

TUÂN THỦ ĐIỀU TRỊ VÀ KẾT CỤC LÂM SÀNG NGẮN HẠN SAU XUẤT VIỆN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI BỊ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Nguyễn Văn Tân^{1✉}, Bàng Ái Viên¹, Trần Tấn Đạt¹

¹Bộ môn Lão Khoa, Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Điều trị bằng thuốc chứng minh là giảm biến cố tim mạch bất lợi và tử vong ở bệnh nhân sau hội chứng vành cấp. Tuân thủ điều trị trở thành mục tiêu quan trọng vì cải thiện tiên lượng, đặc biệt ở bệnh nhân cao tuổi nhiều có nhiều bệnh đồng mắc. Đề tài này nhằm mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại thời điểm 6 tháng sau xuất viện. (2) Xác định các yếu tố liên quan không tuân thủ điều trị và tỷ lệ biến cố tim mạch.

Phương pháp: Phương pháp cắt ngang mô tả, theo dõi dọc trên bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán xuất viện hội chứng vành cấp tại khoa Tim Mạch Cấp Cứu - Can thiệp tại Bệnh viện Thống Nhất từ 6/2020 đến 6/2021. Tất cả bệnh nhân được theo dõi 6 tháng về tuân thủ điều trị bằng thuốc mỗi tại phòng khám.

Kết quả: Có 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp được xuất viện. Tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc tháng đầu sau xuất viện là 46,2% và giảm xuống tại thời điểm 3 tháng 37,3 % và 6 tháng là 33,3%. Nhóm thuốc ức chế P2Y12 và thuốc statin có tỷ lệ tuân thủ cao nhất lần lượt là 86,5% và 87,8%. Thuốc aspirin là 72,6%; thuốc ức chế beta 53,5% và ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin II 68%. Yếu tố làm giảm sự tuân thủ điều trị bằng thuốc gồm trình tuổi, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, suy yếu, ý thức thời gian dung thuốc. Tỷ lệ tử vong và tái nhập viện do mọi nguyên nhân là 35,3% và nhóm không tuân thủ điều trị cao hơn có ý nghĩa với $p < 0,001$ (KTC 0,2 - 0,55).

Kết luận: Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân cao tuổi không cao với 46,2% tại 1 tháng sau xuất viện và 33,3% sau 6 tháng. Không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch.

Từ khóa: Tuân thủ điều trị, điều trị bằng thuốc, sau hội chứng vành cấp, cao tuổi.

ABSTRACT

GUIDELINE ADHERENCE AND SHORT-TERM CLINICAL OUTCOMES IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Nguyen Van Tan^{1✉}, Bang Ai Vien¹, Tran Tan Dat¹

Background: Prescribing of guideline-recommended medications has been shown to reduce major adverse outcomes of patients after acute coronary syndrome. Adherence to evidence-based therapies has become a crucial element in the path to improve prognosis, especially in elderly patients with multiple comorbidities. This study aims to (1) determine the prevalence of adherence guideline-recommended medications in acute coronary syndrome elderly patients at 6-month after discharge. (2) identify factors associated with non-adherence and the prevalence of adverse cardiovascular events.

Ngày nhận bài:

04/01/2022

Ngày chỉnh sửa:

4/2/2022

Chấp thuận đăng:

17/02/2022

Tác giả liên hệ:

Nguyễn Văn Tân

Email:

nguyenvtan10@ump.edu.vn

SĐT: 0903739273

Methods: A cross-sectional and longitudinal study was conducted in all patients 60 years of age or older with acute coronary syndrome discharge from the Interventional Cardiology Department at Thong Nhat hospital from June 2020 to June 2021. Eligible patients receiving guideline - recommended medications were followed up at least 6 months in Outpatients Department.

Results: There were 303 patients ≥ 60 years old diagnosed with acute coronary syndrome discharged from the hospital. The prevalence of adherence of 5 classes guideline - recommended drugs in the first month after discharge was 46.2% at the first month and decreased at 3 months to 37.3% and 33.3% at 6 months. Of those patients, P2Y12 inhibitors and statins had the highest adherence prevalence of 86.5% and 87.8%, respectively. Aspirin was 72.6%, beta blockers were 53.5% and ACE inhibitors/angiotensin II receptor antagonists were 68%. Factors that reduced adherence to drug therapy include age, non - ST segment elevation myocardial infarction, frailty and awareness of medication duration. All-cause mortality and re - hospitalization rates were 35.3% and the non-adherence group was significantly higher with $p < 0.001$ (CI 0.2 - 0.55).

Conclusions: The prevalence of adherence to recommended drug therapy after acute coronary syndrome in elderly patients was not high, with 46.2% at 1 month after discharge and 33.3% at 6 months. Non-adherence increased adverse cardiovascular events.

Key words: Adherence, non - adherence, post-acute coronary syndrome, after acute coronary syndrome, guideline - recommended drugs.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và tương tự tại Việt Nam [1]. Điều trị sau HCVC cũng như bệnh mạn tính khác gồm điều chỉnh lối sống và bằng thuốc theo khuyến cáo phải thực hiện liên tục và gần như vô thời hạn. Điều này được chứng minh cải thiện tiên lượng, giảm tần suất biến cố tim mạch cũng như tử vong [2]. Theo Hướng Dẫn Điều Trị của Hội Tim Mạch Việt Nam (VNHA 2019) các nhóm thuốc điều trị sau HCVC bao gồm Aspirin, kháng thụ thể P2Y12, ức chế men chuyển hoặc ức chế thụ thể, statin, ức chế beta [1]. Điều trị theo khuyến cáo tại Việt Nam đã chứng minh hiệu quả giảm biến cố tim mạch bất lợi. Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự (2017) chứng minh kết cục lâm sàng bất lợi (tử vong và tái nhập viện) tăng có ý nghĩa ở nhóm không tuân thủ điều trị ở thời điểm 6 tháng sau xuất viện với tỷ lệ là 35,2% so với 25,2% với $p = 0,014$ [3]. Tuân thủ điều trị giảm nguy cơ tương đối biến cố tim mạch bất lợi 29% tại thời điểm 6 tháng (KTC 95% 0,51 - 0,98; $p = 0,039$). Trong thế giới thực thì luôn luôn có khoảng trống từ khuyến cáo dựa trên bằng chứng tới thực tế lâm sàng và trách nhiệm cả hai phía bác sĩ và bệnh nhân. Về phía bác sĩ thì theo kết quả nghiên cứu cấp quốc gia của tác giả Nguyễn Thắng về tuân thủ kê toa

thuốc lúc xuất viện của bác sĩ Việt Nam theo hướng dẫn của Bộ Y Tế cho thấy rất cao với tỷ lệ kê toa lần lượt 96,3% aspirin; 91,7% kháng tiêu cầu kép; 90,1% statin; 89,1% ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể và 76,7% ức chế beta [4].

Chính vì thế mà tuân thủ điều trị của bệnh nhân trở thành một mục tiêu quan trọng cần đánh giá trong các lần tái khám hoặc tái nhập viện. Cũng trong nghiên cứu kể trên của tác giả Nguyễn Thắng thì tuân thủ của bệnh nhân chưa tới một nửa (47,3%) [3]. Một số yếu tố trong các nghiên cứu nhỏ tại địa phương liên quan đến việc không tuân thủ của bệnh nhân có ý nghĩa như không có bảo hiểm y tế ($p = 0,01$). Một nghiên cứu khác của tác giả Thanh Tâm thì yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị ở bệnh nhân sau can thiệp mạch vành gồm học vấn, nghề nghiệp, thu nhập, tình trạng trầm cảm, tình trạng tái khám định kỳ và kiến thức về bệnh mạch vành [5].

Như vậy đối với bệnh nhân cao tuổi, nhiều bệnh đồng mắc mạn tính, đa thuốc hay hạn chế tình trạng chức năng thì việc tuân thủ điều trị càng thử thách. Và song song đó, thống kê về vấn đề này hầu như chưa có dữ liệu. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu xác định tỷ lệ tuân thủ điều trị ở bệnh nhân cao tuổi sau hội chứng vành cấp tại bệnh viện Thống Nhất và yếu tố ảnh hưởng là đáp ứng nhu cầu thực tế lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên đối tượng là tất cả bệnh nhân ≥ 60 tuổi, được chẩn đoán hội chứng vành cấp tại thời điểm xuất viện. Hội chứng vành cấp bao gồm các thể: đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên theo ESC [6].

Loại trừ những bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính, sa sút trí tuệ, không có người đại diện và không đồng ý tham gia nghiên cứu

Nghiên cứu được thực hiện tại khoa Tim Mạch Cấp Cứu - Can Thiệp, bệnh viện Thống Nhất trong thời gian từ 6/2020 đến 6/2021.

Cỡ mẫu: chọn p có để được cỡ mẫu lớn nhất là 0,5; $\alpha = 0,05$ và $d = 0,06$, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu theo công thức:

$$n = \frac{Z_{(1-\alpha/2)}^2 p(1-p)}{d^2}$$

Ước tính số lượng BN là 267, dự đoán mất mẫu 10%. Số lượng bệnh nhân tối thiểu là 294 BN.

Chọn mẫu: lấy liên tục trong thời gian nghiên cứu
Định nghĩa biến số chính trong nghiên cứu:

- Tuân thủ điều trị thuốc [7,8] (**bảng 1**). 5 nhóm thuốc đánh giá sự tuân thủ: aspirin, ức chế tiểu cầu P2Y12 (clopidogrel 75mg/ngày hay Ticagrelor 90 mg 2 lần/ ngày); nhóm statin; ức chế beta; ức chế men chuyển/ ức chế thụ thể angiotensin II.

Bảng 1: Định nghĩa biến số tuân thủ điều trị

Kê toa thuốc lúc xuất viện	Dùng thuốc tại thời điểm kết thúc theo dõi	Dùng thuốc liên tục	Quy ước
Không	Không/Có	Không/Có	Không tuân thủ
Có	Không	Không/Có	Không tuân thủ
Có	Có	Không	Không tuân thủ
Có	Có	Có	Tuân thủ

- Suy yếu: đánh giá theo thang điểm suy yếu lâm sàng Canada (Canadian Study of Health and Ageing (CSHA) frailty scale) (**bảng 2**). Đánh giá là suy yếu khi từ mức 5 cho đến mức 9 trên thang điểm cụ thể ở bảng dưới [9].

Bảng 2: Thang điểm suy yếu lâm sàng Canada

Rất khỏe	Những người khỏe mạnh, nhanh nhẹn, đầy sinh lực và tích cực, vận động thể lực đều đặn. So với những người cùng độ tuổi, họ khỏe mạnh nhất.
Khỏe	Những người không có triệu chứng bệnh đang tiến triển nhưng không khỏe bằng những người thuộc nhóm 1. Họ thường vận động thể lực hoặc rất năng động tùy theo từng thời điểm nhất định. Ví dụ: vận động theo mùa.
Sức khỏe ổn định	Những người có bệnh được kiểm soát tốt nhưng không thường xuyên hoạt động ngoài trừ đi bộ.
Dễ bị tổn thương	Không phụ thuộc vào người khác trong cuộc sống hàng ngày nhưng các triệu chứng thường giới hạn hoạt động. Than phiền thường gặp là trở nên “chậm chạp” và/hoặc mệt mỏi cả ngày. ADL và IADL không phụ thuộc
Suy yếu nhẹ	Những người này thường chậm chạp rõ rệt hơn và cần sự giúp đỡ trong các hoạt động cao cấp hàng ngày (tài chính, giao thông, công việc nhà, thuốc men). Điển hình là suy yếu nhẹ làm giảm dần các hoạt động như mua sắm và ra đường một mình, nấu ăn và công việc nội trợ. IADL phụ thuộc trong khi ADL bình thường
Suy yếu trung bình	Những người cần giúp đỡ trong mọi hoạt động sử dụng phương tiện. Trong nhà, họ thường gặp khó khăn khi đi cầu thang và cần được giúp khi tắm rửa và có thể cần sự hỗ trợ tối thiểu khi mặc quần áo. Giảm cả ADL và IADL.
Suy yếu nặng	Hoàn toàn phụ thuộc người khác trong việc chăm sóc bản thân do bất cứ nguyên nhân nào (thể chất hoặc nhận thức). Tuy vậy, họ có vẻ ổn định và không có nguy cơ tử vong cao (trong vòng 6 tháng).

Suy yếu rất nặng	Hoàn toàn phụ thuộc, đang vào giai đoạn cuối đời. Thông thường, họ không thể phục hồi ngay cả khi bệnh nhẹ.
Bệnh giai đoạn cuối	Ở giai đoạn cuối đời. Nhóm này áp dụng đối với những người có kỳ vọng sống <6 tháng dù có thể không suy yếu rõ ràng.

Biến cố tim mạch (kết cục):

- Tử vong chung gồm tử vong do tim mạch và không do tim mạch.
- Tái nhập viện: trong thời gian theo dõi, bệnh nhân phải nhập viện lại.

Quá trình thực hiện theo dõi:

- Bệnh nhân tái khám theo hẹn mỗi tháng trong vòng 6 tháng tại phòng khám ngoại trú của khoa. Tim Mạch Can Thiệp bệnh viện Thống Nhất.
- Bệnh nhân được phỏng vấn trực tiếp theo bảng câu hỏi về sự tuân thủ điều trị thuốc và các lý do (thiết kế sẵn) không dùng thuốc.
- Mất mẫu nếu bệnh nhân không tái khám đúng hẹn và không liên lạc được qua điện thoại trong thời gian 6 tháng. Số lần tối thiểu trong thời gian theo dõi là tháng thứ 1, thứ 3 và thứ 6.

Phân tích thống kê: biến định tính mô tả bằng tần

số, tỷ lệ % và được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương. Biến định lượng có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn và được kiểm định bằng phép kiểm T - test. Có ý nghĩa thống kê khi $p \leq 0,05$.

Y đức: đề tài nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TPHCM số 446/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 17 tháng 7 năm 2020.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu và theo dõi 6 tháng sau xuất viện, chúng tôi thu nhận được 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp khi xuất viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 3. Sự tuân thủ điều trị qua các tháng theo dõi trong 6 tháng được ghi nhận ở biểu đồ 1.

Bảng 3: Đặc điểm dân số nghiên cứu

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	P
Tuổi (X ± ĐLC)	73 ± 9	70,2 ± 8,5	74,3 ± 9,0	< 0,001
Nam giới, n (%)	207 (68,3)	74 (73,3,3)	133 (65,8)	0,19
Thể bệnh xuất viện				
ĐNKOD, n (%)	104 (34,3)	43 (42,6)	61 (30,2)	0,037
NSTEMI, n (%)	142 (46,9)	37 (36,6)	105 (52,0)	
STEMI, n (%)	57 (18,8)	21 (20,8)	36 (17,8)	
Bệnh đồng mắc				
Tăng huyết áp, n (%)	273 (90,1)	86 (85,1)	187 (92,6)	> 0,05
Đái tháo đường, n (%)	115 (38)	32 (31,7)	76 (37,6)	
Suy tim (EF ≤ 40%), n (%)	103 (34)	21 (20,8)	70 (34,7)	
Bệnh thận mạn, n (%) (eGFR < 60 ml/phút/1,73m²)	44 (14,5)	3 (3)	13 (6,4)	
Rối loạn lipid máu, n (%)	243 (80,2)	79 (78,2)	164 (81,2)	
Nhồi máu cơ tim cũ, n (%)	63 (20,8)	22 (21,8)	41 (20,3)	
Nhồi máu não cũ, n (%)	16 (5,3)	3 (3)	13 (6,4)	
Rung nhĩ, n (%)	10 (3,3)	0 (0,0)	10 (5)	

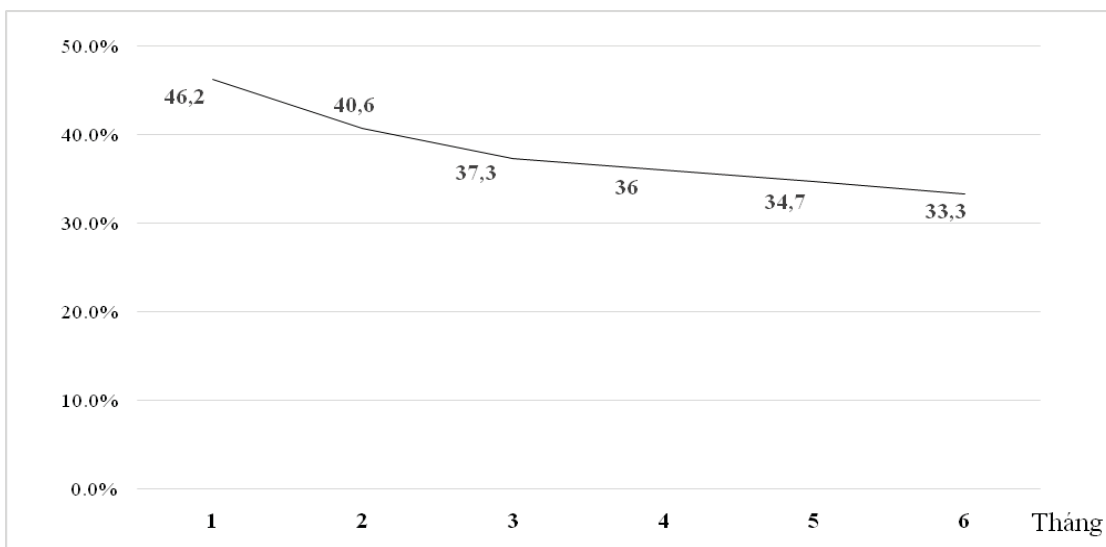
Tuân thủ điều trị và kết cục lâm sàng ngắn hạn sau xuất viện...

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	P
1 bệnh, n (%)	41 (13,5)	18 (17,8)	23 (11,4)	0,102
2 bệnh, n (%)	69 (22,8)	24 (23,8)	44 (21,8)	
≥ 3 bệnh, n (%)	169 (55,8)	50 (49,5)	120 (59,4)	
Can thiệp mạch vành, n (%)	189 (62,4)	87 (86,1)	102 (50,5)	< 0,001
Trình độ học vấn				
Mù chữ, n (%)	50 (16,5)	10 (9,9)	40 (19,8)	0,063
Cấp 1, n (%)	106 (35,0)	30 (29,7)	76 (37,6)	
Cấp 2, n (%)	74 (24,4)	24 (23,8)	50 (24,8)	
Cấp 3, n (%)	50 (16,5)	24 (23,8)	26 (12,9)	
Trên cấp 3, n (%)	23 (7,6)	13 (12,8)	10 (4,9)	
Suy yếu, n (%)	118 (38,9)	25 (24,7)	93 (46,0)	< 0,001
Ý thức thời gian dùng thuốc				
Suốt đời, n (%)	155 (51,2)	61 (60,4)	94 (46,6)	0,023
Không biết, n (%)	148 (48,8)	40 (39,6)	108 (53,4)	

Đặc điểm chung ở nhóm nghiên cứu có tuổi trung bình khá cao (73 ± 9), nam giới chiếm gấp đôi nữ giới, thể bệnh gặp nhiều nhất là nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Các bệnh đồng mắc hay gặp là tăng huyết áp, rối loạn lipid máu và tới 55,8% bệnh nhân có ít nhất 3 bệnh phối hợp. Tỷ lệ điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành qua da tương đối cao 62,4%. Suy yếu (từ mức độ nhẹ trở lên) chiếm

hơn 1/3 dân số nghiên cứu và gần 50% bệnh nhân chưa có ý thức thời gian dùng thuốc.

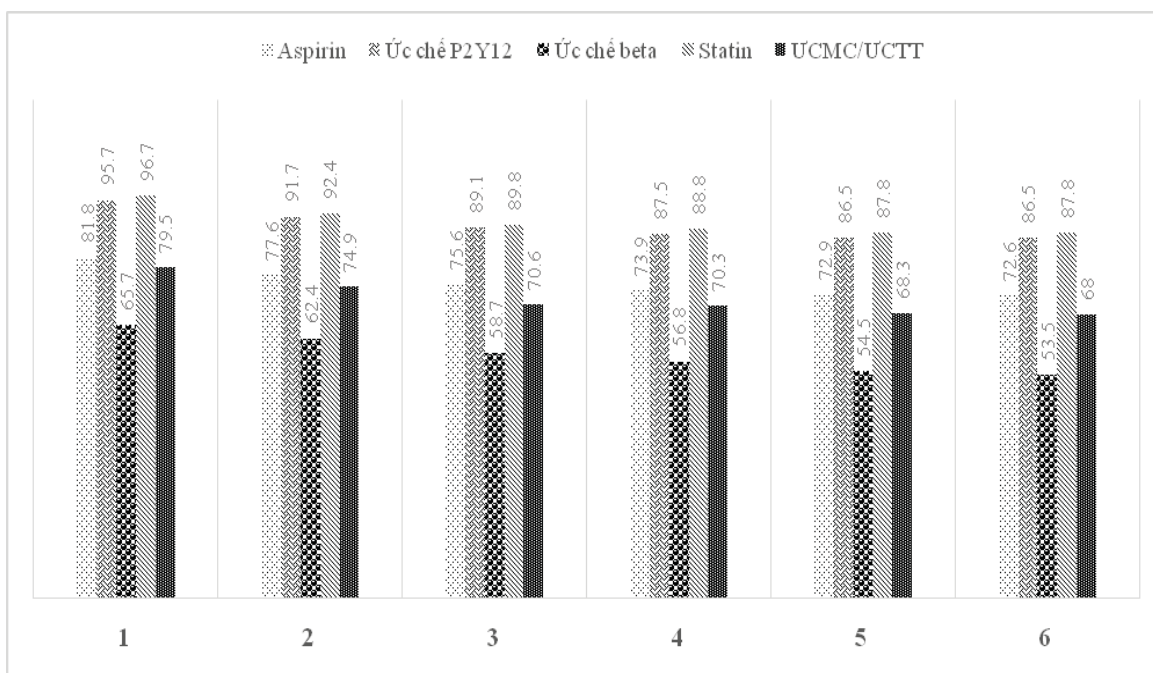
Trong đó nhóm không tuân thủ điều trị có các đặc điểm khác biệt có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ điều trị như: tuổi trung bình cao hơn ($p < 0,001$); thể nhồi máu cơ tim không ST chênh lên gặp nhiều hơn ($p = 0,032$); bị suy yếu nhiều hơn ($p < 0,001$), ít được can thiệp mạch vành hơn ($p < 0,001$).



Biểu đồ 1: Tỷ lệ tuân thủ thuốc qua các tháng theo dõi

Bệnh viện Trung ương Huế

Sự tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo ở bệnh nhân hội chứng vành cấp là không cao, cụ thể tỉ lệ ở tháng thứ nhất sau xuất viện là 46,2%. Những tháng kế tiếp tiếp tục giảm theo khuynh hướng tuyến tính trong 6 tháng theo dõi và kết thúc thời gian nghiên cứu thì tỉ lệ 33,3%.



Biểu đồ 2: Tỉ lệ tuân thủ từng nhóm thuốc qua các tháng theo dõi

Nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp có tỷ lệ tuân thủ cao là nhóm statin và ức chế P2Y12. Ngược lại, tỷ lệ tuân thủ thấp nhất là nhóm ức chế beta. Tuân thủ điều trị của từng nhóm thuốc theo khuyến cáo khuynh hướng giảm theo thời gian trong 6 tháng sau xuất viện (**biểu đồ 2**).

Bảng 4: Biến cố tim mạch bất lợi của nhóm nghiên cứu tại 6 tháng theo dõi

	Tổng N = 303	Tuân thủ n = 101	Không tuân thủ n = 202	HR KTC 95%	P
Tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân, n (%)	107 (35,3)	17 (16,8)	90 (44,6)	0,32 (0,20 - 0,55)	< 0,001
Tái nhập viện và tử vong do nguyên nhân tim mạch, n (%)	79 (26,1)	13 (12,9)	66 (32,7)	0,36 (0,20 - 0,65)	< 0,001

Như vậy, biến cố tim mạch bất lợi bao gồm tái nhập viện và tử vong do mọi nguyên nhân hay do tim mạch sau 6 tháng đều tăng có ý nghĩa thống kê ở nhóm không tuân thủ điều trị so với nhóm tuân thủ điều trị, $p < 0,001$ (**bảng 4**).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm bệnh nhân ≥ 60 tuổi hội chứng vành cấp sau xuất viện với tuổi trung bình khá cao là 70 tuổi. Nhóm tuân thủ điều trị thấp hơn có ý nghĩa (70,2% vs 74,3% với $p < 0,001$). Nam giới gấp 2 lần nữ. Thở bệnh hội chứng vành cấp không ST chênh lên chiếm gần như đa số (nhồi máu cơ tim cấp là 46,9% và đau ngực không ổn định là 34,3%) trong

khi đó thì nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chỉ chiếm gần 1/5 (18,8%). Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có tỷ lệ là 65,7% cao hơn so với nghiên cứu của Yaman và cộng sự thực hiện ở Malaysia chỉ 41,6% [10]. Sự khác biệt này có thể là thời điểm nghiên cứu 2 nghiên cứu và tiêu chuẩn chẩn đoán. Nghiên cứu của Yaman thực hiện cách đây 5 năm, thời điểm mà chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp chưa lấy tiêu chuẩn vàng tăng Troponin (khi có giá trị cao hơn bách phân vị 99 giá trị tham chiếu) để chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp như hiện tại theo ESC/AHA định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về nhồi máu cơ tim [6]. Bên cạnh đó, sự khác biệt cũng có sự góp phần

ở địa điểm lấy mẫu bởi nghiên cứu của chúng tôi thực hiện lấy mẫu tại khoa tim mạch can thiệp.

Bệnh lý mạn tính đồng mắc chiếm tỷ lệ cao là tăng huyết áp (90,1%) và rối loạn lipid máu (80,9%). Điều này thường gặp ở nhóm bệnh nhân cao tuổi có bệnh tim mạch cao tuổi. Đặc điểm khác của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là có tỷ lệ khá cao bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái giảm chiếm tới 34%. Đây là nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao tái nhập viện cũng như biến cố tim mạch. Bệnh nhân suy yếu chiếm hơn 1/3 trường hợp với 38,9%. Điều trị tái thông bằng can thiệp mạch vành với tỷ lệ khá cao 62,4%. Tỷ lệ này cao hơn gấp đôi so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng là 25% [3]. Sự khác biệt này khả năng là thời điểm nghiên cứu khi tái thông bằng phương pháp can thiệp mạch vành qua da trở nên phổ biến và dễ tiếp cận hơn các phương pháp khác. Phần khác là địa điểm nghiên cứu thực hiện tại khoa tim mạch can thiệp.

Trong thời gian 6 tháng thu thập 303 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp khi xuất viện và tiến hành theo dõi ngoại trú 6 tháng sau xuất viện. Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ tuân thủ điều trị 5 nhóm thuốc theo khuyến cáo (aspirin, ức chế P2Y12, statin, ức chế thụ thể/ức chế men chuyển và ức chế beta) sau 6 tháng là không cao, với tỷ lệ 33,3%. Tuy nhiên so với thời điểm 1 tháng sau xuất viện thì tỷ lệ này cũng gần một nửa với tỷ lệ 46,2%. Khuynh hướng giảm tuyến tính theo thời gian theo dõi, ở tháng thứ hai là 40,6%; tháng thứ ba là 37,3%, tháng thứ tư là 36%; tháng thứ năm là 34,7%. Tỷ lệ trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng và cộng sự với tỷ lệ tuân thủ ở thời điểm 6 tháng là 47,3% [3]. Khi so sánh với nghiên cứu của tác giả Yaman và cộng sự thực hiện tại Malaysia trên 190 bệnh nhân sau hội chứng vành cấp thì tỷ lệ tuân thủ điều trị mức độ trung bình - cao (theo MMAS ≥ 6 điểm) ở thời điểm 6 tháng khá cao là 69,5%. Và khuynh hướng cũng tuân thủ cũng giảm dần theo thời gian theo dõi, thời điểm kết thúc nghiên cứu 18 tháng thì tuân thủ điều trị chỉ còn ở mức độ trung bình (theo MMAS) là 49%. Sự thay đổi này trong nghiên cứu cũng theo dạng tuyến tính [10].

Trong 5 nhóm thuốc điều trị theo khuyến cáo ở bệnh nhân sau hội chứng vành cấp thì thuốc ức chế beta có tỷ lệ thấp nhất từ thời điểm tháng thứ nhất tới thời điểm tháng thứ sáu khi kết thúc theo dõi với tỷ lệ lần lượt là 65,7% và 53,5%. Xét tốc độ giảm trong 6 tháng của nhóm thuốc này tương tự như các nhóm

còn lại. Tỷ lệ tuân thủ điều trị của thuốc ức chế beta thấp, một phần do nằm trong chống chỉ định tương đối hoặc thái độ không chắc chắn của bác sĩ đối với bệnh nhân suy tim chưa ổn định sau nhồi máu cơ tim hoặc xuất hiện triệu chứng khó thở trong thời gian khởi đầu điều trị. Điều này cũng thấy ở các nghiên cứu nước ngoài thì tỷ trọng sử dụng thuốc cũng không cao, quanh quẩn 50%. Tuân thủ điều trị với thuốc Aspirin ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu cũng với lý do tương tự, mà tác dụng phụ thường gặp là trên dạ dày.

Thuốc ức chế P2Y12 và nhóm statin (cụ thể atorvastatin và rosuvastatin) có tỷ lệ tuân thủ cao nhất và duy trì tới thời điểm 6 tháng. Tỷ lệ tuân thủ ở thuốc ức chế P2Y12 ở tháng thứ 1 và thứ 6 lần lượt là 95,7% và 86,5%; với thuốc statin thì tỷ lệ lần lượt là 96,7% và 87,8%. Điều này cũng tương tự ở các nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng thì thuốc ức chế P2Y12 và statin lần lượt là 94,3% và 93,1%. Một nghiên cứu khác trong nước của tác giả Trần Quốc Dũng thực hiện ở bệnh viện Tim Mạch An Giang thì tỷ lệ tuân thủ 2 nhóm thuốc này sau 6 tháng là 82,3% [8]. Nhiều nghiên cứu đã chứng minh điều trị cải thiện tiên lượng với 2 nhóm thuốc này là tuyệt đối. Bên cạnh đó, tác dụng phụ được báo cáo của 2 nhóm thuốc này là không đáng kể. Thuốc ức chế P2Y12 đặc biệt quan trọng với bệnh nhân được can thiệp mạch vành nên việc bệnh nhân được thông tin về nhóm thuốc này về thời gian sử dụng tối thiểu 12 tháng và chỉ ngưng khi có chống chỉ định đặc biệt như đang chảy máu hoặc giảm tiểu cầu $< 50\ 000/\text{mL}$. Một trong những biến chứng nặng của việc ngưng thuốc ức chế P2Y12 là tắc trong stent vì tiên lượng tử vong của biến chứng này thông kê gần 50%.

Khi xem xét các yếu tố liên quan đến sự không tuân thủ điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận được tuổi ($p < 0,001$); thể bệnh (nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, $p = 0,037$); suy yếu ($p < 0,001$); ý thức thời gian dùng thuốc ($p = 0,023$) làm tăng sự không tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ngược lại, thì can thiệp mạch vành lại cho thấy sự tuân thủ của bệnh nhân tốt hơn với $p < 0,001$. Các nghiên cứu trong nước của tác giả Nguyễn Thắng và nghiên cứu của tác giả Trần Quốc Dũng thì yếu tố liên quan đến không tuân thủ điều trị bao gồm bệnh nhân không có bảo hiểm y tế, suy tim ($\text{EF} \leq 40\%$) [3,11]. Và 2 nghiên cứu này cũng ghi nhận điều tương tự như nghiên cứu của chúng tôi là can thiệp mạch vành là yếu tố làm tăng sự tuân thủ điều trị có ý nghĩa thống kê.

Trong thời gian 6 tháng theo dõi thì tỷ lệ biến cố tim mạch là tái nhập và tử vong do mọi nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 35,3%; trong đó do nguyên nhân tim mạch là 26,1%. Nhóm không tuân thủ điều trị làm tăng biến cố tim mạch có ý nghĩa so với nhóm tuân thủ điều trị. Điều này cũng được chứng minh qua nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước. Nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thắng chứng minh được tuân thủ điều trị làm giảm tử vong và biến cố tim mạch bất lợi sau 6 tháng, giảm được 29% nguy cơ tương đối (HR 0,71, KTC 95%: 0,51 - 0,98) [3].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tuân thủ điều trị bằng thuốc theo khuyến cáo sau hội chứng vành cấp ở bệnh nhân cao tuổi không cao với 46,2% tại 1 tháng sau xuất viện và 33,3% sau 6 tháng. Yếu tố góp phần làm tăng sự không tuân thủ điều trị có ý nghĩa là tuổi, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, suy yếu và ý thức thời gian dùng thuốc. Sự không tuân thủ điều trị bằng thuốc làm tăng biến cố tim mạch bất lợi trên những bệnh nhân cao tuổi bị hội chứng vành cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y Tế. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. 2019. 14-15. Link: <https://kcb.vn/vanban/quyet-dinh-2187-qd-byt-ngay-03-6-2019-cua-bo-truong-bo-y-te-ve-viec-ban-hanh-tai-lieu-chuyen-mon-huong-dan-chan-doan-va-xu-tri-hoi-chung-mach-vanh-cap>
2. Collet JP, Thiele H, Barbato E, et al. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European Heart Journal*. 2020. 42 (14): 1289-1367.
3. Nguyen T, Le KK, Cao KTH, et al. Association between in-hospital guideline adherence and postdischarge major adverse outcomes of patients with acute coronary syndrome in Vietnam: a prospective cohort study. *BMJ Open*, 2017. 7: e017008.
4. Nguyen T, Nguyen HT, Pham KTH, et al. Physicians' adherence to acute coronary syndrome prescribing guidelines in Vietnamese hospital practice: a cross-sectional study. *Trop Med Int Health*, 2015. 20: 627-637.
5. Nguyễn Thị Thanh Tâm, Nguyễn Văn Lưu, Phạm Thị Thu Hương. Một số yếu tố liên quan đến tuân thủ điều trị của người bệnh sau can thiệp động mạch vành qua da tại tỉnh Hải Dương năm 2018. *Khoa học điều dưỡng*. 2018. 1 (3): 16 - 21
6. Thygesen K, Alpert SJ, Jaffe SA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction 2018. *European Heart Journal*. 2019. 40(3), 237-269
7. Võ Thị Dề. Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân bệnh động mạch vành đã được can thiệp Luận án tiến sỹ Y học, Đại học Y dược TPHCM. 2009.
8. Hee JB, Yang Y, Choi E J. Optimal medical therapy for secondary prevention after an acute coronary syndrome: 18- month follow-up results at a tertiary teaching hospital in South Korea. *Dove Press journal: Therapeutics and Clinical Risk Management*. 2016. 12: 167-175
9. Rockwood K, Song X, MacKnight C, et al. A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *CMAJ*. 2005. 173 (5): 489-495.
10. Yaman WK, Yahaya H, Noorizan AA, et al. Trends in adherence to secondary prevention medications in post-acute coronary syndrome patients. *Pak. J. Pharm. Sci*. 2015. 28 (2): 641-646.
11. Trần Quốc Dũng, Nguyễn Văn Thà, Phan Thanh Hải. Tuân thủ điều trị thuốc sau đặt stent động mạch vành tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Hội nghị khoa học kỹ thuật thường niên Bệnh viện năm 2016. Link: http://benhvientimmachangiang.vn/?tabid=2049&ndid=1489&key=TUAN_THU_DIEU_TRI_THUOC_SAU_DAT_STENT_DONG_MACH_VANH_TAI_BENH_VIEN_TIM_MACH_AN_GIANG