghiên cứu lâm sàng được tiến hành, đúc kết từ thực tế lâm sàng.

Tôi xin chân thành cảm ơn sự quan tâm, chỉ đạo và giúp đỡ của Bộ Y tế, các Quý cơ quan, ban ngành đã luôn quan tâm và giúp đỡ Bệnh viện trong mọi hoạt động chuyên môn cũng như nghiên cứu khoa học, xin trân trọng cảm ơn Quý thầy cô, các chuyên gia, đại biểu trong nước và quốc tế đã nhiệt tình tham gia, chia sẻ những kiến thức cập nhật, bổ ích về Tim mạch và Lão khoa.

Xin kính chúc Quý đại biểu khách mời, Quý thầy cô, Quý chuyên gia, đại biểu lời chúc sức khỏe, hạnh phúc và thành công.

TRƯỞNG BAN TỔ CHỨC HỘI NGHỊ

GIÁM ĐỐC BỆNH VIỆN



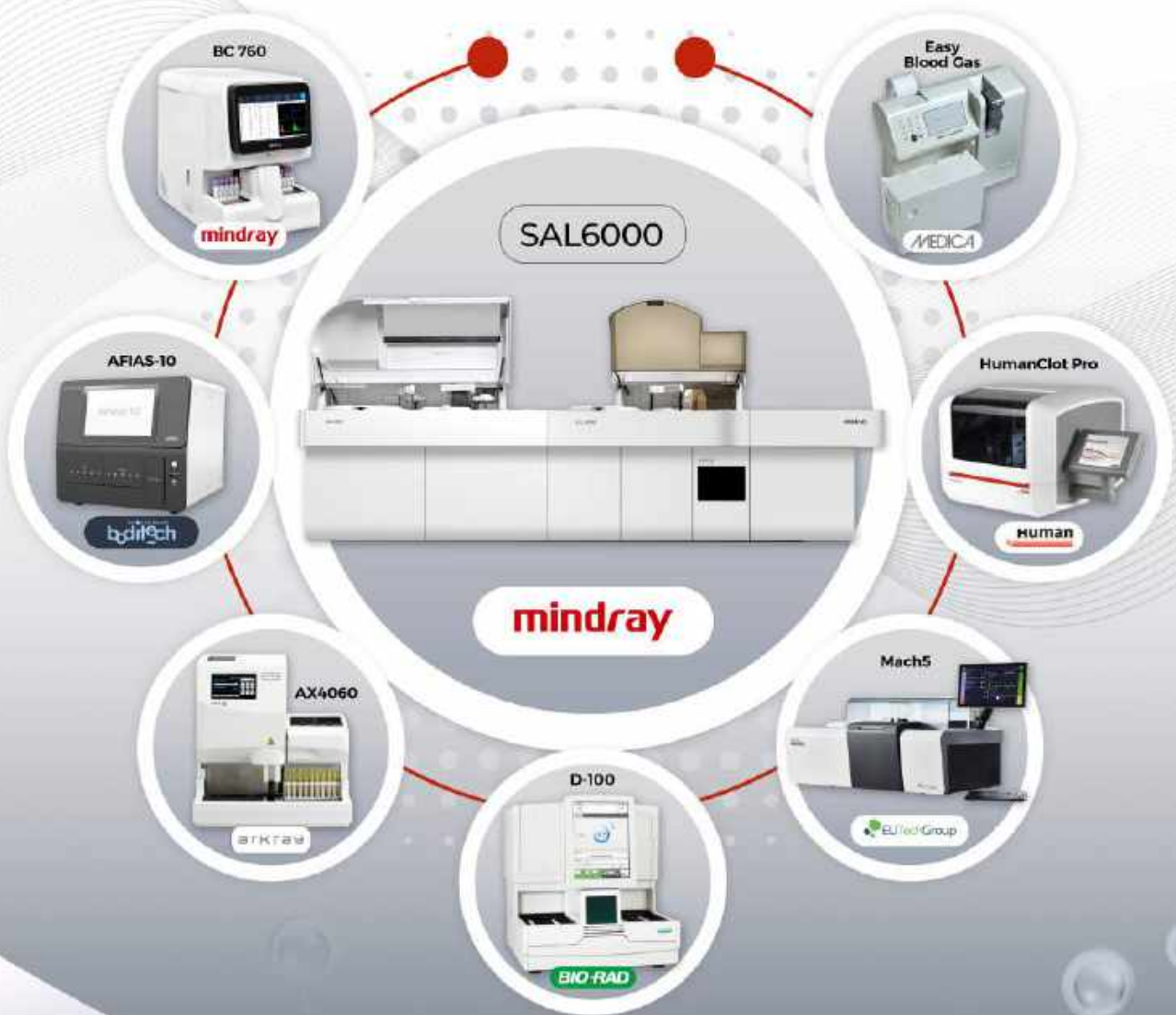
TTƯT. PGS. TS LÊ ĐÌNH THANH



📍 Tầng 2, Tòa Petrowaco, Số 97-99 Láng Hạ, Q.Đống Đa, TP.Hà Nội

☎ (+84) 24 35375444 | 📞 hotline (+84) 982 272081

GIẢI PHÁP XÉT NGHIỆM CHUẨN ĐOÁN TIÊN TIẾN - TOÀN DIỆN



MỤC LỤC

1. TIẾP CẬN SỚM BỆNH THẬN MẠN: TỪ DỰ PHÒNG ĐẾN ĐIỀU TRỊ	
<i>PGS. TS. Lê Đình Thanh</i>	1
2. LÃO HÓA VÀ BỆNH LÝ XƠ VỮA	
<i>PGS. TS. Nguyễn Văn Trí</i>	1
3. ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN 2023 - CÁC BIỆN PHÁP TĂNG SỐNG CÒN	
<i>PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh</i>	2
4. ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở ĐỐI TƯỢNG CAO TUỔI	
<i>PGS. TS. Hoàng Trung Vinh</i>	3
5. SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở NGƯỜI SUY TIM	
<i>PGS. TS. Trần Kim Trang</i>	4
6. SỬ DỤNG KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH HÔ HẤP HIỆN NAY	
<i>PGS. TS. Trần Văn Ngọc</i>	5
7. CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM DẠ DÀY	
<i>PGS.TS. Lê Văn Quang, TS. BS. Nguyễn Hồng Sơn</i>	8
8. CẢI THIỆN TIỀN LƯỢNG SAU NHỒI MÁU CƠ TIM: NHỮNG THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP HIỆN NAY?	
<i>PGS. TS. Nguyễn Văn Tân</i>	9
9. DUYỆT KHÁNG SINH ƯU TIÊN QUẢN LÝ – VAI TRÒ CỦA DƯỢC SĨ LÂM SÀNG	
<i>PGS. TS. Đặng Nguyễn Đoàn Trang</i>	9
10. PHÂN BIỆT BỆNH LÝ ĐƠN GEN VÀ ĐA GEN VÀ VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM NGUY CƠ ĐA GEN	
<i>PGS. TS. Đỗ Đức Minh</i>	10
11. RỐI LOẠN CƯỜNG DƯƠNG VÀ VẤN ĐỀ TIM MẠCH	
<i>PGS. TS. Trần Kim Trang</i>	11
12. THANG ĐIỂM NGUY CƠ ĐA GEN - KHUYNH HƯỚNG MỚI TRONG ƯỚC TÍNH NGUY CƠ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH	
<i>TS. BS. Nguyễn Thanh Huân</i>	12
13. THAY KHỚP HÁNG CHO NGƯỜI LỚN TUỔI	
<i>PGS. TS. Võ Thành Toàn</i>	13
14. DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở NGƯỜI CAO TUỔI	
<i>BSC2. Ngô Thị Thanh Quýt</i>	14
15. XỬ LÝ BIẾN CỐ TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN TIM MẠCH NGUY CƠ CAO	
<i>PGS. TS. Trần Thị Khánh Tường</i>	16
16. ĐƠN VỊ ĐỘT QUỴ BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT - TỔNG KẾT 10 NĂM HOẠT ĐỘNG	
<i>BSC2. Nguyễn Thị Phương Nga</i>	17

17. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU CHO BỆNH NHÂN TIỀN SỬ NHỒI MÁU CƠ TIM 2023	
<i>PGS. TS. Hồ Thượng Dũng</i>	17
18. CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỢ: Lợi ích và thách thức của phẫu thuật ít xâm lấn bóc lớp trong động mạch cảnh	
<i>PGS. TS. Đỗ Kim Quế</i>	19
19. NGUY CƠ TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ	
<i>PGS. TS. Trần Kim Trang</i>	20
20. TIẾP CẬN MỚI RUNG NHĨ TRONG BỆNH TUYẾN GIÁP	
<i>TS. BS. Nguyễn Thu Hương</i>	20
21. CUỒNG GIÁP VÀ SUY TIM: NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý	
<i>BSCCK2. Nguyễn Thanh Hiền</i>	22
22. RUNG NHĨ XẢY RA TRONG NHẬP VIỆN CẤP TÍNH: LƯU Ý CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ	
<i>BSCCK2. Nguyễn Thanh Hiền</i>	22
23. MỘT GÓC NHÌN MỚI VỀ PHÒNG NGỪA TIỀN PHÁT BỆNH TIM MẠCH XƠ VỮA	
<i>TS. BS. Tôn Thất Minh</i>	23
24. TỐI ƯU HÓA ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM	
<i>BSCCK2. Nguyễn Văn Bé Hai</i>	24
25. XU HƯỚNG CHỈ ĐỊNH TẠO NHỊP THEO HỆ THỐNG DẪN TRUYỀN HIỆN NAY	
<i>TS. Trương Quang Khanh</i>	25
26. NHÌN LẠI VAI TRÒ CÁC THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP TRONG ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ TRONG NĂM 2023	
<i>ThS. BS. Nguyễn Hoàng Phú</i>	26
27. TỔNG HỢP CÁC NGHIÊN CỨU VÀ KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ SUY TIM: ĐIỀU ĐÃ BIẾT VÀ CHƯA BIẾT	
<i>ThS. BS. Bùi Xuân Khải</i>	27
28. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG GAN THẬN	
<i>TS. BS. Hoàng Văn Quang</i>	28
29. BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG HẤP PHỤ HUYẾT TƯƠNG KẾT HỢP LỌC MÁU LIÊN TỤC ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>TS. BS. Hoàng Văn Quang</i>	29
30. TRAUMA DEVELOPMENT SYSTEM IN HO CHI MINH CITY: WHERE ARE WE STANDING IN THE WORLD?	
<i>Le Bao Huy MD., MSc.</i>	30
31. STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN CẤP CỨU NGOÀI BỆNH VIỆN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU 115 TP HỒ CHÍ MINH NĂM 2022.	
<i>ThS. BSCCK2. Đỗ Ngọc Chánh, Phạm Tấn Phát</i>	31

32.KẾT QUẢ TRIỂN KHAI T-CPR CỦA ĐIỀU PHỐI VIÊN 115 TRONG TRƯỜNG HỢP NGỪNG TIM NGỪNG THỞ NGOÀI BỆNH VIỆN	
<i>BS. Lê Huy Nguyễn Tuấn</i>	32
33.QUẢN LÝ CHU PHẪU CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN	
<i>BS. Đào Ngô Quyền</i>	33
34.CHIA SẺ KINH NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN	
<i>TS. BS. Nguyễn Thị Thủy Ngân</i>	34
35.CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ HEN 2023: TIẾP CẬN TOÀN DIỆN DỰA TRÊN Y HỌC CHỨNG CỨ	
<i>BSCCK2. Ngô Thế Hoàng</i>	36
36.CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG HUYẾT	
<i>BSCCK2. Trần Thị Vân Anh</i>	37
37.CÁC TÁC NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>Nguyễn Ngọc Lân, Lê Thị Thảo, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Tài Lộc, Ngô Tiểu My, Lê Hoài Thương</i>	37
38.ỨNG DỤNG VI SINH LÂM SÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ <i>KLEBSIELLA PNEUMONIAE</i> ĐA KHÁNG	
<i>ThS. BS. Nguyễn Ngọc Lân</i>	39
39.Nghiên cứu tình hình đề kháng kháng sinh do ENTEROBACTERIACEAE Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>Lê Bảo Huy, Vũ Đình Chánh, Vũ Thị Kim Cương, Nguyễn Thanh Liêm</i>	41
40.GÁNH NẶNG CỦA BỆNH PHẾ CẦU VÀ HIỆU QUẢ CỦA VẮC XIN	
<i>BS. Nguyễn Thanh Trúc, BSCCK2. Ngô Thế Hoàng</i>	43
41.BỆNH NHIỄM GIUN LƯƠN	
<i>BS. Nguyễn Thị Thủy Tiên</i>	45
42.GIÁ TRỊ CỦA GENE XPERT TRONG CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI	
<i>BS. Phạm Minh Trí, BSCCK2. Ngô Thế Hoàng</i>	46
43.YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG VÀ BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG CƯỜNG GIÁP TÁI PHÁT SAU NGỪNG THUỐC THEO CHỈ ĐỊNH Ở NGƯỜI BỆNH GRAVE	
<i>PGS. TS. Hoàng Trung Vinh</i>	47
44.LỰA CHỌN STATIN CÂN BẰNG GIỮA HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN TRÊN BỆNH NHÂN CHÂU Á	
<i>PGS. TS. Lê Đình Thanh</i>	49
45.CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ XƠ HÓA GAN	
<i>ThS. BSCCK2. Hà Vũ</i>	50

46. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI	
<i>ThS. BS. Nguyễn Thanh Vy</i>	50
47. BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: THÁCH THỨC, THÀNH TỰU VÀ TRIỂN VỌNG	
<i>TS. BS. Nguyễn Thu Hương</i>	52
48. KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUYỆ TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER	
<i>ThS. BS. Nguyễn Khánh Vân, BSK1. Nguyễn Hữu Nghị</i>	54
49. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CHUÔI DÀI KHÔNG XI MĂNG TRÊN BỆNH NHÂN LỚN TUỔI GÂY PHỨC TẠP ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI CÓ LOÃNG XƯƠNG	
<i>PGS. TS. Võ Thành Toàn</i>	55
50. GÃY Ổ CỎI: CHẨN ĐOÁN VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ	
<i>TS. BS. Nguyễn Trung Tuyển</i>	57
51. TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GÓI NỘI SOI: CẠM BÃY VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA	
<i>TS. BS. Phan Đình Mừng</i>	57
52. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU 5 NĂM THAY KHỚP GÓI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC	
<i>BSK2. Đoàn Việt Quân</i>	58
53. ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI	
<i>ThS. BS. Hoàng Quốc Nam</i>	60
54. GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TRONG CHÂN THƯƠNG CHỈNH HÌNH	
<i>BSK2. Phan Ngọc Tuấn</i>	61
55. TRÀN DỊCH TINH MẠC Ở BỆNH NHÂN THẨM PHÂN PHỨC MẠC: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP	
<i>BSK2. Lý Văn Quảng</i>	62
56. TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VIÊM CẦU THẬN TĂNG SINH MÀNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>ThS. BS. Hoàng Duy Thái</i>	63
57. TỶ LỆ HẠ KALI MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG	
<i>TS. BS. Nguyễn Bác1, BSK1. Phạm Thị Lan Hương</i>	65
58. LỌC MÁU LIÊN TỤC VÀ SỰ ẢNH HƯỞNG LÊN THẢI TRỪ THUỐC	
<i>DS. Phạm Thị Lệ Cẩm</i>	66
59. TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH ĐÔI BẠN CÙNG TIẾN VỀ DƯỢC LÂM SÀNG: CHIA SẺ CỦA BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>PGS. TS. Bùi Thị Hương Quỳnh</i>	67

60. THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG TẠI BV THỐNG NHẤT - TP. HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN 2020-2022	
<i>CNDD. Lê Thị Thơi</i>	68
61. KHẢO SÁT HIỆU QUẢ CỦA KIOSK ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT 2023	
<i>Vũ Thị Hải Yến</i>	70
62. HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ PHỐI HỢP PEMBROLIZUMAB Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV DỮ LIỆU ĐỜI THỰC TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>BSC2. Trần Mạnh Hoàng</i>	71
63. VAI TRÒ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ BẰNG TKIS TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM CÓ ĐỘT BIẾN EGFR	
<i>BSC1. Phạm Thanh Hằng</i>	73
64. ATEZOLIZUMAB – HY VỌNG MỚI DÀNH CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN LAN TRÀN	
<i>BSC1. Nguyễn Thị Đại Đồng</i>	73
65. DỰ HẬU XHDN DO VỠ PHÌNH ĐM NÃO ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH XỬ LÝ CĂN NGUYÊN TRONG VÒNG 24 GIỜ ĐẦU: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐOÀN HỆ TIỀN CỨU TRÊN 108 BN	
<i>TS. BS. Tạ Vương Khoa</i>	74
66. THUỐC BẢO VỆ VÀ DINH DƯỠNG THẬN KINH – KHẢ NĂNG VÀ HIỆN THỰC	
<i>BSC2. Nguyễn Thị Phương Nga</i>	75
67. CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU Ở NGƯỜI CAO TUỔI	
<i>BSC1. Lê Thị Thúy Uyên</i>	76
68. ỨNG DỤNG CỦA TIÊM BOTULINUM TOXIN A TRONG RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP	
<i>BS. Châu Quốc Vinh</i>	76
69. Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC THỨ PHÁT DO SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG TRÀM CẢM	
<i>Ths. BS. Nguyễn Văn Đán, Ths. BS. Lê Thu Thảo</i>	77
70. SARCOPENIA IN ELDERLY VIETNAMESE OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS	
<i>BS. Lê Nhật Trường, TS. Trần Quang Khánh</i>	78
71. RIGHT MIDDLE LOBE SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE	
<i>BS. Phùng Thảo My, BSC2. Ngô Thế Hoàng</i>	79

72. PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE AMONG OLDER ADULTS WITH OSTEOPOROSIS	
<i>BS. Trương Trí Khoa, GS. TS. Nguyễn Đức Công, TS. BS. Nguyễn Thanh Huân</i>	80
73. GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA THANG ĐIỂM NEWS Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT NHẬP KHOA CẤP CỨU	
<i>BS. Võ Minh Phúc, ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Vũ Đình Chánh, ĐD. Võ Nguyễn Ngọc Tâm</i>	81
74. SUCCESSFUL USE OF THROMBOLYTIC THERAPY IN TWO CASES WITH OBSTRUCTIVE MECHANICAL VALVE THROMBOSIS	
<i>BS. Võ Thị Thùy Liên</i>	83
75. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: NGỘ ĐỘC CAFFEIN NẶNG	
<i>ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Lê Hiếu, BS. Nguyễn Phương Nhi, ĐD. Hoàng Thị Bích Diệp</i>	84
76. VALIDITY OF THE SIMPLIFIED CLINICAL FRAILTY SCALE IN OLDER PATIENTS COMPARED TO CANADIAN CLINICAL FRAILTY SCALE	
<i>BS. Lê Thị Hồng Hoa, ThS. BS. Nguyễn Trần Tố Trân, PGS. TS. Nguyễn Văn Trí</i>	86
77. NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT	
<i>BS. Trần Gia Huy, ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Hồ Châu Âu, ĐD. Phạm Trọng Dũng</i>	87
78. DISEASE PATTERN OF THE EMERGENCY DEPARTMENT AT THONG NHAT HOSPITAL OVER 5 YEARS FROM 2018 TO 2022	
<i>BS. Lê Thảo Nhân, BSCKI. Nguyễn Đức Tới, ThS. BS. Lê Bảo Huy, ĐD. Nguyễn Thị Huyền Trang</i>	89
79. SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM VÀ ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CHƯỜM NGẢI TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY NĂM 2023	
<i>Lê Thị Nhã Trúc, Vũ Hoàng Anh Thế, Trần Thị Mỹ Lệ, Nguyễn Quốc Phong, Nguyễn Văn Đàn</i>	90

Jardiance® Duo

(empagliflozin /metformin HCl)

**CẢI THIỆN KIỂM SOÁT ĐƯỜNG HUYẾT
ở bệnh nhân người lớn đái tháo đường týp 2***



**KHÔNG KIỂM SOÁT TỐT
với metformin hoặc empagliflozin đơn độc***



**KHÔNG KIỂM SOÁT TỐT
với metformin hoặc empagliflozin đơn độc
và các thuốc hạ đường huyết khác bao gồm insulin***

Empagliflozin được chỉ định làm giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở bệnh nhân trưởng thành đái tháo đường týp 2 kèm bệnh lý tim mạch*

Tham khảo mục Chỉ định trong thông tin kê toa sản phẩm

PC-VN-102849

THÀNH PHẦN VÀ DẠNG BÀO CHẾ: JARDIANCE DUO viên nén bao phim chứa 5 mg hoặc 12,5 mg empagliflozin và 850 mg hoặc 1000 mg metformin hydrochloride.

CHỈ ĐỊNH: Kiểm soát đường huyết: JARDIANCE DUO được chỉ định phối hợp với chế độ ăn và luyện tập để cải thiện việc kiểm soát đường huyết ở bệnh nhân (BN) người lớn bị đái tháo đường (ĐTĐ) typ 2 khi phù hợp điều trị bằng empagliflozin và metformin; không kiểm soát tốt khi điều trị bằng metformin hoặc empagliflozin đơn độc; không kiểm soát tốt khi điều trị bằng metformin hoặc empagliflozin kết hợp với các thuốc hạ đường huyết khác bao gồm cả insulin; đã được điều trị đồng thời bằng empagliflozin và metformin dưới dạng viên nén riêng biệt. **Empagliflozin được chỉ định làm giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở BN trưởng thành ĐTĐ typ 2 và có sẵn bệnh lý tim mạch.** Hiệu quả của JARDIANCE DUO trong làm giảm nguy cơ tử vong tim mạch ở BN trưởng thành ĐTĐ typ 2 và có sẵn bệnh lý tim mạch chưa được chứng minh.

CÁCH DÙNG, LIỀU DÙNG: Ở BN đang dùng metformin: chuyển sang JARDIANCE DUO có hàm lượng empagliflozin 5mg và tổng liều metformin trong ngày tương tự liều đang dùng; Ở BN đang dùng empagliflozin: chuyển sang JARDIANCE DUO có hàm lượng metformin 500mg và tổng liều empagliflozin tương tự liều đang dùng; Ở BN đang dùng empagliflozin và metformin: chuyển sang JARDIANCE DUO với tổng liều mỗi hoạt chất tương ứng liều đang dùng; Uống 2 lần/ngày trong bữa ăn; tăng liều từng bước, không vượt quá mức liều tối đa hàng ngày của metformin là 2000mg và empagliflozin là 25mg. **BN suy thận:** Đánh giá chức năng thận trước khi khởi trị, sau đó đánh giá định kỳ, chống chỉ định ở BN có eGFR < 45 mL/phút/1,73 m². **Khi xét nghiệm chẩn đoán hình ảnh có sử dụng thuốc cản quang chứa iod:** Ở BN có eGFR từ 45-60 mL/phút/1,73m², BN có tiền sử bệnh lý gan, nghiện rượu, suy tim, hoặc BN sẽ sử dụng thuốc cản quang chứa iod qua đường động mạch: Ngừng sử dụng trước hoặc tại thời điểm xét nghiệm này.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH: Quá mẫn với empagliflozin và/hoặc metformin hoặc bất kỳ tá dược nào; BN toan chuyển hóa cấp tính hoặc mạn tính, bao gồm cả nhiễm toan ceton do ĐTĐ; tiền hôn mê do ĐTĐ; suy thận vừa hoặc nặng (eGFR < 45 ml/phút/1,73m²), suy thận giai đoạn cuối hoặc đang lọc thận; các trường hợp cấp tính có thể làm biến đổi chức năng thận như: mất nước, nhiễm trùng nặng, sốc, dùng thuốc cản quang có chứa iốt dạng tiêm mạch; bệnh có thể gây thiếu oxy ở mô như suy tim mất bù, suy hô hấp, nhồi máu cơ tim mới mắc, sốc; suy gan, ngộ độc rượu cấp, nghiện rượu.

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG: ĐTĐ nhiễm toan ceton (DKA): đã được ghi nhận trên BN được điều trị bằng empagliflozin. Cần xem xét khi thấy triệu chứng không đặc hiệu như buồn nôn, nôn, chán ăn, đau bụng, khát nước quá mức, khó thở, lẫn lộn, mệt mỏi bất thường hoặc buồn ngủ. BN nên được đánh giá tình trạng này ngay khi có xuất hiện triệu chứng trên, bất kể nồng độ glucose trong máu. Nếu nghi ngờ nhiễm toan ceton nên ngừng dùng JARDIANCE DUO. BN có nguy cơ cao bị ĐTĐ nhiễm toan ceton khi dùng JARDIANCE DUO gồm BN có chế độ ăn rất ít carbohydrate, BN đang có bệnh cấp tính, rối loạn về tụy dẫn tới thiếu hụt insulin (ví dụ đái tháo đường typ 1, tiền sử viêm hoặc phẫu thuật tụy), giảm liều insulin (gồm BN tiêm insulin bị bơm sai), nghiện rượu, mất nước nặng, có tiền sử nhiễm toan ceton: thận trọng khi dùng JARDIANCE DUO. Thận trọng khi giảm liều insulin. BN đang dùng JARDIANCE DUO nên xem xét việc kiểm soát nhiễm toan ceton và tạm thời ngưng thuốc khi tình trạng lâm sàng đã được biết dẫn đến nhiễm toan ceton (ví dụ nhìn đói kéo dài do bệnh cấp tính hoặc phẫu thuật). **Nhiễm toan lactic:** đã ghi nhận những ca liên quan đến metformin, bao gồm cả trường hợp tử vong, giảm thân nhiệt, tụt huyết áp, loạn nhịp chậm kéo dài. Khởi phát tình trạng này thường không dễ phát hiện, kèm các triệu chứng không điển hình như khó chịu, đau cơ, suy hô hấp, lơ mơ, đau bụng. Tình trạng này đặc trưng bằng nồng độ lactat tăng lên trong máu (> 5mmol/L), giảm pH máu, khoảng trống anion (không có bằng chứng của keto niệu hoặc keto máu), tăng tỷ lệ lactat/pyruvat và nồng độ metformin huyết tương nói chung tăng >5µg/mL. Nếu nghi ngờ có tình trạng này: ngừng sử dụng metformin, nhanh chóng đưa BN đến bệnh viện, tiến hành các biện pháp xử trí. Hướng dẫn cho BN, người nhà về các triệu chứng của toan lactic; nếu những triệu chứng này xảy ra, cần ngừng JARDIANCE DUO và báo cáo những triệu chứng này cho bác sĩ. Yếu tố nguy cơ của tình trạng nhiễm toan lactic liên quan metformin và khuyến cáo nhằm giảm thiểu nguy cơ: *BN suy thận: xảy ra chủ yếu ở BN suy thận nặng.* Khuyến cáo lâm sàng dựa trên chức năng thận xem mục Cách dùng, liều dùng; *Sử dụng đồng thời một số thuốc* (ví dụ các chất ức chế carbonic anhydrase như topiramát): theo dõi BN thường xuyên hơn; ≥ 65 tuổi: cần đánh giá chức năng thận thường xuyên hơn; *Có chiếu chụp sử dụng thuốc cản quang:* xem mục Cách dùng, liều dùng; *Phẫu thuật và các thủ thuật khác:* tạm ngừng metformin

TIẾP CẬN SỚM BỆNH THẬN MẠN: TỪ DỰ PHÒNG ĐẾN ĐIỀU TRỊ

*PGS. TS. Lê Đình Thanh
Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất*

Bệnh thận mạn trong những năm qua vẫn luôn là một vấn đề y tế đầy thách thức với gánh nặng lớn cho ngành y tế và cho người bệnh. Đặc biệt, tại Việt Nam, các số liệu thống kê cho thấy tỷ lệ mắc bệnh thận mạn với mức cao trong khu vực và là một trong 10 nguyên nhân gây tử vong hàng đầu hiện nay. Chính vì vậy, dự phòng, tầm soát và điều trị tích cực cho bệnh nhân là rất quan trọng.

Các nghiên cứu cho thấy việc quản lý đa yếu tố gồm huyết áp và quản lý đái tháo đường, bên cạnh việc áp dụng các liệu pháp nền tảng giúp tác động tích cực đến việc điều trị bệnh thận mạn. Bài báo cáo tập trung vào các hướng dẫn quốc tế và tại Việt Nam mới nhất về điều trị bệnh thận mạn cũng như các nghiên cứu của SGLT2i – nhóm thuốc mới được cho là nền tảng hiện nay trong dự phòng cũng như điều trị bệnh thận.

LÃO HÓA VÀ BỆNH LÝ XƠ VỮA

*PGS. TS. Nguyễn Văn Trí
Chủ tịch liên chi Hội Lão Khoa TP.HCM*

Trong quá trình lão hóa mạch máu bình thường, có sự thay đổi chậm của cấu trúc và chức năng mạch máu, dẫn đến giảm độ đàn hồi và tăng độ cứng của các động mạch lớn. Quá trình này có liên quan với những thay đổi về cấu trúc và sinh hóa phụ thuộc tuổi, ví dụ thay đổi lượng elastin và collagen trong thành mạch. Song song với quá trình lão hóa bình thường này, có sự lão hóa bệnh lý của động mạch (xơ vữa động mạch) với những sang thương đặc trưng và sự hình thành mảng xơ vữa trong thành động mạch. Sự lão hóa bệnh lý bắt đầu với hiện tượng tăng bề dày của lớp áo trong và áo giữa của thành động mạch, đi kèm với bất thường của dẫn mạch qua trung gian nội mô và giảm hoạt tính tiêu sợi huyết. Khi lão hóa bệnh lý chồng lên lão hóa bình thường, lão hóa chung của mạch máu sẽ xuất hiện sớm hơn và tiến triển nhanh hơn. Hệ quả của lão hóa mạch máu sớm là sự xuất hiện sớm của những bệnh tim mạch như bệnh mạch vành, bệnh mạch máu não (đột quỵ, cơn thiếu máu não thoáng qua) và bệnh động mạch ngoại biên. Sa sút trí tuệ do nguyên nhân mạch máu với những biểu hiện như rối loạn chức năng nhận thức, trầm cảm, mất trí nhớ cũng có nguồn gốc từ lão hóa mạch máu sớm. Các biện

pháp làm chậm quá trình lão hóa mạch máu bao gồm kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ tim mạch, các loại thuốc tác động trực tiếp vào cơ chế sinh bệnh và các thực phẩm chức năng cũng như thảo dược tiềm năng.

AGING AND ATHEROSCLEROSIS

During normal vascular aging, there are slow changes in vascular structure and function, leading to decreased elasticity and increased stiffness of large arteries. This process is associated with age-dependent structural and biochemical changes, such as changes in the amount of elastin and collagen in the vessel wall. Parallel to this normal aging process, there is pathological aging of the arteries (atherosclerosis) with characteristic lesions and the formation of atherosclerotic plaques in the arterial walls. Pathological aging begins with an increase in the intima-media thickness (IMT), accompanied by abnormalities in endothelial-mediated vasodilation and reduced fibrinolytic activity. When pathological aging overlaps with normal aging, general aging of the blood vessels appears earlier and progresses more rapidly. The consequence of premature vascular aging is the early appearance of cardiovascular diseases such as coronary artery disease, cerebrovascular disease (stroke, transient ischemic attack) and peripheral artery disease. Vascular dementia with manifestations such as cognitive dysfunction, depression, and memory loss also originates from premature vascular aging. Measures to slow down the vascular aging process include good control of cardiovascular risk factors, drugs that directly affect disease pathogenesis, and potential dietary supplements and herbs.

ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN 2023 - CÁC BIỆN PHÁP TĂNG SỐNG CÒN

PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh

Giám đốc Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

Suy tim mạn và suy tim cấp là vấn đề lớn của nhân loại. Tử vong sau 5 năm của suy tim mạn còn cao hơn nhiều bệnh ung thư. Tần suất suy tim của châu Âu từ 0,4 – 2%, trong đó người trên 65 tuổi là từ 4 – 6%. Tại Việt Nam, dựa theo tần suất của châu Âu có cả triệu người suy tim.

Chẩn đoán suy tim đã được chuẩn hóa: lâm sàng, ECG, siêu âm tim và các phương tiện hình ảnh khác, chỉ điểm sinh học, di truyền. Phần lớn nguyên nhân của suy tim đã

được chẩn đoán xác định. Tuy nhiên, chẩn đoán nguyên nhân bệnh cơ tim dẫn nở không thiếu máu cục bộ vẫn còn là vấn đề khó, nếu không đủ phương tiện cận lâm sàng.

Điều trị suy tim phân suất tống máu giảm đạt nhiều tiến bộ. Túc trụ bằng thuốc giúp giảm biến cố bao gồm A: ức chế men chuyển, ARNi (Sacubitril/Valsartan) hoặc chẹn thụ thể angiotensin II; B: chẹn beta như metoprolol succinate, bisoprolol, carvedilol và nebivolol; MRA: thuốc đối kháng aldosterone như spironolactone hoặc eplerenone; S: thuốc ức chế SGLT2 như dapagliflozin, empagliflozin.

Sử dụng tối ưu các thuốc trên giúp tăng sống còn người bệnh. Điều trị bằng dụng cụ, can thiệp hoặc phẫu thuật van tim hay động mạch vành cũng giúp giảm biến cố.

Điều trị suy tim phân suất tống máu bảo tồn bao gồm điều trị nguyên nhân, giảm sung huyết và thuốc ức chế SGLT2. Empagliflozin được nghiên cứu EMPEROR Preserved chứng minh giảm biến cố tử vong tim mạch và nhập viện.

Tiến bộ trong những năm gần đây là các biện pháp tăng sống còn gia tăng trong suy tim mạn: túc trụ trong suy tim/phân suất tống máu giảm cùng với điều trị bằng dụng cụ. Lần đầu tiên có thuốc gia tăng sống còn trong suy tim/phân suất tống máu bảo tồn: Empagliflozin và Dapagliflozin. Các bước tiến này đã giúp kéo dài đời sống bệnh nhân suy tim.

ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở ĐỐI TƯỢNG CAO TUỔI

*PGS. TS. Hoàng Trung Vinh
Phó chủ tịch Hội Nội tiết Hà Nội*

Đái tháo đường (ĐTĐ) là vấn đề sức khỏe của từng cá nhân và cộng đồng, đang có tỷ lệ gia tăng, là bệnh gây các biến chứng mạch máu. Cần có các biện pháp làm giảm các biến chứng mạch máu mới xuất hiện và sự suy giảm sức khỏe nói chung. Bài báo cáo đề cập đến những biểu hiện về ĐTĐ ở đối tượng cao tuổi, trao đổi về cách nhận biết sự suy yếu của sức khỏe để có cách tiếp cận điều trị phù hợp. Việc đánh giá đa chiều, đa chỉ số sẽ giúp cung cấp những thông tin cần thiết cho bác sĩ điều trị, bác sĩ tâm thần học để xác định những chức năng nào bị suy giảm hoặc hoạt động hạn chế. Mục tiêu chính trong chăm sóc ĐTĐ ở đối tượng cao tuổi bao gồm việc cá thể hóa, độc lập, dựa vào các chức năng cụ thể và chất lượng cuộc sống suy giảm cùng các yếu tố thúc đẩy sự suy giảm ngày càng nặng hơn. Liên kết giữa mục tiêu điều trị với tình trạng chức năng của cá thể

để lựa chọn mục tiêu kiểm soát glucose cho thích hợp. Con hạ đường huyết cũng rất cần được quan tâm và tìm mọi cách tránh sự xuất hiện con hạ đường huyết. Chăm sóc đối tượng ĐTĐ cao tuổi có chất lượng là thách thức đối với nhân viên y tế.

Từ khóa: Đái tháo đường típ 2, người cao tuổi, mất cơ, sức khỏe suy yếu.

DIABETES MELLITUS IN ELDERLY PEOPLE

Diabetes in ageing communities imposes a substantial personal and public health burden by virtue of its high prevalence, its capacity to cause disabling vascular complications, the emergence of new non-vascular complications, and the effects of frailty. In this Review, we examine the current state of knowledge about diabetes in older people (aged ≥ 75 years) and discuss how recognition of the effect of frailty and disability is beginning to lead to new management approaches. A multidimensional and multidisciplinary assessment process is essential to obtain information on medical, psychosocial, and functional capabilities, and also on how impairments of these functions could limit activities. Major aims of diabetes care include maintenance of independence, functional status, and quality of life by reduction of symptom and medicine burden, and active identification of risks. Linking of therapeutic targets to individual functional status is mandatory and very tight glucose control is often not necessary. Hypoglycaemia remains an important avoidable iatrogenic event. Quality diabetes care in older people remains an important challenge for health professionals.

Keywords: Type 2 diabetes mellitus, elderly, sarcopenia, frailty.

SUY GIẢM NHẬN THỨC Ở NGƯỜI SUY TIM

*PGS. TS. Trần Kim Trang
Đại học Y Dược TP.HCM*

Suy giảm nhận thức là một tình trạng đồng mắc thường gặp ở người suy tim, làm cho suy tim xấu hơn và ngược lại. Đã có những đánh giá về tác động của thuốc suy tim lên SGNT và ngược lại. Chẩn đoán SGNT bao gồm các thang đo sàng lọc kết hợp biomarker và hình ảnh học. Điều trị kết hợp điều chỉnh lối sống, thuốc và dụng cụ.

COGNITIVE IMPAIRMENT IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Cognitive impairment is a common comorbidity in heart failure patients deteriorating heart failure and vice versa. There were numerous assessments of the drug affections of this syndrome on the other syndrome. A diagnosis of Cognitive impairment includes screening tools, biomarkers and imaging tests. Combination treatment, i.e., lifestyle modification, medications for heart failure and cognitive impairment and device therapy, is required.

SỬ DỤNG KHÁNG THỂ ĐƠN DÒNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH HÔ HẤP HIỆN NAY

PGS. TS. Trần Văn Ngọc

Chủ tịch Liên Chi Hội Hô hấp TP.HCM

Kháng thể đơn dòng (KTDD, mAB) là kháng thể được sản xuất từ phòng thí nghiệm qua một quá trình tiếp xúc của kháng nguyên trên cơ thể chuột, chiết xuất tế bào và nuôi cấy trên môi trường chuyên biệt để tạo ra kháng thể đồng nhất từ một dòng tế bào được chọn lọc. Những kháng thể đơn dòng được sử dụng ngày càng nhiều trong chẩn đoán và điều trị bệnh trong đó có bệnh lý hô hấp.

Chức năng và cơ chế hoạt động của mAB:

- ✚ Cấm cản tế bào (TB) ung thư (Flagging cancer cells): TB ung thư được bao phủ trong KTDD để được phát hiện và nhắm đích tiêu diệt
- ✚ Thúc đẩy phá huỷ màng TB (Triggering cell-membrane destruction): KTDD kích hoạt hệ MD phá huỷ màng ngoài TB
- ✚ Ức chế phát triển TB (Blocking cell growth): ức chế kết nối giữa TB ung thư và protein giúp phát triển TB ung thư.
- ✚ Ngăn chặn tăng trưởng mạch máu (Preventing blood vessel growth): ngăn chặn hình thành mạch máu mới c/c cho TB ung thư sống và phát triển.
- ✚ Ức chế những chất ức chế hệ MD (Blocking immune system inhibitors).
- ✚ Tấn công trực tiếp TB ung thư (Directly attacking cancer cells).
- ✚ Giải phóng chất phóng xạ (Delivering radiation treatment): KTDD kết hợp chất và chuyên chở phóng xạ vào TB ung thư và hạn chế tác hại lên TB bình thường.
- ✚ Giải phóng hoá chất (Delivering chemotherapy).

- ✚ Gắn kết TB ung thư và TB MD (Binding cancer and immune cells): một số thuốc kết hợp 2 KTĐD và kết nối vào TB ung thư, một KT kết nối TB ung thư, một KT kết nối TB MD đặc hiệu và kích thích hệ MD tấn công TB ung thư.

Một số ứng dụng trong chẩn đoán:

mAB có thể được sử dụng để phát hiện sự hiện diện của 1 protein đặc hiệu Protein có thể được phát hiện bằng cách sử dụng các xét nghiệm Western Blot.

Trong hóa mô miễn dịch, mAB có thể được sử dụng để phát hiện KN trong các phân mô cố định.

Miễn dịch huỳnh quang có thể được sử dụng để phát hiện một chất trong phân mô đông lạnh hoặc tế bào sống.

Một số ứng dụng trong điều trị: điều trị miễn dịch ung thư; điều trị hen phế quản dị ứng tăng IGE; điều trị COPD; điều trị nhiễm trùng.

Tóm lại: Kháng thể đơn dòng được sử dụng trong chẩn đoán và điều trị rất nhiều bệnh lý trong đó có bệnh hô hấp. Kháng thể đơn dòng đang được nghiên cứu ngày càng nhiều trong ung thư phổi, hen phế quản, COPD, nhiễm trùng ... Một số loại đã được chấp thuận điều trị trên lâm sàng trong ung thư, hen phế quản, ILD ... tại Việt Nam. Tuy nhiên, một số tác dụng phụ và giá thành đắt phần nào cản trở sự tiếp cận của đông đảo bệnh nhân .

THERAPEUTIC MONOCLONAL ANTIBODIES FOR RESPIRATORY DISEASES

Monoclonal antibodies (mAB) are antibodies produced in the laboratory through a process of exposure of antigens to the mouse body, cell extraction and culture in a specialized environment to create antibodies. Monoclonal antibodies are increasingly used in the diagnosis and treatment of diseases, including respiratory diseases.

Functions and mechanism of action of mAB:

- ✚ Flagging cancer cells: Cancer cells covered in cell membranes are easily detected and targeted for destruction.
- ✚ Triggering cell-membrane destruction: Triggering cell-membrane destruction: mAB activates the immune system to destroy the outer membrane of cancer cells

- ✚ Blocking cell growth: inhibits the connection between K cells and proteins that help develop cells
- ✚ Preventing blood vessel growth: prevents the formation of new blood vessels for cancer cells to live and develop.
- ✚ Blocking immune system inhibitors.
- ✚ Directly attacking cancer cells.
- ✚ Delivering radiation treatment: Radiation therapy combines and transports radiation into cancer cells and limits the harmful effects on normal cells.
- ✚ Delivering chemotherapy.
- ✚ Binding cancer and immune cells : some drugs combine 2 immune cells and connect to immune cells, one molecule connects to immune cells, the other connects to immune cells specifically and stimulates immune system to attack the cancer cells

Some applications in diagnosis:

- ✚ mAb can be used to detect the presence of a specific protein. Proteins can be detected using Western blot assays.
- ✚ In immunohistochemistry, mAb can be used to detect antigens in fixed tissue sections.
- ✚ Immunofluorescence can be used to detect a substance in frozen tissue sections or live cells.

Some applications in treatment:

- Cancer immunotherapy
- Treatment of allergic bronchial asthma increases IGE
- Treatment of COPD
- Treatment of infections

Summary: Monoclonal antibodies are used in the diagnosis and treatment of many diseases, including respiratory diseases. Monoclonal antibodies are being increasingly studied in lung cancer, asthma, COPD, infections...Some have been approved for clinical treatment in Vietnam: cancer, asthma, ILD...However, there are some serious side effects and the expensive price partly hinders access to a large number of patients.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ U MÔ ĐỆM DẠ DÀY

*PGS.TS. Lê Văn Quang, TS. BS. Nguyễn Hồng Sơn
Bệnh viện ĐHYD TP.HCM*

U mô đệm đường tiêu hóa ở dạ dày là 1 loại u trung mô có tiềm năng ác tính, thường biểu hiện dưới dạng u dưới niêm với những dấu hiệu lành tính. Trước đây, khi chưa có hóa mô miễn dịch, u thường được chẩn đoán nhầm lẫn với các loại u cơ trơn lành tính sau mô hoặc sarcom cơ trơn đôi với các loại có biểu hiện ác tính cao. Thông thường, chẩn đoán chỉ được xác lập sau khi có kết luận của hóa mô miễn dịch sau phẫu thuật. Việc chẩn đoán trước phẫu thuật được xem là khá khó khăn và phức tạp do không lấy được tế bào u vì việc sinh thiết thường là thất bại vì u nằm sâu dưới lớp dưới niêm mạc dạ dày. Vì vậy, một nghiên cứu về những đặc tính lâm sàng và cận lâm sàng trước phẫu thuật là thật sự cần thiết nhằm giúp phẫu thuật viên định hướng được phần nào bản chất của khối u dưới niêm mạc hiếm gặp này cũng như góp phần định hướng phương pháp điều trị.

UPDATED DIAGNOSIS AND TREATMENT OF GASTRIC GASTROINTESTINAL STROMAL TUMORS

Gastric gastrointestinal stromal tumors (Gastric GISTs) are rare malignant mesenchymal tumors. Typically, they manifest as submucosal tumors with benign features. Historically, immunohistochemistry was unavailable, leading to post-surgery misdiagnoses, commonly as either benign leiomyoma or highly malignant sarcoma. The diagnosis usually based on postoperative pathology and immunohistochemical analysis. Preoperative diagnosis proves challenging due to the difficulty in obtaining tumor cells; the biopsies often fail because the tumor is deep under the submucosa. A comprehensive study of clinical features and preoperative imaging characteristics becomes crucial. This aids surgeons in orienting themselves to the nature of this rare submucosal tumor and contributes to determining the appropriate surgical approach.

Ultimaster™ Tansei™

Khung giá đỡ mạch vành phủ thuốc Sirolimus

丹誠



**TERUMO**
INTERVENTIONAL
SYSTEMS

TVME-2209-006



*Ryurei*TM

Bóng nong động mạch vành

Cho tiến hành trơn tru trong mọi trường hợp

CẢI THIỆN TIÊN LƯỢNG SAU NHỒI MÁU CƠ TIM: NHỮNG THÁCH THỨC VÀ GIẢI PHÁP HIỆN NAY?

PGS. TS. Nguyễn Văn Tân

*Chủ nhiệm Bộ môn Lão Khoa Đại học Y Dược TP.HCM
Trưởng khoa Tim mạch cấp cứu và Can thiệp, Bệnh viện Thống Nhất*

Bệnh tim thiếu máu cục bộ, bao gồm nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những bệnh lý tim mạch cấp tính làm tăng nguy cơ suy tim và tử vong với tỷ lệ đến 7000.000 ca NMCT hằng năm. Trong đó, 1/5 số ca sẽ tiến triển thành suy tim và tác động đáng kể đến tỷ lệ tử vong, đặc biệt ở người cao tuổi.

Bên cạnh việc tái thông mạch máu sớm, vốn luôn là chìa khóa trong cải thiện dự hậu của NMCT, việc phối hợp điều trị nội khoa cũng đóng vai trò quan trọng không kém, tác động trực tiếp đến tỷ lệ suy tim và tử vong của bệnh nhân. Tuy nhiên, trong nhiều năm qua, không có nhiều thay đổi trong khuyến cáo về sử dụng thuốc để cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân sau NMCT. Và ngay cả dù cho đã có khuyến cáo rõ ràng, việc áp dụng trên thực hành lâm sàng vẫn còn chưa được đầy đủ.

Bài báo cáo tập trung làm rõ những thuốc đã được chứng minh về cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân, cũng như những lưu ý trên lâm sàng bên cạnh việc giới thiệu những liệu pháp tiềm năng mới để có thể tối ưu hơn trong điều trị.

DUYỆT KHÁNG SINH ƯU TIÊN QUẢN LÝ – VAI TRÒ CỦA DƯỢC SĨ LÂM SÀNG

PGS. TS. Đặng Nguyễn Đoan Trang

Khoa Dược, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tình hình nhiễm khuẩn do các chủng vi khuẩn kháng thuốc tại các cơ sở y tế và trong cộng đồng đã ở mức báo động trên toàn thế giới. Các chương trình quản lý sử dụng kháng sinh đã được triển khai tích cực nhằm kiểm soát việc sử dụng kháng sinh và sự phát triển của các chủng vi khuẩn đa kháng thuốc. Một trong những nội dung quan trọng của chương trình này là duyệt trước khi sử dụng đối với kháng sinh ưu tiên quản lý - những kháng sinh hàng cuối chỉ dành để điều trị các trường hợp nhiễm khuẩn do vi khuẩn đa kháng thuốc. Dược sĩ lâm sàng đóng vai trò nòng cốt trong các chương trình quản lý sử dụng kháng sinh, đặc biệt trong việc rà soát, duyệt kháng sinh ưu tiên quản lý tại nhiều nước trên thế giới và Việt Nam. Bài báo cáo này trình bày tóm tắt kết quả của hoạt động dược lâm sàng trong chương trình quản lý sử dụng kháng sinh, đặc biệt kết quả duyệt kháng sinh ưu tiên quản lý tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Từ khóa: dược sĩ lâm sàng, quản lý sử dụng kháng sinh, duyệt kháng sinh ưu tiên quản lý

PRE-AUTHORIZATION OF RESTRICTED ANTIBIOTICS - THE ROLE OF CLINICAL PHARMACISTS

Infections caused by resistant pathogens in both hospitals and community have risen to an alarming level worldwide. Antibiotic Stewardship Programs (ASP) have been actively implemented to control antibiotic use and the spread of resistant antimicrobial pathogens. One important component of the ASP is pre-authorization of restricted antibiotics – the last - resort antibiotics reserved for infections caused by multiresistant bacteria. In many countries including Vietnam, clinical pharmacists play a crucial role in the ASP, especially assessing and authorizing the use of restricted antibiotics. This presentation aims at providing a thorough overview on clinical pharmacy activities in ASP, focusing on the pre-authorization of restricted antibiotics at University Medical Center Hochiminh City.

Keywords: clinical pharmacists, antibiotic stewardship program, pre-authorization of restricted antibiotics

PHÂN BIỆT BỆNH LÝ ĐƠN GEN VÀ ĐA GEN VÀ VAI TRÒ CỦA THANG ĐIỂM NGUY CƠ ĐA GEN

PGS. TS. Đỗ Đức Minh

Trung tâm Y sinh học phân tử, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Với sự phát triển của các công cụ nghiên cứu về di truyền, bộ gen người ngày càng được nghiên cứu sâu và hiểu biết cụ thể hơn. Đối với các bệnh lý di truyền đơn gen truyền thống (di truyền Mendel), một đột biến gen duy nhất có thể giải thích tất cả các cơ chế sinh bệnh học cũng như các kiểu hình bất thường trên lâm sàng. Nhưng trong thực tế, tần suất các bệnh lý di truyền đơn gen rất hiếm gặp, ta sẽ thường gặp các bệnh lý di truyền không theo mô hình Mendel truyền thống mà trong đó người thân của người mắc bệnh sẽ có nguy cơ xuất hiện bệnh cao hơn trong dân số chung nhưng lại không có một biến thể di truyền duy nhất chịu trách nhiệm. Từ đó, các nghiên cứu tương quan toàn bộ hệ gen được tiến hành mà trong đó khảo sát toàn bộ hệ gen của dân số bệnh và dân số chứng để từ đó có thể xác định được các điểm đa hình gen liên quan đến bệnh. Bằng các công cụ tính toán, ta có thể xây dựng thang điểm nguy cơ đa gen từ các điểm

đa hình đã xác định được để từ đó tiên đoán khả năng mắc bệnh của các cá thể trong tương lai.

DIFFERENTIATION BETWEEN MONOGENIC AND POLYGENIC DISEASES – POLYGENIC RISK SCORE

With the advancement of genetic assessment tools, human genome is getting further research and understanding. In traditional monogenic diseases (Mendelian hereditary), a single mutation can explain all the pathophysiological mechanisms as well as abnormal phenotypes. However, these diseases are rarely seen in clinical practice. We often encounter non-classical Mendelian diseases in which a single variant cannot be responsible for all the phenotypes. The genome-wide association studies, therefore, were designed to investigate the whole genome of the cases and the controls and identify genetic variants associated with the disease. By further calculation, polygenic risk score can be estimated to predict the future risk of developing certain disease of an individual.

RỐI LOẠN CƯƠNG DƯƠNG VÀ VẤN ĐỀ TIM MẠCH

*PGS. TS. Trần Kim Trang
Đại học Y Dược TP.HCM*

Rối loạn cương dương (RLCD) là biểu hiện sớm của bệnh mạch vành và mạch ngoại biên, có đa nguyên nhân, đa cơ chế và đa yếu tố nguy cơ. Cần phân tầng nguy cơ tim để định hướng mức độ hoạt động giới tính. Lưu ý nguy cơ hạ huyết áp do tương tác giữa một số thuốc tim mạch với nhóm thuốc ức chế PDE5.

ERECTILE DYSFUNCTION AND CARDIOVASCULAR DISEASE

Erectile dysfunction (ED) may be an early manifestation of coronary and peripheral artery disease, as a result of multiple etiology, mechanism and risk factors. Cardiac risk stratification in ED is required to determine the level of sexual activity. We should pay attention on hypotension due to interaction between some cardiovascular drugs and PDE5 inhibitor drug can be estimated to predict the future risk of developing certain disease of an individual.

THANG ĐIỂM NGUY CƠ ĐA GEN - KHUYNH HƯỚNG MỚI TRONG ƯỚC TÍNH NGUY CƠ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

TS. BS. Nguyễn Thanh Huân

Bộ Môn Lão, ĐHYD TP.HCM

Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất

Các khám phá y học trong thập kỷ qua giúp làm sáng tỏ bệnh động mạch vành là một bệnh đa gen, hay nói cách khác bệnh động mạch vành chịu tác động của nhiều gen theo nhiều cơ chế khác nhau. Chính vì vậy, việc định lượng được tác động của hàng triệu các biến thể này là một thách thức lớn.

Công trình của giáo sư A.V Khera và các cộng sự tại Đại học Harvard đăng trên tạp chí Nature Genetic 2018 đã lần đầu tiên tạo lập, kiểm chứng và thẩm định được thang điểm nguy cơ đa gen bằng cách tích hợp ảnh hưởng của 6.6 triệu biến thể liên quan đến bệnh động mạch vành đạt độ chính xác (AUC): 0.806. Và trên cơ sở đó, bằng công trình công bố trên JACC 2020, thang điểm nguy cơ đa gen này tiếp tục thẩm định độ chính xác trên quần thể người Nam Á đạt độ chính xác (AUC): 0.8045. Khác với các thang điểm nguy cơ phổ biến, thang điểm nguy cơ đa gen có tính ổn định, đặc trưng và độc lập với các yếu tố nguy cơ truyền thống giúp phân tầng sớm nguy cơ mắc bệnh động mạch vành từ đó điều chỉnh các yếu tố nguy cơ có thể thay đổi được ngay từ sớm.

Trong phần trình bày này, tôi trình bày ngắn gọn về cách tạo lập thang điểm nguy cơ đa gen và độ chính xác của nó, sau đó là các ứng dụng lâm sàng trong ước tính nguy cơ bệnh động mạch vành.

POLYGENIC RISK SCORE – THE NEW TREND IN CORONARY ARTERY DISEASE RISK ASSESSMENT

Medical discoveries over the past decade have clarified that coronary artery disease is a polygenic disease, in other words, coronary artery disease is influenced by many genes through many different mechanisms. Therefore, quantifying the impact of these millions of variants is the large challenge.

The publish of Professor A.V Khera and colleagues at Harvard University in Nature Genetics 2018 is the first to derivate, test and validate a polygenic risk score by

comprising effect of 6.6 million variants related to coronary artery disease that achieved accuracy (AUC): 0.806. And on that basis, by publication in JACC 2020, this polygenic risk score continues to be verified for accuracy in the South Asian population, achieving accuracy (AUC): 0.8045. Unlike familiar risk scores, the polygenic risk score is stable, unique and independent of traditional risk factors, helping to early stratify the risk of coronary artery disease, thereby adjusting the modifiable factors.

In this presentation, I briefly describe how polygenic risk scores are established and its accuracy, then the clinical utility of these scores in coronary artery disease risk assessment.

THAY KHỚP HÁNG CHO NGƯỜI LỚN TUỔI

*PGS. TS. Võ Thành Toàn
Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất*

Phẫu thuật thay khớp háng ở người cao tuổi giúp bệnh nhân sớm vận động, duy trì sự độc lập. Chỉ định phẫu thuật trước hết không đặt vấn đề để người bệnh đi lại được, mà có thể giảm đau và dựng người bệnh dậy được. Người cao tuổi thường mắc kèm nhiều bệnh lý tạo nên thách thức lớn với phẫu thuật viên và có nhiều vấn đề gây nguy hiểm trong và sau phẫu thuật. Cần phối hợp đa chuyên khoa để quyết định thời điểm tốt nhất có thể phẫu thuật cho bệnh nhân, tức là khi rủi ro chu phẫu là thấp nhất với các bệnh đi kèm. Trong khi phẫu thuật thay khớp háng cho người cao tuổi cần lưu ý các vấn đề như hạ huyết áp, hạ thân nhiệt, chảy máu, gãy xương quanh khớp nhân tạo, tắc mạch máu do mỡ ... Việc kiểm soát đau sau mổ, phòng ngừa và kiểm soát các biến chứng, điều trị loãng xương đi kèm là các yếu tố quan trọng cho sự thành công của phẫu thuật

Hip replacement surgery in the elderly helps patients early mobilize and maintain independence. Surgery is the treatment to relieve pain and sit up, then the goal is to walk back. Elderly patient with comorbidities make more challenges for surgeons and cause complications in perioperative period. Coordination of multispeciality is required to decide the best time for surgery with minimum risks. During hip replacement surgery, it is necessary to pay attention to issues such as hypotension, hypothermia, amount of blood lost, periprosthetic fractures, fat embolism, etc. Controlling Postoperative pain, complications, and treating osteoporosis are important factors for the success of surgery.

DỰ PHÒNG XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA Ở NGƯỜI CAO TUỔI

BSCK2. Ngô Thị Thanh Quýt

Trưởng khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất

Ngày nay tuổi thọ ngày càng gia tăng, bệnh nhân lớn tuổi thường mắc các bệnh mạn tính như tim mạch – phổi – thần kinh – cơ xương khớp.... Điều trị kháng tiêu cầu là phương pháp điều trị được khuyến cáo thường xuyên nhất để ngăn ngừa thiếu máu cục bộ tái phát ở những bệnh nhân bị đột quy do thiếu máu cục bộ, hội chứng mạch vành cấp tính hoặc bệnh động mạch ngoại biên có triệu chứng. Các loại thuốc được sử dụng thường xuyên nhất là aspirin hoặc clopidogrel. Hầu hết các hướng dẫn đều khuyên dùng liệu pháp kháng tiêu cầu suốt đời. Việc sử dụng thuốc trong điều trị các bệnh lý này bên cạnh những mặt lợi ích cũng có những bất lợi khác, trong đó XHTH là vấn đề thường gặp. Theo nghiên cứu của Linxin Li và cộng sự đã được công bố trên tạp chí Lancet biến cố xuất huyết ở 3166 BN bị cơn thiếu máu cục bộ thoáng qua, đột quy do thiếu máu hoặc NMCT điều trị bằng thuốc kháng tiêu cầu (aspirin) và theo dõi 10 năm. ½ số bệnh nhân (n=1582) > 75 tuổi. XH nặng và XH gây tử vong có liên quan tuổi và tỷ lệ mắc bệnh tăng > 75. Tỷ lệ nguy cơ đối với XHTH nặng là 4.13 (BN > 75 tuổi) và 10.26 với xuất huyết biến chứng nặng và tử vong. Tỷ lệ XHTH gây tàn tật hoặc tử vong cao hơn tỷ lệ đột quy do thiếu máu cục bộ hoặc xuất huyết nội sọ. Ở độ tuổi từ 75 trở lên, hầu hết các trường hợp XHTH trên thường nặng và hoặc tử vong (62% so với 25% bệnh nhân < 75 tuổi), xuất huyết nội sọ gây tàn tật hoặc gây tử vong gặp nhiều hơn (45% so với 18%), với nguy cơ tuyệt đối là 9,15 (KTC 95% 6,67–12,24) trên 1000 ca/ năm. Tóm lại, các biến chứng chảy máu nặng là vấn đề lớn ở bệnh nhân cao tuổi mắc bệnh mạch máu thiếu máu cục bộ được điều trị bằng liệu pháp kháng tiêu cầu. PPI được khuyến cáo để giảm nguy cơ xuất huyết tiêu hóa trên ở bệnh nhân từ 75 tuổi trở lên

Trong thực hành lâm sàng chúng ta cần nhận diện yếu tố nguy cơ và điều trị dự phòng sớm để giảm thiểu tối đa biến chứng xuất huyết tiêu hóa nặng và tử vong. Trong số các thuốc điều trị ức chế bơm proton vẫn được ưu tiên hàng đầu vì khả năng duy trì pH ổn định và an toàn cho người bệnh. Việc đánh giá ngừng thuốc điều trị dự phòng chúng ta nên cá thể hóa để đảm bảo an toàn cho người bệnh.

Xatral XL 10mg

sanofi

Viên nén phóng thích kéo dài



Lớp phồng



Lớp hoạt tính



Lớp bảo mòn



**ĐIỀU TRỊ TRIỆU CHỨNG
CHỨC NĂNG CỦA TĂNG SINH
LÀNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT.**

**ĐIỀU TRỊ PHỤ TRỢ
TRONG TRƯỜNG HỢP BÍ TIỂU CẤP
PHẢI ĐẶT ỚNG THÔNG TIỂU
DO TĂNG SINH LẠNH TÍNH TUYẾN TIỀN LIỆT**

THÀNH PHẦN CÔNG THỨC THUỐC

Thành phần hoạt chất:

alfuzosin hydrochloride 10 mg.

Thành phần tá dược: hypromellose, hydrogenated castor oil, ethyl cellulose, yellow iron oxide, colloidal hydrated silica, magnesium stearate, mannitol, povidone, microcrystalline cellulose.

DẠNG BÀO CHẾ: Viên nén phóng thích kéo dài.

CHỈ ĐỊNH: Điều trị triệu chứng chức năng của phì đại (tăng thể tích) lạnh tính tuyến tiền liệt. Điều trị phụ trợ trong trường hợp bí tiểu cấp phải đặt ống thông tiểu do phì đại lạnh tính tuyến tiền liệt.

LIỀU DÙNG, CÁCH DÙNG

Đường dùng: Đường uống.

Liều dùng thông thường:

- **Điều trị triệu chứng:** uống Xatral XL 10 mg 1 viên/ngày, ngay sau bữa ăn tối.

- **Điều trị phụ trợ:** uống Xatral XL 10 mg 1 viên/ngày trong 3 đến 4 ngày, nghĩa là điều trị với Xatral XL 10 mg từ ngày đầu đặt ống thông tiểu, từ 2 đến 3 ngày trong thời gian đặt ống và 1 ngày sau khi rút ống thông tiểu.

Bệnh nhân trẻ em: Bởi vì hiệu quả của alfuzosin chưa được chứng tỏ ở trẻ em từ 2-16 tuổi, không sử dụng thuốc này cho trẻ em.

Cách dùng: Phải nuốt trọn viên Xatral XL 10 mg với một ly nước. Không được cắn, nhai, dập nát hoặc nghiền thành bột.

Nếu bạn quên dùng Xatral XL 10 mg, viên nén phóng thích kéo dài không được tăng gấp đôi liều chỉ định để bù lại liều đã quên dùng.

CHỐNG CHỈ ĐỊNH

Không dùng Xatral XL 10 mg, viên nén phóng thích kéo dài, trong những trường hợp sau đây:

- Dị ứng với alfuzosin và/hoặc một trong các thành phần của thuốc. - Hạ huyết áp tư thế (cảm giác chóng mặt thường xuất hiện khi thay đổi tư thế đang nằm sang đứng dậy). - Suy chức năng gan (suy gan). - Suy chức năng thận nặng (độ thanh thải creatinin <30 ml/phút). - Phối hợp với các thuốc có khả năng ức chế CYP 3A4 (có ritonavir).

CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC

Cảnh báo: Phải thận trọng khi dùng thuốc này ở những bệnh nhân đang điều trị với các thuốc trị tăng huyết áp hoặc các dẫn suất của nitrate.

Khuyến không dùng thuốc này với các thuốc chẹn alpha (xem phần **Tương tác thuốc**). Một số bệnh nhân có thể có hạ huyết áp tư thế, hiện tượng này có thể xuất hiện trong vài giờ đầu sau khi dùng thuốc và có thể có các triệu chứng (có những đợt bị chóng mặt, mệt mỏi, đổ mồ hôi). Nếu điều này xảy ra, bệnh nhân cần giữ tư thế nằm cho đến khi những triệu chứng này hoàn toàn lắng xuống. Những tác động này thường là thoáng qua, xảy ra lúc bắt đầu điều trị và nói chung không ngăn cản việc tiếp tục điều trị. Hạ huyết áp rõ rệt đã được báo cáo trong các giám sát hậu tiếp thị ở những bệnh nhân có sẵn các yếu tố nguy cơ (như là có bệnh tim nền, và/hoặc điều trị đồng thời với các thuốc trị tăng huyết áp). Do xuất hiện hạ huyết áp sâu khi dùng thuốc alfuzosin, nên có nguy cơ xảy ra đột quỵ, nhất là đối với người bệnh cao tuổi có sẵn những rối loạn tuần hoàn não có hoặc không có triệu chứng (như

Tài liệu này có 2 trang. Thông tin chi tiết của sản phẩm xem trang 1 đến trang 2.

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục QLD - Bộ Y Tế : 283/2020/XNTT/QLD, ngày 10 tháng 09 năm 2020

In tài liệu ngày 16 tháng 02 năm 2022

Số đăng ký: VN-22467-19. Duyệt nội bộ: MAT-VN-2200119 - 1.0 - Feb'2022

THUỐC ỨC CHẾ KẾT TẬP TIỂU CẦU PHỐI HỢP LIỀU CỐ ĐỊNH LIỀU 1 VIÊN MỖI NGÀY

Dự phòng thứ phát các biến cố huyết khối do xơ vữa:

- Hội chứng mạch vành cấp không có đoạn ST chênh lên kể cả những bệnh nhân đang được đặt stent sau khi can thiệp mạch vành qua da.
- Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trên bệnh nhân được điều trị nội khoa đủ điều kiện để dùng liệu pháp tiêu sợi huyết.



THÔNG TIN KÊ TOA

THÀNH PHẦN: Hoạt chất chính: clopidogrel và acid acetylsalicylic. Mỗi viên chứa: 75 mg clopidogrel (dưới dạng hydrogen sulphat) và 100 mg acid acetylsalicylic (ASA). -Tã được viên nhân: mannitol (E421), macrogol 6000, cellulose vi tinh thể, low substituted hydroxypropylcellulose, tinh bột ngô, dầu thầu dầu hydro-hóa, acid stearic và oxid silic khan dạng keo. -Tã được bao viên: lactose monohydrat, hypromellose (E464), titani dioxide (E171), triacetin (E1518), oxid sắt đỏ (E172), và sáp carnauba. **DANG BẢO CHẾ:** DuoPlavin 75 mg/100 mg là viên nén bao phim. **CHỈ ĐỊNH:** DuoPlavin được chỉ định để dự phòng thứ phát các biến cố huyết khối do xơ vữa ở bệnh nhân người trưởng thành đang dùng cả clopidogrel và ASA. DuoPlavin là thuốc phối hợp liều cố định để tiếp tục điều trị trong: • Hội chứng mạch vành cấp không có đoạn ST chênh lên (đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có sóng Q) kể cả những bệnh nhân đang được đặt stent sau khi can thiệp mạch vành qua da. • Nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trên bệnh nhân được điều trị nội khoa đủ điều kiện để dùng liệu pháp tiêu sợi huyết. **LIỀU DÙNG VÀ CÁCH DÙNG:** Liều dùng: Người lớn và người già: mỗi ngày một liều duy nhất 75mg/100mg, được dùng sau khi đã khởi trị clopidogrel và ASA riêng lẻ. - Trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp không có đoạn ST chênh lên (đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không có sóng Q). - Trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên: Nên bắt đầu điều trị càng sớm càng tốt sau khi khởi phát triệu chứng và tiếp tục điều trị ít nhất 4 tuần. Nếu quên uống một liều: - Trong vòng ≤ 12 giờ sau giờ uống thuốc thường lệ: bệnh nhân nên dùng ngay một liều rồi sau đó uống liều kế tiếp vào giờ thường lệ. - Nếu đã > 12 giờ: bệnh nhân nên uống liều kế tiếp vào giờ thường lệ và không được tăng liều gấp đôi. **Cách dùng:** Dùng đường uống. Có thể uống thuốc khi đói hoặc khi no. **CHỐNG CHỈ ĐỊNH:** Quá mẫn với các thành phần hoạt chất hoặc bất kỳ tá dược nào được liệt kê trong danh mục tá dược. Quá mẫn với thuốc kháng viêm không-steroid (NSAIDs) và hội chứng hen, viêm mũi, và pò-líp mũi. Bệnh nhân có bệnh lý đường bao tử trước, mà việc sử dụng acid acetylsalicylic ở họ có thể gây ra phản ứng quá mẫn nặng (bao gồm sốc tuần hoàn với triệu chứng đỏ bừng, hạ huyết áp, nhịp tim nhanh và buồn nôn). Xuất huyết bệnh lý đang hoạt động như loét dạ dày-tá tràng hoặc xuất huyết nội sọ. Suy gan nặng. Suy thận nặng (độ thanh thải creatinine < 30 ml/phút). Ba tháng cuối thai kỳ. **CẢNH BÁO VÀ THẬN TRỌNG KHI DÙNG THUỐC:** Bệnh nhân có chảy máu và các rối loạn huyết học: nên thông báo cho bác sĩ và nha sĩ đang điều trị trước khi lên lịch phẫu thuật và trước khi dùng bất cứ một thuốc mới nào. Khi cần nhắc phẫu thuật lựa chọn, nên xem lại nhu cầu của liệu pháp kháng tiểu cầu kép và xem xét sử dụng một thuốc kháng tiểu cầu đơn độc. Nên ngừng thuốc 7 ngày trước khi mổ. Thận trọng khi dùng trên bệnh nhân có thể bị tăng nguy cơ chảy máu do chẩn đoán phẫu thuật hoặc các tình trạng bệnh lý khác và trên bệnh nhân đang điều trị với các thuốc kết hợp với tăng nguy cơ xuất huyết. Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP= thrombotic thrombocytopenic purpura) giảm tiểu cầu và thiếu máu toàn huyết do bệnh lý vi mạch kết hợp với các dấu hiệu thần kinh, rối loạn chức năng thận hoặc sốt. Bệnh nhân có đồng mẫn chéo. Con thiếu máu nào thoáng qua hoặc đột ngột quá gần đây. **Bệnh nhân có chuyển hóa CYP2C19 kém:** clopidogrel ở liều khuyến cáo ít tạo thành các chất chuyển hóa có hoạt tính của clopidogrel và có đáp ứng chức năng tiểu cầu nhỏ hơn. **Thuốc chuyển hóa CYP2C8:** Nên thận trọng ở những bệnh nhân điều trị đồng thời clopidogrel. **Phản ứng chéo giữa những thienopyridines:** Bệnh nhân phát triển phản ứng dị ứng thuốc đầy và/hoặc phản ứng huyết học với một thienopyridine có thể tăng nguy cơ phát triển một phản ứng tương tự hoặc khác với một thienopyridine khác. Cần theo dõi các dấu hiệu quá mẫn cảm ở những bệnh nhân đã biết là bị dị ứng với thienopyridine. **Vi có ASA:** cần thận trọng bệnh nhân có tiền sử hen suyễn hoặc có cơn đau đầu, chóng mặt, táo bón, đầy hơi. Rối loạn da và ba tháng giữa thai kỳ từ khi tình trạng lâm sàng của thai phụ đòi hỏi cần điều trị với clopidogrel/ASA. Vi sự hiện diện của ASA, thuốc bị chống chỉ định trong ba tháng cuối thai kỳ. **Nuôi con bằng sữa mẹ:** Nên ngưng không cho con bú trong thời gian điều trị với thuốc. **Khả năng sinh sản:** Không có dữ liệu về khả năng sinh sản với DuoPlavin. Không có bằng chứng clopidogrel ảnh hưởng đến khả năng sinh sản trong các nghiên cứu trên động vật.

Không rõ liệu ASA có ảnh hưởng khả năng sinh sản hay không. **Ảnh hưởng của thuốc đối với công việc:** Một số tác dụng không mong muốn như chóng mặt có thể xảy ra, nên thận trọng trong những trường hợp này. **TƯƠNG TÁC CỦA THUỐC VỚI CÁC THUỐC KHÁC VÀ CÁC LOẠI TƯƠNG TÁC KHÁC:** Với thuốc liên quan đến nguy cơ xuất huyết: Nguy cơ xuất huyết tăng cao do tác động hỗ trợ tiềm năng. Với thuốc kháng đông dạng uống: Có thể làm tăng mức độ chảy máu. Với thuốc ức chế glycoprotein IIb/IIIa: Nên thận trọng khi dùng đồng thời. Với heparin: Có thể có một tương tác dược lực học giữa thuốc và heparin, dẫn đến tăng nguy cơ chảy máu. Với thuốc tiêu sợi huyết: Độ an toàn của việc đồng thời sử dụng thuốc với các thuốc tiêu sợi huyết khác chưa được chính thức chứng minh và nên thận trọng khi dùng chung. Với NSAIDs: không nên dùng chung với các thuốc NSAIDs kể cả thuốc ức chế COX-2. Với metamizole: có thể làm giảm tác động của ASA trên sự kết tập tiểu cầu. Với SSRIs: ảnh hưởng hoạt hóa tiểu cầu và tăng nguy cơ chảy máu. Với thuốc ức chế CYP2C19 mạnh hoặc trung bình: dự kiến sẽ làm giảm nồng độ của chất chuyển hóa có hoạt tính của clopidogrel, để thận trọng, không nên sử dụng đồng thời. Với thuốc ức chế bơm proton (PPI): không nên sử dụng chung với omeprazole hoặc esomeprazole. Sự giảm sút ít rõ rệt hơn của việc tiếp xúc các chất chuyển hóa được quan sát thấy với pantoprazole và lansoprazole. Thuốc kháng acid không làm thay đổi mức độ hấp thu clopidogrel. Với các thuốc khác dùng cùng lúc với ASA: - Thuốc lợi niệu urat (benzbromarone, probenecid, sulfapyrazone): Cần thận trọng vì ASA có thể ức chế tác dụng của thuốc lợi niệu urat thông qua sự thải trừ cạnh tranh acid uric. - Methotrexat: nên thận trọng khi dùng methotrexat ở liều cao hơn 20 mg/tuần cùng với thuốc, vì nó có thể ức chế sự thanh thải methotrexat ở thận, dẫn đến độc tính tủy xương. - Tenofovir: Việc dùng chung với tenofovir disoproxil fumarate và NSAIDs có thể làm tăng nguy cơ suy thận. - Acid Valproic: dùng đồng thời salicylate và acid valproic có thể làm giảm protein gắn kết với thụ thể chuyển hóa acid valproic làm tăng nồng độ tổng và tự do acid valproic trong huyết tương. - Acetazolamide: Khuyết nghị thận trọng khi dùng đồng thời salicylate với acetazolamide vì có sự tăng nguy cơ nhiễm toan chuyển hóa. **TÁC DỤNG KHÔNG MONG MUỐN:** Chảy máu là phản ứng được báo cáo nhiều nhất trong các nghiên cứu lâm sàng, mà phần lớn là được báo cáo trong tháng đầu điều trị. • **Thường gặp (xảy ra $\geq 1/100$ và $< 1/10$ bệnh nhân):** Rối loạn mạch máu: Tụ máu, Rối loạn hô hấp, lồng ngực và trung thất; Chảy máu cam. Rối loạn da dày ruột: Xuất huyết tiêu hóa, tiểu chảy, đau bụng, khó tiêu. Rối loạn da và mô dưới da: Bầm máu. Rối loạn toàn thân và tình trạng: Chảy máu tại chỗ tiềm tại chỗ tiềm. • **Ít gặp (xảy ra $\geq 1/1.000$ và $< 1/100$ bệnh nhân):** Rối loạn máu và hệ bạch huyết: Giảm tiểu cầu, giảm bạch cầu, giảm bạch cầu trung tính. Rối loạn hệ thần kinh: Xuất huyết nội sọ (một số trường hợp được báo cáo có kết cục tử vong, đặc biệt ở người già), nhức đầu, dị cảm, ảo giác, Rối loạn mắt: Chảy máu mắt (kết mạc, nhãn cầu, võng mạc). Rối loạn dạ dày-ruột: Loét dạ dày và loét tá tràng, viêm dạ dày, ợi mửa, buồn nôn, táo bón, đầy hơi. Rối loạn da và mô dưới da: Nổi mẩn, ngứa, chảy máu dưới da (ban xuất huyết). Rối loạn thận và đường tiểu: Tiểu máu. Xét nghiệm: Thời gian chảy máu kéo dài, giảm số lượng bạch cầu trung tính, giảm số lượng tiểu cầu. • **Hiếm gặp (xảy ra $\geq 1/10.000$ và $< 1/1.000$ bệnh nhân):** Rối loạn máu và hệ bạch huyết: Giảm bạch cầu trung tính, kể cả giảm bạch cầu trung tính nặng. Rối loạn tai và mê đạo: Chóng mặt. Rối loạn da và dày ruột: Xuất huyết sau phúc mạc. • **Rất hiếm (xảy ra $< 1/10.000$ bệnh nhân) hoặc không rõ (không thể ước lượng từ số liệu hiện có):** Rối loạn máu và hệ bạch huyết: Ban xuất huyết giảm tiểu cầu huyết khối (TTP), suy tủy xương, thiếu máu bất sản, thiếu máu toàn dòng, thiếu máu 2 dòng, mất bạch cầu hạt, giảm tiểu cầu nặng, bệnh máu khó đông mắc phải type A, giảm bạch cầu hạt, thiếu máu, thiếu máu tán huyết ở bệnh nhân thiếu hụt men glucose-6-phosphate dehydrogenase (G6DP). Rối loạn hệ miễn dịch: Sốc phản vệ, bệnh huyết thanh, phản ứng phản vệ, phản ứng quá mẫn chéo giữa các thuốc trong nhóm thienopyridines (như ticlopidine, prasugrel), tăng nặng triệu chứng dị ứng hoặc dị ứng thuốc. Rối loạn toàn thân và tình trạng tại chỗ tiềm: Sốt, đau. **QUẢ LIỆU VÀ CÁCH XỬ TRÍ:** Clopidogrel: Chưa tìm thấy chất giải độc cho hoạt tính dược lý của clopidogrel. Nếu cần chính sửa ngay tình trạng kéo dài thời gian chảy máu, có thể truyền tiểu cầu để đảo ngược tác dụng của clopidogrel. ASA: Nếu bệnh nhân đã uống một liều độc, cần phải cho nhập viện. Khi ngộ độc nặng, sẽ xảy ra các rối loạn nghiêm trọng của thận bằng kiểm toán. Thẩm phân máu là điều trị được ưa chuộng đối với ngộ độc nặng. Nên điều trị triệu chứng đối với các dấu hiệu khác của ngộ độc. **HANDUNG:** 18 tháng kể từ ngày sản xuất. **SĐK:** VN-22466-19. **NHÀ SẢN XUẤT:** Sanofi Winthrop Industrie, 1 rue de la Vierge, Ambarès & Lagrave, 33565 Carbon Blanc cedex, Pháp. **NHÀ PHÂN PHỐI:** Công ty TNHH H.Một thành viên Vimedimex Bình Dương - Số 18 L1-2/VSP II, đường số 3, Khu Công nghiệp Việt Nam-Singapore 2, phường Hòa Phú, thành phố Thủ Dầu Một, tỉnh Bình Dương - Tel: (+84) 2838125783. Fax: (+84) 2862560965.

Xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: 245/2021/XN TT/QLD, ngày 27/07/2021 - In tài liệu: ngày...tháng...năm...

Thông tin chi tiết xin liên hệ: Văn phòng đại diện Sanofi-Aventis Singapore Pte. Ltd. tại TP.HCM
Lầu 3, số 10, đường Hàm Nghi, phường Bến Nghé, Quận 1, TP.HCM - Tel: (+84.28)3829 8526 - Fax: (+84.28) 3914 4801
MAT-VN-2002706-1.0, Ngày duyệt nội: 09/21

PREVENTING MAJOR GASTROINTESTINAL BLEEDING IN THE ELDERLY

Nowadays, life expectancy is increasing, older patients often suffer from chronic diseases such as cardiovascular - pulmonary - neurological - musculoskeletal... Antiplatelet therapy is the most frequently recommended treatment to prevent recurrent ischaemic events in patients who have had an ischaemic stroke, an acute coronary syndrome, or symptomatic peripheral arterial disease. The most frequently used drugs are aspirin or clopidogrel. Most guidelines recommend lifelong intake of antiplatelet therapy.

The use of drugs in the treatment of these diseases is in addition to the benefits. There are also other disadvantages, gastrointestinal bleeding is a common problem.

In The Lancet, Linxin Li and colleagues report bleeding events and outcomes in 3166 patients with first transient ischaemic attack, ischaemic stroke, or myocardial infarction who were treated with antiplatelet drugs (mainly aspirin) and were followed prospectively for 10 years. Half of the patients (n=1582) were aged 75 years or older. Major bleeding and fatal bleeding were significantly related to age and showed a steep increase in incidence above the age of 75 years. The hazard ratio for major upper gastrointestinal bleeds was 4.13 for age 75 years or older and 10.26 for those bleeds that were disabling or fatal. In clinical practice, we need to identify risk factors and provide early preventive treatment to minimize complications of severe gastrointestinal bleeding and death. Among therapeutic drugs, proton pump inhibitors are still the top priority because of their ability to maintain stable pH and safety for patients. The assessment of drug discontinuation and preventive treatment should be individualized to ensure patient safety.

XỬ LÝ BIẾN CỐ TIÊU HÓA Ở BỆNH NHÂN TIM MẠCH NGUY CƠ CAO

PGS.TS.BS. Trần Thị Khánh Tường

Bệnh tim mạch là bệnh lý do rối loạn của tim và mạch máu. Một số bệnh lý tim mạch thường gặp như bệnh mạch vành, tăng huyết áp, bệnh cơ tim,... là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Việc điều trị các bệnh lý này thường đòi hỏi phải sử dụng phối hợp nhiều loại thuốc khác nhau như thuốc hạ huyết áp, thuốc chống kết tập tiểu cầu, thuốc chống đông, thuốc mỡ máu... Việc sử dụng nhiều loại thuốc cùng bệnh lý phức tạp làm tăng nguy cơ biến cố tiêu hóa trong quá trình điều trị cho bệnh nhân tim mạch. Xuất huyết tiêu hóa là một trong số những biến chứng về tiêu hóa thường gặp nhất ở những bệnh nhân tim mạch cần sử dụng thuốc chống đông hoặc thuốc chống kết tập tiểu cầu do các thuốc này làm tăng nguy cơ loét dạ dày tá tràng. Nguy cơ xuất huyết cao hơn ở những bệnh nhân có nhiều yếu tố như cao tuổi, bệnh lý kèm, tiền sử xuất huyết tiêu hóa, nhiễm H.pylori, sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép,... Đặc biệt, việc sử dụng thuốc chống đông làm tăng nguy cơ xuất huyết tiêu hóa cao gấp 2 lần so với việc sử dụng aspirin liều thấp hoặc thuốc kháng ngưng tập tiểu cầu Clopidogrel. Do đó việc phòng ngừa và xử lý biến cố xuất huyết tiêu hóa ở những bệnh nhân tim mạch có nguy cơ cao là vấn đề quan trọng và nên được đánh giá điều trị kỹ càng.

ĐƠN VỊ ĐỘT QUY BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT - TỔNG KẾT 10 NĂM HOẠT ĐỘNG

*BSCK2. Nguyễn Thị Phương Nga
Trưởng khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Thống Nhất*

Đơn vị đột quy bệnh viện Thống nhất được thành lập từ năm 2014. Trong 10 năm phấn đấu đi lên, dưới sự lãnh đạo của Ban Giám đốc, đơn vị đột quy phối hợp với các khoa phòng liên quan đã thiết lập và từng bước cải tiến quy trình điều trị đột quy cấp. Quy trình điều trị tái thông đối với đột quy thiếu máu não cấp ban đầu chỉ bằng tiêu sợi huyết đường tĩnh mạch tiến đến kết hợp với can thiệp nội mạch lấy huyết khối. Với việc tham gia nghiên cứu sổ bộ RES-Q, chúng tôi đã đưa ra nhiều giải pháp cụ thể nhằm nâng cao năng lực điều trị đột quy như tăng cường truyền thông, phối hợp với hệ thống cấp cứu trước viện 115, cải tiến quy trình cấp cứu tại viện, chú trọng điều trị dự phòng thứ phát, và phục hồi chức năng. Kết quả là tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tái thông từ <5% tăng đến 15%, tỷ lệ bệnh nhân được điều trị tái thông bằng tiêu sợi huyết tĩnh mạch trong 45 phút là 71% và bằng can thiệp mạch trong 90 phút sau nhập viện là 78%. Đơn vị đột quy đã đạt giải thưởng vàng về chất lượng điều trị đột quy của Tổ chức đột quy thế giới từ năm 2020 và đạt giải thưởng bạch kim từ năm 2023.

Từ khoá: đơn vị đột quy, đột quy cấp, đột quy thiếu máu não cấp, RES-Q.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ KHÁNG KẾT TẬP TIỂU CẦU CHO BỆNH NHÂN TIỀN SỬ NHỒI MÁU CƠ TIM 2023

*PGS. TS. Hồ Thượng Dũng FACC, FSCAI, FAPSIC
Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất
Chủ tịch Hội TMCT Việt Nam*

Thời gian sống (sau tuổi 60) của một bệnh nhân sau cơn nhồi máu cơ tim sẽ giảm khoảng 50% so với người bình thường. Bên cạnh việc ổn định mảng xơ vữa, bệnh nhân vẫn cần kháng kết tập tiểu cầu để dự phòng huyết khối và giảm tử vong lâu dài. Các P2Y12i có cơ chế khác nhau, trong đó Ticagrelor không ảnh hưởng bởi CYP2C19 và giúp giảm Tử vong trên bệnh nhân tiền sử nhồi máu cơ tim trên 1 năm có nguy cơ xuất huyết thấp. ESC 2020 khuyến cáo chỉ dùng Clopidogrel/Prasugrel khi không thể sử dụng

Ticagrelor trên NSTE-ACS PCI dùng DAPT > 1 năm. Đồng thuận 3 Hiệp hội Tim mạch Châu u 2023 khuyến cáo DAPT aspirin với Ticagrelor 60mg trên bệnh nhân tiền sử nhồi máu cơ tim trên 1 năm.

UPDATE ANTIPLATELET THERAPY FOR PATIENTS WITH PRIOR MI 2023

The life time (after age 60) of a patient after a myocardial infarction will decrease by about 50% compared to a normal person. Patients who have had MI are at increased long-term risk for recurrent atherothrombotic events. This increased risk is partly mediated by enhanced platelet reactivity and a proinflammatory state. For this reason, prolonged DAPT strategies have been advocated for patients with prior MI. Besides stabilizing atherosclerotic plaques, antiplatelet agents are still needed to prevent thrombosis and reduce long-term mortality for patients. The P2Y₁₂ receptor inhibitors with different mechanisms have been associated with a small increase in the risk of bleeding events, particularly in patients with a high risk of bleeding. In that, Ticagrelor does not affect CYP2C19 and reduces mortality in patients with prior myocardial infarction over 1 year at low bleeding risk. ESC 2020 recommends using Clopidogrel/Prasugrel only when Ticagrelor cannot be used on NSTE-ACS PCI using DAPT over 1 year. The 2023 European Society of Cardiology Consensus recommends DAPT aspirin with Ticagrelor 60mg in patients with prior myocardial infarction over 1 year.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN XỬ TRÍ HẸP ĐỘNG MẠCH CẢNH NGOÀI SỌ: Lợi ích và thách thức của phẫu thuật ít xâm lấn bóc lớp trong động mạch cảnh

PGS. TS. Đỗ Kim Quế

Phó Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất

Hẹp động mạch cảnh là một trong những nguyên nhân chính gây đột quy. Tần suất hẹp động mạch cảnh > 60% ở những bệnh nhân đột quy lần đầu trong nghiên cứu NOMASS là 7%. Theo báo cáo của Mayo Clinic, 18% các trường hợp đột quy có tổn thương các động mạch lớn trong và ngoài sọ. Mức độ hẹp của động mạch cảnh liên quan mật thiết với tần suất đột quy. Theo thống kê tại Texas, 10% bệnh nhân có cơn thiếu máu não thoáng qua có hẹp > 70% động mạch cảnh. Theo Cinà CS và cộng sự, 33% những trường hợp hẹp động mạch cảnh từ 80 – 99% có cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đột quy do thiếu máu não, trong khi đó tỉ lệ này chỉ xuất hiện ở 0.4% trên những bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh dưới 80%. Phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh cho bệnh nhân hẹp động mạch cảnh từ 70 - 99% làm giảm nguy cơ đột quy 17%. Hơn nữa đây là phương pháp điều trị an toàn với tỉ lệ tử vong và biến chứng thấp. Theo Đỗ Kim Quế, tỉ lệ tử vong của phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh chỉ có 0,3%. Khuyến cáo về điều trị hẹp động mạch cảnh, động mạch cột sống của Hội phẫu tạt mạch máu Châu Âu 2023 dựa trên các nghiên cứu mới trong thời gian dài có những thay đổi so với hướng dẫn trước đây. Phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh là lựa chọn tối ưu cho bệnh nhân hẹp động mạch cảnh ngoài sọ > 70% có hay không có triệu chứng (I, A); hẹp 50-69% (IIa, A). Stent động mạch có thể là chọn lựa thay thế cho bệnh nhân hẹp động mạch cảnh trên 70% và dưới 70 tuổi (IIb, A). Tổng hợp từ các nghiên cứu ESCT, NASCET, SVACS với 6.081 bệnh nhân hẹp động mạch cảnh ngoài sọ so sánh nguy cơ đột quy sau 5 năm giữa nhóm bệnh nhân chỉ điều trị nội khoa tối ưu so với phẫu thuật bóc lớp trong động mạch cảnh và điều trị nội khoa tối ưu cho thấy kết quả giảm nguy cơ đột quy tại thời điểm 5 năm là 48% và 28% cho bệnh nhân có hẹp động mạch cảnh 70-79% và 50 – 69%. Trong khi ở nhóm bệnh nhân hẹp động mạch dưới 50% và nhóm tắc động mạch hoàn toàn phẫu thuật bóc lớp trong động mạch không giảm được nguy cơ đột quy. Khi so sánh tử vong, đột quy, tử vong và đột quy, nhồi máu cơ tim, tử vong và đột quy và nhồi máu cơ tim trong 30 ngày giữa nhóm bệnh nhân đặt stent so với phẫu

thuật bóc lớp trong động mạch cảnh. Kết quả cho thấy nhóm mổ bóc lớp trong động mạch có tỉ lệ tử vong, đột quy, tử vong và đột quy, tử vong và đột quy và nhồi máu cơ tim thấp hơn nhóm đặt stent động mạch cảnh. Nghiên cứu còn cho thấy tần suất tử vong và đột quy giữa đặt stent và mổ bóc lớp trong động mạch cảnh theo lứa tuổi cho thấy tử vong và đột quy ở nhóm đặt stent cao hơn nhóm phẫu thuật đặc biệt ở bệnh nhân trên 70 tuổi.

NGUY CƠ TIM MẠCH Ở PHỤ NỮ

PGS. TS. Trần Kim Trang

Đại học Y Dược TP.HCM

Phụ nữ có những yếu tố nguy cơ tim mạch chuyên biệt, dễ hoặc khó nhận diện, trải dài đời người, liên quan thai kỳ, kinh nguyệt...

Có nhiều bước tiếp cận để giảm các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch xơ vữa.

CARDIOVASCULAR RISK IN WOMEN

There are numerous specific risk factors for cardiovascular (CV) disease in women those well- established or under-recognised, during their life involving pregnancy or menopause, etc...Stepping to reducing the CV risk factors of Atherosclerotic Cardiovascular Disease are determined.

TIẾP CẬN MỚI RUNG NHĨ TRONG BỆNH TUYẾN GIÁP

TS. BS. Nguyễn Thu Hương

Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên

Rung nhĩ (RN) là một rối loạn nhịp hay gặp liên quan đến sự gia tăng bệnh suất và tử suất tim mạch. Cơ chế bệnh sinh của RN đặc trưng bởi biến đổi điện học và cấu trúc của tế bào cơ tâm nhĩ. Cơ tâm nhĩ giải phóng ra một số hormon như angiotensin-2, calcitonin, và peptide lợi niệu nhĩ có chức năng điều hòa nội tiết. Nhiều nghiên cứu cho thấy bệnh liên quan đến rối loạn điều hòa nội tiết là một trong các nguyên nhân gây RN. Tuyến giáp như một cơ quan nội tiết giải phóng ra 3 loại hormon chủ yếu gồm T3, T4 và calcitonin. Rối loạn chức năng tuyến giáp ảnh hưởng lên hệ tim mạch. Mặc dù có mối liên quan rõ ràng giữa bệnh tuyến giáp đặc biệt là cường giáp với RN song cơ chế hóa

sinh dẫn đến xơ hóa nhĩ và rối loạn nhịp nhĩ trong nhiễm độc hormon tuyến giáp còn chưa được hiểu biết đầy đủ. Bằng thực nghiệm lâm sàng cùng với những nghiên cứu tế bào cho thấy rằng hormon tuyến giáp tham gia vào sự xuất hiện RN. Bài báo đề cập đến những bằng chứng lâm sàng và thực nghiệm hiện nay trong mối liên quan giữa bệnh tuyến giáp và RN. Chúng tôi hy vọng những hiểu biết hiện nay về cơ chế tiềm năng của rối loạn hormon tuyến giáp, trong sự xuất hiện và tiến triển rối loạn nhịp nhĩ sẽ giúp cho sự hiểu biết sâu sắc. Đồng thời bài báo cũng đề cập một số chiến lược điều trị RN trong bệnh TG.

Từ khóa: bệnh tuyến giáp, rung nhĩ, điện tâm đồ, xơ hóa tâm nhĩ, viêm.

NEW UPDATE OF ATRIAL FIBRILLATION IN THYROID DISEASE

Atrial fibrillation (AF) is the most common cardiac arrhythmia associated with increased cardiovascular morbidity and mortality. The pathophysiology of AF is characterized by electrical and structural remodeling occurring in the atrial myocardium. As a source of production of various hormones such as angiotensin-2, calcitonin, and atrial natriuretic peptide, the atria are a target for endocrine regulation. Studies have shown that disorders associated with endocrine dysregulation are potential underlying causes of AF. The thyroid gland is an endocrine organ that secretes three hormones: triiodothyronine (T3), thyroxine (T4) and calcitonin. Thyroid dysregulation affects the cardiovascular system. Although there is a well-established relationship between thyroid disease (especially hyperthyroidism) and AF, the underlying biochemical mechanisms leading to atrial fibrosis and atrial arrhythmias are poorly understood in thyrotoxicosis. Various animal models and cellular studies demonstrated that thyroid hormones are involved in promoting AF substrate. This review explores the recent clinical and experimental evidence of the association between thyroid disease and AF. We highlight the current knowledge on the potential mechanisms underlying the pathophysiological impact of thyroid hormones T3 and T4 dysregulation, in the development of the atrial arrhythmogenic substrate. Finally, we review the available therapeutic strategies to treat AF in the context of thyroid disease.

Keywords: thyroid disease; atrial fibrillation; electrophysiology; atrial fibrosis; inflammation.

CƯỜNG GIÁP VÀ SUY TIM: NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý

BSCCK2. Nguyễn Thanh Hiền

Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Suy tim là một trong những nguyên nhân bệnh tật và tử vong nhiều nhất trên thế giới. Một vài nghiên cứu cho thấy cường giáp là nguyên nhân gây suy tim có thể hồi phục được và cần phải loại bỏ ở mọi bệnh nhân suy tim, đặc biệt khi không có nguyên nhân thông thường của suy tim và bệnh tim cấu trúc. Có 2 thể suy tim trong cường giáp là: suy tim EF giảm (tâm thu) và EF bảo tồn (tâm trương). Gần 90% BN cường giáp có thể diễn tiến đến rung nhĩ, 47% rối loạn tâm thu thất trái, và 1% bệnh cơ tim dẫn do nhiễm độc giáp với một phần ba các trường hợp này có thể đảo ngược được. Chỉ dẫn chẩn đoán suy tim do nhiễm độc giáp còn thiếu những chỉ dẫn chuyên biệt. Vì vậy, chúng ta cần xác định bằng chứng rối loạn chức năng tuyến giáp kèm theo bất thường cấu trúc và chức năng tim.

Điều trị suy tim trong cường giáp gồm cải thiện biểu hiện lâm sàng suy tim và điều trị cường giáp về bình giáp. Điều trị cường giáp gồm 3 chiến lược phổ biến gồm thuốc kháng giáp, phẫu thuật tuyến giáp hay dùng iod phóng xạ. Điều trị suy tim sẽ khác nhau dựa trên suy chức năng tâm thu và tâm trương, hiện diện hay không có hội chứng sung huyết, có hay không có loạn nhịp và tình trạng kết hợp như shock (bão giáp) và chèn ép tim cấp.

RUNG NHĨ XẢY RA TRONG NHẬP VIỆN CẤP TÍNH: LƯU Ý CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ

BSCCK2. Nguyễn Thanh Hiền

Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

Rung nhĩ cấp tính được định nghĩa là rung nhĩ phát hiện trong bối cảnh chăm sóc cấp tính hoặc bệnh cấp tính, có thể được phát hiện hoặc điều trị lần đầu tiên trong đợt nhập viện vì một bệnh lý khác. Rung nhĩ sau phẫu thuật tim lồng ngực là một loại rung nhĩ cấp tính riêng biệt. Vì có liên quan đến nguy cơ cao tái phát lâu dài nên rung nhĩ cấp tính cần được chú ý trong thời gian nằm viện cũng như theo dõi sau đó. Việc đánh giá bệnh lý nền mạn tính và các yếu tố kích hoạt có thể hữu ích trong đánh giá và quản lý rung nhĩ cấp tính. Chiến lược quản lý cấp tính đòi hỏi một tiếp cận đa ngành với sự hợp tác chăm sóc đa chuyên khoa, lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp với bệnh lý nền và

bệnh cấp tính của mỗi bệnh nhân. Các thành tố chính trong chiến lược quản lý cấp tính bao gồm nhận diện, điều trị các yếu tố kích hoạt, kiểm soát tần số, kiểm soát nhịp tim và điều trị kháng đông. Trong chiến lược kiểm soát tần số hay nhịp tim trong bối cảnh cấp tính nên được cá thể hóa bằng việc xem xét khả năng chịu đựng tần số tim nhanh hay rối loạn đồng bộ nhĩ thất của bệnh nhân cũng như khả năng chấp nhận rủi ro đến từ chiến lược điều trị. Với nguy cơ tái phát rung nhĩ cao, việc theo dõi sát lâm sàng và nhịp tim là thật sự cần thiết. Quản lý rung nhĩ lâu dài phải dựa trên bệnh lý nền của bệnh nhân, theo dõi nhịp tim, điều trị duy trì kháng đông và cân nhắc chiến lược kiểm soát nhịp tim. Quản lý chung cho rung nhĩ cấp tính bao gồm điều trị bệnh lý nền và loại bỏ các yếu tố kích hoạt. Ba chữ A của chiến lược quản lý cấp tính là Acute trigger (Yếu tố kích hoạt cấp tính), Atrial fibrillation rate/rhythm management (Kiểm soát tần số/ nhịp tim), Anticoagulation (Kháng đông). Hai chữ M và hai chữ A của chiến lược quản lý dài hạn bao gồm Monitoring of heart rhythm (Theo dõi nhịp tim) và Modification of lifestyle and risk factors (Điều chỉnh lối sống cũng như các yếu tố nguy cơ) đồng thời bên cạnh cân nhắc Atrial fibrillation rate/rhythm management (Kiểm soát tần số/ nhịp tim) và Anticoagulation (Kháng đông). Tuy nhiên hiện vẫn còn một vài khoảng trống bằng chứng dữ liệu liên quan đến rung nhĩ cấp tính cần được nghiên cứu trong tương lai.

MỘT GÓC NHÌN MỚI VỀ PHÒNG NGỪA TIÊN PHÁT BỆNH TIM MẠCH XƠ VỮA

*TS. BS. Tôn Thất Minh
Giám Đốc Bệnh viện Tim Tâm Đức
Chủ tịch Hội Nhịp Tim Học TP. HCM*

Bất chấp những tiến bộ trong chăm sóc y tế, các bệnh tim mạch—và đặc biệt là bệnh động mạch vành (CAD)—vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước đã và đang phát triển. Trong 3 thập kỷ qua, các hiệp hội y học đồng thuận tăng cường các nỗ lực phòng ngừa tiên phát cho nhóm dân số trung niên có nguy cơ cao nhưng không có triệu chứng. Nhằm tối ưu quản lý điều trị đối với những bệnh nhân có nguy cơ tim mạch trung bình, hướng dẫn quản lý cholesterol trong máu của ACC/AHA năm 2018 đã khuyến nghị xem xét các yếu tố làm tăng nguy cơ (Risk enhancer factors) là những yếu tố độc lập và làm tăng gấp 2 lần nguy cơ tim mạch như tiền sử gia đình, lipoprotein(a) >50 mg/dl.

Gần đây, đồng thuận AHA 2022 về ứng dụng thang điểm nguy cơ đa gen có chỉ ra nguy cơ đa gen cao có thể làm tăng gấp 2 lần nguy cơ tim mạch, tương đương với một yếu tố làm tăng nguy cơ (Risk Enhancer Factors). Phần trình bày, tôi chia sẻ một công cụ mới – thang điểm nguy cơ đa gen cho bệnh động mạch vành và tương quan của nó với các thang điểm nguy cơ truyền thống phổ biến.

A NEW PERSPECTIVE ON PRIMARY PREVENTION OF ATHEROSCLEROTIC CARDIOVASCULAR DISEASE

Despite advances in medical care, cardiovascular diseases—and especially coronary artery disease (CAD)—remain the leading cause of death in developed and developing countries. Over the past 3 decades, medical associations have agreed to increase primary prevention in high-risk, asymptomatic middle-aged populations. To optimize treatment management for patients at intermediate cardiovascular risk, the 2018 ACC/AHA blood cholesterol management guidelines recommend considering risk enhancing factors which are independent factors and increase cardiovascular risk by 2 times such as family history, lipoprotein(a) >50 mg/dl.

Recently, the AHA 2022 statement on the application of the polygenic risk score points out that high polygenic risk can increase cardiovascular risk by 2-fold, equivalent to a risk enhancing factor . In the presentation, I will share a new tool – the polygenic risk score for coronary artery disease and its correlation with popular traditional risk scores.

TỐI ƯU HÓA ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

BSCK2. Nguyễn Văn Bé Hai

Trưởng khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất

Suy tim là gánh nặng của toàn cầu với có 63,4 triệu người lớn bị suy tim, tỉ lệ tử vong hơn cả ung thư. Mục tiêu điều trị suy tim bao gồm: Giảm tỷ lệ tử vong, Dự phòng tái nhập viện do suy tim mất bù, Cải thiện triệu chứng và khả năng gắng sức. Theo hướng dẫn điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm theo ESC 2021, bốn nhóm thuốc nền tảng cần được sử dụng các sớm càng tốt: ACEi/ARNI, Chẹn beta, Đối kháng thụ thể aldosterone, Dapagliflozin/Empagliflozin Nếu bệnh nhân không có chống chỉ định hoặc bệnh nhân không dung nạp. Khuyến cáo thay thế ARNi trên bệnh nhân dung nạp với

IL-17A

LÀ MỘT CYTOKINE CHỦ CHỐT TRONG CƠ CHẾ BỆNH SINH
VIÊM CỘT SỐNG DÍNH KHỚP¹



IL-17A

IL-17A
LÀ MỘT CYTOKINE CHỦ CHỐT
TRONG CƠ CHẾ BỆNH SINH VIÊM KHỚP VẢY NẾN¹



IL-17A

ACEi/ARB. Thách thức trong thực tế sự phối hợp 4 thuốc này còn thấp. Cuộc đua rút ngắn thời gian phối hợp thuốc để đạt được mục tiêu điều trị. Do đó cần thay đổi chiến lược điều trị suy tim: rất tích cực và nhanh chóng đạt liều điều trị tối ưu. RANi Nghiên cứu STRONG – HF: RANi giảm nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện do suy tim sau 180 ngày, bất kể EF ban đầu hay NT-proBNP ban đầu hiệu quả cao ở nhóm điều trị tích cực so với điều trị thông thường, có tính an toàn. SGLT2i đã cho thấy lợi ích đáng kể ở BN HFrEF, những lợi ích đáng kể có liên quan đến lâm sàng thấy được chỉ sau 12 ngày kể từ khi khởi trị SGLT2i, cải thiện dung nạp các thuốc khi phối hợp điều trị suy tim. SGLT2i có thể được kết hợp với ARNI và MRAs, để tăng cường điều trị cho bệnh nhân suy tim với các đặc điểm an toàn và dung nạp tốt trong nhiều loại bệnh cảnh lâm sàng và tình trạng huyết động. Phối hợp “ARNI + BB + MRA + SGLT2i” giảm tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân, tử vong do tim mạch hoặc/và nhập viện vì suy tim nhiều hơn so với các phối hợp khác.

XU HƯỚNG CHỈ ĐỊNH TẠO NHỊP THEO HỆ THỐNG DẪN TRUYỀN HIỆN NAY

TS. Trương Quang Khanh

Trưởng khoa Nhịp tim, Bệnh viện Thống Nhất

Thời điểm ban đầu cho chỉ định tạo nhịp tim là điều trị các rối loạn nhịp chậm như: suy yếu nút xoang, bloc nhĩ thất và chỉ tạo nhịp từ vùng mỏm thất trái, sau này nhiều nghiên cứu chứng tỏ nguy cơ suy tim do tạo nhịp từ mỏm thất phải nhất là nhóm BN phải tạo nhịp thất nhiều (trên 40%.)

Quan điểm tạo nhịp sinh lý theo hệ thống dẫn truyền ngày càng phát triển: tạo nhịp 2 buồng đồng bộ nhĩ thất, tạo nhịp vùng vách thất phải, tạo nhịp 3 buồng tái đồng bộ cơ tim trong trường hợp suy tim... Gần đây xu hướng tạo nhịp từ vùng His và vùng bó nhánh trái cho hiệu quả tái đồng bộ cơ tim và cải thiện được chức năng cơ bóp thất trái. Các nghiên cứu lớn đang chứng tỏ hiệu quả và các Hướng dẫn quốc tế HRS/APHR/LAHR 2023 đang đánh giá tạo nhịp bó His và bó nhánh trái với kỹ thuật không phức tạp đang thay đổi một số chỉ định tạo nhịp hiện nay, nhất là nhóm BN có chỉ định tạo nhịp suy tim, tiềm ẩn nguy cơ suy tim sau này.

Báo cáo cập nhật một số chỉ định BN tạo nhịp nên được làm tạo nhịp theo hệ thống dẫn truyền sinh lý từ tạo nhịp 3 buồng, tạo nhịp His, tạo nhịp từ vùng bó nhánh trái. Thời

điểm ban đầu cho chỉ định tạo nhịp tim là điều trị các rối loạn nhịp chậm như: suy yếu nút xoang, block nhĩ thất và chỉ tạo nhịp từ vùng mỏm thất trái, sau này nhiều nghiên cứu chứng tỏ nguy cơ suy tim do tạo nhịp từ mỏm thất phải nhất là nhóm BN phải tạo nhịp thất nhiều (trên 40%.)

Quan điểm tạo nhịp sinh lý theo hệ thống dẫn truyền ngày càng phát triển: tạo nhịp 2 buồng đồng bộ nhĩ thất, tạo nhịp vùng vách thất phải, tạo nhịp 3 buồng tái đồng bộ cơ tim trong trường hợp suy tim... Gần đây xu hướng tạo nhịp từ vùng His và vùng bó nhánh trái cho hiệu quả tái đồng bộ cơ tim và cải thiện được chức năng cơ bóp thất trái. Các nghiên cứu lớn đang chứng tỏ hiệu quả và các Hướng dẫn quốc tế HRS/APHRs/LAHRs 2023 đang đánh giá tạo nhịp bó His và bó nhánh trái với kỹ thuật không phức tạp đang thay đổi một số chỉ định tạo nhịp hiện nay, nhất là nhóm BN có chỉ định tạo nhịp suy tim, tiềm ẩn nguy cơ suy tim sau này.

Báo cáo cập nhật một số chỉ định BN tạo nhịp nên được làm tạo nhịp theo hệ thống dẫn truyền sinh lý từ tạo nhịp 3 buồng, tạo nhịp His, tạo nhịp từ vùng bó nhánh trái.

NHÌN LẠI VAI TRÒ CÁC THUỐC CHỐNG LOẠN NHỊP TRONG ĐIỀU TRỊ RUNG NHĨ TRONG NĂM 2023

*ThS. BS. Nguyễn Hoàng Phú
Khoa Nhịp tim, Bệnh viện Thống Nhất*

Rung nhĩ (RN) vẫn là rối loạn nhịp tim thường gặp và làm tăng đáng kể bệnh suất và tử suất. Phục hồi và duy trì nhịp xoang (liệu pháp kiểm soát nhịp) là thành tố quan trọng trong quản lý RN ở bệnh nhân có triệu chứng. Mặc dù có những tiến bộ đáng kể và triệt đốt qua ống thông đóng vai trò ngày càng quan trọng, thuốc chống loạn nhịp (CLN) vẫn là nền tảng của liệu pháp kiểm soát nhịp. Với quá khứ 50 năm qua, nghiên cứu thực nghiệm và lâm sàng đã nâng cao hiểu biết đáng kể của chúng ta về thuốc CLN. Bài tổng quan này tóm tắt các cột mốc quan trọng trong nghiên cứu thuốc CLN đã xác định vai trò hiện tại của thuốc trong quản lý RN, bao gồm (i) nhận thức về nguy cơ gây rối loạn nhịp tim của thuốc CLN; (ii) tăng hiểu biết đa chiều về cách sử dụng của thuốc CLN; (iii) phát triển dronedarone; và (iv) tìm kiếm thuốc CLN dành riêng cho RN. Cuối cùng, chúng tôi thảo luận về các cơ hội ngắn hạn và dài hạn để quản lý RN tốt hơn thông qua

những tiến bộ trong điều trị thuốc CLN, bao gồm các cá nhân hóa liệu pháp thuốc CLN dựa trên cá nhân hóa cơ chế rung nhĩ.

Từ khóa: Rung nhĩ; Thuốc chống loạn nhịp; Dronedarone; Kênh ion

TỔNG HỢP CÁC NGHIÊN CỨU VÀ KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ SUY TIM: ĐIỀU ĐÃ BIẾT VÀ CHƯA BIẾT

ThS. BS. Bùi Xuân Khải

Khoa Y, ĐH Quốc Gia

Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất

Suy tim (ST) là một hội chứng lâm sàng phức tạp, hậu quả cuối cùng của nhiều bệnh lý tim mạch. Cơ chế tác động chính các thuốc điều trị ST mạn nhằm giảm tải cho cơ tim, cải thiện quá trình tái cấu trúc cơ tim, cũng như hỗ trợ chức năng co bóp cơ tim. Việc thực hành điều trị ST mạn được hướng dẫn bởi các Hội Tim mạch trên thế giới với nhiều phác đồ được cập nhật mỗi 4 năm. Từ năm 2014, nhiều nghiên cứu lâm sàng đã ra đời tạo nên tảng cho các khuyến cáo điều trị ST mạn ngày nay. So với hướng dẫn trước đó, thuốc điều trị nền tảng cho ST mạn có phân suất tống máu (PSTM) giảm đã được mở rộng từ bộ ba ACEi/BB/MRA với hai thuốc mới là SGLT2i và ARNI. Sự lựa chọn các thuốc có lợi ích cho bệnh nhân ST mạn có PSTM giảm cũng rộng rãi hơn với sự có mặt của vericiguat, ferric, và octamebiv. Cùng với đó, triển vọng mới trong điều trị ST có PSTM bảo tồn cũng được nhấn mạnh trong khuyến cáo qua một số nghiên cứu về nhóm thuốc SGLT2i. Bài báo cáo nhằm cung cấp một cái nhìn tổng quan về các nghiên cứu mới là chứng cứ cho những khuyến cáo điều trị ST mạn của các Hội tim mạch trên thế giới. Ngoài ra, bài báo cáo cũng nhắc đến một số vấn đề còn chưa được rõ ràng trong điều trị ST như quản lý bệnh nhân ST có PSTM cải thiện, điều trị các kiểu hình ST có PSTM bảo tồn....

AN OVERVIEW OF CURRENT THERAPEUTIC PERSPECTIVES IN CHRONIC HEART FAILURE: THE KNOWN AND YET KNOWN

Chronic heart failure is a complex clinical syndrome and the endpoint of various cardiovascular diseases, characterized by ventricular dysfunction leading to inadequate organ perfusion as well as pulmonary and/or peripheral congestion. The mainstay mechanism of action of all current medication involves reducing the heart workload and

reversing the cardiomyocyte remodelling as well as helping with the heart pumping function. Many international organizations have published a series of practical guideline, updated every 4 years in assisting clinicians in managing chronic heart failure. Since 2014, myriad of clinical research has been completed and have served as the evidence for the current recommendations to manage chronic heart failure. Compared to the previous versions, the cornerstone therapy for chronic heart failure has been expanded from the triad of ACEI/BB/MRA to include the additional agents-ARNI and SGLT2. The options of other drugs deemed beneficial for patients with heart failure are also widened by the addition of vericiguat, ferric carboxymaltose as well as ometavib. Moreover, the role of SGLT2 in the treatment of heart failure with mid-range and preserved ejection fraction is also emphasized by the establishment of new clinical data. This review aims to provide an epitome of clinical evidence published to support the implementation of the new ESC 2021 as well as other associations. The review also mentioned the recently updated aspect of managing patients with mid-range and preserved ejection fraction.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG GAN THẬN

TS. BS. Hoàng Văn Quang

Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Thống Nhất

Hội chứng gan thận là tình trạng bệnh lý mà trong đó bệnh nhân đã có từ trước bệnh gan cấp tính (suy gan cấp, K gan di căn) hoặc mạn tính (xơ gan mất bù, viêm gan do rượu), sau đó xuất hiện tổn thương thận cấp mà không có tổn thương nhu mô và cấu trúc thận. Theo câu lạc bộ cổ chướng quốc tế (international ascites club), hội chứng gan thận gồm 2 tí: tí 1, và tí 2, trong đó tí 1 nặng nhất với suy thận tiến triển nhanh, suy gan cấp nặng, 80% tử vong trong vòng 2 tuần. Về sinh lý bệnh, tăng áp lực cửa dẫn đến dẫn mạch tạng và gây suy thận cấp do co động mạch thận, ngoài ra còn gây tăng thân lậu vi khuẩn dễ dẫn đến nhiễm khuẩn làm tổn thương thận cấp.

Về điều trị, sử dụng thuốc co mạch như vasopressin hoặc dẫn chất terlipressin, norepinephrin, midodrin, octreotide làm co mạch tạng nhưng dẫn mạch thận, phối hợp với Albumin tối đa 100mg/ngày kết hợp với thay huyết tương hỗ trợ chức năng gan, hoặc lọc máu liên tục để hỗ trợ chức năng thận. Nếu thất bại điều trị nội khoa, có thể can

PrisMax

HỆ THỐNG CHĂM SÓC CẤP TÍNH

TỐI ĐA HÓA
SỰ ĐƠN GIẢN

TỐI ĐA HÓA
KHẢ NĂNG
ĐIỀU TRỊ

TỐI ĐA HÓA
HIỆU QUẢ

NẾU NHƯ ?

CÓ THỂ **TỐI ĐA HÓA SỰ TỰ TIN**
KHI TIẾN HÀNH ĐIỀU TRỊ?

Hân hạnh giới thiệu hệ thống **PrisMax** - máy lọc máu liên tục thế hệ mới nhất của Baxter, được thiết kế để hỗ trợ Chuyên gia Y tế tăng thêm sự tự tin khi tiến hành CRRT và các trị liệu hỗ trợ cơ quan.

TÍCH HỢP ECCO₂R

PrismaLung+ là sản phẩm ECCO₂R mới của Baxter giúp loại bỏ CO₂ trên hệ thống **PrisMax** với một chế độ phần mềm chuyên biệt nâng cao.

PrismaLung+ là một thiết bị tiên tiến trên thị trường, đặc biệt để thực hiện liệu pháp ECCO₂R trên màn hình máy CRRT.



ARCOXIA®

(etoricoxib)

30mg HAY 60mg

- ◆ Viêm xương khớp
(Thoái hóa khớp)

60mg HAY 90mg

- ◆ Viêm khớp dạng thấp
- ◆ Viêm đốt sống dính khớp
- ◆ Cơ đau vừa liên quan đến phẫu thuật răng*

*Liều tối đa: 90mg; đối với phẫu thuật răng, dùng tối đa 3 ngày

120mg

- ◆ Đau cấp tính
- ◆ Đau bụng kinh nguyên phát
- ◆ Viêm khớp thống phong cấp tính

Liều tối đa: 120mg; trong thời gian tối đa 8 ngày liên tục

Liều sử dụng

1

LẦN / NGÀY

Quyết định kê đơn ARCOXIA phải dựa trên việc đánh giá toàn bộ các nguy cơ đối với từng bệnh nhân. Thuốc ức chế chọn lọc COX-2 nên được dùng trong thời gian ngắn nhất có thể và với liều hàng ngày thấp nhất có hiệu quả



VPĐD MERCK SHARP & DOHME (ASIA) LTD., VIỆT NAM

TP. HỒ CHÍ MINH
L16, MPlaza Saigon
39 Lê Duẩn, Quận 1
ĐT: 84-28-3 915 5800
Fax: 84-28-3 827 8106

HÀ NỘI
L14, Keangnam Hanoi Landmark Tower
Phạm Hùng, Cầu Giấy, Mễ Trì, Quận Từ Liêm
ĐT: 84-24-3 782 4360
Fax: 84-24-3 837 8415



SANG PHARMA

thiệp kỹ thuật ngoại khoa như tạo shunt cửa chủ trong gan qua tĩnh mạch cảnh trong phải, shunt giữa khoang phúc mạc và tĩnh mạch hệ thống, ghép gan hoặc ghép đồng thời cả gan và thận.

BƯỚC ĐẦU SỬ DỤNG HẤP PHỤ HUYẾT TƯƠNG KẾT HỢP LỌC MÁU LIÊN TỤC ĐIỀU TRỊ SỐC NHIỄM KHUẨN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

TS. BS. Hoàng Văn Quang

Trưởng khoa Hồi sức tích cực - Chống độc, Bệnh viện Thống Nhất

Kỹ thuật hấp phụ huyết tương kết hợp lọc máu liên tục (Coupled plasma filtration adsorption-CPFA) gồm 3 bước: tách huyết tương, hấp phụ huyết tương và lọc máu liên tục, có tác dụng hấp phụ không chọn lọc các yếu tố tiền viêm và kháng viêm, vì vậy loại bỏ được các yếu tố có trọng lượng phân tử lớn (nhờ hấp phụ) và trọng lượng phân tử trung bình hoặc nhỏ (nhờ lọc máu liên tục). Nhiều nghiên cứu cho thấy hấp phụ huyết tương mang lại hiệu quả tốt hơn hấp phụ máu toàn phần do tốc độ dòng huyết tương thấp và thời gian tiếp xúc kéo dài với các hạt nhựa hấp phụ. Nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy ở bệnh nhân sốc nhiễm khuẩn, CPFA giúp cải thiện huyết động, giảm liều thuốc vận mạch Noradrenalin. Nghiên cứu COMPACT-1 (Ý, 2014) cũng như ROMPAC (Tây Ban Nha, 2016) cho thấy tỉ lệ tử vong tương đương ở 2 nhóm CPFA so với nhóm điều trị chuẩn. Khi nghiên cứu dưới nhóm, tác giả nhận thấy thể tích huyết tương được hấp phụ càng tăng thì tỉ lệ tử vong càng giảm. Vì vậy, trong thực hành lâm sàng nên hấp phụ thể tích huyết tương > 0,2 lít/kg/ngày.

Khoa hồi sức tích cực chống độc bệnh viện Thống nhất đã thực hiện CPFA 10 giờ sau đó CVVH trên 6 trường hợp sốc nhiễm khuẩn, kết quả cho thấy tuổi trung bình 66; nam (83%); SOFA 9,6; tử vong 3/6 (50%). Sau 10 giờ, liều Noradrenalin giảm từ 0,45 giảm còn 0,3 mcg/kg/phút, cải thiện chức năng thận và tình trạng nhiễm toan, IL-6 giảm từ 642 xuống còn 171 pg/ml

Kết luận: CPFA có hiệu quả trên huyết động giảm được liều Noradrenalin, cũng như IL-6.

TRAUMA DEVELOPMENT SYSTEM IN HO CHI MINH CITY: WHERE ARE WE STANDING IN THE WORLD?

Le Bao Huy MD., MSc.

Department of Emergency Medicine, Thong Nhat Hospital

PATOS principle investigator

Trauma is the 9th most common lead to death world-wide and could be the third greatest cause of the global burden of disease and injury. Traffic accidents are one of the common causes of death in Vietnam as well as Ho Chi Minh city. There are about 3,600 injuries and 90 deaths every day with more than 30% of these being road traffic injuries (RTI). RTI is the leading cause of death among people aged 15 to 29.

There is a lack of human resources in healthcare service with only 0.8 physicians and 1.1 nurses/1000 people. The mean response time of 115 staff is 27 min. vs. 6 min in Korea and Japan, 7.9 min in Singapore, 11.5 min in Thailand. Ambulance per 100,000 people reached 0.25 vs. 1 of WHO standard, 0.8 of Singapore, 1.2 of Seoul, 2.9 of Taiwan.

Over the past 10 years, many programs and policies aimed at improving and developing the trauma and preventive care system have reduced mortality and disability rates such as improving transport infrastructure, developing EMS networks, upgrading trauma centers, rehabilitation, international cooperation, injury prevention and surveillance research, human resource training, policy adjustment, law application. EMS (115) network developed throughout the city to improve trauma care in prehospital with 39 satellite stations. Therefore, the rate of death and disability from road traffic accidents decreases, especially in high-risk groups such as the elderly and children.

In the future, the Government needs to invest more in the EMS trauma care system, have a long-term strategy as well as effectively use the results of international cooperation. Trauma education and training should be more attention, professionally and methodically. Trauma care program should be synchronized, coordinated between medical facilities and implemented in the long term.

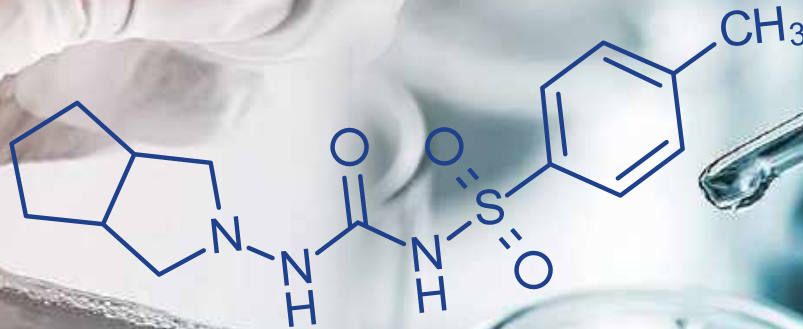
GLUMERON 30

Gliclazid 30 mg **MR**

Sản phẩm được sản xuất trên dây chuyền đạt

**TIÊU CHUẨN
NHẬT BẢN**

**JAPAN
GMP**



Sản phẩm
được chứng minh



ĐIỀU TRỊ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG **TYP 2**

SEVOrane®

SEVOFLURANE



KHỞI MÊ VÀ DUY TRÌ MÊ CHO CẢ NGƯỜI LỚN VÀ TRẺ EM (*)

STRESS VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở NHÂN VIÊN CẤP CỨU NGOÀI BỆNH VIỆN TẠI TRUNG TÂM CẤP CỨU 115 TP HỒ CHÍ MINH NĂM 2022.

ThS. BSCK2. Đỗ Ngọc Chánh, BS Phạm Tấn Phát
Trung tâm cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh
Viện Nghiên cứu và huấn luyện cấp cứu ngoại viện 115

Đặt vấn đề: Nhân viên y tế đang phải trải qua tình trạng stress cao do khối lượng công việc nặng, thời gian làm việc kéo dài, đặc biệt trong giai đoạn dịch Covid-19. Nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện (NVCCNBV) phải tiếp xúc với các nguy cơ gây căng thẳng nghề nghiệp đặc thù. Do đó, việc phản ánh đúng thực trạng stress trên NVCCNBV và các yếu tố liên quan là cần thiết. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ stress ở NVCCNBV tại Trung tâm cấp cứu 115 (TTCC115) và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 105 NVCCNBV tại TTCC115 năm 2022. Dùng bộ câu hỏi tự điền gồm thông tin nền, thang đo nỗi sợ COVID-19, Thang đo DASS-Stress. **Kết quả:** Có 25,7% NVCCNBV có stress. Stress nhẹ chiếm 20,0%, stress vừa: 16,2%, stress nặng và rất nặng lần lượt 5,7%, 3,8%. Các yếu tố liên quan gồm nhóm tuổi từ 30, trực đêm, cảm nhận môi trường tiềm ẩn nguy cơ tai nạn, không yêu thích công việc hiện tại. **Kết luận:** Có 25,7% NVCCNBV có stress. TTCC115 cần tập huấn an toàn cấp cứu, sắp xếp thời gian ca kíp làm việc, phân công trực đêm hợp lý. NVCCNBV cần tuân thủ quy tắc an toàn cấp cứu, tham gia hoạt động xã hội nhằm giải tỏa stress, tạo sự yêu thích công việc. **Từ khóa:** stress, nhân viên cấp cứu ngoài bệnh viện

Background: Medical staff are experiencing high stress due to heavy workload and long working hours, especially during the Covid-19 epidemic. Paramedics are exposed to unique occupational stress hazards. Therefore, it is necessary to reflect the reality of stress on employees and related factors. **Objective:** Determine the rate of stress in paramedic at 115 Emergency Center (115 EMS) in Ho Chi Minh City and related factors. **Subject and Method:** Cross-sectional study on 105 paramedic at 115 EMS in 2022. Use a self-completed questionnaire including background information, Fear of COVID-19 Scale and DASS-Stress Scale. **Results:** 25.7% of employees have stress. Mild stress accounts for 20.0%, moderate stress is 16.2%, severe and very severe stress are 5.7%, 3.8% respectively. Related factors include age group from 30, being on duty at night, feeling that the environment has a potential risk of accidents, and not liking the

current job. **Conclusion:** 25.7% of employees have stress. 115 EMS needs emergency safety training, arranging work shift times, and assigning night duty appropriately. Employees need to comply with emergency safety rules and participate in social activities to relieve stress and create love for work. **Keywords:** stress, paramedic.

KẾT QUẢ TRIỂN KHAI T-CPR CỦA ĐIỀU PHỐI VIÊN 115 TRONG TRƯỜNG HỢP NGỪNG TIM NGỪNG THỞ NGOÀI BỆNH VIỆN

BSCKII. Lê Huy Nguyễn Tuấn

Trung tâm cấp cứu 115 Thành phố Hồ Chí Minh

Theo Hiệp Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), hơn một nửa số trường hợp ngừng tim xảy ra ngoài bệnh viện ở Mỹ. Khả năng sống sót của bệnh nhân ngừng tim liên quan trực tiếp đến việc bắt đầu sơ cứu, đặc biệt là quá trình CPR. Việc triển khai CPR từ xa cho người gọi cấp cứu thông qua hướng dẫn từ điều phối viên tại Trung tâm khẩn cấp y tế có tác động tích cực làm tăng số trường hợp thực hiện CPR trên bệnh nhân ngừng tim và khả năng sống sót sau khi xuất viện của bệnh nhân ngừng tim được T-CPR cao hơn. **Mục tiêu:** Nhận xét kết quả sau 2 tháng triển khai T-CPR tại Trung tâm Cấp cứu 115 TPHCM. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu bằng cách nghe lại 136 đoạn ghi âm trong lịch sử cuộc gọi lưu lại trong hệ thống điều phối 115 của viên chức y tế tại Tổng đài 115 với các trường hợp ngừng tim ngoài bệnh viện được đội cấp cứu 115 tiếp cận trong 2 tháng 3,4/2023 trước khi triển khai T-CPR và 2 tháng 7,8/2023 sau khi triển khai T-CPR. Thu thập các chỉ số sau: (1) Thời gian trung bình Tổng đài viên 115 xác định ngừng tim, (2) Thời gian trung bình Tổng đài viên 115 hướng dẫn người gọi thực hiện nhát ép tim đầu tiên, (3) Tỷ lệ số ca ngừng tim được Tổng đài viên 115 phát hiện, (4) Tỷ lệ số ca ngừng tim được Tổng đài viên 115 hướng dẫn T-CPR, (5) Tỷ lệ người gọi cấp cứu chịu thực hiện CPR theo hướng dẫn từ Tổng đài viên 115, (6) Tỷ lệ cấp cứu thành công so sánh trước và sau triển khai T-CPR. **Kết quả:** (1) là 62 giây, (2) là 130 giây, (3) là 73%, (4) là 50%, (5) là 83%, (6) là 3,9%. **Kết luận:** so sánh với các chỉ tiêu T-CPR do Hội Tim mạch Hoa Kỳ khuyến cáo, Chỉ tiêu (1) và (2) đạt yêu cầu, Chỉ tiêu (3) và (4) chưa đạt. Kết quả chỉ số (5), (6) cho thấy T-CPR có tác động tích cực tăng tỷ lệ sống trên bệnh nhân ngừng tim, cần tiếp tục giám sát và can thiệp để cải tiến chất lượng. Do kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện nên kết quả này không suy ra cho quần thể. **Từ khóa:** ngừng

tim ngoài bệnh viện, hồi sức tim phổi qua giao tiếp từ xa theo hướng dẫn của nhân viên Trung tâm khẩn cấp y tế (T-CPR: telecommunicator cardiopulmonary resuscitation).

QUẢN LÝ CHU PHẪU CHO BỆNH NHÂN SUY THẬN

BS. Đào Ngô Quyền

Bệnh viện Thống Nhất

Quản lý suy thận chu phẫu là thách thức của bác sĩ gây mê với các vấn đề: bệnh đồng mắc liên quan suy thận mạn (STM), nguy cơ tổn thương thận cấp (TTTC), chỉ định lọc máu chu phẫu, và thay đổi dược lý thuốc. Suy thận cấp có chung mục tiêu với STM là bảo tồn chức năng thận .

STM là một quá trình tổn thương thận không hồi phục. Nguyên nhân phổ biến là đái tháo đường, tăng huyết áp, bệnh lý cầu thận, ... STM là yếu tố nguy cơ chính gây TTTC chu phẫu, ảnh hưởng tới nhiều hệ cơ quan trong cơ thể, như rối loạn nước điện giải, toan kiềm và dược lý thuốc, bao gồm cả thuốc gây mê. Bệnh nhân STM tử vong do bệnh lý tim mạch nhiều hơn là tiến triển tới bệnh thận giai đoạn cuối.

Trước mổ cần tối ưu hóa bệnh đồng mắc, đánh giá giai đoạn và biến chứng STM cẩn thận. Chọn lựa phương pháp vô cảm tùy vào từng bệnh nhân cụ thể và loại phẫu thuật. 70% bệnh nhân có chậm làm trống dạ dày nên khởi mê chuỗi nhanh cần được cân nhắc. Chú ý vị trí thông động-tĩnh mạch (FAV) hay bảo tồn mạch máu để tạo FAV trong tương lai. Giai đoạn chu phẫu cần tránh rối loạn huyết động, các yếu tố độc thận và giảm thể tích tuần hoàn.

Sự hiểu biết về sinh lý thận, đảm bảo tưới máu thận, cùng với việc lựa chọn thuốc là chìa khóa để quản lý thành công người bệnh suy thận.

PERIOPERATIVE MANAGEMENT FOR PEOPLE WITH RENAL FAILURE

The patient with renal failure through the perioperative period presents a challenging set of problems such as the substantial comorbidity associated with chronic kidney disease (CKD), the risk of acute kidney injury (AKI), management of perioperative dialysis, and altered pharmacology. Acute renal failure shares the same goal of preserving kidney function with chronic renal failure (CRF).

CRF is a process of irreversible kidney damage. Common causes are diabetes, hypertension, glomerular diseases, and others. CKD is the main risk factor for perioperative AKI and affects many organ systems, for example fluid and electrolyte disturbances and altered pharmacology, including anesthetics. Cardiovascular mortality rate in patients with CKD is greater than the death rate due to the progression to end-stage renal disease.

Preoperatively, it is necessary to optimize substantial comorbidities and conscientiously evaluate the stage and complications of CKD. Choosing general or regional anesthesia depends on each specific patient and surgery. More than 70% of patients have delayed gastric emptying so rapid sequence induction should be considered. Pay close attention to the location of arteriovenous fistulas (AVF) and the preservation of blood vessels to create AVF in the future. Avoid hemodynamic instability, nephrotoxic factors and hypovolemia in the perioperative period.

Understanding physiology, ensuring renal perfusion, along with anesthetics selection is the key to management of patients with renal failure.

CHIA SẺ KINH NGHIỆM CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM NẤM CANDIDA XÂM LẤN

*TS. BS. Nguyễn Thị Thủy Ngân
Khoa Bệnh Nhiệt Đới, BV Chợ Rẫy*

Nhiễm nấm xâm lấn là thuật ngữ dùng để chẩn đoán phân biệt nhiễm nấm máu hoặc tình trạng nhiễm nấm xâm lấn đến các mô/tạng so với các nhiễm nấm bề mặt. Vì thế, đây được xem là tình trạng nhiễm bệnh hệ thống, lan tỏa và nghiêm trọng, đồng thời gây ra gánh nặng lớn về bệnh tật, tử vong cũng như chi phí y tế. Theo một số báo cáo ước tính về bệnh truyền nhiễm trên thế giới, trong vòng 3 thập kỉ qua, nhiễm nấm xâm lấn (Invasive Fungal Infections – IFI) đang trở thành một trong những tác nhân gây bệnh mới nổi quan trọng, dẫn đến khoảng 11,5 triệu người nhiễm bệnh và khoảng 1,6 triệu ca tử vong hàng năm.

Trong các tác nhân gây nhiễm nấm xâm lấn, *Candida sp.* là tác nhân gây bệnh phổ biến nhất. Đây là một trong 4 tác nhân gây nhiễm trùng máu liên quan đến chăm sóc y tế, đặc biệt là tại Đơn vị Hồi sức tích cực, số ca mắc vào khoảng 250 000 và gây ra tử

ATLAS

Antimicrobial
Testing
Leadership
And
Surveillance



Một trong những Chương Trình Giám Sát Vi Khuẩn lớn nhất và diễn ra liên tục (16 năm) trong tầm tay bạn

Tại hơn
840 cơ sở y tế



Từ **78**
quốc gia

Trên
730,000
chủng



Được cập nhật
mỗi **6-8**
tháng

Hơn **90**
ấn phẩm
được bình duyệt



Hơn **700**
bài báo cáo
tại các hội nghị

Website mang tính tương tác cao và có thể dễ dàng tìm kiếm đầy đủ các thông tin cùng với ứng dụng di động sẽ cung cấp quyền truy cập miễn phí và ngay lập tức - cho bất kỳ ai vào nguồn dữ liệu phong phú về các tác nhân đề kháng

Đăng ký tại: www.atlas-surveillance.com



PP-AIP-VNM-0033

© 2021 Pfizer Inc. • All rights reserved. • April 2021



ATLAS

Antimicrobial
Testing
Leadership
And
Surveillance



Một trong những Chương Trình Giám Sát Vi Nấm lớn nhất
và diễn ra liên tục (9 năm) trong tầm tay bạn

Tại **145**
cơ sở y tế



Từ **42**
quốc gia

Hơn **17,000** chủng: bao gồm
cả nấm men và nấm mốc



Thuốc kháng nấm được
thử nghiệm: **10**

Website mang tính tương tác cao và có thể dễ dàng tìm kiếm đầy đủ các thông tin cùng với ứng dụng di động sẽ cung cấp quyền truy cập miễn phí và ngay lập tức - cho bất kỳ ai vào nguồn dữ liệu phong phú về các tác nhân đề kháng

Đăng ký tại: www.atlas-surveillance.com



PP-AIP-VNM-0033

© 2021 Pfizer Inc. • All rights reserved. • April 2021



vong khoảng 50 000 trường hợp hàng năm trên thế giới. Có nhiều yếu tố góp phần gia tăng tỉ lệ nhiễm nấm xâm lấn, bao gồm tình trạng nhiễm HIV, sự tăng nhanh và nhiều số bệnh nhân có các điều trị ức chế miễn dịch và sự gia tăng các can thiệp xâm lấn dụng cụ/thiết bị y tế lên người bệnh nhân và nhiễm trùng bệnh viện.

Mặc dù đã có các Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm Candida xâm lấn, trên thực tế lâm sàng, việc chẩn đoán và điều trị nhiễm nấm xâm lấn còn gặp nhiều thử thách do những hạn chế về phương pháp chẩn đoán và khả năng tiếp cận với các thuốc kháng nấm hiện có. Chúng tôi trình bày hai trường hợp lâm sàng với trình trạng nhiễm nấm xâm lấn, tổn thương đa tạng nhằm chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán và lựa chọn điều trị cho bệnh nhân.

Invasive fungal infection is a term used to differentiate candidemia or fungal infection that invades tissues/organs from superficial fungal infections. Therefore, this is considered a systemic, widespread and serious infection, and causes a large burden of illness, death as well as medical costs. According to some estimated reports on infectious diseases in the world, over the past 3 decades, invasive fungal infections (IFI) have become one of the important emerging pathogens, leading to about 11.5 million people infected and about 1.6 million deaths every year.

Among the agents of invasive fungal infections, *Candida* sp. is the most common pathogen. This is one of the four pathogens that cause healthcare-associated bloodstream infections, especially in Intensive Care Units, with an estimated number of cases of about 250 000 and deaths of about 50 000 cases annually worldwide. There are many factors contributing to the increased incidence of invasive fungal infections, including HIV infection, the rapid increase in the number of patients receiving immunosuppressive treatments, and the increase in invasive procedures and medical equipment on patients as well as nosocomial infections.

Although there are Diagnosis and Treatment Guidelines of invasive *Candida* infections, in clinical practice, the diagnosis and treatment of invasive fungal infections remains challenging due to limitations in diagnostic methods and access to currently available antifungal drugs. We present two clinical cases with invasive fungal infections and multi-organ damage to share diagnostic experiences and treatment options for patients.

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ HEN 2023: TIẾP CẬN TOÀN DIỆN DỰA TRÊN Y HỌC CHỨNG CỨ

BSCK2. Ngô Thế Hoàng

Trưởng khoa Nội Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất

Việc dùng Budesonide- Salbutamol như thuốc cắt cơn làm giảm nguy cơ bị kịch phát nặng so với Salbutamol. ICS-SABA không được khuyến cáo dùng như thuốc duy trì.

Xử trí hen người lớn và thiếu niên theo cách ưu tiên:

Trong tất cả các bậc điều trị, ICS-formoterol khi cần có ICS-formoterol duy trì hay không, làm giảm các đợt kịch phát nặng.

Đơn giản cho bệnh nhân và chỉ cần 1 ống thuốc cho duy trì lẫn cắt cơn.

Có thể tăng giảm bậc điều trị bằng cách thay đổi số nhát thuốc mà không cần thêm thuốc khác hay dụng cụ khác.

UPDATED ASTHMA TREATMENT GUIDELINES 2023: COMPREHENSIVE APPROACH BASED ON EVIDENCE MEDICINE

Using Budesonide-Salbutamol as a reliever reduces the risk of severe exacerbations compared to Salbutamol. ICS-SABA is not recommended as a maintenance medication.

Treat adult and adolescent asthma in a prioritized way:

- In all levels of treatment, ICS-formoterol, with or without maintenance ICS-formoterol, reduces severe exacerbations.

- Simple for patients and only requires 1 tube for both maintenance and reliever medication.

- Treatment levels can be increased or decreased by changing the number of medication puffs without the need for additional drugs or other equipment.

CẬP NHẬT CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ NHIỄM TRÙNG HUYẾT

*BSCK2. Trần Thị Vân Anh
Trưởng khoa Nhiễm, Bệnh viện Thống Nhất*

Những hiểu biết về phản ứng, thay đổi của cơ thể trong chuỗi nhiễm trùng còn chưa đầy đủ nên những định nghĩa, tiêu chuẩn chẩn đoán về từng giai đoạn của quá trình từ khi vi khuẩn xâm nhập và nhân lên trong máu còn cần tiếp tục nghiên cứu và điều chỉnh. Tuy nhiên nhiều nghiên cứu và hội nghị đồng thuận sepsis và sốc nhiễm trùng là hậu quả của tình trạng nhiễm trùng huyết chưa được xử lý tốt hoặc không thể ngăn chặn. Khi đến giai đoạn sepsis các cơ quan trong cơ thể bị ảnh hưởng nặng nề do phản ứng viêm quá mức và sepsis là một hội chứng bất thường về sinh lý, bệnh lý và hóa sinh.

Dựa vào những hiểu biết ngày càng nhiều về cơ chế bệnh sinh, đã có nhiều tiến bộ trong phác đồ hướng dẫn điều trị, tuy nhiên hiện nay không có tiêu chuẩn chẩn đoán duy nhất về sepsis, chưa có thang điểm tối ưu để tiên đoán sepsis nên việc chẩn đoán thường muộn, tử vong còn cao, di chứng nặng nề. Chẩn đoán hiện tại dựa vào dịch tễ, triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, cơ địa.

CÁC TÁC NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT VÀ TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

*Nguyễn Ngọc Lan, Lê Thị Thảo, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Tài Lộc, Ngô Tiểu My,
Lê Hoài Thương
Bệnh viện Thống Nhất*

Mục tiêu: Xác định các tác nhân vi sinh vật gây bệnh và tình trạng đề kháng kháng sinh của chúng trên người bệnh nhiễm khuẩn huyết tại Bệnh viện Thống Nhất từ ngày 01/07/2022 đến ngày 30/06/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Trong 630 lượt người bệnh cấy máu dương tính, vi khuẩn chiếm 97,46 %, vi nấm chiếm 2,54%. Chiếm tỉ lệ cao nhất là Coagulase-negative Staphylococci (34,36%), E. coli (25,41%), S. aureus (12,54%) và K. pneumoniae (9,61%). Tỉ lệ E. coli và K. pneumoniae sinh ESBL tương ứng là 57,05% và 13,56%. E. coli nhạy hầu hết với gentamicin, tobramycin, nhóm carbapenem, piperacillin-tazobactam; E. coli, kháng trên 50% với ampicillin (87,5%), ceftriaxone (57,6%), hay fluoroquinolone như levofloxacin (61,3%), ciprofloxacin (67,1%). Với K. pneumoniae, kháng sinh còn nhạy cao là nhóm carbapenem như ertapenem (75,4%), imipenem (75,4%), gentamicin (82,8%); K.

pneumoniae kháng với ampicillin (94,8%), ceftriaxone (39,7%), levofloxacin (39,7%), ciprofloxacin (44,8%). Với *A. baumannii* kháng với hầu hết các kháng sinh, trong đó tỉ lệ đề kháng carbapenem như meropenem (46,7%), imipenem (40,0%). Đối với *S. aureus*, kháng sinh bị đề kháng nhiều nhất là penicillin G (96,1%), oxacillin (79,0%). Trên 90% chủng *S. aureus* nhạy với vancomycin, linezolid, teicoplanin, tigecycline. Ngoài ra, nấm *Candida spp.* hầu như còn nhạy cảm cao với thuốc kháng nấm. **Kết luận:** Coagulase-negative Staphylococci là vi khuẩn thường gặp gây nhiễm trùng huyết. Trong số các tác nhân sinh ESBL, *E. coli* chiếm tỷ lệ cao hơn *K. pneumoniae*, và còn nhạy cảm chủ yếu với carbapenem. Hầu hết các chủng *S. aureus* nhạy cảm với vancomycin, linezolid, teicoplanin và tigecycline. **Từ khoá:** nhiễm khuẩn huyết, kháng kháng sinh, Bệnh viện Thống Nhất.

SEPSIS PATHOGENS AND ANTIBIOTIC RESISTANCE IN THONG NHAT HOSPITAL

Objective: The aim of this study was to determine the microorganisms causing sepsis and their antimicrobial resistance in sepsis patients admitted to Thong Nhat Hospital from July 1, 2022, to June 30, 2023. **Method:** cross-sectional, descriptive study **Result:** Among 630 cases of blood culture-positive patients, bacteria accounted for 97.46%, while fungi accounted for 2.54%. The most prevalent microorganisms were Coagulase-negative Staphylococci (34.36%), *E. coli* (25.41%), *S. aureus* (12.54%), and *K. pneumoniae* (9.61%). The rates of ESBL production in *E. coli* and *K. pneumoniae* were 57.05% and 13.56%, respectively. *E. coli* showed high sensitivity to gentamicin, tobramycin, carbapenem, and piperacillin-tazobactam. However, *E. coli* exhibited resistance to over 50% of ampicillin (87.5%), ceftriaxone (57.6%), and fluoroquinolones like levofloxacin (61.3%) and ciprofloxacin (67.1%). For *K. pneumoniae*, antibiotics to which it remained highly sensitive included the carbapenem group, such as ertapenem (75.4%), imipenem (75.4%), and gentamicin (82.8%). *K. pneumoniae* exhibited resistance to ampicillin (94.8%), ceftriaxone (39.7%), levofloxacin (39.7%), and ciprofloxacin (44.8%). *A. baumannii* showed resistance to most antibiotics, with carbapenem resistance rates of 46.7% for meropenem and 40.0% for imipenem. Regarding *S. aureus*, the highest antibiotic resistance rates were observed for penicillin

G (96.1%) and oxacillin (79.0%). Over 90% of *S. aureus* strains were sensitive to vancomycin, linezolid, teicoplanin, and tigecycline. In addition, *Candida* spp. exhibited high sensitivity to antifungal drugs. **Conclusion:** Coagulase-negative Staphylococci was the prominent bacteria causing sepsis. Among ESBL producing agents, *E. coli* was a higher rate than *K.pneumoniae*. They were still susceptible to carbapenems. Most of *S. aureus* strains were sensitive to vancomycin, linezolid, teicoplanin, and tigecycline.

Keywords: sepsis, antibiotic resistance, Thong Nhat Hospital.

ỨNG DỤNG VI SINH LÂM SÀNG TRONG ĐIỀU TRỊ *KLEBSIELLA PNEUMONIAE* ĐA KHÁNG

ThS. BS. Nguyễn Ngọc Lan
Bệnh viện Thống Nhất

Klebsiella pneumoniae là một trong các tác nhân hàng đầu gây ra tử vong liên quan đến đề kháng kháng sinh. Sự gia tăng của *K.pneumoniae* đa kháng đã tạo ra một thách thức lớn trong điều trị. Để cung cấp cơ sở cho việc điều trị, báo cáo này bàn về ứng dụng vi sinh lâm sàng trong điều trị *K.pneumoniae* đa kháng.

Báo cáo giới thiệu về đề kháng kháng sinh của *K.pneumoniae*. Gen kháng carbapenem, gen ESBL và gen AmpC là những gen đề kháng β -lactam phổ biến nhất. *K.pneumoniae* đóng góp quan trọng trong đề kháng kháng sinh trên toàn thế giới. Báo cáo nghiên cứu các ứng dụng vi sinh quan trọng để nhận diện khuẩn *K.pneumoniae* đa kháng. Kỹ thuật MALDI TOF và Filmarray được ứng dụng trong định danh vi khuẩn trực tiếp từ bệnh phẩm lâm sàng như chai máu dương. Nhiều kỹ thuật để xác định mức độ nhạy cảm kháng sinh của vi khuẩn được thực hiện như thử nghiệm đĩa khuếch tán, Etest, máy tự động và đặc biệt là thử nghiệm MIC. Để hỗ trợ việc điều trị vi khuẩn đa kháng này, báo cáo đề cập kỹ thuật PCR và thử nghiệm nhanh để xác định kiểu gen đề kháng carbapenem như KPC, NDM hoặc OXA-48.

Hiểu cơ chế kháng thuốc và ứng dụng vi sinh lâm sàng trong điều trị rất quan trọng để xây dựng các chiến lược kiểm soát đối với loại vi khuẩn này.

Từ khoá: *K.pneumoniae*, đề kháng kháng sinh.

Klebsiella pneumoniae is a leading cause of antibiotic resistance-related mortality, and the rise of multidrug-resistant *K. pneumoniae* has posed a significant challenge in treatment. This report discusses the clinical microbiology applications in the treatment of multidrug-resistant *K. pneumoniae*.

The report provides an introduction to *K. pneumoniae* antibiotic resistance. Carbapenem resistance genes, ESBL genes, and AmpC genes are the most common β -lactam resistance genes. *K. pneumoniae* plays a vital role in global antibiotic resistance. The report investigates essential clinical microbiology applications for the identification of multidrug-resistant *K. pneumoniae*. Techniques such as MALDI-TOF and Filmarray are applied for the direct bacterial identification from clinical specimens like positive blood cultures. Several methods to determine bacterial antibiotic susceptibility are conducted, including disk diffusion tests, Etests, automated systems, and particularly MIC tests. To support the treatment of multidrug-resistant bacteria, the report addresses PCR techniques and rapid tests to identify carbapenem resistance genes such as KPC, NDM, or OXA-48.

Understanding the drug resistance mechanisms and clinical microbiology applications in treatment is crucial for establishing control strategies against this pathogen.

Keywords: *K. pneumoniae*, antibiotic resistance.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH ĐỀ KHÁNG KHÁNG SINH DO ENTEROBACTERIACEAE Ở BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Lê Bảo Huy^{1,2,*}, Vũ Đình Chánh², Vũ Thị Kim Cương², Nguyễn Thanh Liêm²

¹ Khoa Y ĐH Quốc Gia Tp.HCM

² Bệnh viện Thống Nhất

Đặt vấn đề: Enterobacteriaceae nhờ khả năng sinh ESBL cao, kèm theo sự gia tăng đề kháng kháng sinh với các kháng sinh được khuyến cáo hiện nay và là vấn đề gây nhiều khó khăn trong điều trị viêm phổi. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm đề kháng và kiểu gen kháng thuốc của vi khuẩn Enterobacteriaceae gây viêm phổi. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu cắt ngang trên đối tượng bệnh nhân viêm phổi do Enterobacteriaceae nhập viện điều trị tại bệnh viện Thống Nhất từ 1/2020-1/2022. Phát hiện gen kháng thuốc bằng phương pháp Multiplex Real-time PCR. **Kết quả:** Trong số 184 bệnh nhân viêm phổi do Enterobacteriaceae, tác nhân *Klebsiella pneumoniae* chiếm 83,7%, *E.coli* là 12,3%. ESBL dương tính có 87 ca chiếm 47,3%, với 63,2% do *Klebsiella pneumoniae* và 36,7% do *E.coli*. 97 ca MDR chiếm 52,7% trong đó viêm phổi bệnh viện 77,3% và viêm phổi cộng đồng 38,1%, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Tỷ lệ đề kháng kháng sinh chung lần lượt: ampicillin 98,9% và piperacillin/tazobactam 71%, ceftriaxon 95,3%; ceftazidime 83%; cefepime 75,8%, levofloxacin 90%; ciprofloxacin 91,7%; ertapenem 64,1%; imipenem 44,8%; meropenem 66,7%; amikacin 16,7%, colistin 7,7%. Nhóm sinh ESBL đề kháng với piperacillin/tazobactam 28,8%, ertapenem 27,8%, imipenem 10,6%, meropenem 10%. Gen kháng thuốc chủ yếu SHV -231 là 73,4%. Gen TEM-372 chiếm 50%, làm tăng khả năng đa kháng thuốc gấp 3,74 lần, chưa ghi nhận kiểu gen carbapenemase. **Kết luận:** Enterobacteriaceae có tỷ lệ đa kháng thuốc (MDR) cao, kháng hầu hết các kháng sinh đang dùng, trừ amikacin, xuất hiện đề kháng colistin 7,7%. Gen kháng thuốc chủ yếu SHV-231, chưa ghi nhận kiểu gen carbapenemase. Chủng Enterobacteriaceae mang gen TEM-372 làm tăng khả năng đa kháng thuốc gấp 3,74 lần. **Từ khóa:** Enterobacteriaceae, ESBL, viêm phổi, đa kháng thuốc, gen kháng thuốc.

THE SITUATION OF ANTIBIOTIC RESISTANCE CAUSED BY ENTEROBACTEREACEA IN PNEUMONIA AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: ESBL-producing Enterobacteriaceae has become a prominent agent with high antibiotic resistance in pneumonia. **Objectives:** To aim at finding out antibiotic resistance characteristics and genotypes of Enterobacteriaceae bacteria causing pneumonia hospitalized at Thong Nhat Hospital. **Subject and method:** We conducted this cross-sectional descriptive study on 184 pneumonia patients caused by Enterobacteriaceae was treated at Thong Nhat hospital from January 2020 to January 2022. Drug resistance genes detected by Multiplex Real-time PCR method. **Results:** Among 184 patients with pneumonia caused by Enterobacteriaceae, *Klebsiella pneumoniae* accounted for 83.7%, E.coli accounted for 12.3%. ESBL-producing cases were 87 cases (47.3%), in which 63.2% due to *Klebsiella pneumoniae* and 36.7% due to E.Coli. 97 MDR cases (52.7%) including 77.3% HAP and 38.1% CAP, a significant difference with $p < 0.05$. General antibiotic resistance rates: ampicillin 98.9%, piperacillin/tazobactam 71%, ceftriaxon 95.3%; ceftazidime 83%; cefepime 75.8%, levofloxacin 90%; ciprofloxacin 91.7%; ertapenem 64.1%; imipenem 44.8%; meropenem 66.7%; amikacin 16.7%, colistin 7.7%. The ESBL-producing group was resistant to piperacillin/tazobactam 28.8%, ertapenem 27.8%, imipenem 10.6%, meropenem 10%. The main drug resistance gene is SHV -231 (73.4%). The TEM-372 gene accounts for 50%, increasing the possibility of multidrug resistance by 3.74 times. No carbapenemase genotype has been recorded. **Conclusions:** Enterobacteriaceae has a high rate of multidrug resistance (MDR), resistant to most currently used antibiotics, except to colistin. The main drug resistance gene is SHV-231; no carbapenemase genotype recorded. Enterobacteriaceae strains carrying the TEM-372 gene increase the likelihood of multidrug resistance by 3.74 times. **Keywords:** ESBL-producing Enterobacteriaceae, HAP hospital acquired pneumonia, CAP community acquired pneumonia, antibiotic resistance, Multiplex Real-time PCR.

“Nghiên cứu được tài trợ bởi Đại học Quốc gia Thành phố Hồ Chí Minh (ĐHQG-HCM) trong khuôn khổ Đề tài mã số C2020-44-03”.

CHÚNG TÔI CUNG CẤP CÁC GIẢI PHÁP CHĂM SÓC SỨC KHOẺ TOÀN DIỆN NHẪM NÂNG CAO CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG



THIẾT BỊ Y TẾ



VẬT TƯ TIÊU HAO



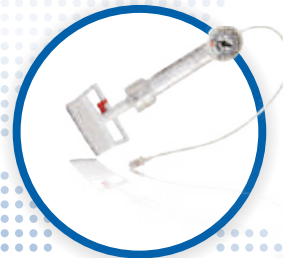
DỊCH VỤ Y SINH



QUẢN LÝ LOGISTICS
VÀ CHUỖI CUNG ỨNG



DỊCH VỤ TƯ VẤN
VÀ GIẢI PHÁP Y TẾ



CÔNG TY TNHH IDS MEDICAL SYSTEMS (VIỆT NAM)

• Văn phòng Hồ Chí Minh :

Tầng 12A, Lottery Tower, 77 Trần Nhân Tôn, P. 9, Quận 5, TP. Hồ Chí Minh
Điện thoại: (+84) 28 3830 3072 | Fax: (+84) 28 3830 3074

• Văn phòng Hà Nội :

Tầng 22, VCCI Tower, số 9 Đào Duy Anh, P. Phương Mai, Quận Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: (+84) 24 3388 0808 | Fax: (+84) 24 3562 0999

Email: vnmarcom@idsmed.com | Care Line: 1800.0028

MERCK



HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM



www.01minh.com

Cổng thông tin hữu ích, hướng đến mục tiêu nâng cao nhận thức của người dân Việt Nam về bệnh lý tim mạch, đái tháo đường và bệnh lý tuyến giáp. Bên cạnh đó, trang web còn đồng hành với mọi người để góp phần phòng tránh các bệnh lý, xây dựng cuộc sống khỏe mạnh, vui tươi và hạnh phúc.

Truy cập nhanh, quét mã:



01 MINH.COM

www.01minh.com

Cổng thông tin điện tử y khoa

01minh.com được bảo trợ nội dung bởi **Hội Tim mạch học Việt Nam** với sự đồng hành của **Merck**

www.01minh.com/bacsi

Góp phần như một cổng thông tin giúp cho các bác sĩ và nhân viên y tế không ngừng nâng cao kiến thức chuyên môn, cập nhật thông tin và những phương thức điều trị mới trên thế giới.

Trang web cũng cố gắng cập nhật cả những công cụ trực tuyến, những chương trình đào tạo liên tục về bệnh lý tim mạch, đái tháo đường và bệnh lý tuyến giáp.



Tim hiểu ngay

GÁNH NẶNG CỦA BỆNH PHẾ CẦU VÀ HIỆU QUẢ CỦA VẮC XIN

*BS. Nguyễn Thanh Trúc, BSCK2. Ngô Thế Hoàng
Bệnh viện Thống Nhất*

Bệnh phế cầu là bệnh nhiễm khuẩn do vi khuẩn *Streptococcus pneumoniae* gây ra, có thể được phân thành hai nhóm: xâm lấn và không xâm lấn. Viêm phổi là biểu hiện lâm sàng phổ biến nhất ở người lớn và viêm phổi không xâm lấn khi có tình trạng nhiễm khuẩn huyết thì sẽ thành bệnh phế cầu xâm lấn [1]. Tỷ lệ mắc bệnh viêm phổi cộng đồng ước tính ở người lớn tuổi tại Việt Nam là 460/100.000 người/năm [2]. Ngoài ra, nguy cơ tử vong nội viện hoặc nguy cơ tử vong trong 30 ngày được ước tính cao hơn gấp 3 lần ở những bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phế cầu xâm lấn ≥ 65 tuổi và cao hơn gấp 13 lần ở bệnh nhân được chẩn đoán bệnh phế cầu xâm lấn có sóc nhiễm khuẩn khi nhập viện [3]. Tình trạng đề kháng beta-lactam của phế cầu được phát hiện từ những năm 1960, gồm cả penicillin và cephalosporin. Tỷ lệ đề kháng macrolide dao động từ 20% đến 90%. Về tỷ lệ đề kháng fluoroquinolone tại Hoa Kỳ và Châu Âu tương đối thấp (lần lượt $<1\%$ và $<3\%$). Ngược lại, các nước châu Á tỉ lệ này được báo cáo cao hơn: 10% - 12%. [4] Tỷ lệ bệnh nhân mắc phế cầu tăng cao ở người ≥ 65 tuổi hoặc có bệnh lý nền [5]. Hiệu quả của vắc xin PCV13 trung bình là 45,6% (42,9% - 50,0%) đối với bệnh viêm phổi mắc phải tại cộng đồng, 42,4% (36,2% - 48,5%) đối với bệnh viêm phổi mắc phải tại cộng đồng không xâm lấn và 70,9% (66,7% - 75,0%) đối với bệnh phế cầu xâm lấn [6]. Từ tính hiệu quả kể trên, vắc – xin phế cầu cần được khuyến cáo cho những bệnh nhân có bệnh đồng mắc hoặc người ≥ 65 tuổi chưa từng tiêm vắc – xin này trước đó [6] [7][8]

THE BURDEN OF PNEUMOCOCCAL DISEASE AND THE EFFICACY OF PNEUMOCOCCAL VACCINES

Pneumococcal disease (PD) is caused by bacteria called *Streptococcus pneumoniae*. PD can be classified into two groups: invasive pneumococcal disease (IPD) and non-invasive pneumococcal disease. Pneumococcal pneumonia is the most common clinical presentation among adults and pneumonia may become invasive when it has bacteremia [1]. The estimated incidence of community acquired pneumonia (CAP) in Vietnam in older adults is 460 per 100,000 person-years and

pneumococcus is one of the two agents with the highest rate of causing pneumonia [2]. Besides, in-hospital or 30-day mortality risk is estimated three times higher in patients diagnosed with IPD ≥ 65 years old and over thirteen times higher in IPD patients with a state of septic shock on admission [3]. At the same time, pneumococcal disease also increases the incidence of acute cardiovascular disease and stroke. Beta-lactam resistance of Pneumococcal has been discovered since the 1960s, including penicillin and cephalosporin. Macrolide resistance rates range widely, from 20% to 90%. The rate of fluoroquinolone resistance In the United States and Europe is low, $<1\%$ and $<3\%$, respectively. In contrast, Asian countries reported higher levels: 10% - 12% [4]. The rate of pneumococcal disease increases in people ≥ 65 or with underlying diseases [5]. Vaccine efficacy of Pneumococcal conjugate vaccine (PCV13) averaged 45.6% (42.9% to 50.0%) for vaccine-type CAP, 42.4% (36.2% to 48.5%) for nonbacteremic /noninvasive-vaccine-type CAP, and 70.9% (66.7% to 75.0%) for vaccine-type IPD [6]. From the effectiveness, the pneumococcal vaccine needs to be recommended for patients with underlying conditions or people aged ≥ 65 years who have not previously received it [7][8].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. M. A. Said, "Estimating the Burden of Pneumococcal Pneumonia among Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis of Diagnostic Techniques," Plos One, 2013
2. "Centers for Disease Control and Prevention (CDC)," 2014.
3. C. H, "Prognostic factors for mortality in invasive pneumococcal disease in adult: a system review and meta-analysis," Scientific Reports, 2021
4. "Antimicrobial Resistance Among Streptococcus pneumoniae," Antimicrobial Resistance in the 21st Century, 2018
5. CDC, "Active Bacterial Core surveillance (ABCs) report," Emerging Infections Program Network: Streptococcus pneumoniae, 2015
6. S. K. Pelton SI, "Rethinking risk for pneumococcal disease in adults: the role of risk stacking," Open Forum Infect Dis, 2015

7. S. Patterson, "A post hoc assessment of duration of protection in CAPiTA (Community Acquired Pneumonia immunization Trial in Adults)," Science Direct, 2016
8. CDC, "Pneumococcal Disease," Pink Book, vol. 14th edition, 2021

BỆNH NHIỄM GIUN LƯƠN

*BS. Nguyễn Thị Thuý Tiên
Bệnh viện Thống Nhất*

Bệnh nhiễm giun lươn là nhiễm *Strongyloides.stercoralis* qua da và niêm mạc. Đây là loại giun duy nhất có khả năng hoàn thành vòng đời trong cơ thể người dẫn đến khả năng nhiễm mạn không triệu chứng nhiều thập kỷ, biểu hiện lâm sàng sau nhiễm thời gian lâu. Tỷ lệ nhiễm toàn cầu có thể lên tới 600 triệu người, tăng dần theo tuổi, đặc biệt trên 60 tuổi.

Bệnh nhân có thể không có triệu chứng lâm sàng (50%), hoặc biểu hiện triệu chứng đa dạng theo con đường xâm nhập và duy trì vòng đời của giun trong cơ thể. Ở các cơ địa suy giảm miễn dịch, tuổi cao, suy dinh dưỡng nặng, nghiện rượu, có thể biểu hiện nhiễm giun lươn lan tỏa gồm hội chứng tăng nhiễm và ấu trùng di chuyển đến mô và cơ quan ngoài chu trình tự nhiễm. Quá trình di chuyển của giun trong chu trình tự nhiễm tăng có thể mang theo vi khuẩn đường ruột vào máu gây nhiễm khuẩn huyết, viêm phổi, viêm màng não.

Bệnh chẩn đoán bằng xét nghiệm huyết thanh và soi phân, điều trị bằng Ivermectin tùy theo độ nặng của bệnh, tình trạng miễn dịch của bệnh nhân.

Cần làm huyết thanh chẩn đoán tầm soát nhiễm giun lươn ở người có tiếp xúc đất, suy giảm miễn dịch, dùng thuốc ức chế miễn dịch, ghép cơ quan để điều trị Ivermectin dự phòng.

GIÁ TRỊ CỦA GENE XPRT TRONG CHẨN ĐOÁN LAO PHỔI

*BS. Phạm Minh Trí, BSCK2. Ngô Thế Hoàng
Bệnh viện Thống Nhất*

Mục tiêu: Giá trị của Gene X pert trong chẩn đoán lao phổi. **Phương pháp:** Mô tả, cắt ngang. Nghiên cứu được thực hiện trên 120 bệnh nhân nghi lao phổi điều trị nội trú tại khoa Hô hấp bệnh viện Thống Nhất từ tháng 7/2022 đến tháng 8/2023. **Kết quả:** Có 83 nam (69,2%) và 37 nữ (0,81%), tuổi trung bình là $57,6 \pm 20,4$ và BMI $21,4 \pm 1,9$ kg/m². Bệnh kèm theo: tăng huyết áp 49/120 bệnh nhân (40,8%), đái tháo đường type 2 36/120 bệnh nhân (30%), bệnh phổi mạn 6/120 bệnh nhân (5%). Tiền sử hút thuốc lá 19/120 bệnh nhân (15,8%). 48/120 bệnh nhân (40%) có tổn thương ở nhiều hơn 1 vị trí trên hình ảnh X quang phổi, 77/120 bệnh nhân (64,2%) có tổn thương dạng thâm nhiễm. Xét nghiệm tìm AFB trực tiếp trong đàm dương tính 5/120 mẫu, chiếm 4,2 % tổng số bệnh nhân. Xét nghiệm GeneXpert MTB/RIF trong đàm 19/120 ca (15,8%), dịch rửa phế quản 98/120 ca (81,7%), có 88/120 bệnh nhân (73,3%) có Xpert (+) nhưng AFB (-). Phát hiện lao kháng Rifampycin 4/120 bệnh nhân (3,3%). **Kết luận:** GeneXpert phát hiện 73,3% lao phổi AFB (-), lao kháng Rifampicin 3,3%. **Từ khóa:** Lao phổi, lao phổi AFB (-), GeneXpert MTB.

THE VALUE OF X PERT IN DIAGNOSING PULMONARY TUBERCULOSIS

Objective: The value of GeneXpert in diagnosing pulmonary tuberculosis. **Method:** Descriptive, cross-sectional. The research was done over 120 patients suspected of pulmonary tuberculosis, who admitted to the Respiratory Department of Thong Nhat hospital from July 2022 to August 2023. **Results:** There were 83 males (69.2%) and 37 females (30.8%), with average age of $57,6 \pm 20,4$ and BMI of 21.4 ± 1.9 kg/ m². Co-mobidities include: hypertension 49/120 cases (40.8%), type 2 diabetes mellitus 36/120 cases (30%), chronic lung diseases 6/120 cases (5%). History of smoking 19/120 cases (15.8%). There were 48/120 cases (40%) that had abnormalities at more than one location on x-ray images and 77/120 cases (64.2%) whose x-rays had infiltrates. Direct detection of positive AFB test in sputum took up 5/120 (4.2 %) cases. Sputum GeneXpert MTB/RIF took up 19/120 cases (15.8%), bronchoalveolar lavage GeneXpert MTB/RIF took up 98/120 cases (81.7%), in which 88 cases (73.3%) with

negative AFB test. Detected 4/120 cases with Rifampycin resistance (3.3%).

Conclusion: GeneXpert detects 73.3% negative AFB pulmonary tuberculosis and 3.3% Rifampycin-resistance pulmonary tuberculosis. **Keywords:** Pulmonary tuberculosis, negative-AFB tuberculosis, GeneXpert MTB.

YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG VÀ BIỆN PHÁP ĐIỀU TRỊ DỰ PHÒNG CƯỜNG GIÁP TÁI PHÁT SAU NGỪNG THUỐC THEO CHỈ ĐỊNH Ở NGƯỜI BỆNH GRAVE

*PGS. TS. Hoàng Trung Vinh
Phó chủ tịch Hội Nội tiết Hà Nội*

Đa số bệnh nhân (BN) cường giáp (CG) gây ra do bệnh Grave nếu được dùng thuốc kháng giáp tổng hợp (KGTH) thì bệnh sẽ thuyên giảm cùng với những bất thường về miễn dịch của bệnh. Tuy vậy khoảng 50% số trường hợp BN sẽ tái phát CG sau khi ngừng thuốc KGTH khoảng 1 - 2 năm. Đây là hạn chế chủ yếu của biện pháp điều trị bằng thuốc, là mối quan tâm chủ yếu đối với người bệnh. Bài viết sẽ tổng quan những hiểu biết hiện nay về yếu tố tiên lượng cùng các biện pháp có thể giảm nguy cơ tái phát của bệnh. Một số BN và đặc điểm của bệnh như yếu tố môi trường và thời gian sử dụng thuốc KGTH có thể ảnh hưởng đến nguy cơ tái phát sau khi ngừng thuốc. Dựa trên một số yếu tố nguy cơ hiện nay đã biết thì nguy cơ tái phát sau ngừng thuốc KGTH dao động trong khoảng 10-90%. Các yếu tố nguy cơ tái phát cần được quan tâm ngay tại thời điểm lựa chọn biện pháp điều trị ở BN mới chẩn đoán và cần được quan tâm thường xuyên trong suốt thời gian điều trị. Sử dụng thuốc KGTH liều thấp kéo dài có thể áp dụng đối với những BN nguy cơ cao tái phát bệnh như người trẻ, BN với bệnh mắt Grave hoạt động hoặc những trường hợp đã từng tái phát song vẫn thích hợp với điều trị nội khoa hơn là phẫu thuật hoặc iod phóng xạ.

Từ khóa: Điều trị bằng thuốc kháng giáp tổng hợp, bệnh Grave, cường chức năng tuyến giáp, cường chức năng tuyến giáp tái phát, kháng thể kháng thụ thể.

PROGNOSTIC FACTORS AND TREATMENT TO PREVENT RELAPSE OF HYPERHYROIDISM AFTER MEDICAL THERAPY WITHDRAWAL IN GRAVE'S PATIENTS

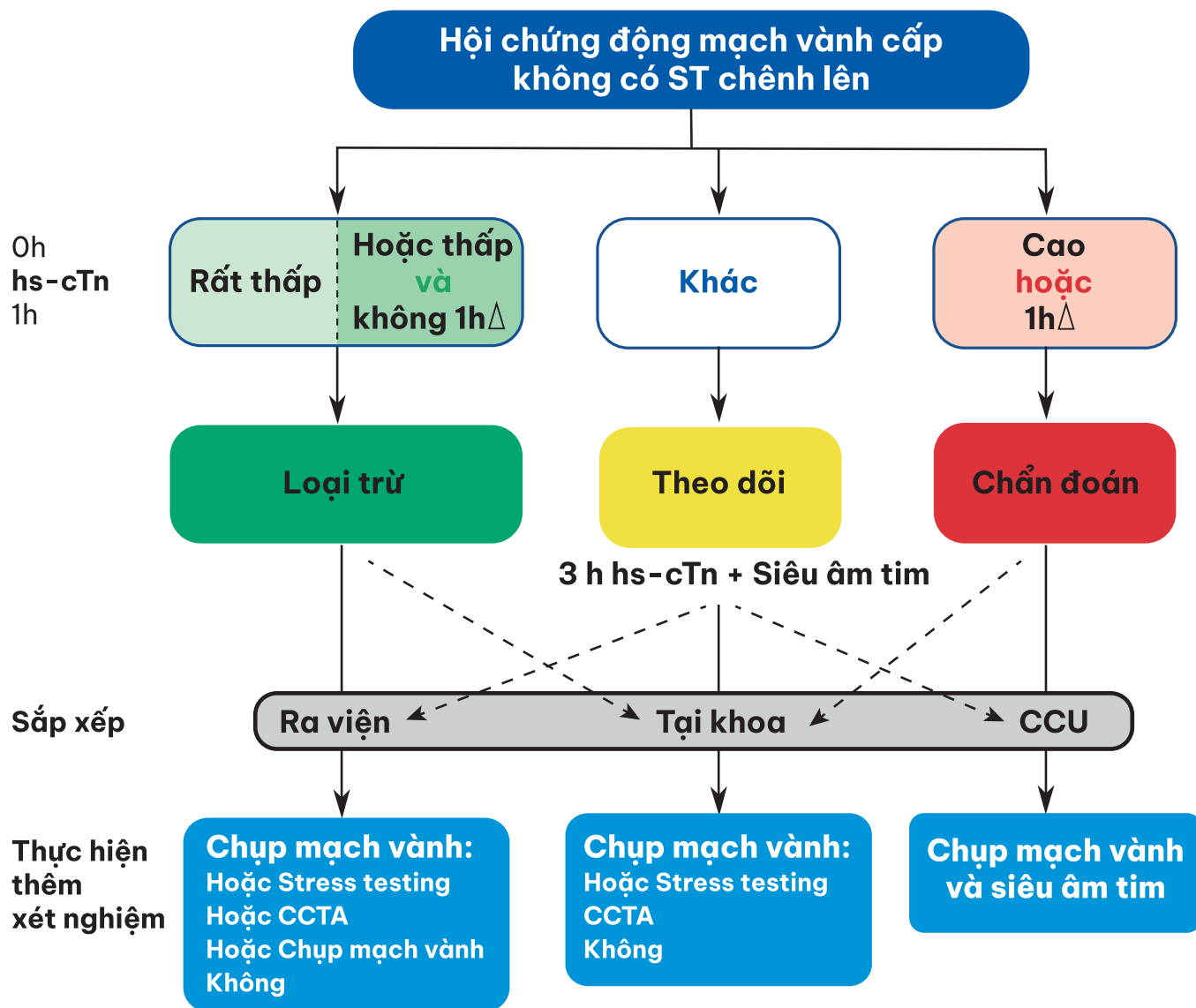
Purpose of review: In most patients with hyperthyroidism caused by Graves' disease, antithyroid drug (ATD) therapy is followed by a gradual amelioration of the autoimmune abnormality, but about half of the patients will experience relapse of hyperthyroidism when the ATDs are withdrawn after a standard 1 to 2 years of therapy. This is a major drawback of ATD therapy, and a major concern to patients. We review current knowledge on how to predict and possibly reduce the risk of such relapse.

Recent findings: Several patient and disease characteristics, as well as environmental factors and duration of ATD therapy, may influence the risk of relapse after ATD withdrawal. Depending on the presence of such factors, the risk of relapse after ATD withdrawal may vary from around 10 to 90%. Risk factors for relapse should be taken into account when choosing between therapeutic modalities in a patient with newly diagnosed disease, and also when discussing duration of ATD therapy.

Summary: Prolonged low-dose ATD therapy may be feasible in patients with high risk of relapse, such as children and patients with active Graves' orbitopathy, and in patients with previous relapse who prefer such therapy rather than surgery or radioiodine.

Keywords: Antithyroid drug therapy, Graves' disease, hyperthyroidism, hyperthyroidism relapse, thyrotropin-receptor antibodies.

Phác đồ tiếp cận hội chứng động mạch vành cấp không có ST chênh lên dựa trên sự thay đổi chất chỉ điểm sinh học cơ tim



Các ngưỡng giới hạn (Đơn vị ng/l) trong phác đồ chẩn đoán 0h/1h và 0h/2h

Thuật toán 0h/1h	Rất thấp	Thấp	Không 1h Δ	Cao	1h Δ
hs-cTn T (Elecsys; Roche)	<5	<12	<3	≥ 52	≥ 5
Thuật toán 0h/2h	Rất thấp	Thấp	Không 1h Δ	Cao	2h Δ
hs-cTn T (Elecsys; Roche)	<5	<14	<4	≥ 52	≥ 10

Rx **bridion**[®]
sugammadex
100mg/ml, dung dịch tiêm

HOÁ GIẢI PHONG BẾ THẦN KINH CƠ GÂY RA BỞI ROCURONIUM / VECURONIUM [1]

**Thời gian trung vị từ lúc sử dụng sugammadex đến
phục hồi TOF đến 0,9 là 1,4 phút**

Hóa giải thông thường sự phong bế thần kinh cơ trung bình: Trong một nghiên cứu then chốt, các bệnh nhân được phân bổ ngẫu nhiên vào nhóm rocuronium hoặc vecuronium. Sau liều rocuronium hoặc vecuronium cuối cùng, vào lúc tái xuất hiện T₂, sugammadex 2 mg/kg hoặc neostigmine 50 mcg/kg được sử dụng theo thứ tự ngẫu nhiên. Thời gian trung vị từ lúc bắt đầu sử dụng sugammadex hoặc neostigmine đến khi phục hồi tỷ lệ T₄/T₁ đến 0,9 là:



17,6 phút

Neostigmine 50 µg/kg



1,4 phút

Sugammadex 2 mg/kg

Hóa giải thông thường phong bế do rocuronium hoặc vecuronium		Hóa giải tức thì phong bế do rocuronium
2 mg/kg Tái xuất hiện T ₂	4 mg/kg Đạt ít nhất 1-2 phản ứng sau cơ cứng (PTC)	16 mg/kg 3 phút sau một liều tái rocuronium đến 1,2 mg/kg
Thời gian trung bình đạt TOF 0,9 là 2 phút	Thời gian trung bình đạt TOF 0,9 là 3 phút	Thời gian trung bình đạt TOF 0,9 là 1,5 phút

[1], [2]: Tham khảo Tài hướng dẫn sử dụng thuốc đã được Cục Quản lý Dược phê duyệt!
Thông tin chi tiết về sản phẩm xem ở trang 2.
Số Giấy xác nhận nội dung thông tin thuốc của Bộ Y tế: TGS/2021/XN/TT/QLD, ngày 02 tháng 06 năm 2021.
Code: VN-XBR-00296-16/02/2024

LỰA CHỌN STATIN CÂN BẰNG GIỮA HIỆU QUẢ VÀ AN TOÀN TRÊN BỆNH NHÂN CHÂU Á

*PGS. TS. Lê Đình Thanh
Giám đốc Bệnh viện Thống Nhất*

LDL-C đã được chứng minh là một trong những nguyên nhân chính gây ra các bệnh xơ vữa động mạch. Để điều trị hiệu quả, đòi hỏi bác sĩ phải cân nhắc nhiều yếu tố trong đó vấn đề gen và chủng tộc là một vấn đề cần quan tâm.

Sự khác biệt về gen giữa người châu Âu & Châu Á dẫn đến sự khác biệt về dược động học chuyển hóa của statin trong cơ thể. Do đó, bệnh nhân châu Á nhạy cảm hơn với statin hơn so với bệnh nhân Châu Âu. Đồng thời để gây thoái triển mảng xơ vữa động mạch, Bệnh nhân Châu Á chỉ cần giảm LDL-C dưới 100mg/dL trong khi đó bệnh nhân Phương Tây cần giảm LDL-C dưới 70mg/dL. Nghiên cứu REPRIEVE xem xét về chiến lược phòng ngừa bệnh tim mạch tiên phát bằng statin hàng ngày trên bệnh nhân HIV gần đây được công bố cho thấy pitavastatin giúp giảm 35% nguy cơ bệnh lý tim mạch vốn dĩ bị gia tăng trên nhóm bệnh nhân này. Nhóm bệnh nhân Châu Á cũng cho đáp ứng với pitavastatin tốt hơn so với nhóm bệnh nhân Châu Âu.

Bài báo tập trung vào tìm hiểu về pitavastatin – là một statin cân bằng giữa hiệu quả và an toàn phù hợp cho bệnh nhân châu Á – pitavastatin được chứng minh hiệu quả tốt trên các chỉ số lipid máu: giảm LDL-C, tăng HDL-C, giảm nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch đồng thời dung nạp tốt, tính an toàn cao, ít liên quan đến đái tháo đường mới mắc và chuyển hóa glucose, ít tương tác thuốc hơn so với các statin khác.

CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐÁNH GIÁ XƠ HÓA GAN

ThS. BSCK2. Hà Vũ

Khoa Nội Tiêu hóa, Bệnh viện Thống Nhất

Khoa Y, Đại học Quốc gia TP.HCM

Các bệnh gan mạn tính do các nguyên nhân khác nhau là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới. Bệnh gan mạn tính tiến triển qua các giai đoạn bệnh lý khác nhau, từ viêm gan nhẹ không xơ hóa đến xơ gan tiến triển và xơ gan. Đánh giá giai đoạn bệnh gan rất quan trọng để chẩn đoán, điều trị và theo dõi cả trong quá trình điều trị và sau khi ngừng điều trị. Người ta đã chứng minh rằng tiến trình xơ hóa gan có thể hồi phục sau khi loại bỏ nguyên nhân, đặc biệt là ở giai đoạn đầu. Do đó, việc chẩn đoán sớm xơ hóa gan có tầm quan trọng sống còn đối với điều trị lâm sàng. Sinh thiết gan vẫn là tiêu chuẩn vàng cho cả chẩn đoán và phân loại giai đoạn xơ hóa, nhưng không tối ưu, phần lớn do bản chất xâm lấn của nó và các biến chứng liên quan. Để khắc phục điều này, một số chẩn đoán không xâm lấn dựa trên dấu ấn sinh học huyết thanh hoặc phương thức hình ảnh đã được nghiên cứu. Gần đây, nhiều phương pháp không xâm lấn để đánh giá tình trạng xơ hóa gan đã được phát triển và chúng đã bắt đầu được sử dụng thường quy trong thực hành lâm sàng.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

ThS. BS. Nguyễn Thanh Vy

Bộ môn Lão khoa, Đại Học Y Dược TP.HCM

Tỷ lệ người cao tuổi ngày càng tăng trên thế giới cũng như tại Việt Nam. Tuổi cao là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh thận mạn, đặc biệt là những bệnh nhân cao tuổi có mắc đái tháo đường. Ngày nay, việc điều trị đái tháo đường không chỉ nhằm vào mục tiêu hạ đường huyết mà còn quan tâm đến mục tiêu dự phòng biến cố tim mạch và làm chậm tiến triển của bệnh thận mạn. Albumin niệu được xem là một yếu tố dự đoán sớm bệnh thận mạn đái tháo đường. Ngoài ra, nồng độ albumin niệu đi kèm với nguy cơ cao biến cố tim mạch bao gồm nhồi máu não, nhồi máu cơ tim và tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. Hiện nay, nhóm thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAAs) vẫn là chọn lựa chính trong điều trị đạm niệu ở bệnh nhân bệnh thận đái tháo đường. Các thuốc ức chế men chuyển và ức chế thụ thể trong

nhóm thuốc này, giúp làm chậm tốc độ mất chức năng thận ở những bệnh nhân đái tháo đường và bệnh thận mạn. Vai trò của chúng đã được khẳng định qua nhiều nghiên cứu lớn như RENAAL và IDNT vào năm 2001. Vào năm 2014, thuốc ức chế kênh SGLT2 ra đời với mục tiêu hạ đường huyết thông qua cơ chế thải đường qua nước tiểu. Sau đó 5 năm, hiệu quả bảo vệ tim thận của thuốc này đã được công nhận, đánh dấu một bước ngoặt trong thực hành kê toa cho các bệnh nhân đái tháo đường có nồng độ albumin niệu cao. Do đó, KDIGO 2022 khuyến cáo điều trị bệnh thận mạn đái tháo đường với metformin và thuốc ức chế SGLT2 cho tất cả bệnh nhân đái tháo đường típ 2 có bệnh thận mạn và eGFR >30mL/phút/1,73m². Tuy nhiên, sử dụng SGLT2-i ở người cao tuổi cần chú ý đến các tác dụng phụ như giảm thể tích nội mạch, nhiễm trùng tiểu, làm nặng hơn tình trạng tiểu không tự chủ. Nhìn chung, việc kê toa SGLT2-i ở bệnh nhân cao tuổi, đặc biệt là bệnh nhân cao tuổi suy yếu, nên cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ nhằm đem lại hiệu quả tốt nhất và hạn chế những tác dụng phụ không mong muốn.

Từ khóa: bệnh thận đái tháo đường, người cao tuổi, thuốc ức chế SGLT2.

UPDATE ON THE MANAGEMENT OF DIABETIC KIDNEY DISEASE IN THE ELDERLY

According to general trend of the world, Vietnam is also one of the countries with an increasing prevalence of the elderly population. Advanced age is the non-modifiable risk factor of chronic kidney disease, especially in diabetic patients. Nowadays, diabetes management not only targets the goal of lowering blood sugar but also focuses on preventing cardiovascular events and slowing the progression of chronic kidney disease. Albuminuria is a marker for early diabetes nephropathy. In addition, albuminuria level is associated with higher risk of incident ischemic stroke, myocardial infarction, and all-cause mortality in type 2 diabetes patients. The current mainstay of treatment for proteinuric diabetic nephropathy is RAS blockade. RAS blockade with ACEi or ARBs slows the rate of kidney function loss in patients with CKD (Chronic kidney disease) and diabetes. Value of these drugs were first demonstrated in 2001 by the RENAAL (Reduction of Endpoints in Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus with the Angiotensin II Antagonist Losartan) trial and IDNT (Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial). In 2014, the SGLT2 inhibitor drugs was born with the goal of lowering blood

sugar through the mechanism of glucosuria. For the next 5 years, the discovery of cardiorenal protection with SGLT2 inhibitor in diabetes suffering high albuminuria was approved. Therefore, the 2022 KDIGO guidelines for diabetes management in CKD recommend the use of metformin and SGLT2 inhibitors for all patients with T2DM (Type 2 diabetes mellitus), CKD, and an GFR >30 mL/min/1.73 m². However, SGLT2i-associated side effects such as volume depletion, urinary tract infections and worsening urinary incontinence may be more common in the elderly population. Overall, prescribing SGLT2 inhibitor in elderly patients, especially frail elderly should be balanced between benefits and risks to achieve the best results and minimise the side effects.

Key words: diabetic kidney disease, elderly, SGLT2 inhibitor

BỆNH THẬN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG: THÁCH THỨC, THÀNH TỰU VÀ TRIỂN VỌNG

*TS. BS. Nguyễn Thu Hương
Bệnh viện Đa khoa TW Thái Nguyên*

Bệnh thận đái tháo đường (DKD) là nguyên nhân hay gặp gây bệnh thận mạn giai đoạn cuối (ESRD). Mặc dù đã áp dụng các biện pháp điều trị tích cực như kiểm soát glucose, huyết áp, sử dụng thuốc ức chế hệ renin - angiotensin song tỷ lệ DKD vẫn ở mức cao. Gần đây đã xuất hiện một số thuốc mới có tác dụng thay đổi và làm chậm tiến triển của bệnh. Microalbumin niệu là biểu hiện lâm sàng đặc trưng của DKD, thường tiến triển rất chậm để chuyển sang macroalbumin niệu và tăng độ lọc cầu thận ở giai đoạn sớm sau đó giảm dần chức năng thận ở giai đoạn muộn, cuối cùng dẫn đến ESRD. Một số bệnh nhân (BN) DKD có giảm chức năng thận mặc dù albumin niệu âm tính song lại đã có xơ hóa mạch máu và khe thận. Bệnh thận do đái tháo đường nếu xuất hiện những đợt tiến triển cấp thường gây ra xơ hóa tổ chức khe thận. Một tỷ lệ không nhỏ đái tháo đường típ 2 (ĐTĐT2) có albumin niệu song lại bị che lấp bởi bệnh cầu thận không do ĐTĐ cần phải được làm sinh thiết thận để chẩn đoán phân biệt. Chỉ một số nhỏ trường hợp DKD nhanh chóng chuyển sang ESRD. Mặc dù dựa vào các dấu ấn sinh học có độ nhạy và độ đặc hiệu không cao để xác định những trường hợp nguy cơ này. Yếu tố gen chưa có liên quan chắc chắn và chặt chẽ với DKD. Phối hợp của thụ thể yếu tố hoại tử u (TNFR) 1 và 2 cùng phân tử tổn thương thận (KIM 1) có thể giúp tiên lượng tiến



PYMEPHARCO
STADA GROUP



Hành trình hơn 125 năm của STADA

Tập Đoàn Dược Phẩm Đức

**BẠN ĐỒNG HÀNH TIN CẬY
CÙNG SỨC KHỎE MỌI NGƯỜI**



Caring For People's Health

PYMEPHARCO - Thành viên tập đoàn STADA Arzneimittel AG Đức

Văn phòng đại diện: Lầu 5 Tòa nhà Pearl 5 - Số 5 Lê Quý Đôn, Phường Võ Thị Sáu, Quận 3, TP.HCM

ĐT: +84 2871 013 505 - **Website:** www.pymepharco.com/ www.stada.vn

AMIPAREN

Dung dịch acid amin 5% và 10%

Tỉ lệ acid amin thiết yếu EAA/NAA = 1.4

Cung cấp acid amin trong các trường hợp:

- Giảm Protein / máu
- Suy dinh dưỡng
- Trước hoặc sau phẫu thuật



Thành phần: Mỗi 500ml dung dịch chứa

Amiparen 5%: L-Isoleucine 2g, L-Leucine 3,5g, L-Valine 2g, L-Lysine 2,625g, L-Phenylalanine 1,75g, L-Methionine 0,975g, L-Threonine 1,425g, L-Tryptophan 5g, L-Arginine 2,625g, L-Histidine 1,25g, L-Alanine 2g, L-Proline 1,25g, A-Aspartic Acid 0,25g, L-Cystein 0,25g, Glycine 1,475 g, L-Glutamic Acid 0,25g, L-Serine 0,75g, L-Tyrosine 0,125g

Amiparen 10%: L-Isoleucine 4g, L-Leucine 7g, L-Valine 4g, L-Lysine 5,25g, L-Phenylalanine 3,5g, L-Methionine 1,95g, L-Threonine 2,85g, L-Tryptophan 1g, L-Arginine 5,25g, L-Histidine 2,5g, L-Alanine 4g, L-Proline 2,5g, A-Aspartic Acid 0,5g, L-Cystein 0,5g, Glycine 2,95 g, L-Glutamic Acid 0,5g, L-Serine 1,5g, L-Tyrosine 0,25g

Chống chỉ định: Hôn mê gan hoặc nguy cơ hôn mê gan, suy thận nặng, tăng ni tơ máu, bất thường về chuyển hoá acid amin.

Thận trọng: Nhiễm toan nặng, suy tim xung huyết, giảm ni tơ máu, suy nhược và mất nước nặng.

Liều dùng:

Amiparen 5 truyền qua hệ thống tĩnh mạch ngoại biên: Liều dùng thông thường đối với người lớn là: 25-50g acid amin cho một lần truyền (tương đương 1 -2 chai dung dịch Amiparen 5, 500 ml cho 1 lần truyền), truyền nhỏ giọt tĩnh mạch.

Amiparen 10 :

- Truyền qua hệ thống tĩnh mạch trung tâm: liều dùng thông thường đối với người lớn là 400 - 800 ml dung dịch Amiparen 10/ngày.

- Truyền qua hệ thống tĩnh mạch ngoại biên: Liều dùng thông thường đối với người lớn là: 200 - 400 ml dung dịch Amiparen 10 cho một lần truyền.

Tốc độ truyền cần được điều chỉnh để cung cấp khoảng 10g acid amin trong hơn 60 phút. Tốc độ truyền cần được giảm xuống ở trẻ em, người lớn tuổi và những bệnh nhân mắc bệnh nặng. Liều dùng cũng có thể được điều chỉnh tùy thuộc vào tuổi tác, triệu chứng lâm sàng và cân nặng của bệnh nhân.

Các thông tin khác vui lòng tham khảo tờ HDSD sản phẩm.

Mọi thông tin chi tiết về sản phẩm xin liên hệ: **OTSUKA PHARMACEUTICAL VIETNAM JSC**

Nhà máy: Số 27, Đường 3A, KCN Biên Hòa II, TP. Biên Hòa, Tỉnh Đồng Nai ĐT: (0251) 399.2077 Fax: (0251) 399.2088

TP. HCM: Lầu 12, 8 Võ Văn Tần, Phường 6, Quận 3

Hà Nội: P. 1403, 4A Láng Hạ, Quận Ba Đình

ĐT: (028) 3930.0791 Fax: (028) 3930.0795

ĐT: (024) 3512.0891 Fax: (024) 3512.0890

triển của DKD. Tuy vậy để tiên lượng tiến triển bệnh thường phải dựa vào các dấu ấn lâm sàng và sinh học.Ức chế SGLT2 có thể bổ sung biện pháp điều trị mới cho DKD. Ngoài ra còn một số thuốc mới cũng đang được thử nghiệm và có nhiều triển vọng. Những năm qua sự hiểu biết về DKD đã giúp cải thiện và điều trị có tác dụng giảm đến một nửa tiến triển của DKD. Tuy vậy công cụ chẩn đoán tốt nhất, dấu ấn để tiên lượng và các quan niệm về điều trị đã giúp ích rất nhiều trong điều trị mặt bệnh đáng ngại này.

Từ khóa: Bệnh thận đái tháo đường, tiến triển, con đường không protein, viêm, điều trị.

DIABETIC KIDNEY DISEASE: CHALLENGES, ADVANCES, AND PROSPETCT

Background: Diabetic kidney disease (DKD) is the most common cause of the end-stage renal disease (ESRD). Regardless of intensive treatments with hyperglycemic control, blood pressure control, and the use of renin-angiotensin system blockades, the prevalence of DKD remains high. Recent studies suggest that the spectrum of DKD has been changed and many progresses have been made to develop new treatments for DKD. Therefore, it is time to perform a systemic review on the new developments in the field of DKD. Summary: Although the classic clinical presentation of DKD is characterized by a slow progression from microalbuminuria to macroalbuminuria and by a hyperfiltration at the early stage and progressive decline of renal function at the late stage, recent epidemiological studies suggest that DKD patients have a variety of clinical presentations and progression rates to ESRD. Some DKD patients have a decline in renal function without albuminuria but display prominent vascular and interstitial fibrosis on renal histology. DKD patients are more susceptible to acute kidney injury, which might contribute to the interstitial fibrosis. A large portion of type 2 diabetic patients with albuminuria could have overlapping nondiabetic glomerular disease, and therefore, kidney biopsy is required for differential diagnosis for these patients. Only a small portion of DKD patients eventually progress to end-stage renal failure. However, we do not have sensitive and specific biomarkers to identify these high-risk patients. Genetic factors that have a strong association with DKD progression have not been identified yet. A combination of circulating tumor necrosis factor receptor (TNFR)1, TNFR2, and

kidney injury molecular 1 provides predictive value for DKD progression. Artificial intelligence could enhance the predictive values for DKD progression by combining the clinical parameters and biological markers. Sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors should be added to the new standard care of DKD patients. Several promising new drugs are in clinical trials. Key Messages: Over last years, our understanding of DKD has been much improved and new treatments to halt the progression of DKD are coming. However, better diagnostic tools, predictive markers, and treatment options are still urgently needed to help us to better manage these patients with this detrimental disease.

Keywords: Diabetic kidney disease, Progression, Nonproteinuric pathway, Inflammation, Treatment.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT CẮT KHỐI TÁ TUY TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ QUANH BÓNG VATER

*ThS. BS. Nguyễn Khánh Vân, BSCKI. Nguyễn Hữu Nghị
Bệnh viện Thống Nhất*

Mục đích: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 40 bệnh nhân có bệnh lý ung thư quanh bóng Vater được phẫu thuật cắt khối tá tụy tại khoa Ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Thống Nhất từ 1/2014 đến 6/2023.

Kết quả: Chúng tôi đã phẫu thuật 40 bệnh nhân với 25(62,5%) nam, 15(37,5%) nữ; tuổi trung bình 63,6(38-83). Bệnh nhân bao gồm bệnh lý ung thư vùng đầu tụy 20(50%) ca, ung thư đoạn cuối OMC 8(20%) ca, ung thư bóng Vater 10(25%) ca, ung thư tá tràng 2(5%) ca. Biến chứng rò tụy 10%, Có 1 trường hợp rò tụy mổ lại. Rò mật 5%, nhiễm trùng 15%. Không có trường hợp tử vong.

Kết luận: Phẫu thuật cắt tá tụy được chỉ định trong các bệnh lý ác tính quanh như Vater là một phẫu thuật lớn, phức tạp với tỉ lệ biến chứng còn tương đối cao. Có thể thực hiện được ở khoa ngoại Gan Mật Tụy bệnh viện Thống Nhất.

Từ khóa: quanh bóng Vater, cắt khối tá tụy, phẫu thuật Whipple

THE ASSEMENT OF SHORT-TERM OUTCOMES OF WHIPPLE PROCEDURE IN PATIENTS WITH CANCER OF PERIAMPULLARY AREA AT THONG NHAT HOSPITAL FROM JANUARY 2014 TO JUNE 2023

Background: The study aimed at evaluating short-term outcomes of Whipple procedure in patients with cancer of periampullary area at the Hepatobilliary pancreatic surgery department in Thong Nhat Hospital

Methods: Retrospective descriptive study of 40 patients with cancer of periampullary area underwent pancreaticoduodenectomy at Hepatobilliary pancreatic surgery From January 2014 to june 2023.

Results: We have treated 40 patients with 25 men (62,5%), 15 women (37,5%); mean age 63,6(38-83). Patients included pancreatic head cancer 20 cas(50 %), distal common bile duct cancer 8 cas(20%),ampullary cancer 10 cas(25%), duodenal cancer 2 cas(5%). The overall perioperative mortality rate was 0% . Panceratic fistula was 10%; biliary fistula 5%,infection 15%.

Conclusions: Pancreaticoduodenectomy is a difficult opeation which could be done safely at the Hepatobilliary pancreatic surgery department in Thong Nhat Hospital. Indication should be strictly considered.

Key Words: Periampullary tumours, Pancreatoduodenectomy, Whipple procedure

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THAY KHỚP HÁNG BÁN PHẦN CHUÔI DÀI KHÔNG XI MĂNG TRÊN BỆNH NHÂN LỚN TUỔI GÂY PHỨC TẠP ĐẦU TRÊN XƯƠNG ĐÙI CÓ LOÃNG XƯƠNG

*PGS. TS. Võ Thành Toàn
Phó giám đốc Bệnh viện Thống Nhất*

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp háng bán phần chuỗi dài không xi măng trên bệnh nhân lớn tuổi gây phức tạp đầu trên xương đùi có loãng xương. **Phương pháp nghiên cứu:** từ 11/2019 đến 10/2022, 120 BN được lựa chọn theo tiêu chí thu nhận và kết quả được phân tích tiến cứu. Phân loại gãy xương theo AO/OTA. Loãng xương nặng khi T-score dưới -2,5. Thời gian theo dõi trung bình là 12 tháng. Điểm Harris khớp háng (HHS) và chỉ số chu phẫu (bao gồm thời gian phẫu thuật, số đơn vị máu được truyền trong thời gian nằm viện, thời gian nằm viện, biến chứng)

được phân tích lâm sàng. **Kết quả:** tuổi trung bình là 79,6 (từ 60 đến 106 tuổi). Thời gian phẫu thuật trung bình 49,7 phút (từ 45 đến 72 phút), với lượng máu truyền trong thời gian nằm viện trung bình là 1,2 đơn vị (từ 0 đến 2 đơn vị). Thời gian nằm viện trung bình là 11 ngày (từ 7 đến 21 ngày). Điểm Harris khớp háng trung bình là 91,7 (từ 64 đến 94 điểm). Sau 12 tháng, 73,3% BN không đau tại vị trí phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng trong và sau phẫu thuật là 0,04%. **Kết luận:** Đối với người cao tuổi bị loãng xương nặng, gây phức tạp đầu trên xương đùi, phẫu thuật thay khớp háng lưỡng cực bán phần không xi măng là phương pháp điều trị hiệu quả, ít biến chứng và chức năng thỏa mãn.

Từ khóa: thay khớp háng, loãng xương

TO EVALUATE THE OUTCOME OF PROXIMAL FEMUR FRACTURES WITH LONG STEM CEMENTLESS HEMIARTHROPLASTY IN ELDERLY SEVERE OSTEOPOROTIC PATIENTS

Objective: To evaluate the outcome of proximal femur fractures with long stem cementless hemiarthroplasty (HA) in elderly severe osteoporotic patients. **Method:** In November 2019 to October 2022, 120 patients were selected according to inclusion criteria and results were analyzed prospectively. Fractures classification according to AO/OTA Classification. Severe osteoporosis when T-score is below -2.5. The mean follow-up period was 12 months. The Harris Hip Score (HHS) and perioperative index (including the time duration of the surgery, number of units of blood transfused during hospital stay, length of hospital stay, complications) were analyzed clinically. **Result:** The mean age was 79.6 years (between 60 and 106y of age). The average duration of surgery was 49.7 min (range 45–72 min), with a mean blood transfusion during hospital stay of 1.2 units (range 0 to 2 units). The average duration of hospital stay was 11 days (range 7 to 21 days). The average Harris hip score is 91.7 (range 64 - 94). After 12 months, 73.3% of patients had no pain at the surgical site. The rate of complications during and after surgery is 0.04%. **Conclusions:** For the severe osteoporotic elderly with unstable proximal femoral fractures, bipolar hemiarthroplasty cementless is an effective method to treat the unstable intertrochanteric fractures in the severe osteoporotic elderly with with few complications and satisfactory function

Keywords: hip arthroplasty/ hip replacement, osteoporosis

GỠ Ồ CỐI: CHẨN ĐOÁN VÀ THÁI ĐỘ XỬ TRÍ

*TS. BS. Nguyễn Trung Tuyển
Trưởng khoa CTCH, Bệnh viện E Hà Nội*

Gãy ồ cối là gãy xương hiếm gặp, kể từ khi bắt buộc phải thắt dây an toàn trên xe ô tô, tỷ lệ gãy ồ cối giảm còn chiếm 0.3% trong số các loại gãy xương, xảy ra thường do tai nạn với năng lượng cao, thường kèm theo tổn thương chỏm xương đùi hoặc trật khớp háng. Chẩn đoán không khó với sự hỗ trợ của cận lâm sàng, tuy nhiên điều trị vẫn còn nhiều thách thức với các phẫu thuật viên giàu kinh nghiệm và tránh các biến chứng có thể xảy ra như khớp giả, trật lại khớp háng, tiêu chỏm xương đùi.... Tại bệnh viện E trong thời gian qua đã điều trị 04 bệnh nhân bị gãy ồ cối với nhiều tổn thương kèm theo. Chúng tôi xin giới thiệu để chia sẻ kinh nghiệm chẩn đoán, điều trị và theo dõi các bệnh nhân bị vỡ ồ cối phức tạp tại bệnh viện E.

TÁI TẠO DÂY CHẰNG CHÉO SAU KHỚP GỐI NỘI SOI: CẠM BÃY VÀ CÁCH PHÒNG NGỪA

*TS. BS. Phan Đình Mừng
Phó giám đốc Viện CTCH BV 175*

Đặt vấn đề: Nội soi tái tạo DCCS xuyên mâm chày với kỹ thuật trước đây khó quan sát nơi bám chày của DCCS dẫn tới việc đặt sai đường hầm chày, là một trong những nguyên nhân phổ biến nhất gây ra thất bại trong tái tạo DCCS. **Đối tượng và phương pháp:** 07 BN đứt DCCS tại khoa Chấn Thương Chính Hình-Bệnh Viện 175 từ tháng 05/2008 đến tháng 04/2012. **Kết quả:** 100% không biến chứng trong và sau mổ. Có 01 BN kết thúc 4 tuần bất động sau mổ, đang tập vận động và phục hồi chức năng. 06 BN theo dõi trung bình 21,71 tháng. 05/06BN đạt kết quả tốt theo chỉ số Lysholm, tầm vận động phục hồi, BN trở lại sinh hoạt bình thường và có thể tham gia thể thao. **Kết luận:** Lối vào này giúp quan sát rõ ràng nơi bám DCCS phía chày và dễ dàng tiếp cận mặt sau đường hầm chày mà không tổn thương cấu trúc mạch máu thần kinh. Hơn nữa, những bó còn lại của DCCS nguyên thủy và dây chằng đùi sụn chêm (có vai trò rất quan trọng trong độ vững khớp gối) được bảo tồn để giúp mảnh ghép lành và tạo nên cấu trúc vững chắc.

THE PRELIMINARY OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC POSTERIOR CRUCIATE LIGAMENT RECONSTRUCTION PERFORMED WITH HAMSTRING TENDON GRAFTS USING THE POSTERIOR TRANS-SEPTAL PORTAL

Background: It is very difficult to visualize the tibial attachment of PCL during the conventional arthroscopic PCL reconstruction. A poor visualization of tibial attachment could lead to a malpositioning of the tibial tunnel, which seems to be one of the most common causes of PCL reconstruction failure. **Materials and methods:** 07 patients who were posterior knee instability, performed at the Traumatology and Orthopedic Department - The Military Hospital 175 from May 2008 to April 2012. **Results:** 100% patients had no complications in- and post-operation. One patient had completed postoperative four-week program of mobilization and begun motion and strengthening exercise. Six patients with average 21,71 months follow-up were excellent based on Lysholm Knee Score. The range of motion has been recovered. They can not only work and live normally but also returned sport activities. **Conclusion:** The posterior trans-septal portal provides an excellent visualization of the PCL tibial attachment and an easy access to the tibial tunnel without injuring any neurovascular structure. The remnant bundle of the original PCL and menisiofemoral ligament, which significantly contributes to the posterior stability of the knee joint, are preserved to be healed with a graft and subsequently form an integrated structure.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SAU 5 NĂM THAY KHỚP GỐI TOÀN PHẦN TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

*BSCCK2. Đoàn Việt Quân
Phó Viện trưởng Viện CTCH, BV Việt Đức*

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật thay khớp gối toàn phần (KGTP) sau 5 năm tại Bệnh Viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 42 bệnh nhân (BN) với 42 khớp gối được thay trong khoảng thời gian từ tháng 1/2015 đến tháng 12/2016 tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, loại khớp được thay khớp gối nhân tạo có xi măng, hy sinh dây chằng chéo sau, lớp đệm cố định, không thay bánh chè. Nghiên cứu mô tả hồi cứu cắt ngang. Đánh giá sau mổ bằng thang điểm KSS, thời gian theo dõi trên

5 năm. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của nghiên cứu là 64 tuổi với 39 BN nữ (chiếm 92,9%), 3 BN nam (chiếm 7,1%). Điểm trung bình KS $90,3 \pm 6,6$; kết quả rất tốt chiếm 78,6%; tốt 21,4% không có trường hợp nào đạt mức khá trở xuống. Điểm trung bình KFS $90,8 \pm 7,4$, rất tốt chiếm 78,6%; tốt 21,4% không có trường hợp nào đạt mức khá trở xuống. Biên độ gấp gối trung bình đạt $96^\circ \pm 14,2^\circ$. Đánh giá chủ quan 66,7% người bệnh cảm thấy rất hài lòng với kết quả điều trị. Không có trường hợp nào gặp tai biến, biến chứng gì sau mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật thay KGTP đưa lại kết quả giảm đau tốt, cải thiện được chức năng của khớp và chất lượng cuộc sống. Tỷ lệ ăn mòn, hư hại khớp thấp. Tuy nhiên cần đánh giá trong thời gian dài hơn và cỡ mẫu lớn hơn.

Từ khóa: Khớp gối toàn phần, 5 năm, bệnh viện Hữu nghị Việt Đức.

EVALUTED OUTCOME TOTAL KNEE REPLACEMENT POST-OPERATIVE AFTER 5 YEARS AT VIET DUC HOSPITAL

Objectives: To evaluate the outcome of total knee arthroplasty(TKA) after a minimum of 5-year follow-up at Viet Duc Hospital. **Subjects and Method:** Retrospective study. From 1/2015 to 12/2016, 42 patients with 42 knee joints were treated with posterior-stabilized, cemented, fix-bearing, not patellar resurfacing at Viet Duc Hospital, The post-operative were evaluated with Knee Society scoring systems. the follow-up period ranged from 61 to 84 months **Results:** The average age of 42 patient was 64 years with 39 female (92,9%) and 3 male (7,1%). The mean Knee score $90,3 \pm 6,6$ postoperatively, 78,6% were rated as excellent, 21,4% as good and no case as fair. The mean knee functional score was $90,8 \pm 7,4$ postoperatively, 78,6% were rated as excellent, 21,4% as good and no case as fair. Average range of motion was $96^\circ \pm 14,2^\circ$. 66,7% patient satisfied with the treatment results. Radiolucent lines were noted in 1 case, both tibial and femoral components but there were no revision. **Conclusions:** Total knee replacement surgery provides dramatic pain relief, improves joint function and the quality of the life with low wear. However, its needs to take a longer time and a larger sample size to assess.

Key words: Total knee replacement, 5 years, Viet Duc Hospital.

ĐIỀU TRỊ GIẢM ĐAU BỆNH CƠ XƯƠNG KHỚP TRÊN NGƯỜI CAO TUỔI

ThS. BS. Hoàng Quốc Nam

Bệnh viện Thống Nhất

Đau là triệu chứng chính trong bệnh lý cơ xương khớp khiến người bệnh tìm đến bác sĩ. Đối với người cao tuổi đau có nguyên nhân chủ yếu từ viêm, thoái hoá và đau do thần kinh. Đau có thể cấp tính, ngắn ngày tuy nhiên ở người cao tuổi đau trong các bệnh lý cơ xương khớp thường là đau mạn tính, kéo dài gây ảnh hưởng nhiều đến các cơ quan khác và khó điều trị. Sử dụng thuốc giảm đau trên người cao tuổi mắc nhiều bệnh kèm theo cần đặc biệt lưu ý đến tác dụng phụ, tương tác thuốc và chức năng gan thận. Các phương pháp giảm đau không dùng thuốc được khuyến khích ở người cao tuổi để giảm tác dụng không mong muốn của thuốc. Khuyến khích sử dụng thuốc giảm đau tại chỗ như thuốc bôi, dán, tiêm tại khớp. Lựa chọn thuốc giảm đau để giảm thiểu các tác dụng lên tim mạch, thận, đường tiêu hoá ưu tiên nhóm NSAIDs ức chế COX-2 chọn lọc và sử dụng kèm PPI. Các nhóm thuốc giảm đau thần kinh cần chú ý đến tác dụng ngủ nhiều, chóng mặt,... dễ gây té ngã. Một số nhóm thuốc giảm đau thần kinh gây buồn nôn, táo bón do vậy cần thận trọng khi sử dụng trên người cao tuổi. Các trường hợp đau mạn tính ở người cao tuổi cần xem xét sử dụng thêm các thuốc giảm đau thần kinh, chống trầm cảm để phối hợp điều trị

Từ khoá: giảm đau, người cao tuổi

Background: Pain is the main symptom of rheumatology diseases that causes patients to go to a doctor. For the elderly, pain is mainly caused by inflammation, osteoarthritis and neuropathic pain. Pain can be acute, short-term, but in the elderly, pain in rheumatology diseases is often chronic, long-lasting pain that greatly affects other organs and is difficult to treat. Using painkillers in the elderly with many comorbidities requires special attention to side effects, drug interactions and liver and kidney function. Non-pharmacological pain relief methods are recommended in the elderly to reduce unwanted effects of drugs. Encourage the use of local pain relievers such as topical medications, patches, and joint injections. Choosing painkillers to minimize effects on the heart, kidneys, and gastrointestinal tract gives priority to selective COX-2 inhibitor

NSAIDs and use with PPIs. Neuropathic pain relievers need to pay attention to the effects of excessive sleepiness, dizziness, etc., which can easily cause falls. Some groups of neuropathic pain relievers cause nausea and constipation, so caution should be used when using them in the elderly. Cases of chronic pain in the elderly should consider using additional neuropathic pain relievers and antidepressants to coordinate treatment

Keywords: painkiller, elderly

GIẢM ĐAU SAU PHẪU THUẬT TRONG CHẤN THƯƠNG CHỈNH HÌNH

*BSCK2. Phan Ngọc Tuấn
Bệnh viện Thống Nhất*

“Đau là sự trải nghiệm về cảm xúc và cảm giác không thoải mái với tổn thương mô tiềm tàng hay thật sự” (Merskey 1994). Đau cấp được định nghĩa là đau mới khởi phát gần đây và trong khoảng thời gian giới hạn. Đau thường mang tính chất tạm thời và là hậu quả của chấn thương hoặc bệnh tật (Ready 1992 GL) và là cảm nhận chủ quan của mỗi người. Cùng một loại phẫu thuật (cùng mức độ đau) nhưng với người này có thể chỉ đau nhẹ, người kia lại thấy đau vừa hoặc đau nhiều, vì mỗi người có ngưỡng đau khác nhau. Đau cấp ảnh hưởng lên rất nhiều về thể chất và tinh thần của mỗi bệnh nhân.

Nguyên tắc chính của điều trị đau sau mổ: có sự phối hợp của người bệnh, bác sĩ mổ và bác sĩ gây mê giảm đau. Hiện nay các thuốc giảm đau được sử dụng phổ biến như: acetaminophen, NSAID, opioids, thuốc tê, hay các thuốc hỗ trợ khác,... Chúng ta có thể dùng phối hợp nhiều loại thuốc giảm đau theo phương pháp giảm đau đa mô thức để đạt được kết quả giảm đau tốt nhất cho bệnh nhân. Bệnh viện Thống Nhất cũng đã có nghiên cứu về tác dụng của giảm đau mô thức với kết quả khá khả quan: phác đồ giảm đau đa mô thức mang lại tác dụng giảm đau hiệu quả, cải thiện chức năng sớm, cũng như giảm tiêu thụ giảm đau opioid. Ngoài ra còn có các biện pháp khác giảm đau trong hậu phẫu như: Gây tê vùng, gây tê tại chỗ, người bệnh có thể tham gia vào việc kiểm soát đau PCA hay ngã ngoài màng cứng PCEA, hay các hình thức giảm đau khác không dùng thuốc như châm cứu, vật lý trị liệu, tâm lý trị liệu.

TRÀN DỊCH TINH MẠC Ở BỆNH NHÂN THÂM PHÂN PHỨC MẠC: NHÂN 3 TRƯỜNG HỢP

*BSCCK2. Lý Văn Quảng
Khoa Ngoại Tiết niệu, Bệnh viện Thống Nhất*

Lọc màng bụng liên tục ngoại trú (CAPD- Continuous Ambulatory Peritoneal Dialysis) là một biện pháp hữu ích và thiết thực với ít biến chứng để điều trị bệnh thận mạn giai đoạn cuối ở những bệnh nhân được lựa chọn phù hợp. Phù vùng sinh dục là một biến chứng hiếm gặp nhưng gây khó chịu nhiều cho người bệnh. Chúng tôi báo cáo ba trường hợp bệnh nhân có tình trạng tràn dịch tinh mạc từng đợt thứ phát do còn ống phúc tinh mạc ở bệnh nhân đang điều trị CAPD. Phẫu thuật được khuyến cáo trong mọi trường hợp khi xác định được vị trí rò rỉ dịch lọc. Tình trạng phù nề vùng bìu đã được giải quyết và tất cả các bệnh nhân đều có thể tiếp tục chạy thận phúc mạc cấp cứu liên tục.

HYDROCELE IN PATIENTS UNDERGOING CONTINUOUS AMBULATORY PERITONEAL DIALYSIS. REPORT OF 3 CASES

Continuous ambulatory peritoneal dialysis (CAPD) is a useful and practical dialysis with minimal complications for the treatment of end-stage renal disease (ESRD) in the appropriate patients. Genital swelling is an uncommon but disruptive complication in patients on continuous ambulatory peritoneal dialysis. We report three cases of hydrocele secondary to patent processus vaginalis in patients receiving CAPD. Surgical repair was recommended in all cases when defects's location were identified. Edema was resolved and all patients were able to remain on continuous ambulatory peritoneal dialysis.

TỶ LỆ VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM VIÊM CẦU THẬN TĂNG SINH MÀNG TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

ThS. BS. Hoàng Duy Thái

Bệnh viện Thống Nhất

Mục tiêu: bước đầu xác định tỷ lệ, đặc điểm lâm sàng, mô bệnh học và đánh giá kết quả điều trị viêm cầu thận tăng sinh màng (MPGN) tại Bệnh viện Thống Nhất. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, mô tả loạt ca bệnh. Tất cả các trường hợp được chẩn đoán MPGN trên sinh thiết thận. **Kết quả:** Từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2022, có 7 trường hợp MPGN trong 152 trường hợp sinh thiết thận tại bệnh viện Thống Nhất, chiếm tỷ lệ 4,6%: có 2 trường hợp thứ phát (1 có đồng nhiễm HCV, 1 do ung thư). Tuổi trung bình mắc bệnh là $48,57 \pm 16,43$ tuổi (16-60 tuổi) tỷ lệ nam/nữ là 4/3. Các biểu hiện lâm sàng lúc chẩn đoán: hội chứng thận hư và hội chứng thận viêm, tăng huyết áp (7/7), eGFR < 60 ml/min/1.73m² (4/7) và thiếu máu (6/7). Giảm C3 trong máu được ghi nhận ở 5/7 trường hợp. Theo dõi trong vòng 3-65 tháng, có 1/7 trường hợp nhiễm viêm gan C (HCV) đáp ứng hoàn toàn khi điều trị thuốc kháng virus trực tiếp kết hợp với corticoid, 4/7 trường hợp đáp ứng một phần trong đó 1 bệnh nhân (BN) sử dụng đơn trị liệu corticoid, 3 BN phối hợp corticoid và cyclophosphamide. Có 2/7 trường hợp không đáp ứng với điều trị: 1 trường hợp sử dụng corticoid kết hợp cùng cyclosporin A, 1 trường hợp thứ phát sau ung thư phối hợp corticoid với hoá trị. **Kết luận:** MPGN là thể tổn thương giải phẫu bệnh hiếm gặp, biểu hiện lâm sàng nổi bật với hội chứng thận hư kết hợp hội chứng thận viêm, thiếu máu và giảm C3 huyết thanh. Mô bệnh học cầu thận bị xơ hóa, lắng đọng IgG, IgM, C1q, C3 ở quanh mao mạch và/hoặc gian mao mạch. Điều trị ức chế miễn dịch cần cá thể hoá từng trường hợp BN, ghi nhận bước đầu cyclophosphamide cho đáp ứng tốt.

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF MEMBRANOUS PROLIFERATIVE GLOMERULONEPHRITIS AT THONG NHAT HOSPITAL

Objectives: To determine the prevalence, clinical features, histopathology and evaluate the outcome of treatment of membranous proliferative glomerulonephritis (MPGN) at Thong Nhat Hospital. **Methods:** Retrospective, case series report. All cases

were diagnosed with MPGN on kidney biopsy. **Results:** From January 2017 to December 2022, there were 7 cases of MPGN in 152 cases of kidney biopsy at Thong Nhat hospital, accounting for 4.6%: 2 secondary cases (1 had HCV co-infection, 1 due to cancer). The mean age of the patients was 48.57 ± 16.43 years old (16-60 years old), the male/female ratio was 4/3. Clinical manifestations at the time of diagnosis: nephrotic syndrome and nephritis syndrome, hypertension (7/7), eGFR < 60 ml/min/1.73 m² (4/7) and anemia (6/7). Decreased C3 in blood was observed in 5/7 cases. Followed up within 3-65 months, 1/7 cases of hepatitis C (HCV) infection responded completely when treated with direct antiviral drugs combined with corticosteroids, 4/7 cases responded partially, of which 1 patient used corticosteroid monotherapy, 3 patients combined corticosteroid and cyclophosphamide. There were 2/7 cases that did not respond to treatment: 1 case used corticosteroids combined with cyclosporin A, 1 case secondary to cancer combined corticosteroids with chemotherapy. **Conclusions:** MPGN is a rare disease, with prominent clinical manifestations of nephrotic syndrome, nephritis syndrome, anemia and decreased serum C3. Renal histopathology showed glomerulosclerosis, deposition of IgG, IgM, C1q, C3 in pericapillaries and/or intercapillaries. Immunosuppressive therapy needs to be individualized. The primary results showed cyclophosphamide obtained a good response.

Keywords: membranous proliferative glomerulonephritis, nephrotic syndrome, nephritis syndrome, kidney biopsy.

TỶ LỆ HẠ KALI MÁU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN LỌC MÀNG BỤNG

*TS. BS. Nguyễn Bách, BSCK1. Phạm Thị Lan Hương
Khoa Nội thận- Lọc máu- Ghép thận, Bệnh viện Thống Nhất*

Mở đầu: Hạ kali máu là biểu hiện thường gặp và có liên quan đến viêm phúc mạc ở bệnh nhân lọc màng bụng (LMB). **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ và kết quả điều trị hạ kali máu ở bệnh nhân lọc màng bụng ngoại trú tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả, cắt ngang trên bệnh nhân (BN) LMB ngoại trú ít nhất 3 tháng tại Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 2/2023 đến tháng 6/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $53,5 \pm 16,5$. Tỷ lệ nam/nữ: 1:1,34. Thời gian LMB trung bình $27,2 \pm 23,84$ tháng. Tỷ lệ hạ kali máu ở BN LMB là 25%. Trong đó, hạ kali máu mức độ nhẹ và trung bình lần lượt chiếm tỷ lệ 88,2% và 11,8%. 100% BN không có triệu chứng lâm sàng của hạ kali máu. Thể tích nước tiểu tồn lưu là 604 ± 514 (ml). Tỷ lệ BN có sử dụng thuốc lợi tiểu quai và lợi tiểu giữ kali lần lượt là 57,4% và 32,4%. Có 61,8% BN sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển (UCMC) hoặc ức chế thụ thể men chuyển (UCTT). Tỷ lệ BN sử dụng thuốc bổ sung kali và Insuline lần lượt là 29,4% và 14,7%. 100% BN biết bổ sung rau xanh, trái cây vào chế độ ăn. Không có mối liên quan giữa hạ kali máu và các yếu tố tuổi, giới, đái tháo đường, thời gian LMB. **Kết luận:** Hạ kali máu ở bệnh nhân lọc màng bụng thường gặp nhất là mức độ nhẹ, không có triệu chứng. Điều trị hạ kali máu bằng chế độ ăn bổ sung rau xanh trái cây, sử dụng thuốc lợi tiểu giữ kali, ức chế men chuyển/ức chế thụ thể men chuyển và bổ sung kali uống có kết quả tốt.

Từ khóa: Hạ kali máu, lọc màng bụng.

PREVALENCE AND RESULT OF TREATING HYPOKALEMIA IN PERITONEAL DIALYSIS PATIENTS AT THONG NHAT HOSPITAL

Introduction: Hypokalemia is a common manifestation and is associated with peritonitis in peritoneal dialysis (PD) patients. **Objectives:** Determine the rate and result of hypokalemia treatment in PD outpatients at Thong Nhat Hospital. **Methods:** Descriptive cross-sectional study enrolled PD Outpatient with at least 3 month duration of peritoneal dialysis in Thong Nhat Hospital from February, 2023 to June, 2023. **Results:** The average age is 53.5 ± 16.5 . Male/Female ratio: 1:1.34. The average PD time is 27.2 ± 23.84 months. The rate of patients with a history of diabetes is 19.1%. The rate

of hypokalemia in patients with PD was 25%, 22.1% had mild hypokalemia, 2.9% had moderate hypokalemia, and no patient had severe hypokalemia. 100% of patients had no clinical symptoms of hypokalemia. The residual urine volume is 604 ± 514 (ml). The proportion of patients using potassium-sparing diuretics was 32.4%. 61.8% of patients used Angiotensin-converting-enzyme inhibitors (ACEI) or Angiotensin receptor blockers (ARBs). The proportion of patients using oral potassium was 29.4%. 100% of patients were aware of adding green vegetables and fruits to their diet. There is no relationship between hypokalaemia and factors such as age, gender, diabetes, and LMB duration. **Conclusions:** Hypokalemia in peritoneal dialysis patients accounts for 25%, most commonly mild level and asymptomatic. Treating with Diet with green vegetables and fruits, potassium-sparing diuretics, ACEI/ ARBs drugs and oral potassium supplements gives good results.

Key words: Hypokalemia, peritoneal dialysis.

LỌC MÁU LIÊN TỤC VÀ SỰ ẢNH HƯỞNG LÊN THẢI TRỪ THUỐC

*DS. Phạm Thị Lệ Cẩm
Bệnh viện Thống Nhất*

Tổn thương thận cấp là một biến chứng phổ biến ở bệnh nhân (BN) ICU (5 - 25%). Trong đó, 5 - 10% BN cần điều trị thay thế thận (RRT). RRT gồm 3 loại: lọc máu ngắt quãng, lọc máu ngắt quãng kéo dài, lọc máu liên tục (CRRT). CRRT phù hợp với BN: không ổn định huyết động, tăng áp lực nội sọ hoặc quá tải dịch. CRRT có 3 phương thức: siêu lọc máu tĩnh mạch - tĩnh mạch liên tục, thẩm tách máu tĩnh mạch - tĩnh mạch liên tục, thẩm tách - siêu lọc máu tĩnh mạch - tĩnh mạch liên tục.

Thanh thải thuốc trên BN CRRT phụ thuộc vào 2 yếu tố chính:

- Đặc điểm của thuốc: khối lượng phân tử, thể tích phân bố, tỉ lệ gắn kết giữa thuốc và protein.

- Đặc điểm CRRT: tính thấm của màng lọc, tương tác thuốc - màng và tốc độ dịch thải.

Lựa chọn liều thuốc trên BN nhận CRRT rất phức tạp do phải cân nhắc đến nhiều yếu tố: đặc điểm của thuốc, thông số cài đặt CRRT, thay đổi dược động học trên BN nặng, chức năng thận tồn dư của BN. Trong trường hợp không thể đo được nồng độ thuốc, nhân viên y tế cần theo dõi sát đáp ứng lâm sàng và các phản ứng bất lợi nhằm đảm bảo hiệu quả và an toàn điều trị.

TRIỂN KHAI CHƯƠNG TRÌNH ĐÔI BẠN CÙNG TIẾN VỀ DƯỢC LÂM SÀNG: CHIA SẺ CỦA BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

*PGS.TS. Bùi Thị Hương Quỳnh
Khoa Dược, Bệnh viện Thống Nhất
Khoa Dược, Đại học Y Dược TP.HCM*

Mục tiêu: Hợp tác, hỗ trợ triển khai hoạt động dược lâm sàng giữa Bệnh viện Thống Nhất và 5 bệnh viện tại Thành phố Hồ Chí Minh, bao gồm Bệnh viện đa khoa khu vực Củ Chi, Bệnh viện Đa khoa khu vực Hóc Môn, Bệnh viện Quận Tân Bình, Bệnh viện Quận 1 và Bệnh viện Thành phố Thủ Đức. **Phương pháp:** Xây dựng và phát triển chương trình đào tạo dựa trên việc trao đổi kiến thức chuyên môn và thực hành dược lâm sàng với đầu mối đào tạo là đội ngũ dược sĩ lâm sàng, Bệnh viện Thống Nhất. Chương trình này được tiến hành từ tháng 7/2023 tới tháng 10/2023 và gồm 2 giai đoạn đào tạo: Giai đoạn 1 – đào tạo tại Bệnh viện Thống Nhất; Giai đoạn 2 – đào tạo tại 5 bệnh viện hợp tác. Chương trình đào tạo bao gồm các nội dung lý thuyết và thực hành liên quan tới triển khai hoạt động dược lâm sàng theo nghị định 131/NĐ-CP, gồm hoạt động thông tin thuốc, cảnh giác dược, giám sát đơn thuốc ngoại trú, dược lâm sàng nội trú và nghiên cứu khoa học. Đánh giá hiệu quả của chương trình được tiến hành thông qua so sánh những chỉ tiêu chính trước và sau đào tạo, bao gồm chất lượng và mức độ hài lòng của nhân viên y tế về thông tin thuốc, số lượng báo cáo phản ứng có hại của thuốc, tỷ lệ đơn thuốc ngoại trú, nội trú được kê hợp lý, số lượng bài báo khoa học. **Kết quả:** Sau chương trình, tại 5 bệnh viện hợp tác, dược sĩ lâm sàng đã độc lập triển khai được các hoạt động dược lâm sàng theo nghị định 131/NĐ-CP. Có sự gia tăng số lượng và chất lượng các bản tin thông tin thuốc, gia tăng báo cáo phản ứng có hại của thuốc, gia tăng tỷ lệ kê đơn thuốc hợp lý, triển khai được hoạt động dược lâm sàng tại 1-2 khoa nội trú và có kế hoạch xây dựng đề cương nghiên cứu khoa học về Dược. **Kết luận:** Chương trình “Đôi bạn cùng tiến” bước đầu đã có những kết quả tích cực, góp phần vào việc triển khai rộng rãi và có chất lượng hoạt động dược lâm sàng tại các bệnh viện trên địa bàn Thành phố Hồ Chí Minh.

Từ khoá: Chương trình đào tạo, dược sĩ lâm sàng, bệnh viện, Thành phố Hồ Chí Minh

**THỰC TRẠNG NGUỒN NHÂN LỰC ĐIỀU DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ
ẢNH HƯỞNG TẠI BV THỐNG NHẤT - TP. HỒ CHÍ MINH GIAI ĐOẠN
2020-2022**

*CNDD. Lê Thị Thơi
Bệnh viện Thống Nhất*

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng nguồn nhân lực điều dưỡng và phân tích một số yếu tố ảnh hưởng tại bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh giai đoạn 2020-2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang, thông tin định lượng được thu thập từ nguồn số liệu thứ cấp, các thông tin định tính thu thập được từ các cuộc phỏng vấn sâu và thảo luận nhóm. **Kết quả:** nhân lực điều dưỡng giai đoạn 2020-2022 có số lượng giảm dần, năm 2020 có 617 người, năm 2021 có 585 người còn năm 2022 có 553 người. Đa phần điều dưỡng trong độ tuổi 31-39, Điều dưỡng nữ có tỷ lệ cao hơn so với điều dưỡng nam và cao nhất năm 2022 với 86,26%. Tỉ số điều dưỡng/bác sĩ giai đoạn 2020 - 2022 đạt trên 1,9%. Trình độ chuyên môn của điều dưỡng ngày càng cải thiện qua các năm, đến năm 2022 không còn loại hình điều dưỡng sơ cấp, Công tác tuyển dụng nhân lực điều dưỡng còn thấp so với nhu cầu. Những yếu tố ảnh hưởng tích cực đến nguồn nhân lực: Sự quan tâm của lãnh đạo bệnh viện đến công tác điều dưỡng. Bệnh viện tạo điều kiện cho điều dưỡng đi học nâng cao và chuẩn hóa trình độ chuyên môn. Những yếu tố ảnh hưởng không tích cực: thời gian thi hoặc xét thăng hạng viên chức cho điều dưỡng đã chuẩn hóa trình độ chuyên môn quá lâu. Công tác đào tạo, cho đi học chưa công bằng đối với điều dưỡng. Tình trạng thiếu nhân lực điều dưỡng kéo dài, áp lực công việc tăng cao, kíp trực dày làm cho điều dưỡng chán nản, mệt mỏi. **Kết luận:** tình hình nhân lực điều dưỡng có nhiều biến động, bệnh viện cần có chính sách hỗ trợ kinh phí đào tạo cho điều dưỡng, đề nghị thi hoặc xét thăng hạng viên chức kịp thời. Các Khoa/Phòng của Bệnh viện cần có chế độ làm việc phù hợp tạo điều kiện để điều dưỡng có thời gian nghỉ ngơi tái tạo sức lao động.

Từ khoá: nhân lực, thu hút, duy trì, điều dưỡng

HUMAN RESOURCE FOR HEALTH AT THONG NHAT HOSPITAL OF HO CHI MINH CITY FOR THE 2020-2022: CURRENT SITUATIONS AND INFLUENCED FACTORS

The objective of this paper is to describe the current situation of human resources and analyze factors affecting at Thong Nhat Hospital in the period 2020-2022

Methods: cross-sectional description, quantitative information collected from secondary data sources, qualitative information collected from in-depth interviews and grouped discussions. **Results:** The number of nursing staff in the period 2020-2022 will gradually decrease, in 2020 there will be 617 people, in 2021 there will be 585 people and in 2022 there will be 553 people. The nurse/doctor ratio in the period 2020 - 2022 reaches over 1.9%. Factors that positively affects human resources such as: leadership attention and training policies. Factors that negatively affects such as: The time to request an exam or consider promotion to a position for nurses with standardized professional qualifications is too long. Prolonged shortage of nursing staff, increased work pressure, and overcrowded staff make nurses frustrated and tired. **Conclusions:** The situation of nursing human resources has many fluctuations, the hospital needs to support training funds for nurses, and request for promotion of public employees in a timely manner, improving the working regime to create conditions for nurses to have time to rest and regenerate their labor force.

Keywords: human resources, attract, maintain, nursing

KHẢO SÁT HIỆU QUẢ CỦA KIOSK ĐĂNG KÝ KHÁM BỆNH TẠI KHOA KHÁM BỆNH, BỆNH VIỆN THÔNG NHẤT 2023

CN Vũ Thị Hải Yến. BSCCKII Trương Quang Anh Vũ, Nguyễn Thị Thu Hằng, Bùi Ngọc
Xuân Uyên
Khoa Khám bệnh, Bệnh viện Thống Nhất

Mục tiêu: Khảo sát hiệu quả của Kiosk đăng ký khám bệnh và đánh giá mức độ hài lòng của người bệnh và các yếu tố liên quan khi đăng ký khám bệnh tại Kiosk. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang 250 NB khám bệnh ngoại trú tại khoa Khám bệnh, bệnh viện Thống Nhất. **Kết quả:** Tỷ lệ NB nữ nhiều hơn nam, độ tuổi >65 tuổi chiếm 36.4%, cư ngụ tại thành phố Hồ Chí Minh (98%), cán bộ hưu trí (48.0%), HSSV (1.2%). Thời gian đăng ký một ca bệnh tại Kiosk trung bình 20.52 giây, tại quầy đăng ký là 30.26 giây, số lượng bệnh đăng ký tại Kiosk chiếm 64%. Người bệnh hài lòng chung (91.16%) cao hơn so với mong đợi của người bệnh (85.61%), đánh giá cao nhất là thái độ ứng xử, năng lực chuyên môn của nhân viên y tế (95.7%), tiếp đến kết quả cung cấp dịch vụ (90.51%), gần 100% người bệnh sẽ quay lại tiếp tục sử dụng Kiosk. NB chưa hài lòng về: Vệ sinh BV (13.24%), xếp hàng theo thứ tự (13.16%)... **Kết luận:** Đăng ký khám bệnh tại Kiosk nhanh hơn khi đăng ký khám tại quầy hành chánh, tỷ lệ NB hài lòng khi chọn đăng ký khám bệnh tại Kiosk ở mức cao

Từ khoá: hiệu quả, kiosk đăng ký khám bệnh, khoa khám bệnh, bệnh viện Thống Nhất

SURVEYING THE EFFECTIVENESS OF MEDICAL EXAMINATION REGISTRATION KIOSK IN AT OUTPATIENT DEPARTMENT, THONG NHAT HOSPITAL

Objective: Survey on the effectiveness of medical examination registration Kiosk and Evaluate patient satisfaction and related factors when registering for medical examination at Kiosk. **Subjects and methods:** Cross-sectional description of 250 patients examined as outpatients at the Outpatient Department, Thong Nhat Hospital. **Results:** Patient ratio there were more women than men. Age > 65 years old accounted for 36.4%. Residing in Ho Chi Minh City (98%), retired officials (48.0%), students (1.2%). The average time to register a case at the Kiosk is 20.52 seconds, at the

registration counter is 30.26 seconds, the number of patients registered at the Kiosk accounts for 64%. Overall patient satisfaction (91.16%) is higher than patient expectations (85.61%), the highest rating is the behavioral attitude and professional capacity of medical staff (95.7%), next is service delivery efficiency (90.51%), nearly 100% of patients will return to continue using the Kiosk. Patients are not satisfied with: Hospital hygiene (13.24%), queuing in order (13.16%). **Conclusion:** Registering for medical examination at the Kiosk is faster than registering for examination at the administrative counter. The rate of satisfied patients when choosing to register for medical examination at the Kiosk is high.

Keywords: effectiveness, kiosk registration medical examination, Out patient department, Thong Nhat hospital.

HIỆU QUẢ PHÁC ĐỒ HÓA TRỊ PHỐI HỢP PEMBROLIZUMAB Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN IV DỮ LIỆU ĐÒI THỰC TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

*BSCK2. Trần Mạnh Hoàng
Bệnh viện Thống Nhất*

Đặt vấn đề: Điều trị bước một ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) giai đoạn IV không đột biến chủ đạo chủ yếu dựa vào hóa trị bộ đôi với Platinum, thêm tác nhân chốt chặn điểm kiểm soát miễn dịch tăng tỉ lệ đáp ứng cao hơn và sống còn bệnh không tiến triển dài hơn có ý nghĩa so với hóa trị đơn độc. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá hiệu quả và an toàn phác đồ hóa trị phối hợp Pembrolizumab ở bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV không đột biến chủ đạo. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu mô tả hàng loạt ca các bệnh nhân UTPKTBN giai đoạn IV điều trị với Pembrolizumab tại khoa Ung Bướu bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2019, thời điểm phân tích dữ liệu ngày 1/6/2023. **Kết quả:** Chúng tôi hồi cứu 33 ca sử dụng phác đồ hóa trị phối hợp Pembrolizumab. Trong nghiên cứu này tỉ lệ đáp ứng là 45,5%, đáp ứng hoàn toàn 8%; trung vị sống còn tới khi thất bại điều trị (mTTF) 9 tháng; trung vị sống còn toàn bộ 21 tháng; một trường hợp viêm phổi mô kẽ độ 3, hai trường hợp viêm gan, một trường hợp đái tháo đường, thiếu máu và giảm tiểu cầu kiểm soát tốt. **Kết luận:** Điều trị UTPKTBN giai đoạn IV phác đồ hóa trị phối hợp Pembrolizumab hiệu quả và an toàn.

Từ khóa: Hóa trị phổi hợp Pembrolizumab, hiệu quả và an toàn, ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IV.

**THE EFFICIENCY OF CHEMOTHERPY PLUS PEMBROLIZUMAB
REGIMEN IN PATIENTS WITH STAGE IV NON-SMALL CELL LUNG
CANCER, REAL-WORLD DATA OF THONG NHAT HOSPITAL**

Background: The primary treatment of non-mutant, unresectable advanced non-small cell lung cancer(NSCLC) is mainly based on dual Platinum-based chemotherapy, adding immune checkpoint inhibitor to chemotherapy resulting in a higher response rate and survival compared with chemotherapy alone. **Objectives:** Evaluation of efficacy and safety of chemotherapy in combination with Pembrolizumab regimen in patients with stage IV NSCLC without diver mutations. **Methods:** Retrospective descriptive case series on patients with stage IV NSCLC treated with Pembrolizumab at the Oncology Department of Thong Nhat Hospital from January 2019 to June 2023. **Results:** we enrolled 33 patients treated with chemotherapy combination pembrolizumab regimen. In this study, the response rate was 45.5%, the complete response was 8%; median time to treatment failure (TTF) 9 months; median overall survival 21 months; one case of grade 3 interstitial pneumonia, two cases of hepatitis, one case of diabetes, anemia and thrombocytopenia well controlled. **Conclusion:** Treatment of stage IV NSCLC with chemotherapy combination Pembrolizumab regimen is effective and safe. **Keywords:** chemotherapy combination Pembrolizumab regimen, effective and safety, stage IV NSCLC.

VAI TRÒ ĐIỀU TRỊ BỔ TRỢ BẰNG TKIS TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN SỚM CÓ ĐỘT BIẾN EGFR

BS. CK1. Phạm Thanh Hằng

Bệnh viện Thống Nhất

ADAURA là nghiên cứu toàn cầu pha III đầu tiên chứng minh được lợi ích OS, khẳng định vai trò của Osimertinib như là một SOC cho bệnh nhân ung thư phổi không tế bào nhỏ, EGFR (+) giai đoạn IB-III A. Trong phân tích lần đầu của nghiên cứu ADAURA, điều trị hỗ trợ với Osimertinib cho thấy cải thiện đáng kể DFS (về thống kê và lâm sàng) so với giả dược ở bệnh nhân Ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IB-III A EGFR (+), đồng thời cải thiện CNS DFS và có hồ sơ an toàn chấp nhận được^{1,2}. Lợi ích OS cũng được chứng minh trong ADAURA. Dân số ưu tiên (giai đoạn II-III A), OS HR 0.49; 95.03% CI 0.33, 0.73; p=0.0004. Dân số chung (giai đoạn IB-III A), OS HR 0.49; 95.03% CI 0.34, 0.70; p<0.0001. Lợi ích OS với Osimertinib hỗ trợ 3 năm thống nhất giữa các phân nhóm, kể cả giai đoạn bệnh hoặc có hóa trị hay không.

ATEZOLIZUMAB – HY VỌNG MỚI DÀNH CHO BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẾ BÀO NHỎ GIAI ĐOẠN LAN TRÀN

BSCK1. Nguyễn Thị Đại Đồng

Bệnh viện Thống Nhất

TECENTRIQ là miễn dịch ĐẦU TIÊN làm thay đổi khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân ES-SCLC sau hơn 20 năm

TECENTRIQ là miễn dịch được xếp ở mức độ cao nhất (prefer at category I) trong tất cả các guidelines

TECENTRIQ là miễn dịch ĐẦU TIÊN mở ra cánh cửa hy vọng kéo dài sống còn cho bệnh nhân ES-SCLC

Giúp bệnh nhân có thể kéo dài sống còn lên tới 15.7 tháng - một cột mốc mà hơn 20 năm hóa chất chưa thể đạt được

Giúp hơn 34% BN còn sống sau 18 tháng. 22% BN còn sống sau 24 tháng

Giảm 41% nguy cơ tử vong so với hóa trị

TECENTRIQ làm chậm thời gian tiến triển nội sọ gấp đôi so với hóa trị

DỰ HẬU XHDN DO VỠ PHÌNH ĐM NÃO ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ CAN THIỆP NỘI MẠCH XỬ LÝ CĂN NGUYÊN TRONG VÒNG 24 GIỜ ĐẦU: KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU ĐOÀN HỆ TIẾN CỨU TRÊN 108 BN.

*TS. BS. Tạ Vương Khoa
Trưởng đơn vị CTTK Bệnh viện 175*

Đặt vấn đề: Thời điểm điều trị căn nguyên mang lại dự hậu tối ưu trong xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não còn tranh luận. Điều trị trong vòng 24 giờ đầu kể từ thời điểm khởi phát bệnh (trong vòng 24 giờ đầu) được quan tâm nhiều nhất. **Mục tiêu:** Đánh giá mối tương quan giữa can thiệp nội mạch điều trị căn nguyên trong vòng 24 giờ đầu với dự hậu xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu dọc trên 108 bệnh nhân xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não được can thiệp nội mạch nút coil, bao gồm 53 bệnh nhân can thiệp trong vòng 24 giờ đầu và 55 bệnh nhân can thiệp sau 24 giờ, tại Bệnh viện Nhân Dân 115 từ 10/2018 đến 4/2021. Dự hậu đánh giá bằng thang điểm Rankin hiệu chỉnh (mRS: modified Rankin Scale). **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong và tàn phế (mRS 3-6) tại thời điểm 1 năm thấp hơn có ý nghĩa ở nhóm can thiệp trong vòng 24 giờ đầu so với nhóm can thiệp sau 24 giờ (5,7% so với 21,8%, $P=0,015$). Can thiệp trong vòng 24 giờ đầu liên quan có ý nghĩa với cải thiện dự hậu tại thời điểm 1 năm (RR 3,25; KTC 95% 1,03-10,2; $P=0,044$) theo phân tích đa biến. **Kết luận:** Can thiệp nội mạch điều trị căn nguyên trong vòng 24 giờ đầu là yếu tố tiên lượng độc lập của dự hậu khả quan trong xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não. **Từ khóa:** xuất huyết dưới nhện do vỡ phình động mạch não, can thiệp nội mạch trong vòng 24 giờ đầu, dự hậu

THE OUTCOME OF ANEURYSMAL SUBARACHNOID HEMORRHAGE TREATED OF ETIOLOGY BY ENDOVASCULAR INTERVENTION WITHIN 24 HOURS: THE RESULTS OF LONGITUDINAL PROSPECTIVE STUDY IN 108 PATIENTS

Background: The time for treatment of etiology to gain optimal outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage is a matter of debate, in which treatment within 24 hours of onset (referred to as within 24 hours) is the most concerned. **Objective:** To evaluate the correlation between endovascular intervention to treat of etiology within 24

Cerebrolysin®



CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ:

- ĐỘT QUY
- SA SÚT TRÍ TUỆ
- SAU CHẤN THƯƠNG,
PHẪU THUẬT THẦN KINH

Thành phần thuốc : Mỗi ml dung dịch có chứa Peptid Cerebrolysin concentrate 215,2mg, Sodium hydroxide 2,1mg, Nước cất pha tiêm vừa đủ 1ml

Chỉ định: Rối loạn trí nhớ, rối loạn độ tập trung. Sa sút trí tuệ do thoái hoá, bao gồm bệnh Alzheimer. Sa sút trí tuệ do bệnh mạch não, do nhồi máu nhiều chỗ. Sa sút trí tuệ phức hợp (cả thoái hoá và mạch máu). Đột quy (thiếu máu cục bộ và chảy máu). Sau chấn thương và phẫu thuật, sau chấn động, đụng dập và sau phẫu thuật thần kinh.

Liều dùng và cách dùng: Nếu liều dùng tới 5ml có thể tiêm bắp. Lớn hơn 5ml có thể tiêm tĩnh mạch hoặc truyền. Cerebrolysin có thể pha trong dung dịch chuẩn (nước muối sinh lý, dung dịch Ringer, glucose 5%, dextran 40) và truyền chậm trong vòng tối thiểu 20-60 phút. Cerebrolysin tiêm ngày một lần và trong vòng tối thiểu 10-20 ngày. Đó được coi là 1 liệu trình điều trị. Trong trường hợp nhẹ có thể dùng 1-5ml, trường hợp nặng từ 10-30ml, độ dài của thời gian điều trị và liều phụ thuộc vào tuổi của người bệnh và mức độ nặng nhẹ của bệnh. Thường thì quá trình điều trị kéo dài 3 hoặc 4 tuần. Liệu trình điều trị có thể nhắc lại vài lần và điều đó phụ thuộc vào đáp ứng lâm sàng của người bệnh. Giữa các đợt điều trị, nên nghỉ thuốc. Trong trường hợp nặng không nên

ngừng thuốc đột ngột, mà nên tiếp tục điều trị bằng cách tiêm thuốc ngày 1 lần và 2 ngày 1 lần, trong thời gian 4 tuần. Từ những thử nghiệm lâm sàng trên, hướng dẫn liều dùng cho người lớn được gợi ý như sau:

+ Sa sút trí tuệ: liều từ 5 - 30ml/24giờ

+ Sau cơn đột quy, ngất máu hoặc chấn thương sọ não 10 - 60ml/24 giờ

Chống chỉ định: Tăng nhạy cảm với các thành phần của thuốc. Tình trạng động kinh hoặc động kinh cơn lớn, hoặc người động kinh với tần xuất động kinh tăng lên. Suy thận nặng.

Tác dụng không mong muốn: Nói chung Cerebrolysin dung nạp tốt. Nếu tiêm quá nhanh có thể gây ra cảm giác nóng. Trong một số hiếm các trường hợp tăng mẫn cảm có thể run, đau đầu hoặc tăng thân nhiệt nhẹ.

Thận trọng: Không dùng thuốc cho bệnh nhân suy thận nặng, phụ nữ có thai và cho con bú.

Tương tác thuốc: Dùng Cerebrolysin cùng với các thuốc chống trầm cảm hoặc thuốc ức chế MAO có thể gây tăng tích lũy thuốc. Trong trường hợp đó nên giảm liều dùng của thuốc đó.

Thông báo cho bác sĩ hoặc dược sĩ biết các tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc

Đọc kỹ hướng dẫn sử dụng trước khi dùng

Sản xuất: **EVER NEURO PHARMA GmbH**
Oberburgau 3, 4866 Unterach, am Attersee, Austria

Văn phòng đại diện tại:

+ **Hà Nội:** Tầng 3, 18 Trần Hưng Đạo

Tel: (84-4) 3825 1243

+ **TP HCM:** Lầu 11, số 170-170bis-172E Bùi Thị Xuân, Phường Phạm Ngũ Lão, Quận 1, TP HCM

Tel: (84-28) 62787860 - (84-28) 62787856

+ **Đà Nẵng:** 79 Quang Trung

Tel: (84-511) 3833 195

Số giấy tiếp nhận hồ sơ đăng ký tài liệu thông tin thuốc của Cục Quản lý dược - Bộ Y Tế: 0752/15/QLD-TT, ngày 03 tháng 11 năm 2015

Visa: QLSP - 845 - 15





GIẢM TRIỆU CHỨNG CỦA THOẢI HÓA KHỚP GỐI NHẸ VÀ TRUNG BÌNH

Thành phần thuốc: Mỗi gói thuốc (bột pha vào nước để cho dung dịch uống) gồm:

- Hoạt chất chính: Glucosamine sulfate natri chlorid kết tinh 1884 mg (tương ứng 1500 mg glucosamine sulfate (trong đó có 1178 mg glucosamine) và 384 mg natri chlorid)
- Tá dược: aspartame, sorbitol, polyethylene glycol, acid citric.

Liều dùng và cách dùng: Dùng cho người trên 18 tuổi. Uống 1 gói Viartril-S 1500 mg uống một lần/ngày. Có thể dùng đơn độc glucosamine sulfat hoặc phối hợp với thuốc khác như chondroitin 1200mg/ngày. Thời gian dùng thuốc tùy theo cá thể, ít nhất dùng liên tục trong 2 đến 3 tháng để đảm bảo hiệu quả điều trị.

Chống chỉ định:

- Phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú, trẻ em, trẻ vị thành niên dưới 18 tuổi do chưa có số liệu về độ an toàn và hiệu quả điều trị.
- Quá mẫn cảm với glucosamine hoặc bất kỳ thành phần nào của thuốc.
- Bệnh nhân dị ứng với vô tôm của thành phần chính có trong vô tôm của.

Cảnh báo đặc biệt và thận trọng khi sử dụng:

- Bác sĩ phải được tư vấn để loại trừ các bệnh về khớp mà phương pháp điều trị khác nên được cân nhắc.
- Cần cân trọng khi điều trị cho bệnh nhân bị suy giảm khả năng dung nạp glucose. Việc kiểm soát nồng độ đường huyết chặt chẽ hơn có thể rất cần thiết cho các bệnh nhân bị tiểu đường khi bắt đầu điều trị.
- Ở bệnh nhân hen suyễn, Viartril®-S nên được dùng cẩn trọng vì những bệnh nhân này có thể dễ gặp phản ứng dị ứng với glucosamine hơn, có thể làm tăng nặng các triệu chứng bệnh.
- Hàm lượng natri trong chế phẩm uống (151 mg trong mức liều 1500 mg hàng ngày) nên được cân nhắc khi sử dụng thuốc cho bệnh nhân cần kiểm soát chế độ ăn có natri.
- Không có nghiên cứu nào đặc biệt được tiến hành ở bệnh nhân suy gan hoặc thận. Đặc điểm dược động học và độc tính của thuốc không chỉ ra những hạn chế khi sử dụng ở những bệnh nhân này. Tuy nhiên, việc điều trị cho các bệnh nhân bị suy gan hoặc thận nặng nên được kiểm soát chặt chẽ.
- Bệnh nhân bị dị ứng với một số loại đường cần hỏi ý kiến bác sĩ trước khi dùng thuốc.
- Thận trọng với bệnh nhân có phenylketon niệu do trong bột pha dung dịch uống có chứa aspartame.
- Thận trọng với bệnh nhân không dung nạp fructose do trong bột pha dung dịch uống có chứa sorbitol.
- Thận trọng với bệnh nhân không dung nạp galactose, bị thiếu hụt men lactase hoặc kém hấp thu glucose – galactose do viên nang có chứa lactose.

Tương tác thuốc và các dạng tương tác khác:

Chưa có nghiên cứu nào cụ thể về tương tác thuốc được tiến hành. Tuy nhiên, những tính chất hóa lý và dược động học của glucosamine sulfate gợi ý là không có tương tác đáng kể. Tuy nhiên có báo cáo rằng tác dụng chống đông của cumarinic tăng lên khi điều trị phối hợp với glucosamine sulfate. Vì vậy nên kiểm soát chặt chẽ hơn những thông số về đông máu ở những bệnh nhân này khi bắt đầu hoặc kết thúc điều trị bằng glucosamine. Điều trị glucosamine sulfate đường uống có thể làm tăng hấp thu tetracycline ở dạ dày ruột. Các thuốc giảm đau hoặc chống viêm steroid hoặc không steroid có thể được điều trị cùng với glucosamine sulfate.

Quá liều:

Chưa gặp trường hợp quá liều do cố ý hoặc vô tình. Dựa trên những nghiên cứu về độc tính cấp và mạn trên động vật, các triệu chứng nhiễm độc không chắc xảy ra khi dùng mức liều lớn gấp 200 lần liều điều trị. Tuy nhiên, nếu xảy ra quá liều thì nên điều trị triệu chứng và nên áp dụng các biện pháp hỗ trợ tiêu chuẩn nếu cần thiết, chẳng hạn như khôi phục cân bằng điện giải.



Qui cách đóng gói: Hộp 30 gói thuốc.

Phụ nữ có thai và cho con bú:

- Không có nghiên cứu đầy đủ việc sử dụng glucosamine ở phụ nữ có thai. Không khuyến cáo sử dụng glucosamine cho phụ nữ có thai.
- Không rõ glucosamine có được bài tiết trong sữa mẹ hay không. Không khuyến cáo sử dụng glucosamine cho phụ nữ cho con bú.

Ảnh hưởng đến khả năng lái xe và vận hành máy móc:

Chưa thấy thuốc có ảnh hưởng nào đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Tuy nhiên cũng không có nghiên cứu nào về ảnh hưởng của thuốc đến khả năng lái xe và vận hành máy móc. Khuyến cáo dùng thuốc cẩn trọng nếu bệnh nhân bị đau đầu, ngủ gà, mệt mỏi, chóng mặt hoặc rối loạn tầm nhìn.

Tác dụng không mong muốn:

Các thử nghiệm lâm sàng về Viartril®-S cho thấy thuốc này dung nạp tốt. Các tác dụng phụ được nhận thấy trên một tỉ lệ bệnh nhân thấp. Các tác dụng phụ thường tạm thời, mức độ nhẹ, và có thể điều trị theo các tần suất gặp như sau:

Tác dụng phụ thường gặp (< 1/10 và > 1/100 bệnh nhân):
Rối loạn dạ dày ruột: đau bụng, buồn nôn, đầy hơi, táo bón, tiêu chảy hoặc khó tiêu.

Rối loạn hệ thần kinh: đau đầu, ngủ gà, mệt mỏi.

Tác dụng phụ ít gặp (< 1/100 và > 1/1000 bệnh nhân):

Rối loạn mô da và dưới da: ban đỏ, mẩn ngứa, ban da.

Tác dụng phụ chưa biết tần suất gặp:

Các phản ứng dị ứng, chóng mặt, rối loạn tầm nhìn, rụng tóc.

Thông báo cho bác sĩ những tác dụng không mong muốn gặp phải khi sử dụng thuốc.

Dạng bào chế của thuốc: Bột pha dung dịch uống, bột tinh thể màu trắng chứa trong các gói thuốc đơn liều.

Điều kiện bảo quản:

Bảo quản ở nhiệt độ không quá 30°C. Để xa tầm tay trẻ em!

Hạn dùng:

Hạn dùng Viartril®-S gói thuốc: 3 năm.

Hạn dùng chỉ có giá trị khi bảo quản sản phẩm đúng nguyên tắc trong hộp còn nguyên vẹn.

VĂN PHÒNG ĐẠI DIỆN EVER NEURO PHARMA GMBH

Hà Nội : Số 18 Trần Hưng Đạo, Hoàn Kiếm, - 024. 38251243

Nhà sản xuất:

ROTTAPHARM Ltd,
Damastown Industrial Park,
Mulhuddart, Dublin 15, Ireland



hours with outcome of aneurysmal subarachnoid hemorrhage. **Subject and Method:** Longitudinal prospective study was conducted in 108 patients with aneurysmal subarachnoid hemorrhage who were treated for embolization of cerebral aneurysms by endovascular coiling, including 53 patients treated within 24 hours and 55 patients treated after 24 hours, at People's Hospital 115 from October 2018 to April 2021. Outcome was measured by the modified Rankin Scale (mRS). **Results:** The rates of mortality and morbidity (mRS 3-6) was significant lower in the group treated within 24 hours than the group treated after 24 hours at 1 year after discharge (5.7% vs. 21.8% respectively, $P=0.015$). Multivariable regression analysis showed that endovascular intervention within 24 hours was the significant associated factor with improved clinical outcomes at 1 year after discharge (RR 3.25; 95% CI 1.03-10.2; $P=0.044$). **Conclusion:** Endovascular intervention to treat of etiology within 24 hours of onset is independent predictor of good outcome in aneurysmal subarachnoid hemorrhage. **Keywords:** aneurysmal subarachnoid hemorrhage, endovascular intervention within 24 hours, outcome.

THUỐC BẢO VỆ VÀ DINH DƯỠNG THẦN KINH – KHẢ NĂNG VÀ HIỆN THỰC

*BSCCK2. Nguyễn Thị Phương Nga
Trưởng khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Thống Nhất*

Can thiệp tái thông là biện pháp tối ưu giúp giảm tỷ lệ tàn phế sau đột quy. Tuy nhiên, chỉ khoảng 10% bệnh nhân đột quy được điều trị tái thông, trong đó chỉ 50% - 55% sống độc lập. Do đó vai trò phục hồi chức năng thần kinh của thuốc bảo vệ và dinh dưỡng thần kinh luôn được đặt ra trong nhiều thập kỷ qua dù bằng chứng về hiệu quả còn chưa mạnh mẽ. Với hiểu biết ngày càng tăng về cơ chế bệnh sinh, thuốc bảo vệ thần kinh có hiệu quả cần tác dụng bảo vệ đa cơ chế lên các giai đoạn khác nhau của đột quy gồm bảo vệ vùng tranh tối tranh sáng, ngăn tổn thương tái tưới máu và sửa chữa phục hồi. Gần đây, các thử nghiệm lâm sàng được thiết kế phù hợp và có chất lượng cao đã cung cấp bằng chứng mạnh mẽ hơn rằng phối hợp thuốc bảo vệ thần kinh nói riêng và các biện pháp bảo vệ thần kinh nói chung với điều trị tái thông hứa hẹn là giải pháp tối ưu cải thiện chức năng sau đột quy.

CẬP NHẬT ĐIỀU TRỊ ĐAU ĐẦU Ở NGƯỜI CAO TUỔI

*BSCK1. Lê Thị Thúy Uyên
Khoa Nội Thần kinh, Bệnh viện Thống Nhất*

Đau đầu là triệu chứng thường gặp ở phòng khám nội khoa nói chung và là lý do đến khám nhiều nhất tại phòng khám thần kinh. Đau đầu xuất hiện ở mọi lứa tuổi với những nhóm nguyên nhân khác nhau. Ở người cao tuổi, đau đầu mới xuất hiện là một trong những dấu hiệu cảnh báo.

Bảng phân loại đau đầu quốc tế được cập nhật lần III năm 2018 giúp bác sỹ thực hành có cơ sở thực hiện chẩn và điều trị mang tính hệ thống và khoa học. Trong bảng phân loại này, đau đầu được chia thành đau đầu nguyên phát (90%) và đau đầu thứ phát (10%). Trong đó, đau đầu nguyên phát là những thể đau đầu diễn tiến mạn tính, từng cơn và tái phát. Việc chẩn đoán đã có tiêu chuẩn thống nhất, đòi hỏi việc khai thác cẩn thận bệnh sử, diễn tiến về triệu chứng đau đầu và những dấu hiệu kèm theo. Tuy nhiên, đau đầu thứ phát lại bao gồm những nguyên nhân có thể nguy hiểm đến tính mạng, cần được nhận biết sớm, xử trí kịp thời và điều trị triệt để nguyên nhân. Những dấu hiệu “cờ đỏ” trong bệnh sử và khám lâm sàng sẽ giúp bác sỹ sớm nhận biết một đau đầu thứ phát.

Điều trị đau đầu cần kết hợp đa mô thức và phù hợp với từng nhóm nguyên nhân cụ thể. Điều đó đòi hỏi bác sỹ lâm sàng phải cập nhật những kiến thức mới trong chẩn đoán và điều trị đau đầu, đặc biệt trên bệnh nhân cao tuổi, đối tượng có nhiều bệnh lý đi kèm và có thể do những nguyên nhân nguy hiểm, ảnh hưởng đến tính mạng.

Từ khoá: thuốc bảo vệ và dinh dưỡng thần kinh, phục hồi chức năng sau đột quỵ

ỨNG DỤNG CỦA TIÊM BOTULINUM TOXIN A TRONG RỐI LOẠN VẬN ĐỘNG: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP

*BS. Châu Quốc Vinh
Bệnh viện Thống Nhất*

Botulinum toxin là độc tố được sản xuất bởi vi khuẩn yếm khí Clostridium botulinum. Triệu chứng lâm sàng xuất hiện sau khi người bệnh ăn phải thức ăn bị nhiễm độc tố hoặc độc tố thâm nhập cơ thể thông qua vết thương. Các nhà nghiên cứu đã chuyển đổi độc tố này thành dược phẩm hiệu quả và an toàn để điều trị nhiều bệnh lý,

nếu được dùng ở liều lượng thích hợp. Từ lúc liệu pháp này được công bố, nó đã được ứng dụng rộng rãi trong việc điều trị nhiều bệnh lý rối loạn vận động như giật cơ nửa mặt, loạn trương lực cơ cục bộ như co thắt mi mắt, loạn trương lực cơ cổ, loạn trương lực hàm miệng, loạn trương lực chi. Ngoài ra Botulinum toxin còn được dùng để điều trị chứng tăng tiết nước bọt ở bệnh nhân Parkinson. Yếu tố quan trọng là phải khởi đầu liều thấp và tăng dần tùy theo đáp ứng của người bệnh. Ngày nay, với sự hỗ trợ của điện cơ và siêu âm giúp cho phương pháp này càng chính xác hơn

APPLICATIONS OF BOTULINUM TOXIN A INJECTION IN MOVEMENT DISORDERS: CASE REPORTS

Botulinum toxin is produced by *Clostridium botulinum*, a gram-positive anaerobic bacterium. The clinical syndrome of botulism can occur following ingestion of contaminated food, or from a wound infection. Researchers have transformed this poison into an effective and safe drug to treat many medical conditions, when used at the correct dosages. And it has gained immense popularity since its introduction for therapeutic use. It is used in a variety of movement disorders like hemi-facial spasm, focal dystonia like blepharospasm, cervical dystonia, oromandibular dystonia, limb dystonia. It is also being used to treat sialorrhea in Parkinson's disease as well. The key is to start with the lowest possible dose and then gradually increase the dose depending upon the patient's response. Nowadays, the electromyography and ultrasound further improve the accuracy of the procedure.

Y HỌC CỔ TRUYỀN ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN CHỨC NĂNG TÌNH DỤC THỨ PHÁT DO SỬ DỤNG THUỐC CHỐNG TRẦM CẢM

Ths. BS. Nguyễn Văn Đàn^{1,2}, Ths.BS. Lê Thu Thảo²

¹Bệnh viện Thống Nhất

²Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Trầm cảm là căn bệnh đứng hàng thứ hai tác động đến sức khỏe của con người chỉ sau tim mạch theo ước tính của Tổ chức Y tế thế giới. Tỷ lệ trầm cảm tại Việt Nam có xu hướng gia tăng trong những năm gần đây đặc biệt sau dịch COVID-19. Rối loạn chức năng tình dục thứ phát do thuốc chống trầm cảm ảnh hưởng 30% đến 70% người bệnh. Y học cổ truyền là một hệ thống trị liệu tiếp cận toàn diện người bệnh bằng cách đánh

giá và điều chỉnh sự mất cân bằng m Dương trong các cơ quan khác nhau trong cơ thể. Nhiều nghiên cứu các phương pháp điều trị bằng thuốc thảo dược và không dùng thuốc (châm cứu, cấy chỉ,..) có hiệu quả đối với các vấn đề tình dục do thuốc chống trầm cảm gây ra. Đây có thể là lựa chọn cho người bệnh đang điều trị thuốc chống trầm cảm nhưng ngừng điều trị bằng sildenafil do không có hiệu quả hoặc gặp tác dụng không mong muốn như đau đầu, đỏ bừng mặt, thay đổi nhận thức về màu sắc hoặc không thể dùng sildenafil do đang được điều trị bệnh tim mạch bằng nitrat.

SARCOPENIA IN ELDERLY VIETNAMESE OUTPATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES MELLITUS: PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS

*BS. Lê Nhật Trường, TS. Trần Quang Khánh
Bệnh viện Thống Nhất*

Introduction: Sarcopenia is an aging syndrome characterized by loss of skeletal muscle mass and strength with a risk of physical disability, poor quality of life and death. Type 2 diabetes mellitus (T2DM) is associated with decreased not only muscle mass but also muscle strength and physical performance. Sarcopenia in diabetics increased risk of adverse outcomes such as falls, depression, hypoglycemia, cardiovascular and non-cardiovascular mortality. **Objective:** This study aimed to determine the prevalence of sarcopenia in older patients with T2DM and to identify clinical associated factors. **Methods:** A cross-sectional study with 194 elderly Vietnamese outpatients with T2DM at the endocrinology clinic in Ho Chi Minh City. Sarcopenia was defined based on muscle mass, grip strength and gait speed by the Asian Working Group for Sarcopenia (AWGS). **Results:** Demographic characteristics comprised men (39.7%), median age (65 years), had hypertension (77.3%) and dyslipidemia (92.3%). Their mean muscle mass was $6.2 \pm SD0.9$ kg/m², mean grip strength was $21.4 \pm SD8.5$ kg and median gait speed was 0.98 m/s. Overall prevalence of pre-sarcopenia, sarcopenia and severe sarcopenia were 18%, 18%, and 5.2%, respectively. Age, low calf circumference (CC), body mass index (BMI) and physical activity (PA) were significantly associated with sarcopenia by multivariate logistic regression. **Conclusions:** Using AWGS criteria, one-fifth of elderly Vietnamese patients

with T2DM had sarcopenia. Advance age and low CC were significantly associated with sarcopenia among older patients with T2DM. A longitudinal relationship about the correlation of BMI and PA with sarcopenia should be further evaluated.

Keywords: Sarcopenia, Diabetes mellitus

RIGHT MIDDLE LOBE SYNDROME IN CLINICAL PRACTICE

BS. Phùng Thảo My, BSCK2. Ngô Thế Hoàng

Bệnh viện Thống Nhất

Hội chứng thùy giữa là một thực thể lâm sàng tương đối hiếm gặp và chưa được công nhận trong thực hành lâm sàng. Nhận biết các dấu hiệu và triệu chứng cấu thành hội chứng này có thể là một thách thức trong chẩn đoán. Các nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe sẽ cần có mức độ nghi ngờ cao dựa trên lịch sử lâm sàng trong việc xác định hội chứng này. Hoạt động này mô tả nguyên nhân, dịch tễ học, đánh giá và quản lý bệnh nhân mắc hội chứng thùy giữa, đồng thời nhấn mạnh việc chẩn đoán và điều trị nhằm cung cấp biện pháp quản lý kỹ lưỡng và phù hợp cho những bệnh nhân bị ảnh hưởng, xem xét các lựa chọn điều trị và quản lý hiện có đối với hội chứng thùy giữa, giải thích tầm quan trọng của sự hợp tác và giao tiếp giữa đội ngũ chuyên gia để đảm bảo đánh giá và quản lý bệnh nhân mắc hội chứng thùy giữa một cách thích hợp.

Middle lobe syndrome is a relatively uncommon clinical entity that is under-recognized in clinical practice. Recognizing the constellation of signs and symptoms that constitute this syndrome may be a diagnostic challenge. Healthcare providers will need a high index of suspicion based on clinical history in identifying this syndrome. This activity describes the etiology, epidemiology, evaluation, and management of patients with middle lobe syndrome and emphasizes the diagnosis and treatment in providing thorough and appropriate management to affected patients, explain the importance of collaboration and communication among the interprofessional team to ensure appropriate evaluation and management of patients with middle lobe syndrome.

PREVALENCE AND CHARACTERISTICS OF VERTEBRAL COMPRESSION FRACTURE AMONG OLDER ADULTS WITH OSTEOPOROSIS

*BS. Trương Trí Khoa, GS. TS. Nguyễn Đức Công, TS. BS. Nguyễn Thanh Huân
Bệnh viện Thống Nhất*

Đặt vấn đề: Gãy xương đốt sống (GXĐS) là biến chứng của loãng xương, gây đau lưng kéo dài, hạn chế vận động và có thể tử vong. Tuy nhiên, dữ liệu lâm sàng về GXĐS trên người cao tuổi bị loãng xương còn hạn chế. **Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ GXĐS, đặc điểm lâm sàng và X-quang trên người cao tuổi mắc loãng xương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, khảo sát 296 bệnh nhân cao tuổi mắc loãng xương tại phòng khám và khoa Nội cơ xương khớp, khoa Ngoại thần kinh, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ tháng 8 năm 2022 đến hết tháng 5 năm 2023. **Kết quả:** Tỉ lệ GXĐS là 37,2% (110/296). Đối tượng GXĐS thường gặp đau lưng (71,8% so với 11,8%, $p < 0,001$) với đa số có điểm VAS 4 – 6 (46,8%), mất chiều cao (61,8% so với 2,2%, $p < 0,001$), và gù lưng (66,4% so với 2,7%, $p < 0,001$) so với nhóm không GXĐS. Trên X-quang, vị trí thân sống thường gãy là T12, L1, kiểu gãy hình chêm (74,5%) và gãy mức độ nặng (82,7%) chiếm đa số. **Kết luận:** Tỉ lệ GXĐS trên người cao tuổi mắc loãng xương khá cao, phản ánh gánh nặng bệnh tật cao. Đau lưng, gù lưng và mất chiều cao là đặc điểm hữu ích giúp tầm soát GXĐS trên người cao tuổi loãng xương.

Từ khóa: gãy xương đốt sống, loãng xương, người cao tuổi

Background: Vertebral compression fracture (VCF) is a complication of osteoporosis causing prolonged backpain, reduction in mobility, and death. However, there are few available data concerning VCF in osteoporotic older adults. **Objective:** We investigated the prevalence of vertebral compression fracture and its characteristics in older adults with osteoporosis. **Subject and Methods:** This cross-sectional study was conducted on 296 older adults with osteoporosis at the Rheumatology and Neurosurgery department, and Rheumatology clinic, University Medical Center, from August 2022 to May 2023. **Results:** 110/296 (37.2%) participants had at least one vertebral fracture. Older adults with VCF were more likely to have back pain (71.8% vs 11.8%, $p < 0.001$) with a majority at moderate intensity, height loss (61.8% vs 2.2%, $p < 0.001$) and

kyphosis (66.4% vs 2.7%, $p < 0.001$) compared with those without VCF. The median number of fracture was 2 (interquartile range: 1 – 2). Common fracture sites were T12-L1; wedge deformity (74.5%) and severe fracture (82.7%) were dominant features. **Conclusion:** The prevalence of VCF was quite high among older adults with osteoporosis, highlighting a disease burden in this population. Backpain, height loss, and kyphosis can be useful to screen for vertebral fracture in the elderly with osteoporosis.

Keywords: vertebral fracture, osteoporosis, older adults

GIÁ TRỊ DỰ ĐOÁN CỦA THANG ĐIỂM NEWS Ở BỆNH NHÂN NHIỄM KHUẨN HUYẾT NHẬP KHOA CẤP CỨU

*BS. Võ Minh Phúc, ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Vũ Đình Chánh,
ĐD. Võ Nguyễn Ngọc Tâm
Bệnh viện Thống Nhất*

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn huyết (NKH) vẫn đang là nguyên nhân chính gây tử vong tại khoa cấp cứu. Do đó, chẩn đoán và dự đoán sớm NKH tại khoa cấp cứu rất quan trọng. Điểm qSOFA, so với NEWS - giới thiệu lần đầu năm 2012 – không còn được khuyến cáo để sử dụng như một công cụ sàng lọc duy nhất cho NKH hoặc sốc nhiễm khuẩn (SNK), theo hướng dẫn Surviving Sepsis Campaign năm 2021. Việc sử dụng thang điểm NEWS rất đơn giản, và hiểu rõ giá trị của NEWS trong dự đoán kết cục của bệnh nhân (BN) NKH sẽ mang lại nhiều lợi ích cho các bác sĩ cấp cứu. **Mục tiêu:** Xác định giá trị của điểm NEWS trong việc dự đoán kết cục của BN NKH nhập khoa Cấp cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang, mô tả, có phân tích, hồi cứu thực hiện trên BN người lớn mắc NKH nhập khoa Cấp cứu, bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2023 đến 06/2023. **Kết quả:** Trong 169 BN NKH nhập khoa cấp cứu, điểm NEWS trung bình là $9,8 \pm 3,9$. NEWS ≥ 4 dự đoán tử vong, nhập khoa ICU và sử dụng vận mạch với độ nhạy lần lượt là 97,5%, 98% và 100% và độ đặc hiệu lần lượt là 9%, 12% và 9,3%. Diện tích dưới đường cong (AUC) của NEWS trong việc dự đoán tử vong nội viện, nhập ICU và sử dụng vận mạch lần lượt là 0,72, 0,67 và 0,67. **Kết luận:** Điểm NEWS có giá trị hơn qSOSFA và SIRS nhưng thấp hơn SOFA trong việc dự đoán sử dụng vận mạch, nhập ICU và tử vong nội viện.

Từ khóa: Điểm NEWS, nhiễm khuẩn huyết, sốc nhiễm khuẩn, khoa cấp cứu, tử vong nội viện, nhập ICU, sử dụng vận mạch.

OUTCOME PREDICTION VALUE OF NATIONAL EARLY WARNING SCORE (NEWS) IN SEPTIC PATIENTS IN EMERGENCY DEPARTMENT

Background: Sepsis continues to be the main cause of death in emergency department (ED), despite the use of developed resuscitation measures and antibiotic therapy. Consequently, early diagnosis and prognosis is important. The 2021 Surviving Sepsis Campaign Guidelines gives recommendations against using qSOFA compared to NEWS, first produced in 2012, as a single screening tool for sepsis or septic shock. The utilization of NEWS is simple, and knowing the value of NEWS in predicting outcomes will bring many benefits to emergency physicians. **Objective:** Determine the value of NEWS on predicting outcomes in septic patients admitted to the ED. **Subject and Method:** Retrospective, descriptive cross-sectional study with analysis conducted on adults with sepsis admitted to ED of Thong Nhat Hospital from January 2023 to June 2023. **Results:** In 169 septic patients admitted to ED, the average NEWS is $9,8 \pm 3,9$. NEWS ≥ 4 was 97,5% sensitive and 9% specific for predicting mortality. NEWS ≥ 4 was 98% sensitive and 12% specific for predicting ICU admission. NEWS ≥ 4 was 100% sensitive and 9,3% specific for predicting vasopressor use. The AUC of the NEWS in predicting inhospital mortality was 0,72. The AUC of NEWS in predicting ICU admission and vasopressor use was equal at 0,67. **Conclusion:** NEWS is more valuable than qSOFA and SIRS in predicting inhospital mortality, vasopressor use, and ICU admission, but is inferior to SOFA in predicting these outcomes.

Keywords: NEWS, sepsis, septic shock, emergency department, inhospital mortality, ICU admission, vasopressor use.

SUCCESSFUL USE OF THROMBOLYTIC THERAPY IN TWO CASES WITH OBSTRUCTIVE MECHANICAL VALVE THROMBOSIS

*BS. Võ Thị Thùy Liên
Bệnh viện Thống Nhất*

Huyết khối van tim nhân tạo là một biến chứng nặng, thường liên quan đến việc sử dụng không hợp lý thuốc kháng Vitamin K. Chúng tôi trình bày hai trường hợp tại khoa nội tim mạch Bệnh viện Thống Nhất.

Bệnh nhân nam 61 tuổi và nữ 74 tuổi, tiền sử thay van tim cơ học và chỉ số INR hầu như dưới ngưỡng điều trị, nhập viện vì khó thở. Siêu âm tim qua thành ngực (TTE) và siêu âm tim qua thực quản (TEE) thấy tăng chênh áp trung bình qua van cơ học kèm hạn chế vận động các lá van. Chúng tôi đã chỉ định liệu pháp tiêu sợi huyết (t-PA) liều thấp Alteplase 25mg truyền tốc độ chậm (6 giờ) hoặc siêu chậm (25 giờ). Sau điều trị, TTE và TEE cho thấy van hai lá cơ học hoạt động tốt ở trường hợp một, trong khi van hai lá cơ học ở bệnh nhân nữ còn hạn chế vận động. CT-scan tim ghi nhận pannus ở lá sau của van hai lá làm hạn chế vận động của lá van, giải thích đáp ứng không hoàn toàn ở bệnh nhân nữ. Nghiên cứu đa trung tâm HATTUSHA ghi nhận sử dụng t-PA liều thấp với tốc độ truyền chậm/siêu chậm có tỷ lệ biến chứng, tử vong thấp, tỷ lệ thành công cao so với phẫu thuật và nên được xem là phương pháp điều trị đầu tay ở những bệnh nhân này

Prosthetic valve thrombosis (PVT) is a rare, severe complication often associated with inadequate Vitamin K antagonist anticoagulation. We presented two case reports from the cardiology department in Thong Nhat Hospital.

The first case is a 61-year-old male, and the second is a 74-year-old female. Their history included mechanical prosthetic valve replacement for several years, and the International Normalized Ratio mostly were under therapeutic. They were hospitalized due to dyspnea and diagnosed obstructive PVT because transthoracic echocardiography (TTE) and transesophageal echocardiography (TEE) revealed an increase of trans-mechanical prosthetic valve mean pressure gradient and mobility restriction of valves leaflets. According to 2020 ACC/AHA guideline for the

management of patients with valvular heart disease, we used low-dose tissue plasminogen activator (t-PA) (25 mg) Alteplase with slow infusion (6 hours) for the first patient and ultra-slow (25mg in 25 hours) due to higher bleeding risk in case two instead. After using Alteplase, TTE and TEE showed the complete resolution in the first case while incompletely in second case. Heart CT – Scan performed on day four revealed pannus formation in a posterior leaflet of the mitral valve with leaflet restriction, which illustrated her incomplete resolution. There were several reports regarding the safety and efficacy of low-dose t-PA. The Multicenter HATTUSHA Study concluded low-dose and slow/ultraslow infusion of t-PA were associated with low complications, mortality and high success rates compares with surgery. PVT can be a potentially life-threatening condition. Low- dose with slow/ultraslow infusion of t-PA should be considered as a viable treatment in these patients.

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: NGỘ ĐỘC CAFFEIN NẶNG

*BS. Lê Hiếu, ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Nguyễn Phương Nhi, ĐD. Hoàng Thị Bích Diệp
Bệnh viện Thống Nhất*

Mục tiêu: Caffein là một chất kích thích hệ thần kinh trung ương được biết đến rộng rãi với lịch sử lâu dài, được sử dụng trên khắp thế giới. Nhìn chung, caffein được coi là an toàn khi dùng với liều lượng thông thường, nhưng có thể gây các triệu chứng nặng thậm chí tử vong nếu dùng quá liều hoặc khi ngộ độc nặng. Chúng tôi mô tả trường hợp một người đàn ông 59 tuổi hôn mê đã đến khoa cấp cứu sau khi uống một lượng lớn caffein (khoảng 500ml cà phê nguyên chất). Trường hợp này cho thấy các biểu hiện lâm sàng chính của ngộ độc caffein và tác động cường giao cảm với các triệu chứng thần kinh, tuần hoàn, bất thường về chuyển hóa và nguy cơ tử vong cao. Chúng tôi muốn nhấn mạnh việc cấp cứu các dấu hiệu đe dọa tính mạng, bao gồm bảo vệ đường thở và điều chỉnh rối loạn điện giải như hạ kali máu và nhiễm toan chuyển hóa. Ngoài ra nhóm tác giả còn muốn chia sẻ quá trình ra quyết định lâm sàng và phương pháp tiếp cận hồi sức nội khoa trong ca bệnh này khi nồng độ caffein trong huyết thanh không định lượng được hoặc bị trì hoãn.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Báo cáo ca lâm sàng

Bệnh nhân (BN) nam 69 tuổi vào cấp cứu vì hôn mê kèm co giật

Bệnh sử: con trai BN đưa vào khai cách nhập viện 16h BN tự uống khoảng 500ml cà phê nguyên chất, sau đó đi ngủ, sáng hôm sau người nhà thấy BN nằm trên giường nhưng về mặt đờ đẫn, gọi không trả lời, có 2 cơn co giật toàn thể kéo dài 3 phút, mất ý thức, tiêu tiểu không tự chủ, ói ra nhiều dịch nâu đen, không kèm sốt. Tiền căn: Rối loạn tâm thần bẩm sinh - Tăng huyết áp đang điều trị - Nhồi máu não cũ 2016 và 2021 - U bàng quang. Tình trạng nhập viện: BN lơ mơ, sau đó mê GCS 8đ, có cơn co giật co giật toàn thể, nôn ói ra dịch nâu đen. Dấu hiệu sinh tồn mạch: 110 lần/phút; huyết áp: 130/80 mmHg; SpO₂: 90%/ khí trời. Khám cổ mềm, đồng tử hai bên kích thước 2mm, phản xạ ánh sáng dương tính, Babinski âm tính 2 bên, thăm trực tràng phân vàng. Kết quả cận lâm sàng khí máu động mạch: pH: 7.1; pCO₂: 31.4 mmHg; HCO₃: 9.6; pO₂: 120 mmHg, tính khoảng trống AG: 31. Kết quả khí máu động mạch cho thấy tình trạng toan chuyển hóa nặng tăng AG kèm toan hô hấp. Glucose: 11.3 mmol/L; Na: 140 mmol/L; K: 2.5 mmol/L; Hb 14.5 g/dL; PLT 140 K/uL. Kết quả chụp CTscan sọ não: di chứng tổn thương vùng nhân xám trung ương hai bên và thái dương (T), teo não người lớn tuổi. Test nhanh chất kích thích gồm Amphetamin, Methaphetamin, THC, Morphin nước tiểu âm tính, Ethanol máu: âm tính. Chụp X quang ngực thẳng: chưa ghi nhận bất thường. ECG: nhịp nhanh xoang, tần số 107 lần/phút (Hình 1). Không định lượng được nồng độ caffein (ở TPHCM)

Xử trí tại khoa Cấp cứu: Bóp bóng, đặt nội khí quản (NKQ), thở máy an thần Midazolam - Đặt sonde dạ dày rửa: ra nhiều dịch nâu đen, bơm than hoạt tính qua sonde dạ dày - Lượng NaHCO₃ thiếu #208 mEq → Bù NaHCO₃ trước 175 mEq trong 2 giờ đầu Sau 2h thử lại KMDM: pCO₂ 34 mmHg, pO₂ 348 mmHg, pH: 7.41 HCO₃: 22.1 - Bù Kali máu đường tĩnh mạch

- Chuyển khoa Hồi sức tích cực chống độc: điều trị kháng sinh, điều chỉnh rối loạn điện giải, toan máu, an thần và rút NKQ sau 2 ngày.

Xuất viện sau 5 ngày, tình trạng ổn định.

Kết luận: Caffein là chất kích thích có trong rất nhiều loại nước uống được sử dụng hàng ngày rất phổ biến và thường xuyên, tuy nhiên nếu uống một lượng lớn caffein có thể gây ra tình trạng quá liều và ngộ độc, thậm chí đe dọa tính mạng. Nhận diện và chẩn

đoán ngộ độc caffeine hiện tại chủ yếu qua khai thác bệnh sử và khám các triệu chứng lâm sàng, vì ở Thành phố Hồ Chí Minh cũng như nhiều nơi trên thế giới chưa định lượng được nồng độ caffeine trong máu. Quá trình xử trí bệnh nhân ngộ độc Caffein cũng tuân theo quy trình xử trí chung cho bệnh nhân ngộ độc. Tuy nhiên cần chú ý đến những vấn đề có thể đe dọa tính mạng như thần kinh, tim mạch, hô hấp, chuyển hóa,... của bệnh nhân ngộ độc caffeine để xử trí kịp thời cho bệnh nhân

SEVERE CAFFEINE INTOXICATION: A CASE REPORT

Object: Caffeine is well known for its central nervous system–stimulating effect with a long history of consumption by humans. Generally, it is thought to be safe under normal dosage, but can be fatal in case of overdose or severe poisoning. We describe a case of unconscious 59 year-old man who went to the emergency department after ingestion of a large dose of caffeine (500ml pure coffee). This case demonstrates the key clinical manifestations of caffeine intoxication and the effect of its associated massive adrenergic surge with neurologic symptoms, cardiovascular instability, metabolic abnormalities, and the significant risk of mortality. We highlight life threatening management, including airway protective and correction electrolyte disturbances such as hypokalemia and metabolic acidemia. We share our practical decision making and approach to intensive care if serum caffeine level reporting is unavailable or delayed.

Subject and method: Case report

Conclusion: An overview of caffeine, its clinical effects, treatment of overdose, and outcomes are presented.

Keywords: caffeine, intoxication, overdose, unconscious

VALIDITY OF THE SIMPLIFIED CLINICAL FRAILTY SCALE IN OLDER PATIENTS COMPARED TO CANADIAN CLINICAL FRAILTY SCALE

*BS. Lê Thị Hồng Hoa, ThS. BS. Nguyễn Trần Tố Trân, PGS. TS. Nguyễn Văn Trí
Học viên Cao học Lão Khoa, Đại học Y dược TP. HCM*

Thang suy yếu lâm sàng (CFS) đánh giá mức độ suy yếu dựa vào các quan sát lâm sàng đơn giản, các bệnh lý kèm theo, tình trạng chức năng và mức độ hoạt động của bệnh nhân cao tuổi. Tuy nhiên để các bác sĩ nội khoa sử dụng thang điểm này cho việc đánh giá

tình trạng suy yếu thì còn gặp nhiều khó khăn, vì vậy việc đơn giản hoá lại thang suy yếu lâm sàng là vấn đề cần thiết cần được thực hiện và nghiên cứu. **Mục tiêu:** Xây dựng và đánh giá sự tương quan của thang suy yếu lâm sàng giản lược (sCFS) so với thang suy yếu lâm sàng (CFS). **Đối tượng và phương pháp:** Cắt ngang mô tả trên 279 bệnh nhân cao tuổi tại Khoa Lão học Bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 11/2022 - 02/2023 **Kết quả:** Qua khảo sát 279 bệnh nhân cao tuổi, tuổi trung bình là $75,7 \pm 8,4$ (tuổi), nữ giới chiếm 65,2%. So với CFS, sCFS có chỉ số Youden là 98% với độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 98%. Có mối tương quan rất chặt chẽ giữa hai thang đo sCFS và CFS (Pearson's $r = 0,996$; $p < 0,001$). **Kết luận:** Thang suy yếu giản lược có thể được sử dụng để đánh giá suy yếu với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. **Từ khóa:** CFS, s-CFS

Background: The Clinical Frailty Scale (CFS) is a clinical judgment-based frailty tool, which is based on clinical assessments, including comorbidities, functional status, and activity level. However, this scale is quite complicated for general internal doctors. Therefore, the development of a simplified CFS is required. **Objective:** To assess the validity of the simplified Clinical Frailty Scale (sCFS) to screen for frailty as defined in the Canadian Clinical Frailty Scale (CFS). **Subject and Method:** This cross-sectional recruited 279 older patients at the Geriatric Department at Nhan Dan Gia Dinh Hospital from November 2022 to February 2023. **Results:** Among 279 older patients analyzed in our study, the mean age was $75,7 \pm 8,4$ years, females were 65,2% and males were 34,8%. Compared to the CFS, the sCFS had a Youden index of 98%, sensibility of 100%, and specificity of 98%. We found that the sCFS was significantly correlated with the CFS (Pearson's $r = 0,996$; $p < 0,001$). **Conclusion:** The sCFS makes it possible to screen for frailty with a high level of sensibility and specificity. **Keywords:** CFS, sCFS

NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN CHẤN THƯƠNG NGỰC NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

*BS. Trần Gia Huy, ThS. BS. Lê Bảo Huy, BS. Hồ Châu Âu, ĐD. Phạm Trọng Dũng
Bệnh viện Thống Nhất*

Đặt vấn đề: Chấn thương ngực là một trong những chấn thương thường gặp. Nguyên nhân thường gặp nhất gây chấn thương ngực là tai nạn giao thông, tai nạn sinh hoạt và bạo lực ít gặp hơn. Chấn thương ngực thường nằm trong bệnh cảnh đa chấn

thương với các chấn thương phối hợp phổ biến bao gồm: đầu, bụng, tứ chi. Tổn thương thường rất đa dạng. Việc chẩn đoán chấn thương ngực vẫn còn gặp nhiều khó khăn đặc biệt trong các trường hợp đa chấn thương nặng đi kèm với chấn thương sọ não. Thành công trong cấp cứu chấn thương tùy thuộc vào nhiều yếu tố trong đó cần có sự phối hợp nhiều chuyên khoa bao gồm cả cấp cứu trước viện. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm dịch tễ, nguyên nhân, cơ chế, vị trí chấn thương đối với bệnh nhân chấn thương ngực nhập viện tại khoa Cấp Cứu Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu trên các bệnh nhân chấn thương ngực nhập viện tại khoa Cấp cứu Bệnh viện Thống Nhất từ 1/2019-12/2022. **Kết quả:** Trong số 1366 bệnh nhân chấn thương ngực nhập viện: 945 nam (69,2%) nhiều hơn nữ 421 (30,8%). Tuổi trung bình là 45,1 tuổi. 76% (1038 ca) bệnh nhân chấn thương nằm trong độ tuổi lao động (18-60 tuổi). Nguyên nhân gây chấn thương ngực chủ yếu là tai nạn giao thông 761 ca (55,7%). Chấn thương đi kèm chủ yếu là chấn thương sọ não 282 ca (20,6%), chi trên 163 ca (11,9%). Loại tổn thương hay gặp là chấn thương phần mềm thành ngực 715 ca (52,3%). **Kết luận:** Bệnh nhân cấp cứu chấn thương ngực chủ yếu là người trong tuổi lao động, nam nhiều hơn nữ, nguyên nhân hàng đầu do tai nạn giao thông, thường vào viện trong bệnh cảnh đa chấn thương. Chấn thương phần mềm ngực là tổn thương hay gặp nhất ở các bệnh nhân chấn thương ngực. Từ khóa: Bệnh nhân chấn thương ngực, khoa Cấp cứu.

CHARACTERISTICS OF DEMOGRAPHIC AND CLINICAL MANIFESTATIONS OF THORACIC TRAUMATIC PATIENTS ADMITED AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Thoracic trauma is one of leading causes in patients hospitalized for traumatic conditions. **Objectives:** We conducted this study to determine demographic, cause and clinical manifestations of traumatic inpatients at Thong Nhat Hospital. **Method:** We conducted a cross-sectional study and used data from PATOS network for all thoracic trauma patients admitted to Department of Emergency Medicine from January 2019 to December 2022. **Results:** traumatic patients were enrolled, The mean age was 45.1 years old, male 945(69.2%) : female 421 (30.8%) ratio 2.24 . Labor population was prominent with 76%. Traffic accident was 761 cases (55.7%). The common traumatic sites were extremity injury, head trauma with 20.6%. Death was

unrecorded and severe disability was 5.4%. **Conclusions:** Traumatic patients were young, mainly in labor population. Male was more common than female. Traffic accident was common cause. Extremity injury was the most common traumatic site. **Keywords:** Thoracic trauma patient, Department of Emergency Medicine.

DISEASE PATTERN OF THE EMERGENCY DEPARTMENT AT THONG NHAT HOSPITAL FROM 2018 TO 2022

*BS. Lê Thảo Nhân, BSCKI. Nguyễn Đức Tới, ThS. BS. Lê Bảo Huy,
ĐD. Nguyễn Thị Huyền Trang
Bệnh viện Thống Nhất*

Background: Emergency departments (ED) face significant challenges in delivering high quality and timely patient care on an ever - present background of increasing patient numbers and limited hospital resources. Understanding what patients present to the EDs is important for resource allocation, training and staffing purposes. **Objective:** To evaluate the disease pattern of Thong Nhat Hospital Emergency Department over 5 years from 2018 to 2022. **Subject and Method:** Cross – sectional descriptive study of 206.332 patients admitted at Thong Nhat Hospital Emergency Department over 5 years from January 1st, 2018 to December 31st, 2022. Data was processed by IBM SPSS 20.0. **Results:** The group with older patients (≥ 60 years of age) admitted to the ED surpassed the other two groups (0 – 17 and 18 – 59 years of age) in 2021 (51,0% versus 2,0% and 47,0%, respectively). The average age of patients was 52.8. The percentage of male patients admitted to the ED dominated female in the last 2 years (57.5% versus 42.5% in 2021 and 56.9% versus 43.1% in 2022, respectively). Circulatory, respiratory, gastroenterology, and neurology diseases were main diagnoses over 5 years. The average time in the ED was 111.4 minutes with the longest in 2021 (151 minutes), owing to the wait for COVID test result. **Conclusion:** A clear reduction of ED visits in both 2021 and 2022 was noticed. The average age of patients was 52.8. The percentage of male patients admitted to the ED dominated female in the last 2 years. Circulatory, respiratory, gastroenterology, and neurology diseases were main diagnoses, corresponding with the disease pattern of the elderly. The average time in the ED was 111.4 minutes. **Keywords:** disease pattern, emergency department.

SO SÁNH HIỆU QUẢ GIẢM ĐAU CỦA ĐIỆN CHÂM VÀ ĐIỆN CHÂM KẾT HỢP CHƯỜM NGẢI TRÊN NGƯỜI BỆNH HỘI CHỨNG CỔ VAI CÁNH TAY NĂM 2023

BS. Lê Thị Nhã Trúc^{1}, BS. Vũ Hoàng Anh Thế¹, BS. Trần Thị Mỹ Lệ¹,
BS. Nguyễn Quốc Phong¹, ThS. BS. Nguyễn Văn Đàn^{1,2}
¹Bệnh viện Thống Nhất
²Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh*

Mục tiêu: So sánh sự thay đổi mức độ đau, mức độ cải thiện chức năng sinh hoạt giữa nhóm điện châm và nhóm điện châm kết hợp chườm ngải trên người bệnh hội chứng cổ vai cánh tay. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 người bệnh với chẩn đoán Hội chứng cổ vai cánh tay tại Khoa Y học cổ truyền – Bệnh viện Thống Nhất trong thời gian từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023. Người bệnh được chia ngẫu nhiên làm 2 nhóm. Nhóm A (n=15) điều trị bằng điện châm và nhóm B (n=15) điều trị kết hợp điện châm và chườm ngải. Hiệu quả điều trị đánh giá dựa trên thang điểm đau VAS (Visual analogue scale) và thang điểm Hạn chế chức năng cột sống cổ NDI (Neck disability index). **Kết quả:** Sau 1 liệu trình (10 ngày điều trị), điểm đau VAS và hạn chế chức năng cột sống cổ của người bệnh tham gia nghiên cứu giảm rõ rệt và khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p < 0,05$). Điểm đau VAS ở nhóm A và B lần lượt là $7,40 \pm 1,12$ và $7,40 \pm 1,12$ và sau khi can thiệp điểm đau giảm rõ rệt lần lượt ở nhóm A và B là $3,87 \pm 0,74$ và $1,27 \pm 1,03$. Tương tự ở NDI, nhóm A và B lần lượt là $25,33 \pm 6,13$ và $26,40 \pm 6,35$ và sau khi can thiệp điểm NDI ở cả 2 nhóm cũng giảm rõ rệt lần lượt là $14,27 \pm 4,35$ và $5,47 \pm 2,03$. **Kết luận:** Kết hợp điện châm và chườm ngải trên người bệnh hội chứng cổ vai cánh tay có hiệu quả tốt hơn và thời gian đáp ứng nhanh hơn so với điều trị điện châm đơn thuần. Từ khóa: hội chứng cổ vai cánh tay, điện châm, chườm ngải.

**EFFECTIVENESS OF PAIN REDUCTION BETWEEN
ELECTROACUPUNCTURE AND COMBINED ELECTROACUPUNCTURE
WITH HERBAL BAG IN CERVICAL BRACHIAL SYNDROME PATIENTS
IN 2023**

Objective: To compare the changes in pain levels and improvement in functional activities between the electroacupuncture group and the combined electroacupuncture with herbal bag group in cervical brachial syndrome patients. **Subjects and Methods:** A total of 30 patients diagnosed with cervical scapulohumeral syndrome and treated at Thong Nhat Hospital - Traditional Medicine Department were divided into two groups. Group A (n=15) received treatment with electroacupuncture, Group B (n=15) received treatment with combined electroacupuncture and herbal bag. Treatment effectiveness was assessed using the Visual Analogue Scale (VAS) for pain and the Neck Disability Index (NDI) for neck disability. **Results:** After 10 days of treatment, VAS pain scores and NDI scores in both groups showed a significant and statistically significant reduction ($p < 0.05$). The VAS pain score in Groups A and B was 7.40 ± 1.12 and 7.40 ± 1.12 , respectively, and after intervention, the VAS pain score decreased significantly to 3.87 ± 0.74 and 1.27 ± 1.03 , respectively. Similarly, the NDI Groups A and B had initial scores of 25.33 ± 6.13 and 26.40 ± 6.35 , respectively, and after intervention, the NDI scores in both groups decreased significantly to 14.27 ± 4.35 and 5.47 ± 2.03 , respectively. **Conclusion:** Combined electroacupuncture and herbal bag treatment for cervical brachial syndrome is more effective and has a faster response time compared to single treatment with electroacupuncture. **Keyword:** Cervical scapulohumeral syndrome, electroacupuncture, herbal bag.

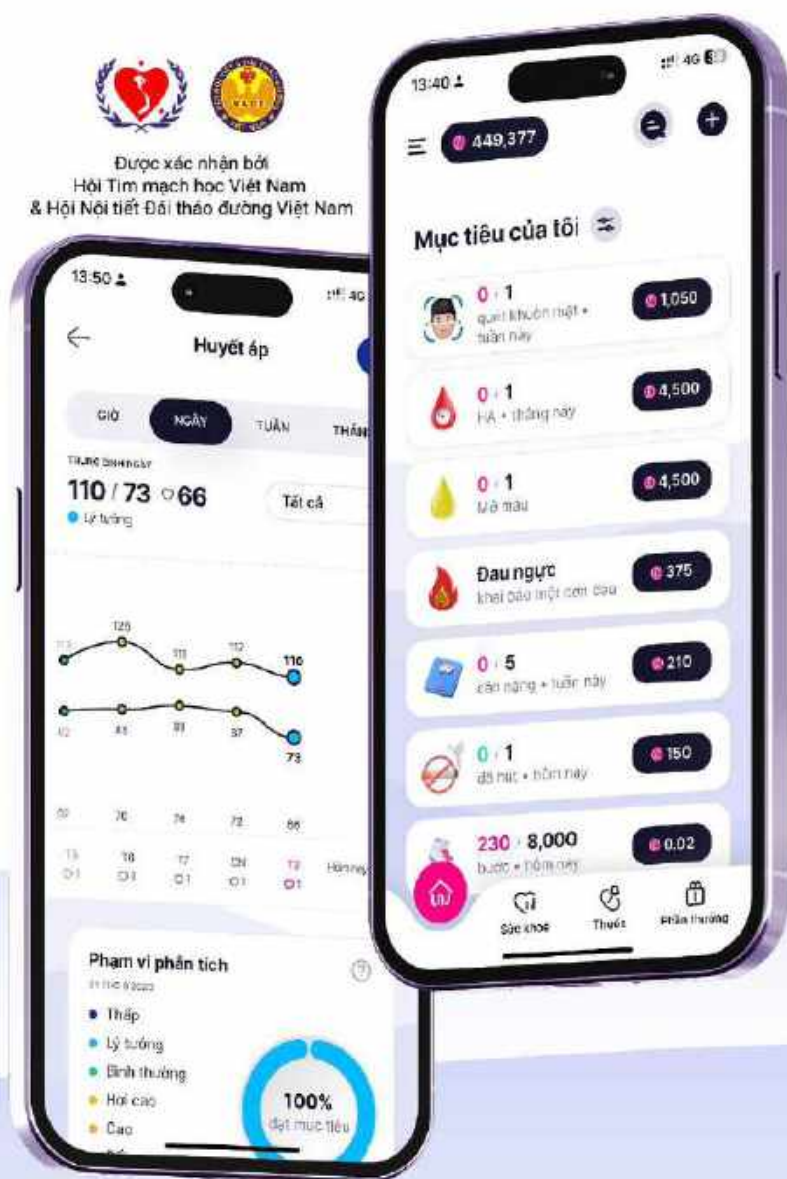


Elfie

Ứng dụng miễn phí giúp bạn kiểm soát
Tăng huyết áp, Đái tháo đường
 và các bệnh lý khác



Được xác nhận bởi
 Hội Tim mạch học Việt Nam
 & Hội Nội tiết Đái tháo đường Việt Nam



TẢI VÀ TRẢI NGHIỆM NGAY!



Tìm hiểu thêm tại:
ngaydautien.vn/elfie
vi.elfie.co

**Boston
Scientific**
Advancing science for life™

**SYNERGY
MEGATRON™**
Everolimus-Eluting Platinum Chromium Coronary Stent System



Purpose Built for
LARGE
Proximal Vessels
Mega Strength, Optimal Healing.



Giúp cho mọi người dân
trên toàn thế giới sống khỏe mạnh hơn
trong mọi giai đoạn cuộc đời



TIM MẠCH



CƠ XƯƠNG KHỚP



TÂM THẦN KINH



SỨC KHỎE NAM GIỚI



TIÊU HÓA



HÔ HẤP & DỊ ỨNG



ZAVICEFTA ®



PP-ZVA-VNM-0223