

dưới gây mê nên các tác giả trên thế giới thường áp dụng biện pháp phẫu thuật glôcôm khác thay thế hơn là chọc dò bọng tiếp theo.

Biến chứng bong võng mạc là một trong những biến chứng nặng nề của phẫu thuật điều trị glôcôm. Một báo cáo của Mandal [8] cho kết quả thành công một trường hợp điều trị phẫu thuật thành công biến chứng bong võng mạc sau cắt bè củng mạc; do bệnh nhân này lớn và được phát hiện sớm. Còn nghiên cứu của các tác giả khác cho biết biến chứng bong võng mạc có tần xuất 0-7% đều gây mất thị lực vĩnh viễn [6,10]. Nghiên cứu hiện tại gặp một ca (4%) bị bong võng mạc; cuối cùng teo nhãn mắt thị lực.

KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt bè củng mạc kèm với mitomycin C trong glôcôm trẻ em tái phát cho kết quả thành công thấp do quá trình lành sẹo nhanh và cần theo dõi lâu dài những biến chứng do chất chống chuyển hóa mitomycin C trên mắt trẻ em. Glôcôm trẻ em thứ phát khi bị tái phát có nguy cơ thất bại cao hơn nên được chọn lựa loại phẫu thuật khác hơn là cắt bè củng mạc tiếp theo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Thị Thúy Tiên, Trang Thanh Nghiệp, Mai Đăng Tâm (2010), "Đánh giá hiệu quả phẫu thuật cắt bè củng mạc trong glôcôm trẻ em", *Tạp chí nhãn khoa*, 7, tr.35-42.
2. Al-Hazmi A., Zwaan J., Awad A., et al. (1998), "Effectiveness and complications of mitomycin C use during pediatric glaucoma surgery", *Ophthalmology*, 105, pp.1915-1920.
3. Anand N., Arora S., Clowes M. (2006), "Mitomycin C augmented glaucoma surgery: evolution of filtering bleb avascularity, transconjunctival oozing, and leaks", *Br J Ophthalmol*, 90, pp.117-124.
4. Beck AD., Freedman S., Kammer J., et al. (2003), "Aqueous shunt devices compared with trabeculectomy with mitomycin C for children in the first two years of life", *Am J Ophthalmol*, 136(6), pp.994-1000.
5. Broadway DC., Bloom PA., Bunce C., et al. (2004), "Needle revision of failing and failed trabeculectomy blebs with adjunctive 5-fluorouracil: survival analysis", *Ophthalmology*, 111, pp.665-673.
6. Ehrlich R., Snir M., Lusky M., et al. (2005), "Augmented trabeculectomy in paediatric glaucoma", *Br J Ophthalmol*, 89, pp.165-168.
7. Freedman SF., McCormick K., Cox TA. (1999), "Mitomycin C-augmented trabeculectomy with postoperative wound modulation in pediatric glaucoma", *J AAPOS*, 3, pp.117-124.
8. Mandal AK., Walton DS., John T., et al. (1997), "Mitomycin C augmented trabeculectomy in refractory congenital glaucoma", *Ophthalmology*, 104, pp.996-1003.
9. Rodrigues AM., Junior AP., Montezano FT., et al. (2004), "Comparison between results of trabeculectomy in primary congenital glaucoma with and without the use of mitomycin C", *J Glaucoma*, 13, pp.228-232.
10. Sidoti PA., Belmonte SJ., Liebmann JM., et al. (2000), "Trabeculectomy with mitomycin-C in the treatment of pediatric glaucomas", *Ophthalmology*, 107, pp.422-429.
11. Tanimoto SA., Brandt JD. (2006), "Options in pediatric glaucoma after angle surgery has failed", *Curr Opin Ophthalmol*, 17, pp.132-137.
12. Zhang X., Du S., Fan Q., et al. (2009), "Long-term surgical outcomes of primary congenital glaucoma in China", *Clinics*, 64(6), pp.543-551.

ĐÁNH GIÁ SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN LIPID MÁU TẠI VIỆN Y HỌC HÀNG KHÔNG

NGUYỄN MAI HOA, NGUYỄN HOÀNG ANH,
Trung tâm Di & ADR Quốc gia, Trường ĐH Dược Hà Nội
NGUYỄN TOÀN THẮNG, Viện Y học Hàng không

TÓM TẮT

Mục tiêu: phân tích việc sử dụng thuốc điều trị RLLM của bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám Viện Y học Hàng Không trong năm 2011 và đánh giá hiệu quả kiểm soát RLLM trong thời gian 3 tháng tại viện. **Đối tượng và phương pháp:** bệnh nhân người lớn được chẩn đoán RLLM được khám và điều trị ngoại trú tại viện, được theo dõi liên tục trong vòng 3 tháng sau khi bắt đầu điều trị. Quyết định dùng thuốc ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và việc đạt mục tiêu điều trị tại các thời điểm được dựa trên khuyến cáo của NCEP-ATP III (2004). **Kết quả:** độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 65,2 năm; 83,2% bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu dạng hỗn hợp; 73,3% bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao. Ở bệnh

nhân có nồng độ triglycerid < 5,7 mmol/l, 100% các trường hợp được quyết định điều trị bằng thuốc là hợp lý. Đa số bệnh nhân được sử dụng phác đồ khởi đầu đơn trị liệu, trong đó, phác đồ fenofibrat (53,2%) vượt trội hơn phác đồ statin (46,6%). Chỉ 23,3% và 57,9% bệnh nhân tương ứng đạt mục tiêu LDL-C và "không HDL-C". **Kết luận:** Tỷ lệ bệnh nhân không đạt mục tiêu điều trị cao trong mẫu nghiên cứu cho thấy cần áp dụng phác đồ kiểm soát lipid máu "quyết liệt" hơn, đặc biệt với statin.

Từ khóa: Viện Y học Hàng Không, rối loạn lipid máu, LDL-C, "không HDL-C", statin, fenofibrat

SUMMARY

Objectives: this study was aimed at evaluating prescribing patterns of lipid-lowering drugs used for

out-patients in Vietnam Aerospace Medical Institute in 2011 and assessing LDL-C goal and "non-HDL-C" goal attainment among these patients. **Subjects and methods:** New hyperlipidemia adult out-patients were collected and followed up for about 3 months from enrollment. Definitions and criteria set by the updated 2004 National Cholesterol Education Program guidelines were applied. **Results:** The mean age was 62.5 years, 83.2% patients had combined hyperlipidemia, 73.3% patients at high cardiovascular risk. Decisions on initiating drug therapy in all patients with triglycerides < 5.7 mmol/l were appropriate. The most initial therapy was monotherapy in which fenofibrate therapy (53.2%) outweighed statin therapy (44.6%). All patients on statin therapy (atorvastatin or simvastatin) received initial dose 10 mg. Overall, 23.3% patients reached their LDL-C goal and 57.9% patients reached their "non-HDL-C" goal. **Conclusions:** High proportions of patients did not achieve LDL-C goal require more aggressive treatment, especially with statins.

Keywords: Vietnam Aerospace Medical Institute, hyperlipidemia, LDL-C, non-HDL, statin, fenofibrate

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lipid máu (RLLM) là một trong những nguy cơ hàng đầu gây tử vong trong các bệnh lý tim mạch. Hiện nay, RLLM được ghi nhận khá phổ biến trong cộng đồng nhưng chưa được quan tâm đúng mức và điều trị đầy đủ, do vậy khả năng đạt mục tiêu điều trị rất thấp. Nghiên cứu CEPHEUS khảo sát tình hình điều trị RLLM tại 8 quốc gia châu Á, trong đó có Việt Nam, cho thấy gần 50% số bệnh nhân không đạt mục tiêu LDL-C theo khuyến cáo của Chương trình giáo dục bệnh nhân rối loạn cholesterol Quốc gia Hoa Kỳ (National Cholesterol Education Program-Adult Treatment Panel – NCEP-ATP III) [5], [6].

Viện Y Học Hàng Không là viện nghiên cứu có giường bệnh, phục vụ các đối tượng quân đội, bảo hiểm y tế và dịch vụ y tế. Hiện nay, viện đã triển khai phòng khám ngoại trú các bệnh tim mạch để quản lý và điều trị bệnh nhân. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu phân tích việc sử dụng thuốc trong điều trị RLLM được khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám trong năm 2011 và đánh giá hiệu quả kiểm soát RLLM trong thời gian 3 tháng sau điều trị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân người lớn được chẩn đoán RLLM và điều trị ngoại trú dùng thuốc lần đầu tại Viện Y học Hàng không, trong thời gian từ tháng 01/2011 đến tháng 12/2011. Bệnh nhân được theo dõi liên tục trong vòng 3 tháng sau khi bắt đầu điều trị. Loại trừ các bệnh nhân không tuân thủ điều trị, dùng thêm các thuốc khác hoặc tự ý bỏ tái khám trong thời gian theo dõi, phụ nữ có thai, phụ nữ cho con bú.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu thuần tập theo dõi dọc bệnh nhân, mô tả, không can thiệp.

Quy trình:

- Tại thời điểm bắt đầu nghiên cứu (thời điểm T_0),

bệnh nhân được khám lâm sàng và làm xét nghiệm lipid máu lúc đói (cholesterol toàn phần, triglycerid và HDL-C) bằng máy đo sinh hóa tự động Hitachi 902 tại Khoa Hóa sinh của viện.

- Trong quá trình điều trị, bệnh nhân được khám lại hàng tháng (tương ứng thời điểm T_1 , T_2 và T_3) cho đến khi hết đợt điều trị 3 tháng. Mỗi lần khám bệnh nhân được làm các xét nghiệm trên, hiệu chỉnh liều thuốc và thay đổi phác đồ điều trị trong trường hợp cần thiết.

Chỉ tiêu đánh giá: đánh giá hiệu quả kiểm soát chỉ số LDL-C lúc đói sau một đợt điều trị của các bệnh nhân. Quyết định dùng thuốc ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu và việc đạt mục tiêu điều trị tại các thời điểm được đánh giá dựa trên khuyến cáo của NCEP-ATP III [5], [6]. Chỉ số LDL-C được tính toán theo công thức Friedewald.

Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu Đặc điểm nhân khẩu học

131 bệnh nhân đạt tiêu chuẩn được đưa vào nghiên cứu. Các đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân được tóm tắt trong bảng 1:

Bảng 1. Một số đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm: số bệnh nhân (tỷ lệ %)			
	Nam: 30 (22,9%)	Nữ: 101 (77,1%)		
Tuổi ^a	< 40 tuổi 2 (1,5%)	40-54 tuổi 23 (17,7%)	55-69 tuổi 77 (59,2%)	>70 tuổi 28 (21,5%)
Thể trạng ^{*†}	Gầy 1 (0,8%)	Bình thường 87 (66,9%)	Tiền béo phì 36 (27,7%)	Béo phì độ I 6 (4,6%)
Bệnh mắc kèm	Không có 25 (19,1%)	Tăng huyết áp 24 (18,3%)	Đái tháo đường 33 (25,2%)	Tăng huyết áp + đái tháo đường 49 (37,4%)

* Thể trạng bệnh nhân được phân loại dựa trên chỉ số khối cơ thể (BMI) theo tiêu chuẩn của WHO (2000) áp dụng cho khu vực Châu Á – Thái Bình Dương; Không có thông tin về tuổi và cân nặng của 1 bệnh nhân

Trong 131 bệnh nhân, bệnh nhân nữ (77,1%) chiếm tỷ lệ vượt trội so với bệnh nhân nam (22,9%). Đa số bệnh nhân ở độ tuổi 45-69 tuổi (82,3%), với tuổi trung bình là 62,5 (\pm 9,1). Bệnh nhân chủ yếu có thể trạng bình thường (66,9%) hoặc tiền béo phì (27,7%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu thường mắc kèm đái tháo đường và/hoặc tăng huyết áp.

Đặc điểm chỉ số lipid máu của bệnh nhân

Các chỉ số lipid máu của bệnh nhân khi bắt đầu điều trị được phân loại theo khuyến cáo của NCEP-ATP III. Kết quả phân loại được trình bày trong bảng 2:

Bảng 2. Đặc điểm chỉ số lipid máu của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm: số bệnh nhân (tỷ lệ %)			
	Bình thường	Cao giới hạn	Cao	Rất cao
Triglycerid	< 1,7 mmol/l	1,7 – 2,3 mmol/l	2,3 – 5,7 mmol/l	≥ 5,7 mmol/l
	6 (4,6)	19 (14,5)	69 (52,7)	37 (28,2)
	Bình thường	Cao giới hạn		Cao
Cholesterol toàn phần	< 5,2 mmol/l	5,2 – 6,2 mmol/l		≥ 6,2 mmol/l
	19 (14,5)	36 (27,5)		76 (58,0)
	Thấp	Bình thường		Cao
HDL-C	< 1 mmol/l	1 – 1,5 mmol/l		≥ 1,5 mmol/l
	78 (58,5)	4 (3,1)		49 (37,4)
	Tối ưu	Gần tối ưu	Cao giới hạn	Cao
LDL-C*	< 2,6 mmol/l	2,6 -3,4 mmol/l	3,4 – 4,1 mmol/l	4,1 – 4,9 mmol/l
	37 (29,6)	25 (20,0)	26 (20,8)	20 (16,0)
				Rất cao
				≥ 4,9 mmol/l
				17 (13,6)

* Chỉ tính trên các bệnh nhân có chỉ số LDL-C tính theo công thức > 0

Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số cholesterol toàn phần cao và HDL-C thấp. Trong đó, chủ yếu bệnh nhân có triglycerid cao và rất cao, tương ứng là 55,2% và 24,8%.

Đặc điểm rối loạn lipid máu và nguy cơ tim mạch của bệnh nhân

Kết quả phân loại RLLM theo De Gennes và phân loại nguy cơ tim mạch theo thang điểm Framingham được trình bày trong bảng 3:

Bảng 3. Đặc điểm rối loạn lipid máu và nguy cơ tim mạch của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Phân nhóm: số bệnh nhân (tỷ lệ %)		
	Tăng cholesterol máu đơn thuần	Tăng triglycerid máu đơn thuần	Tăng lipid máu hỗn hợp
Loại rối loạn lipid máu	6 (4,6%)	16 (12,2%)	109 (83,2%)
Nguy cơ tim mạch	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao – trung bình
	96 (73,3)	14 (10,7)	8 (6,1)
			13 (9,9)

Đa số bệnh nhân mắc rối loạn lipid máu hỗn hợp (83,2%) và có nguy cơ mắc bệnh tim mạch cao (73,3%). Nhóm nguy cơ trung bình và thấp chiếm tỷ lệ nhỏ.

3.2. Đặc điểm sử dụng thuốc của bệnh nhân

Đánh giá sự cần thiết của việc sử dụng thuốc điều trị RLLM ở thời điểm bắt đầu điều trị

Chúng tôi chỉ đánh giá sự cần thiết của việc sử dụng thuốc ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu trên những bệnh nhân có nồng độ triglycerid ban đầu và tại các thời điểm < 5,7 mmol/l. Việc đánh giá dựa trên chỉ số LDL-C ở thời điểm bắt đầu điều trị theo khuyến cáo của NCEP-ATP III. Ở những bệnh nhân có nồng độ LDL-C đã đạt tối ưu nhưng chỉ số triglycerid cao (trong khoảng 2,3 mmol/l đến 5,6 mmol/l), việc điều trị bằng thuốc vẫn cần thiết kết hợp với thay đổi lối sống để đạt mục tiêu "không HDL-C". Kết quả đánh giá sự cần thiết của việc sử dụng thuốc điều trị RLLM dựa trên cả hai tiêu chí này được trình bày trong bảng 4:

Bảng 4. Đánh giá sự cần thiết của việc sử dụng thuốc điều trị RLLM ở thời điểm bắt đầu điều trị

Mức độ cần thiết	Số lượng bệnh nhân	Tỷ lệ %
Cần thiết	92	100,0
Không cần thiết	0	0
Tổng	92*	100,0

* Chỉ tính trên số bệnh nhân có chỉ số LDL-C tính theo công thức > 0

Việc sử dụng thuốc trên toàn bộ số bệnh nhân có nồng độ triglycerid < 5,7 mmol/l là cần thiết. Trong đó, 73 bệnh nhân (79,3%) có nồng độ LDL-C ở thời điểm

bắt đầu điều trị cần được điều trị bằng thuốc (nhóm A). Số bệnh nhân còn lại có nồng độ LDL-C đã đạt tối ưu nhưng nồng độ triglycerid vẫn cao và cần điều trị bằng thuốc để đạt mục tiêu "không HDL-C" (nhóm B).

Phác đồ khởi đầu điều trị rối loạn lipid máu

Kết quả thống kê về các dạng phác đồ khởi đầu được trình bày trong bảng 5:

Bảng 5. Các dạng phác đồ khởi đầu điều trị rối loạn lipid máu

Phác đồ khởi đầu	Số lượng bệnh nhân (tỷ lệ %)		
	2 nhóm	Nhóm A	Nhóm B
Statin đơn độc (simvastatin, atorvastatin)	41 (44,6)	29 (39,7)	12 (63,2)
Fibrat đơn độc (fenofibrate)	49 (53,2)	42 (57,5)	7 (36,8)
Phối hợp statin và fibrat	2 (2,2)	2 (4,7)	0 (0)
Tổng	92* (100,0)	73 (100,0)	19 (100,0)

* Chỉ tính trên số bệnh nhân có chỉ số LDL-C tính theo công thức > 0

Phần lớn bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu sử dụng phác đồ đơn độc. Trong đó, phác đồ fibrat đơn độc (53,2%) vượt trội phác đồ statin đơn độc (44,6%). Phác đồ phối hợp dẫn chất statin và fibrat chiếm tỷ lệ nhỏ (2,2%).

Liều khởi đầu của thuốc điều trị rối loạn lipid máu

Kết quả thống kê về liều khởi đầu của thuốc điều trị RLLM được trình bày trong bảng 6:

Bảng 6. Liều khởi đầu của các thuốc điều trị RLLM

Thuốc	Số lượng bệnh nhân	Liều thấp nhất (mg/ngày)	Liều cao nhất (mg/ngày)	TB ± SD		
				2 nhóm	Nhóm A	Nhóm B
Simvastatin	6	10	10	-	-	-
Atorvastatin	37	10	10	-	-	-
Fenofibrate	51	100	300	261,9 ± 71,6	266,8 ± 69,5	243,6 ± 79,9

* Chỉ tính trên số bệnh nhân có chỉ số LDL-C tính theo công thức > 0

Trong phác đồ khởi đầu, các dẫn chất statin được sử dụng với mức liều thấp. Liều khởi đầu của tất cả bệnh nhân dùng simvastatin và atorvastatin đều là 10 mg/ngày. Trong khi đó, liều khởi đầu trung bình của fenofibrat là 261,9 mg/ngày.

3. Phân tích hiệu quả điều trị rối loạn lipid máu

Kết quả thống kê tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị của bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu theo cả hai mục tiêu điều trị trên được trình bày trong bảng 7:

Bảng 7. Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tại các thời điểm

Thời điểm	Số lượng (tỷ lệ %)					
	Đích LDL-C (N = 73)		Đích "không HDL-C" (N = 19)		Tổng (N = 92)	
	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt	Đạt	Không đạt
Thời điểm T1	9 (12,3)	64 (87,7)	6 (31,6)	13 (68,4)	15 (16,3)	77 (83,7)
Thời điểm T2	13 (17,8)	60 (82,2)	8 (42,1)	11 (57,9)	21 (22,8)	71 (77,2)
Thời điểm T3	17 (23,3)	56 (77,7)	11 (57,9)	8 (42,1)	28 (30,4)	64 (71,6)

Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị tăng dần qua các thời điểm. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị ở thời điểm kết thúc nghiên cứu vẫn còn thấp (30,4%), trong đó, tỷ lệ bệnh nhân đạt đích LDL-C rất thấp (23,3% ở thời điểm T3).

BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu trên 55 tuổi (80,8%). RLLM là bệnh lý thường gặp ở người cao tuổi [2], [3] đồng thời, tuổi cao là một trong những yếu tố làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch [4]. Vì vậy, việc kiểm soát hậu quả rối loạn lipid máu để giảm nguy cơ tim mạch cho bệnh nhân trên 65 tuổi đóng vai trò quan trọng. Bệnh nhân thường mắc kèm tăng huyết áp và/hoặc đái tháo đường (80,9%) và có nguy cơ tim mạch cao (73,3%). Đây là những đối tượng cần được kiểm soát chặt chẽ để giảm thiểu nguy cơ bệnh mạch vành cũng như các biến chứng tim mạch khác cho bệnh nhân.

Về đặc điểm rối loạn lipid máu, phần lớn bệnh nhân (83,2%) trong mẫu nghiên cứu tăng lipid máu hỗn hợp trong khi tăng cholesterol máu đơn thuần chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,6%). Đặc biệt, tỷ lệ bệnh

nhan trong mẫu nghiên cứu có nồng độ triglycerid vượt quá giới hạn bình thường lên đến 95,4%. Mặc dù vai trò của triglycerid là một yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành vẫn còn tranh cãi, nhưng rõ ràng, nồng độ triglycerid cao của bệnh nhân trong nghiên cứu là một điều đáng lưu ý.

Giảm LDL-C là mục tiêu hàng đầu trong điều trị RLLM. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C ở thời điểm T3 rất thấp (23,3%). Mặc dù tỷ lệ đạt mục tiêu "không HDL-C" cao hơn đáng kể tỷ lệ đạt mục tiêu LDL-C nhưng vẫn có khoảng dưới 50% bệnh nhân không đạt, tiềm tàng các nguy cơ xảy ra biến cố mạch vành.

Tỷ lệ đạt mục tiêu điều trị thấp trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có khả năng do chưa lựa chọn thuốc điều trị RLLM hợp lý và liều thuốc sử dụng chưa tối ưu. Về phác đồ khởi đầu, đa số bệnh nhân được sử dụng phác đồ đơn độc, trong đó, phác đồ statin chiếm tỷ lệ thấp hơn phác đồ fibrat. So sánh với các nghiên cứu khác, tỷ lệ kê đơn phác đồ statin đơn độc trong nghiên cứu của chúng tôi rất thấp (44,6%). Trên nhóm bệnh nhân có nồng độ LDL-C cần sử dụng thuốc, tỷ lệ bệnh nhân sử dụng phác đồ statin còn thấp hơn (39,7%). Trong nghiên cứu CEPHEUS tại 8 nước Châu Âu (2010), 93,3% bệnh nhân được kê đơn phác đồ statin đơn độc [2]. Nghiên cứu CEPHEUS tiến hành tại 8 nước Châu Á (2012) cho kết quả tương tự, với tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn phác đồ statin là 94% [3]. Dẫn chất statin là lựa chọn hàng đầu trong các thuốc điều trị RLLM để đạt được mục tiêu LDL-C cũng như "không HDL-C" [5]. Việc sử dụng phác đồ fibrat đơn độc trên các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có thể xuất phát từ quan điểm của bác sĩ lựa chọn thuốc để giảm triglycerid cho bệnh nhân trước khi giảm LDL-C. Như vậy, việc lựa chọn thuốc của bệnh nhân trong những trường hợp này chưa giúp bảo vệ bệnh nhân khỏi các biến cố tim mạch, đặc biệt với những bệnh nhân nguy cơ cao.

Về liều khởi đầu, tất cả bệnh nhân sử dụng dẫn chất statin (atorvastatin và simvastatin) đều được kê đơn liều 10 mg/ngày. Mặc dù đây là mức liều thường dùng nhưng việc cân nhắc đến các yếu tố nguy cơ, tiền sử bệnh và nồng độ LDL-C ở thời điểm bắt đầu điều trị để quyết định liều dùng phù hợp cho bệnh nhân là điều cần thiết. Liều thấp của các dẫn chất statin ở những bệnh nhân này không đủ để bệnh nhân đạt được hiệu quả giảm LDL-C về mục tiêu điều trị cũng như giảm biến cố tim mạch cho bệnh nhân.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi, khoảng thời gian bệnh nhân tái khám chỉ khoảng 4 tuần và không có sự thống nhất giữa các bệnh nhân. Điều này khiến việc đánh giá kiểm soát lipid máu của bệnh nhân chưa đầy đủ. Các nghiên cứu tiền hành tại các nước trên thế giới, với khoảng thời gian điều trị tối thiểu 3 tháng, có tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị cao hơn rõ rệt. Trong nghiên cứu CEPHEUS tại 8 nước Châu Á (2010), với thời gian điều trị tối thiểu 3 tháng, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị chung là 49,1% [3]. Tuy nhiên, cũng có nghiên cứu theo dõi bệnh nhân trong thời gian rất dài nhưng tỷ lệ đạt mục

tiêu điều trị vẫn thấp, chỉ đạt 26,3% sau 3 năm [1].

KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi đã phản ánh được hình ảnh sử dụng thuốc điều trị RLLM cho bệnh nhân ngoại trú của Viện Y học Hàng Không, với 100% bệnh nhân cần điều trị bằng thuốc ở thời điểm bắt đầu nghiên cứu, trong đó, phác đồ fibrat (53,2%) vượt trội hơn phác đồ statin (44,6%) và sau 3 tháng theo dõi, tỷ lệ bệnh nhân đạt mục tiêu điều trị thấp (23,3% và 57,9% bệnh nhân tương ứng đạt mục tiêu LDL-C và "không HDL-C"). Kết quả của nghiên cứu cho thấy cần tăng cường hoạt động được lâm sàng tại bệnh viện để tự vấn lựa chọn thuốc và liều dùng tối ưu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Garcia Ruiz F. J., Marin Ibanez A., et al. (2004), "Current lipid management and low cholesterol goal attainment in common daily practice in Spain. The REALITY Study", *Pharmacoeconomics*, 22 Suppl 3, pp. 1-12.
2. Hermans M. P., Castro Cabezas M., et al. (2010), "Centralized Pan-European survey on the under-treatment of hypercholesterolaemia (CEPHEUS): overall findings from eight countries", *Curr Med Res Opin*,

26(2), pp. 445-54.

3. Park J. E., Chiang C. E., et al. (2012), "Lipid-lowering treatment in hypercholesterolaemic patients: the CEPHEUS Pan-Asian survey", *Eur J Prev Cardiol*, 19(4), pp. 781-94.

4. Reiner Z., Catapano A. L., et al. (2011), "ESC/EAS Guidelines for the management of dyslipidaemias: the Task Force for the management of dyslipidaemias of the European Society of Cardiology (ESC) and the European Atherosclerosis Society (EAS)", *Eur Heart J*, 32(14), pp. 1769-818.

5. The National Cholesterol Education Program (2002), "Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) final report", *Circulation*, 106(25), pp. 3143-421.

6. The National Heart, Lung, and Blood Institute, American College of Cardiology Foundation, Association and American Heart (2004), "Implications of Recent Clinical Trials for the National Cholesterol Education Program Adult Treatment Panel III Guidelines", *Circulation*, 110, pp. 227-239.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CẮT U TUYẾN CẬN GIÁP TẠI KHOA TAI MŨI HỌNG BỆNH VIỆN BẠCH MAI

VŨ TRUNG LƯƠNG – Khoa Tai Mũi Họng Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: U tuyến cận giáp là bệnh ít gặp trong các khối u đầu mặt cổ, chủ yếu là u tuyến lành tính. Chẩn đoán u hay bị nhầm lẫn hoặc bỏ sót do bệnh cảnh lâm sàng rất đa dạng biểu hiện nhiều chuyên khoa khác nhau. Điều trị chủ yếu bằng phẫu thuật cắt u. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật. **Đối tượng:** 20 bệnh nhân được chẩn đoán u cận giáp có chỉ định can thiệp phẫu thuật. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả từng ca có can thiệp. **Kết quả:** 20 bệnh nhân có độ tuổi từ 29 đến 70 trung bình là 47,8 đến viện với những lí do rất khác nhau: mệt mỏi, tiểu nhiều, khát nhiều, đau khớp. Các dấu hiệu lâm sàng chủ yếu là biểu hiện ở thận, xương khớp, và các dấu hiệu không đặc hiệu như mệt mỏi, gầy sút. Xét nghiệm canxi máu, PTH luôn tăng. Độ nhạy của siêu âm và xạ hình cận giáp tìm thấy vị trí u trong 17/20 và 14/20 trường hợp. **Phương pháp cắt lạnh** giúp khẳng định lây đúng u. **Tất cả** bệnh nhân đều có giảm nồng độ PTH trên 50% sau 10 phút. **Nồng độ PTH** trở về bình thường sau 24h, còn canxi máu trở về bình thường sau 3 ngày. **Kết luận:** U cận giáp biểu hiện lâm sàng rất đa dạng, không có triệu chứng đặc hiệu. Chẩn đoán dựa vào xét nghiệm canxi máu và PTH. Xạ hình cận giáp là một biện pháp có độ nhạy cao. Việc phẫu thuật lấy u dưới hướng dẫn xạ hình, cắt lạnh và định lượng PTH trong mô mang lại kết quả tốt.

Từ khóa: cường cận giáp, tăng canxi máu, u cận giáp.

SUMMARY

Background: Parathyroid adenoma is a rare disease in head and neck, mostly benign. The diagnosis is often confused or missed due to variable clinical manifestations in different specialties. The standard treatment is surgical removal. **Objective:** Study the clinical manifestations, laboratory findings and surgical treatment outcome. **Patients:** 20 patients suffering from parathyroid adenoma treated with surgical removal. **Method:** descriptive retrospective study. **Results:** 20 patients, men and women aged from 29 to 70 average 47.8 come with the very variable chief complaints including fatigue, polydipsia, polyuria, arthralgia. The clinical manifestations are mainly renal signs, bone and non-specific signs like fatigue, weight loss. All have hypercalcemia, elevate PTH. The sensitivity of ultrasound and Tc 99m sestamibi scan can localize the tumor in 17/20 and 14/20 cases respectively. Frozen section helps to confirm the tumor removed. All patients have a decrease more than 50% intraoperative PTH 10 minutes after tumor extirpation. PTH level is normal after 24 hours and Calcemia returns normal after 3 days. **Conclusion:** The manifestations of the parathyroid adenoma is very variable with non-specific signs. Diagnosis is based on hypercalcemia and elevated PTH. Scintigraphy is an useful tool, high sensitivity, specificity. Surgical extirpation under the guidance of the scintigraphy, frozen section, intraoperative PTH assure successful outcome.