

Thực trạng sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị tại Bệnh viện Tim Hà Nội

Vũ Quỳnh Nga*, Phạm Thị Hoa, Trần Thanh Hoa

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) và đánh giá các biến cố liên quan đến điều trị ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp (ACS) điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu quan sát mô tả có phân tích hồi cứu, thực hiện trên 392 bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng mạch vành cấp (ACS) và điều trị tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 6/2021 đến tháng 7/2022. Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và theo dõi trong 12 tháng. Các biến cố bao gồm chảy máu, tái hẹp và đột quỵ được ghi nhận và phân tích.

Kết quả: 100% bệnh nhân được điều trị DAPT giai đoạn đầu, trong đó phổ biến nhất là phối hợp Aspirin và Clopidogrel, tiếp theo là Aspirin và Ticagrelor. Tại các thời điểm 1 tháng, 6 tháng và 12 tháng sau, tỷ lệ sử dụng DAPT có thay đổi, tuy nhiên Aspirin và Clopidogrel luôn chiếm tỷ lệ cao nhất. Có sự chuyển tiếp thuốc đa dạng trong quá trình 12 tháng đầu điều trị. Tỷ lệ biến cố chảy máu nặng là 1,28%, tái hẹp là 3,82%, đột quỵ 9,18%. Điểm PRECISE-DAPT cao tương quan với biến cố chảy máu ($p = 0,035$). Các yếu tố liên quan đến tái hẹp và đột quỵ gồm HbA1c, xuống thang điều trị và số lượng stent.

Kết luận: Việc sử dụng DAPT tại Bệnh viện Tim Hà Nội tuân thủ tương đối tốt các

khuyến cáo hiện hành, tuy nhiên cần tối ưu hóa thời gian điều trị và cá thể hóa theo nguy cơ chảy máu và huyết khối của bệnh nhân

Từ khóa: Kháng kết tập tiểu cầu, hội chứng mạch vành cấp

DUAL ANTIPLATELET THERAPY IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME TREATED AT HANOI HEART HOSPITAL

ABSTRACT:

Objective: To assess the use of dual antiplatelet drugs and evaluate dual antiplatelet therapy (DAPT)-related adverse events in patients with acute coronary syndrome (ACS) managed at Hanoi Heart Hospital.

Subjects and Methods: A descriptive study with retrospective analysis was conducted on 392 patients diagnosed with ACS and treated at Hanoi Heart Hospital from June 2021 to July 2022. Data were collected from medical records and followed up for 12 months. Adverse events including bleeding, restenosis, and stroke were recorded and analyzed.

Results: All patients (100%) received DAPT during the initial phase, with the

Bệnh viện Tim Hà Nội, Hoàn Kiếm, Hà Nội, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: Vũ Quỳnh Nga.

Email: ngavuuq@gmail.com - Tel: 0913008042

Ngày nhận bài: 18/07/2025 Ngày sửa: 23/8/2025

Ngày chấp nhận đăng: 29/08/2025

combination of Aspirin and Clopidogrel being the most commonly used, followed by Aspirin and Ticagrelor. At 1, 6, and 12 months, the DAPT usage rate varied; however, Aspirin and Clopidogrel consistently remained the most prescribed drugs. A diverse transition of medications was observed during the 12-month treatment period. The incidence of major bleeding was 1.28%, restenosis 3.82%, and stroke 9.18%. A high PRECISE-DAPT score was significantly associated with bleeding events ($p = 0.035$). Factors related to restenosis and stroke included

elevated HbA1c, treatment de-escalation, and the number of stents.

Conclusion: The use of DAPT at Hanoi Heart Hospital relatively adheres to current clinical guidelines. However, treatment duration and strategies should be further optimized and individualized based on patients' bleeding and thrombotic risk profiles.

Keywords: *Antiplatelet therapy, Acute coronary syndrome.*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (ACS) là một thuật ngữ đề cập đến bất kỳ biểu hiện lâm sàng nào có liên quan đến biến cố tổn thương động mạch vành (ĐMV) có tính chất cấp tính, bao gồm: Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên (STEMI), Nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên (NSTEMI), Đau thắt ngực không ổn định (UA).

Mặc dù đã có những tiến bộ lớn trong chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành nói chung và hội chứng vành cấp nói riêng, đặc biệt là sự ra đời của can thiệp động mạch vành qua da (PCI), căn bệnh này vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và là gánh nặng lớn về xã hội và tài chính cho các hệ thống chăm sóc sức khỏe. Theo thống kê từ Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ (AHA), 1.413.000 trường hợp xuất viện ở Hoa Kỳ là do ACS vào năm 2005, khoảng 80% là do UA hoặc NSTEMI và khoảng 20% là do STEMI [1,2]. Cũng theo thống kê của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA), khoảng 18% nam giới và 23% phụ nữ trên 40 tuổi sẽ tử vong trong vòng 1 năm kể từ khi được chẩn đoán ACS. Gánh nặng kinh tế của ACS cũng rất

cao, khiến nước Mỹ thiệt hại hơn 150 tỷ USD. Khoảng 20% bệnh nhân ACS nhập viện lại trong vòng 1 năm và gần 60% chi phí liên quan đến ACS là do nhập viện lại [3].

Các hướng dẫn mới nhất của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC), trường môn tim mạch Hoa Kỳ (ACC) cũng như Hội Tim mạch Việt Nam đã khuyến cáo rõ ràng với mức bằng chứng mạnh mẽ về điều trị bệnh nhân ACS, trong đó nhấn mạnh vai trò quan trọng của liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) với Aspirin và một thuốc ức chế thụ thể P2Y₁₂, đóng vai trò quan trọng trong việc giảm các biến cố thiếu máu cục bộ, cải thiện tiên lượng, giảm tỉ lệ tử vong (ở tất cả các nhóm bệnh nhân ACS: điều trị nội khoa đơn thuần, sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, can thiệp động mạch vành qua da, hoặc phẫu thuật bắc cầu động mạch vành). Tuy nhiên, việc tăng cường điều trị chống ngưng tập tiểu cầu bằng cách phối hợp một thuốc ức chế thụ thể P2Y₁₂ với aspirin cũng như kéo dài thời gian điều trị DAPT cần cân bằng giữa giảm nguy cơ thiếu máu cục bộ và tăng nguy cơ xuất huyết. Mức độ khuyến cáo I trong hầu hết tình trạng lâm sàng là ít nhất 6-12 tháng

với DAPT (phụ thuộc vào tình trạng lâm sàng), và mức độ khuyến cáo IIb dành cho DAPT kéo dài hơn khoảng thời gian 6 đến 12 tháng [4,5].

Dù vậy, chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá thực trạng áp dụng của liệu pháp DAPT ở các bệnh nhân được chẩn đoán ACS trong thời gian nằm viện cũng như sau xuất viện. Vì vậy, nhóm nghiên cứu thực hiện đề tài **“Phân tích thực trạng sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị nội trú và ngoại trú tại Bệnh viện Tim Hà Nội”** với 2 mục tiêu:

1. Mô tả thực trạng sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép theo khuyến cáo ở các bệnh nhân ACS điều trị nội trú và ngoại trú.

2. Đánh giá các biến cố xuất huyết, tái hẹp và đột quy liên quan đến sử dụng liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép ở các bệnh nhân ACS điều trị nội trú và ngoại trú.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

392 bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán ACS, bao gồm STEMI, NSTEMI và đau thắt ngực không ổn định theo hướng dẫn của Bộ Y tế [5].

2.2. Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang, có phân tích hồi cứu theo dõi 12 tháng.

2.3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Thời gian: Từ tháng 6/2021 đến tháng 7/2022.

Địa điểm: Bệnh viện Tim Hà Nội, bao gồm cả ở cơ sở 1 và cơ sở 2

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: Dùng công thức tính mẫu ước lượng theo tỷ lệ. Do không tìm được p ước lượng trong

các nghiên cứu trước nên chọn $p = 0,5$; $q = 0,5$ để được mẫu tối thiểu lớn nhất. Thay vào công thức trên tính được $n = 384$. Trong thực tế chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 392 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Thuận tiện.

2.4. Thu thập dữ liệu

Thông tin lâm sàng, cận lâm sàng.

Chi tiết điều trị kháng kết tập tiểu cầu tại các thời điểm: nhập viện, tháng 1, tháng 6, tháng 12.

Các biến cố lâm sàng: chảy máu (phân loại mức độ), tái hẹp, đột quy.

Đặc điểm về số lượng tiểu cầu, thang điểm PRECISE-DAPT, HAS BLED.

2.5. Phân tích số liệu

Sử dụng SPSS 22.0; kiểm định t-test, Chi-square và Fisher exact test. $p < 0,05$ được coi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 392. Trong đó có 226 (57,65%) bệnh nhân nữ, 166 bệnh nhân nam, chiếm tỷ lệ 42,35%. Về phân bố độ tuổi trong mẫu nghiên cứu, độ tuổi từ 60-75 chiếm đa số (51,28%). Có 75 bệnh nhân đang dùng OAC tại thời điểm nhập viện và 317 bệnh nhân (80,87%) không sử dụng OAC. Có 234 bệnh nhân (59,69%) suy tim EF $> 40\%$ và suy tim EF $< 40\%$ có 158 bệnh nhân (40,31%).

Về đặc điểm đoạn ST, có 198 người bệnh (50,51%) tại thời điểm nhập viện ST chênh lên, trong khi ST không chênh lên là 194 (49,49%). Không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân

này. Nồng độ NT-proBNP máu của nhóm bệnh nhân tại thời điểm nhập viện là 4126 ± 112 (pg/mL) và Troponin T hs là 697 ± 43 (ng/L).

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (N = 392)

Đặc điểm		N	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	226	57,65
	Nữ	166	42,35
Nhóm tuổi	< 45	45	11,48
	45 – 60	120	30,61
	60 – 75	201	51,28
	≥ 75	26	6,63
Đang dùng OAC	Có	75	19,13
	Không	317	80,87
Suy tim	EF > 40%	234	59,69
	EF < 40%	158	40,31
Đặc điểm đoạn ST	Chênh lên	198	50,51
	Không chênh lên	194	49,49
NT-proBNP (pg/mL)		4126 ± 112	
Troponin T hs (ng/L)		697 ± 43	

Về hướng điều trị, có 3 nhóm điều trị khác nhau với tỉ lệ chênh lệch có ý nghĩa thống kê. Trong đó, điều trị nội khoa có 77 bệnh nhân chiếm 19,64%, điều trị PCI có tỉ lệ cao nhất với chiếm 61,48% (241 bệnh nhân) và điều trị CABG có tỉ lệ thấp nhất với 18,88%.

Về phân bố động mạch thủ phạm, thân chung động mạch vành trái (LM) chiếm tỷ lệ thấp nhất với 6,01%. Tỷ lệ các đặc điểm động mạch liên thất trước (LAD), nhánh mũ (LCX) và động mạch vành phải (RCA) cao hơn hẳn so với LM, lần lượt là 39,16%; 31,33% và 23,5%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,025$.

Bảng 2. Đặc điểm phương pháp điều trị và động mạch thủ phạm hệ mạch vành (N = 392)

Đặc điểm		N (%)	p
Phương pháp điều trị	Nội khoa	77 (19,64)	0,01
	PCI	241 (61,48)	
	CABG	74 (18,88)	
Động mạch vành thủ phạm	LM	23 (6,01)	0,025
	LAD	150 (39,16)	
	LCx	120 (31,33)	
	RCA	90 (23,50)	
Số lượng nhánh tổn thương	3 thân	110 (28,72)	0,024
	LAD, LCx	49 (12,79)	
	LAD, RCA	63 (16,45)	
	LCx, RCA	45 (11,75)	
	1 nhánh	116 (30,29)	

Về đặc điểm số lượng nhánh tổn thương, tỉ lệ nhánh tổn thương 3 thân chiếm 28,72% (110 bệnh nhân) tương đương với tỉ lệ tổn thương 1 nhánh là 30,29% (116 bệnh nhân).

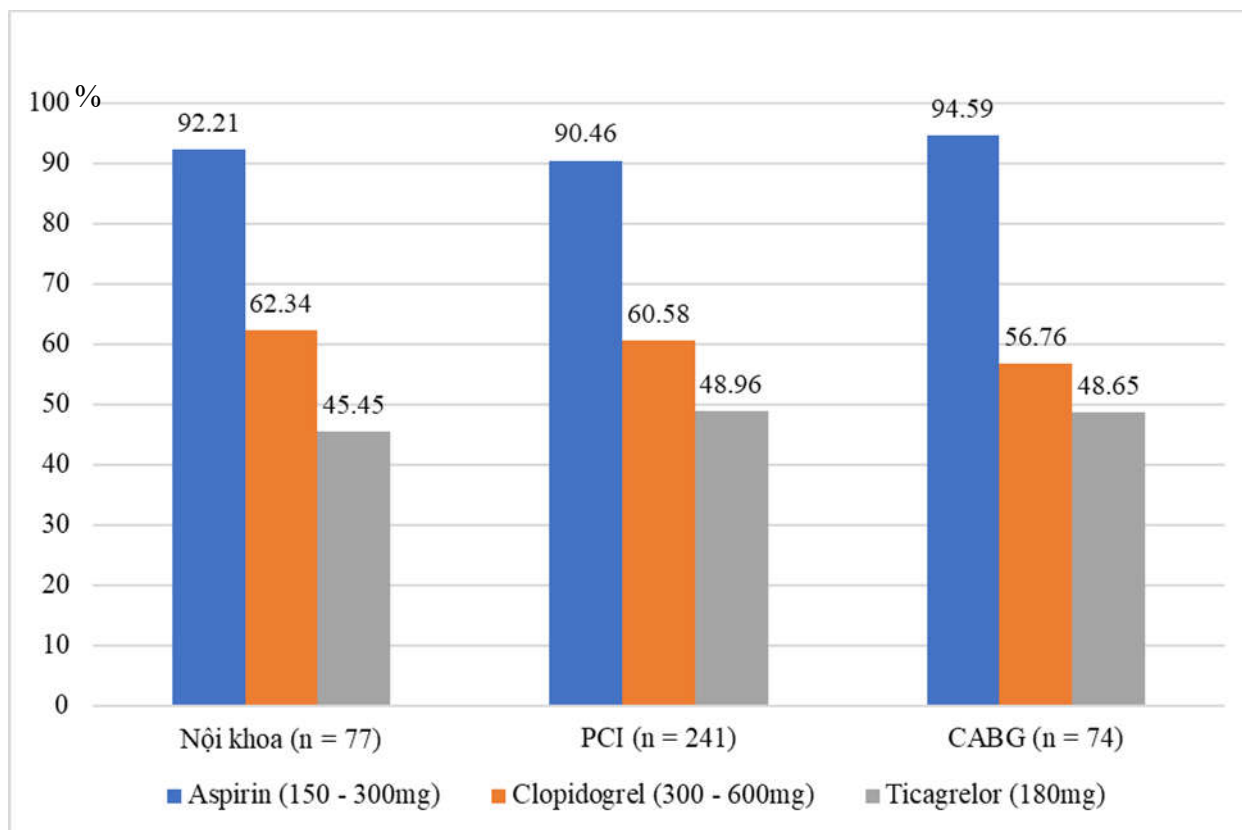
Trong khi đó, tỉ lệ tổn thương nhánh kép LAD, LCX; LAD, RCA và LCX, RCA thấp hơn hẳn so với 2 nhóm trên, lần lượt là 12,79%; 16,45% và 11,75%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,024$.

3.2. Đặc điểm điều trị kháng tiểu cầu

Tại thời điểm chẩn đoán, ở nhóm điều trị nội khoa, có 71 bệnh nhân sử dụng Aspirin (92,21%), Clopidogrel và Ticagrelor lần lượt là 48 (62,34%) và 35 (45,45%).

Ở nhóm điều trị PCI, Aspirin chiếm tỉ lệ cao nhất với 90,46%.

Trong 74 bệnh nhân điều trị CABG, nhóm điều trị bằng Aspirin chiếm 94,59%. Clopidogrel là 42 người (56,75%) và Ticagrelor có tỉ lệ thấp nhất là 48,65% (36 bệnh nhân).



Hình 1. Đặc điểm điều trị kháng tiểu cầu kép liều nạp tại thời điểm chẩn đoán (N = 392)

3.3. Đặc điểm chuyển tiếp thuốc từ khi chẩn đoán ACS đến tháng thứ 12.

Bảng 3. Đặc điểm thay đổi thuốc ở các thời điểm tái khám (N = 392)

Thuốc		N (%)
Kháng kết tập tiểu cầu kép (n = 242)	Aspirin + Ticagrelor sang Aspirin + Clopidogrel	18 (7,44)
	Aspirin + Ticagrelor sang Aspirin	17 (7,02)
	Aspirin + Clopidogrel sang Aspirin	20 (8,26)
	Aspirin+ Clopidogrel sang Clopidogrel	13 (5,37)
	Không chuyển đổi	174 (71,91)
DAPT + OAC sang kháng kết tập tiểu cầu đơn + OAC (n = 47)	Có chuyển đổi	11 (23,40)
	Không chuyển đổi	36 (76,60)

Về đặc điểm đổi thuốc trong quá trình điều trị tại các thời điểm tái khám: Trong số 242 bệnh nhân sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép, có 68 bệnh nhân thay đổi thuốc trong quá trình điều trị. Trong đó, có 18 bệnh nhân chuyển từ sử dụng Aspirin + Ticagrelor sang Aspirin + Clopidogrel, chiếm 7,44%. Tỷ lệ bệnh nhân chuyển từ Aspirin + Ticagrelor sang Aspirin, Aspirin + Clopidogrel sang Aspirin và Aspirin+ Clopidogrel sang Clopidogrel lần lượt là 7,02% (17 bệnh nhân), 8,26% (20 bệnh nhân) và 5,37% (13 bệnh nhân). Số bệnh nhân sử dụng DAPT + OAC là 47 người, trong đó có 11 bệnh nhân (23,40%) chuyển sang kháng kết tập tiểu cầu đơn + OAC.

3.4. Đặc điểm các biến cố và các yếu tố liên quan

Trong quá trình điều trị, biến cố chảy máu nặng và đe dọa tính mạng chiếm tỉ lệ thấp, chỉ 1,28% (5 bệnh nhân) với thời gian trung bình là $1,01 \pm 0,3$ tháng. Về số lượng biến cố chảy máu nhẹ và vừa, với thời gian xảy ra biến cố là $2,20 \pm 1,4$ tháng, có 35 bệnh nhân (8,93%).

Bảng 4. Đặc điểm các biến cố (N = 392)

Biến cố		Thời gian (tháng)	N (%)
Chảy máu	Nặng, đe dọa tính mạng	$1,01 \pm 0,3$	5 (1,28)
	Nhẹ và vừa	$2,20 \pm 1,4$	35 (8,93)
Tái hẹp	PCI	$6,72 \pm 2,7$	12 (4,98)
	CABG	$7,43 \pm 3,9$	3 (4,05)
Đột quy		$8,45 \pm 4,2$	(9,18)

Trong 241 bệnh nhân điều trị PCI, có 12 bệnh nhân (4,98%) xảy ra biến cố tái hẹp với thời gian trung bình là $6,72 \pm 2,7$ tháng. Có 3 bệnh nhân (4,05%) xảy ra biến cố tái hẹp trong số 74 bệnh nhân điều trị CABG với thời gian trung bình là $7,43 \pm 3,9$ tháng. Số bệnh nhân đột quỵ trong quá trình điều trị là 36, chiếm 9,18% với thời gian xảy ra biến cố là $8,45 \pm 4,2$ tháng.

Bảng 5. Mối liên quan giữa các biến cố và yếu tố nguy cơ tim mạch (N = 392)

Yếu tố		Có biến cố	Không	p
Chảy máu nặng	Số lượng tiểu cầu (G/L)	120 ± 31	190 ± 45	0,046
	PRECISE-DAPT ($X \pm SD$)	50 ± 21	22 ± 12	0,035
	HAS BLED ($X \pm SD$)	$6,2 \pm 3,1$	$3,2 \pm 2,7$	0,071
Tái hẹp	HbA1c (%)	$8,2 \pm 1,4$	$5,7 \pm 2,1$	0,033
	Xuống thang điều trị	10 (83,3%)	69 (30.1%)	0,001
	Số lượng stent ≥ 2	8 (66,7%)	143 (62,4%)	0,012
Đột quỵ	LDL-c (mmol/L)	$2,7 \pm 1,2$	$1,1 \pm 0,6$	0,017
	Huyết áp TT (mmHg)	158 ± 24	131 ± 32	0,045
	HbA1c (%)	$9,1 \pm 1,6$	$5,8 \pm 1,9$	0,033
	Xuống thang điều trị	27 (75,0%)	52 (14,6%)	0,001

Các yếu tố liên quan đến biến cố chảy máu nặng gồm số lượng tiểu cầu, điểm số PRECISE DAPT và HAS BLED. Yếu tố liên quan đến tái hẹp gồm chỉ số HbA1c, xuống thang điều trị và số lượng stent ≥ 2 . Yếu tố liên quan tới đột quỵ gồm LDL-C, huyết áp tâm thu, HbA1c và xuống thang điều trị.

4. BÀN LUẬN

Về thực trạng điều trị kháng kết tập tiểu cầu tại thời điểm chẩn đoán, chúng tôi nhận thấy đa phần các bệnh nhân đều được dùng aspirin tại thời điểm chẩn đoán (hơn 90%). Ngoài ra các bệnh nhân được nạp thêm P2Y12 với tỷ lệ tương đối đồng đều giữa các nhóm, khoảng 60% ở nhóm clopidogrel và 45% ở nhóm ticagrelor. Tất cả bệnh nhân ACS không ST chênh lên hay NMCT cấp có ST chênh lên cần được phối hợp aspirin với một thuốc ức chế thụ thể P2Y12 để

giảm nguy cơ tiến triển hoặc tái phát biến cố thiếu máu cục bộ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, đa số bệnh nhân được sử dụng phác đồ chống kết tập tiểu cầu kép: aspirin phối hợp với clopidogrel. Chỉ có 2 bệnh nhân không sử dụng aspirin trong quá trình điều trị tại bệnh viện. Trong đó, một bệnh nhân nhập viện với tình trạng loét dạ dày tá tràng tiến triển. Bệnh nhân còn lại đã từng dùng aspirin trước đó nhưng không dung nạp aspirin do tác dụng không mong muốn của thuốc. Hướng dẫn mới nhất về chẩn đoán và điều trị HCMVC

của Bộ Y tế 2019 khuyến cáo sử dụng phác đồ chống kết tập tiểu cầu kép ít nhất 6 tháng trên các bệnh nhân có nguy cơ chảy máu cao hoặc trong thời gian dùng có biến cố chảy máu. Sau đó, bệnh nhân có thể chuyển sang phác đồ 1 thuốc chống kết tập tiểu cầu [4]. Như vậy, các bệnh nhân trong nghiên cứu đã được sử dụng phác đồ chống kết tập tiểu cầu như các hướng dẫn điều trị hiện nay

Về chuyển tiếp thuốc trong quá trình điều trị, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu trong nước và quốc tế. Theo nghiên cứu của Xiao-Ning Han tiến hành ở 2334 bệnh nhân châu Á bị hội chứng vành cấp, tại thời điểm ban đầu có 72,4% được dùng 1 loại chống kết tập tiểu cầu, trong đó phổ biến nhất là Aspirin (68,4%). Tỷ lệ bệnh nhân có sự chuyển đổi thuốc chống kết tập tiểu cầu ở các nhóm NMCT không ST chênh là (23,8%), NMCT ST chênh (19,4%) và cơn đau thắt ngực không ổn định (17,2%) [6]. Theo nghiên cứu EPICOR tiến hành ở gần 13000 bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Châu Á, tác giả nhận thấy 1283 (9,9%) được xuất viện khi dùng chống kết tập tiểu cầu đơn hoặc không điều trị kháng tiểu cầu và 11 639 (90,1%) được điều trị chống kết tập tiểu cầu kép, bao gồm aspirin và thuốc đối kháng thụ thể P2Y₁₂ trong 88,8% trường hợp. Đến 12 tháng sau khi xuất viện, 86,4% vẫn nhận chống kết tập tiểu cầu kép, tỷ lệ này giảm xuống 62,5% sau 2 năm. Aspirin là loại thuốc kháng tiểu cầu phổ biến nhất được kê đơn khi xuất viện dưới dạng đơn trị liệu, được sử dụng ở 5,3% bệnh nhân, tăng lên 31,2% sau 2 năm. Bệnh nhân xuất viện với chống kết tập tiểu cầu kép có nhiều khả năng chuyển sang chống kết tập tiểu cầu đơn hơn (lần lượt là 1,6%, 11,3% và 32,5% sau 1,5, 12 và 24

tháng) so với không điều trị (tương ứng là 0,4%, 2,2% và 4,9%) [7].

Về biến cố điều trị, cũng theo nghiên cứu EPICOR được tiến hành tiến hành ở bệnh nhân châu Á có hội chứng vành cấp, tỷ lệ biến cố tích lũy cho tiêu chí tổng hợp về tử vong, NMCT và đột quỵ có mô hình tương tự như tỷ lệ tử vong theo chẩn đoán chỉ số và xảy ra ở 8,4% bệnh nhân nói chung sau 2 năm sau khi xuất viện. Nghĩa là, tỷ lệ biến cố đã tăng lên đáng kể ở NMCT không ST chênh và thấp hơn ở đau ngực không ổn định so với NMCT ST chênh trên cả phân tích không điều chỉnh và phân tích điều chỉnh ($p = 0,001$ trong mỗi trường hợp). Tỷ lệ biến cố tổng hợp cao nhất xảy ra ở bệnh nhân NSTEMI được quản lý nội khoa (19,9% so với 8,0% được quản lý xâm lấn), tiếp theo là STEMI được quản lý nội khoa (12,0% so với 6,7%) và đau ngực không ổn định (10,0% so với 4,2%) [7]. Nguy cơ chảy máu liên quan đến điều trị kháng tiểu cầu chuyên sâu hơn phải được cân bằng nguy cơ xảy ra biến cố thiếu máu cục bộ. Điều quan trọng là trong nghiên cứu EPICOR, đồng thời việc sử dụng NSAID khi xuất viện có liên quan đến nguy cơ tăng gấp 10 lần chảy máu, so với không có sự khác biệt rõ ràng giữa các chiến lược kháng tiểu cầu khác nhau. Vì vậy, một kế hoạch dùng thuốc được cân nhắc cũng rất quan trọng để cải thiện kết quả chung.

5. KẾT LUẬN

Liệu pháp kháng kết tập tiểu cầu kép (DAPT) được áp dụng phổ biến ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (ACS) tại Bệnh viện Tim Hà Nội, với phác đồ chủ yếu là Aspirin kết hợp Clopidogrel. Sau xuất viện, phần lớn bệnh nhân được giảm cường độ điều trị trong 12 tháng đầu. Các biến cố chảy máu, tái hẹp và đột quỵ tuy xuất

hiện với tỷ lệ không cao nhưng có mối liên quan rõ rệt đến số lượng tiểu cầu, nồng độ HbA1c, LDL-C, và đặc biệt là việc xuống thang điều trị. Trong bối cảnh thực hành lâm sàng tại Việt Nam và các cơ sở tương đồng về điều kiện chẩn đoán, điều trị thì ở giai đoạn cấp nên khởi trị DAPT cho tất cả bệnh nhân ACS, ưu tiên Aspirin phối hợp với Clopidogrel do tính khả dụng và chi phí hợp lý. Ticagrelor có thể cân nhắc ở bệnh nhân nguy cơ huyết khối cao, dung nạp tốt và điều kiện kinh tế cho phép. Sau 6–12 tháng, cần cá thể hóa chiến lược điều trị dựa trên thang điểm đánh giá nguy cơ (PRECISE-DAPT, HAS-BLED), tình trạng kiểm soát HbA1c và lipid máu. Ở bệnh nhân nguy cơ chảy máu cao, nên chuyển sớm sang đơn trị liệu (thường là Aspirin hoặc Clopidogrel), giảm cường độ điều trị chỉ nên áp dụng khi có chỉ định rõ ràng (xuất huyết, nguy cơ chảy máu cao), tránh giảm quá sớm hoặc không hợp lý vì có thể làm tăng nguy cơ tái hẹp và đột quỵ.

Khuyến nghị chung: các cơ sở tương thích với điều kiện nghiên cứu cần duy trì nguyên tắc “cá thể hóa điều trị” – cân bằng lợi ích giảm biến cố thiếu máu cục bộ với nguy cơ chảy máu, thay vì áp dụng cứng nhắc một phác đồ cho tất cả bệnh nhân.

Như vậy, việc lựa chọn phác đồ và thời gian điều trị kháng tiểu cầu nên dựa trên đặc điểm bệnh nhân, khả năng theo dõi và điều kiện thực tế của từng cơ sở, nhằm tối ưu hóa hiệu quả và an toàn trong quản lý bệnh nhân ACS.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Levine G. N. et al. (2016), "2016 ACC/AHA Guideline Focused Update on Duration of Dual Antiplatelet Therapy in Patients With Coronary Artery Disease: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice

Guidelines: An Update of the 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention 2011 ACCF/AHA Guideline for Coronary Artery Bypass Graft Surgery, 2012 ACC/AHA/ACP/AATS/PCNA/SCAI/STS Guideline for the Diagnosis and Management of Patients With Stable Ischemic Heart Disease, 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction, 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes, and 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery", *Circulation*. 134(10), pp. e123-55.

[2] Ibanez B. et al. (2018), "2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", *Eur Heart J*. 39(2), pp. 119-177.

[3] Roffi M. et al. (2015), "2015 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Task Force for the Management of Acute Coronary Syndromes in Patients Presenting without Persistent ST-Segment Elevation of the European Society of Cardiology (ESC)", *Eur Heart J*

[4] Valgimigli M. et al. (2018), "2017 ESC focused update on dual antiplatelet therapy in coronary artery disease developed in

collaboration with EACTS: The Task Force for dual antiplatelet therapy in coronary artery disease of the European Society of Cardiology (ESC) and of the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)", *Eur Heart J*. 39(3), pp. 213-260.

[5] Phạm Thúy Hằng và cộng sự. Thực trạng sử dụng thuốc chống kết tập tiểu cầu trong điều trị hội chứng động mạch vành cấp tại Khoa nội tim mạch, Bệnh viện Kiến An Hải Phòng năm 2017. Tạp chí Y học Việt Nam 2022

[6] Đào Văn Đôn. Nghiên cứu các yếu tố ảnh hưởng đến hiệu quả chống kết tập tiểu cầu của clopidogrel trong điều trị hội chứng mạch vành cấp. Luận án tiến sĩ y học. Đại học Dược Hà Nội (2020).

[7] Hội Tim mạch học Việt Nam (2008), Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị Bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim có và

không có ST chênh lên.

[8] Bộ Y tế (2019), Quyết định số 2187/QĐ-BYT ngày 03 tháng 06 năm 2019 về "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp"

[9] Trần Hòa (2020). Mối liên quan giữa kiểu gene giảm chức năng CYP2C19 *2, *3 và tiên lượng ở bệnh nhân được can thiệp đặt stent ĐMV có điều trị clopidogrel. Luận án tiến sĩ y học. Đại học y dược Thành phố Hồ Chí Minh (2020).

[10] Han XN, Qiao SB, Ge JB, Han YL, Chen JY, Yuan ZY, Yu B, Jiang J, Huo Y. Long-term follow-up of antithrombotic management patterns in patients with acute coronary syndrome in China. *J Geriatr Cardiol*. 2020 May;17(5):246-255.

[11] Zheng B, Huo Y, Lee SW, et al. Long-term antithrombotic management patterns in Asian patients with acute coronary syndrome: 2-year observations from the EPICOR Asia study. *Clin Cardiol*. 2020;43(9):999-1008