

- Đỗ Văn Chiến, Đặng Thị Vũ Diêu, Nguyễn Thị Thu Hoài (2023), "Nghiên cứu sự biến đổi thể tích và sức căng nhĩ trái bằng siêu âm tim ở bệnh nhân thận mạn", Journal of 108 - Clinical Medicine and Pharmacy, 18(3).
- Kim D., Seo J. H., Choi K. H., et al. (2023), "Prognostic Implications of Left Atrial Stiffness Index in Heart Failure Patients With Preserved Ejection Fraction", JACC Cardiovasc Imaging, 16(4), 435-445.
- Tanasa A., Burlacu A., Popa C., et al. (2021), "A Systematic Review on the Correlations between Left Atrial Strain and Cardiovascular Outcomes in Chronic Kidney Disease Patients", Diagnostics (Basel), 11(4).
- Thomas L., Marwick T. H., Popescu B. A., et al. (2019), "Left Atrial Structure and Function, and Left Ventricular Diastolic Dysfunction: JACC State-of-the-Art Review", J Am Coll Cardiol, 73(15), 1961-1977.
- Heald C., Johnstone M., Armstrong J., et al. (2024), "Left Atrial Strain in Clinical Practice: Feasibility and Correlation With Standard Diastolic Parameters", Heart, Lung and Circulation, 33, 200.
- Tu Yingxuan, Liu Xin, Li Xiaoqing, Xue Na (2024), "Left atrial stiffness index – an early marker of left ventricular diastolic dysfunction in patients with coronary heart disease", BMC Cardiovascular Disorders, 24(1), 371.
- Fang Qimin, Kan Ao, Li Shuhao, et al. (2025), "Predictive value of left atrial strain for left ventricular reverse remodeling in dilated cardiomyopathy", International Journal of Cardiology, 423.

ẢNH HƯỞNG CỦA MỘT SỐ THUỐC CHỐNG VIÊM KHÔNG STEROID (CELECOXIB, ETORICOXIB, MELOXICAM) VỚI HUYẾT ÁP Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP NGUYÊN PHÁT

Nguyễn Đức Hiếu¹, Trần Thị Tô Châu^{1,2},
Lê Thị Liễu^{1,2}, Trần Hữu Thông^{1,2,3}

TÓM TẮT

Mục tiêu: 1. Khảo sát sự thay đổi huyết áp ở bệnh nhân thoái hoá khớp nguyên phát sử dụng một số thuốc chống viêm không Steroid (Celecoxib, Etoricoxib, Meloxicam). 2. Nhận xét một số yếu tố liên quan đến thay đổi huyết áp của một số thuốc chống viêm không steroid ở nhóm bệnh nhân trên. **Đặt vấn đề:** Thoái hóa khớp (THK) thường đi kèm với tăng huyết áp ở người cao tuổi. Thuốc chống viêm không steroid (NSAIDs) được sử dụng phổ biến trong điều trị nhưng có thể ảnh hưởng đến huyết áp. **Đối tượng nghiên cứu:** 183 bệnh nhân chẩn đoán THK được dùng một trong ba loại thuốc NSAIDs trên liên tục 2 tuần tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ 7/2024-5/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp theo dõi trước-sau. Thu thập thông tin cá nhân, tiền sử bệnh, huyết áp, điểm VAS tại thời điểm bắt đầu (T0) và sau 2 tuần điều trị (T1). **Kết quả:** Sau 2 tuần điều trị, mức thay đổi huyết áp tâm thu (HATT) và huyết áp tâm trương (HATT_r) không có sự khác biệt giữa các nhóm NSAID ($p > 0.05$). Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp vượt ngưỡng sau điều trị là 12,02%. Bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có huyết áp vượt ngưỡng cao hơn gấp 11,78 lần so với nhóm không có tiền sử tăng huyết áp ($p <$

0,001). **Từ khóa:** Thoái hoá khớp; huyết áp; Celecoxib; Etoricoxib; Meloxicam; NSAIDs; COX-2.

SUMMARY

EFFECTS OF NON-STEROIDAL ANTI-INFLAMMATORY DRUGS (CELECOXIB, ETORICOXIB, MELOXICAM) ON BLOOD PRESSURE IN PATIENTS WITH PRIMARY OSTEOARTHRITIS

Objectives: 1. To investigate the changes in blood pressure among patients with primary osteoarthritis received non-steroidal anti-inflammatory drugs (Celecoxib, Etoricoxib, or Meloxicam). 2. To evaluate certain factors associated with the impact of non-steroidal anti-inflammatory drugs on blood pressure in the study population. **Background:** Osteoarthritis commonly coexists with hypertension in the elderly. Non-steroidal anti-inflammatory drugs (NSAIDs) are widely used in osteoarthritis treatment but may influence on blood pressure. **Study Population:** The study included 183 patients diagnosed with osteoarthritis according to ACR criteria who were treated continuously for 2 weeks with one of the three NSAIDs mentioned above at Bach Mai Hospital and Hanoi Medical University Hospital from July 2024 to May 2025. **Methods:** This was a pre-post interventional study. Data on personal history, comorbidities, blood pressure, and VAS scores were collected at baseline (T0) and after 2 weeks of treatment (T1). Statistical analysis was performed using SPSS, with a significance level set at $p < 0.05$. **Results:** After 2 weeks, there was no statistically significant difference in systolic or diastolic blood pressure changes among the NSAID groups ($p > 0.05$). Blood pressure exceeding threshold occurred in

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại Học Y Dược, Đại học quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Liễu

Email: lieubm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 19.8.2025

12.02% of patients. Patients with a history of hypertension had an 11.78 times higher risk of Blood pressure exceeding threshold compared to those without the previous history ($p < 0.001$).

Keywords: Osteoarthritis; blood pressure; Celecoxib; Etoricoxib; Meloxicam; NSAIDs; COX-2.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp (THK) là một trong số những nguyên nhân chính gây giảm và mất khả năng vận động ở người cao tuổi. Năm 2019, khoảng 528 triệu người trên toàn thế giới đang sống chung với bệnh thoái hóa khớp; tăng 113% so với năm 1990. Khoảng 344 triệu người bệnh thoái hóa khớp bị ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống phải điều trị bằng thuốc hoặc phục hồi chức năng. Với dân số già hóa, tỷ lệ béo phì và chấn thương ngày càng tăng, tỷ lệ mắc bệnh thoái hóa khớp dự kiến sẽ tiếp tục tăng trên toàn cầu.

Mục tiêu điều trị THK là giảm mức độ đau và cải thiện chức năng thông qua sự kết hợp các biện pháp can thiệp dược lý và không dùng thuốc. Theo các khuyến cáo điều trị thoái hóa khớp, thuốc chống viêm không steroid (NSAID) được sử dụng để điều trị giảm đau ở mức độ nhẹ đến trung bình. Các thuốc NSAIDs có tác dụng ức chế sản xuất prostaglandin (PG) và thromboxane A thông qua việc ức chế enzyme cyclooxygenase (COX). Các thuốc chống viêm không steroid truyền thống (tNSAID) tác động lên cả hai enzyme COX-1 và COX-2 với mức độ khác nhau. Nhóm thuốc này đóng vai trò quan trọng trong điều trị đau ở các bệnh lý cơ xương khớp, tuy nhiên cũng gây ra các tác dụng phụ trên đường tiêu hóa. Các thuốc ức chế chọn lọc COX-2 (Coxib) ban đầu được phát triển như một giải pháp thay thế an toàn hơn cho tNSAID giảm thiểu tác dụng phụ tiêu hóa do không ức chế enzyme COX-1, Enzyme chịu trách nhiệm tổng hợp các prostaglandin bảo vệ đường tiêu hóa như PGI₂. Tuy nhiên, việc ức chế chọn lọc COX-2 làm mất cân bằng giữa các prostaglandin có tác dụng co mạch và giãn mạch, đồng thời làm tăng khả năng giữ muối và giữ nước của cơ thể. Hậu quả là làm tăng nguy cơ cao huyết áp và các biến cố tim mạch.

Do xu hướng già hóa dân số và béo phì, bệnh lý cơ xương khớp và tăng huyết áp thường cùng gia tăng và tồn tại ở cùng một bệnh nhân, đặc biệt là những người cao tuổi. Khảo sát kiểm tra sức khỏe và dinh dưỡng quốc gia Hoa Kỳ lần thứ ba (NHANES III) cho thấy trong số 115,9 triệu người trưởng thành ở độ tuổi ≥ 35 mắc bệnh cơ xương khớp, chẩn đoán đồng thời tăng huyết áp có ở 40% đối tượng này. Việc quan sát, đánh giá tác động của thuốc kháng viêm không

Steroid đến huyết áp là hết sức cần thiết để đưa ra những khuyến cáo cho bệnh nhân và các bác sĩ điều trị. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Ảnh hưởng của một số thuốc chống viêm không steroid (Celecoxib, Etoricoxib, Meloxicam) với huyết áp ở bệnh nhân thoái hóa khớp nguyên phát*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

- BN ≥ 18 tuổi và được chẩn đoán thoái hoá khớp nguyên phát theo tiêu chuẩn ACR.
- Được chỉ định sử dụng một trong ba NSAIDs nói trên, liều lượng theo khuyến cáo FDA và nhà sản xuất (Celecoxib 200 mg/ngày, Etoricoxib 60 mg/ ngày, or Meloxicam 7.5 mg/ ngày).
- Thời gian sử dụng thuốc liên tục 2 tuần.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chí loại trừ:

- Mẫn cảm với bất kỳ thành phần nào của thuốc hoặc có chống chỉ định dùng thuốc.
- Bệnh nhân suy gan nặng, suy thận nặng, suy tim NYHA C và D.
- Huyết áp đo tại thời điểm ban đầu ở mức vượt ngưỡng tăng huyết áp (HATT ≥ 140 mmHg và/hoặc HATTr ≥ 90 mmHg), theo tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp được chấp nhận rộng rãi bởi các hướng dẫn quốc tế như Hiệp hội Tăng huyết áp Châu Âu (ESH) và Hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC).

2.2. Thời gian nghiên cứu. Từ tháng 7/2024 đến tháng 5/2025.

2.3. Địa điểm nghiên cứu. Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

2.4. Phương pháp nghiên cứu

2.4.1. Chọn mẫu. Cỡ mẫu thuận tiện, phù hợp tiêu chuẩn lựa chọn và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ.

2.4.2. Biến số, chỉ số nghiên cứu. Thông tin hành chính, sinh trắc học, tiền sử bệnh lý, tiền sử tăng huyết áp. Loại thuốc NSAIDs, liều lượng sử dụng và thời gian điều trị (2 tuần). HATT, HATTr, thang điểm đánh giá đau VAS tại thời điểm bắt đầu sử dụng thuốc (T0) và thời điểm sau 2 tuần liên tục dùng thuốc (T1).

2.4.3. Phương pháp thu thập số liệu. Phỏng vấn và ghi chép bằng bảng hỏi và hồ sơ bệnh án để thu thập thông tin cá nhân, tiền sử bệnh lý, loại và liều lượng NSAIDs COX-2, đo huyết áp bởi nhân viên y tế theo hướng dẫn của bộ y tế, đánh giá đau bằng thang điểm VAS.

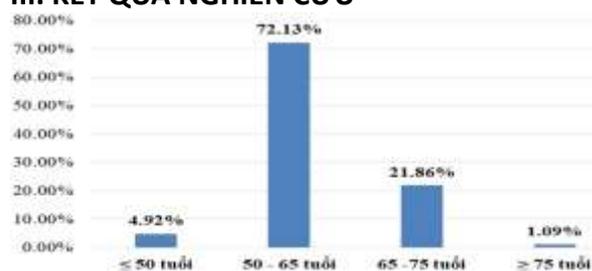
2.4.4. Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân thoái hóa khớp nguyên phát được chỉ định dùng một trong 3 thuốc nêu trên với liều theo khuyến

cáo liên tục 2 tuần. Thăm khám, hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, đánh giá bệnh lý đi kèm, đo huyết áp, đánh giá thang điểm đau VAS tại thời điểm T0 và T1.

2.4.5. Xử lý số liệu. Sử dụng phần mềm SPSS Statistics 20, kết quả có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.5. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu trên các nguyên tắc đạo đức: tôn trọng, không gây hại và công bằng cho bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



Biểu đồ 3.1. Sự phân bố về tuổi của bệnh nhân (n=183)

Nhận xét: Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu thuộc nhóm tuổi từ 50–65 chiếm ưu thế, trong khi các nhóm tuổi ≤ 50 và ≥ 75 tuổi chiếm tỷ lệ thấp.



Biểu đồ 3.2. Sự phân bố về giới của bệnh nhân (n=183)

Nhận xét: Kết quả nghiên cứu cho thấy bệnh nhân nữ cao hơn nam theo tỷ lệ nữ/nam: 1,8/1.

Bảng 3.1. Phân bố đối tượng nghiên cứu theo nhóm thuốc NSAID (n=183)

	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Etoricoxib	62	33,88%
Celecoxib	61	33,33%

Bảng 3.4. Một số yếu tố liên quan đến sự tiến triển tăng huyết áp tại T1 (n = 183)

	BN có huyết áp vượt ngưỡng tại T1		OR (95%CI)	p
	Không n (%)	Có n (%)		
Giới tính				
Nữ	104 (64,60%)	14 (63,64%)	1	
Nam	57 (35,40%)	8 (36,36%)	1,28 (0,44 – 3,69)	0,30
Nhóm tuổi				
≤ 50 tuổi	7 (4,35%)	2 (9,09%)	1	
50 – 65 tuổi	115 (71,43%)	17 (77,27%)	0,67 (0,09 – 4,73)	0,69
65 – 75 tuổi	38 (23,60%)	2 (9,09%)	0,18 (0,02 – 1,93)	0,16
≥ 75 tuổi	1 (0,62%)	1 (4,55%)	1,77 (0,05 – 59,97)	0,75
Tiền sử THA				

Meloxicam	60	32,79%
-----------	----	--------

Nhận xét: Ba loại NSAID được sử dụng phân bố tương đối đồng đều.

Bảng 3.2. So sánh sự thay đổi huyết áp giữa các nhóm thuốc (n=183)

	ΔHATT (TB ± ĐLC)	ΔHATTr (TB ± ĐLC)
Etoricoxib ⁽¹⁾	2,42 ± 4,22	1,90 ± 3,70
Celecoxib ⁽²⁾	1,42 ± 1,33	1,34 ± 2,47
Meloxicam ⁽³⁾	2,17 ± 3,11	1,53 ± 2,35
p ^a	p ^(1, 2) = 0,08	p ^(1, 2) = 0,33
	p ^(1, 3) = 0,71	p ^(1, 3) = 0,51
	p ^(2, 3) = 0,09	p ^(2, 3) = 0,67
p ^b	p ^(1, 2, 3) = 0,19	p ^(1, 2, 3) = 0,56

p^a: Giá trị p cho so sánh cặp (kiểm định T-test)

p^b: Giá trị p cho so sánh tổng thể giữa các nhóm (kiểm định ANOVA)

Nhận xét: Mức thay đổi huyết áp tâm thu (ΔHATT) không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa các nhóm NSAID ($p = 0,19$). Tuy nhiên, Etoricoxib cho thấy mức tăng HATT cao hơn về mặt số học so với Celecoxib và Meloxicam. Tương tự, sự thay đổi huyết áp tâm trương (ΔHATr) không có sự khác biệt về mặt thống kê giữa các nhóm thuốc ($p = 0,56$).

Bảng 3.3. So sánh điểm đau VAS trước và sau điều trị (n = 183)

	VAS_T0 (TB ± ĐLC)	VAS_T1 (TB ± ĐLC)	p*
Etoricoxib	7,05 ± 0,61	4,92 ± 0,58	<0,001
Celecoxib	7,15 ± 0,60	5,0 ± 0,48	<0,001
Meloxicam	7,13 ± 0,59	4,92 ± 0,79	<0,001

*T-test

Nhận xét: Cả ba nhóm sử dụng NSAID đều ghi nhận giảm mức độ đau (VAS) có ý nghĩa thống kê sau điều trị so với trước điều trị ($p < 0,001$ cho mỗi nhóm), cho thấy hiệu quả giảm đau rõ rệt của các thuốc Etoricoxib, Celecoxib và Meloxicam. Trong đó, Meloxicam cho thấy mức giảm đau trung bình cao hơn về mặt số học so với hai thuốc còn lại.

Không	107 (66,46%)	4 (18,18%)	1	
Có	54 (33,54%)	18 (81,82%)	11,78 (3,19 – 43,59)	<0,001
Tiền sử Rối loạn mỡ máu				
Không	105 (65,22%)	13 (59,09%)	1	
Có	56 (34,78%)	9 (40,91%)	2,26 (0,77 – 6,68)	0,21
Tiền sử Đái tháo đường				
Không	141 (87,58%)	16 (72,73%)	1	
Có	20 (12,42%)	6 (27,27%)	1,18 (0,31 – 4,46)	0,80
Etoricoxib				
Không	108 (67,08%)	13 (59,09%)	1	
Có	53 (32,92%)	9 (40,91%)	2,35 (0,66 – 8,37)	0,97
Celecoxib				
Không	105 (65,22%)	17 (77,27%)	1	
Có	56 (34,78%)	5 (22,73%)	0,91 (0,25 – 3,28)	0,88
Meloxicam				
Không	109 (67,70%)	14 (63,64%)	1	
Có	52 (32,30%)	8 (36,36%)	1,19 (0,47 – 3,03)	0,70
Tổng cộng	161 (87,98%)	22 (12,02%)		

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có huyết áp vượt ngưỡng (được xác định khi HATT lớn hơn 140 mmHg và/hoặc HATTr lớn hơn 90 mmHg tại thời điểm đo T1) sau điều trị là 12,02%. Trong đó, bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ có huyết áp vượt ngưỡng cao gấp 11,78 lần so với bệnh nhân không có tiền sử tăng huyết áp (OR = 11,78; 95%CI: 3,19 – 43,59; p < 0,001).

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 62,98 ± 5,93, chủ yếu nằm trong nhóm từ 50–75 tuổi, phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của thoái hóa khớp – một bệnh lý mạn tính liên quan đến sự lão hóa... Kết quả tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Thanh Phương và Nguyễn Vinh Ngọc [1] năm 2015 với tuổi trung bình bệnh nhân THK gối là 64,1 ± 8,7. Nữ giới chiếm đa số với 64,48%, tỷ lệ nữ/nam là 1,8/1. Nghiên cứu trước đó của Đinh Thị Diệu Hằng [2] cũng ghi nhận tỷ lệ THK gối ở nữ cao hơn nam khoảng 1,6 lần. Sự khác biệt này có thể liên quan đến thay đổi nội tiết sau mãn kinh, đặc biệt là giảm estrogen, gây mất cân bằng giữa hủy và tạo xương, thúc đẩy thoái hóa sụn nhanh hơn ở nữ.

Trong nghiên cứu này, dù thời gian theo dõi ngắn chỉ 2 tuần và các bệnh nhân được chọn đều có huyết áp ổn định (<140/90 mmHg), việc sử dụng các thuốc NSAID vẫn gây tăng HATT và HATTr. Mặc dù không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về mức độ thay đổi huyết áp giữa các nhóm NSAID, Etoricoxib cho thấy xu hướng tăng HATT rõ rệt nhất, với HATT tăng +2,42 ± 4,22 mmHg, và HATTr tăng +1,90 ± 3,70 mmHg. Nguyên nhân có thể do Etoricoxib có tính ức chế COX-2 chọn lọc cao (tỷ lệ COX-2/COX-1 ≈ 106) và thời gian bán hủy dài khoảng 22 giờ [3,4]

làm giảm tổng hợp prostacyclin (PGI2) – chất giãn mạch, đồng thời giảm prostaglandin E2 (PGE2) ở thận, gây giữ natri và nước. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu MEDAL của Bernard Combe (2009), ghi nhận mức tăng HATT trung bình là 3,4–3,6 mmHg và HATTr là 1,0–1,5 mmHg [5].

Celecoxib là thuốc có mức tăng huyết áp thấp nhất trong nghiên cứu với HATT tăng +1,42 ± 1,33 mmHg và HATTr tăng +1,34 ± 2,47 mmHg. Có thể do thời gian bán hủy của Celecoxib ngắn hơn (~11,2 giờ), ít tích lũy trong cơ thể, ít ảnh hưởng đến cân bằng dịch và áp lực máu. Nghiên cứu của Kaityann Sherver và cộng sự (2014) ghi nhận mức tăng HATT với Celecoxib là +2,6 mmHg và HATTr là +1,0 mmHg [6]. Trong khi đó, nghiên cứu PRECISION-ABPM cho thấy Celecoxib hầu như không làm thay đổi huyết áp trung bình 24 giờ sau 4 tháng điều trị [7], cho thấy sự khác biệt có thể do thời gian khảo sát và phương pháp đo.

Meloxicam gây tăng HA ở mức trung gian với HATT tăng 2,17 ± 3,11 mmHg và HATTr tăng +1,53 ± 2,35 mmHg. Là thuốc ức chế COX-2 ưu thế nhưng không hoàn toàn chọn lọc, Meloxicam vẫn ảnh hưởng đến hệ prostaglandin và chức năng thận, tuy nhiên mức tăng huyết áp không đáng kể, cho thấy thuốc có thể được cân nhắc sử dụng khi có theo dõi huyết áp phù hợp.

Tổng cộng, 12,02% bệnh nhân đã ghi nhận huyết áp vượt ngưỡng cần phải theo dõi (được định nghĩa là HATT >140 mmHg và/hoặc HATTr >90 mmHg) sau 2 tuần điều trị. Trong số này, bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ huyết áp vượt ngưỡng cao gấp 11,78 lần (OR = 11,78; 95%CI: 3,19 – 43,59; p < 0,001) so với

nhóm không có tiền sử tăng huyết áp. Điều này khẳng định tăng huyết áp từ trước là một yếu tố nguy cơ quan trọng đối với việc gia tăng huyết áp khi sử dụng NSAID. Nghiên cứu "Cardiovascular effects of NSAIDs" của Johnson và cộng sự (2015) đăng trên tạp chí Circulation [8], cho thấy các bệnh nhân có tiền sử tăng huyết áp có nguy cơ bị tăng huyết áp cao hơn từ 3 đến 5 lần khi dùng NSAID. Nguyên nhân được cho là do sự tương tác cộng hưởng giữa NSAID và hệ thống renin-angiotensin, cùng với việc giảm hiệu lực của các thuốc điều trị hạ huyết áp...

Kết quả theo dõi thang điểm VAS cho thấy cả ba nhóm thuốc NSAID đều giúp giảm đau rõ rệt so với thời điểm trước điều trị, với mức giảm trung bình từ 2,13 đến 2,21 điểm. Việc cải thiện triệu chứng nhanh chóng trong thời gian ngắn khẳng định NSAIDs, khi sử dụng đúng liều và được theo dõi phù hợp, vẫn là một lựa chọn điều trị hiệu quả trong kiểm soát đau cho bệnh nhân thoái hóa khớp, đặc biệt ở giai đoạn cấp hoặc trong đợt tiến triển của THK.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 183 bệnh nhân thoái hóa khớp chỉ ra rằng việc sử dụng NSAID COX-2 (Celecoxib, Etoricoxib, Meloxicam) trong 2 tuần có xu hướng tăng giá trị huyết áp. Mặc dù không có sự khác biệt về mức độ thay đổi huyết áp giữa các nhóm thuốc, Etoricoxib cho thấy xu hướng tăng huyết áp cao hơn về mặt số học. Tiền sử tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ quan trọng làm tăng nguy cơ huyết áp vượt ngưỡng sau 2 tuần sử dụng các NSAID này. Đồng thời,

các NSAID COX-2 đều chứng minh hiệu quả giảm đau rõ rệt ở bệnh nhân thoái hóa khớp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thị Thanh Phượng, Nguyễn Vinh Ngọc.** Nghiên Cứu Đặc Điểm Lâm Sàng, Cận Lâm Sàng, Siêu Âm và Cộng Hưởng Từ Khớp Gối ở Bệnh Nhân Thoái Hóa Khớp Gối. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2015.
2. **Đinh Thị Diệu Hằng.** Nghiên Cứu Thực Trạng Bệnh Thoái Hóa Khớp Gối và Hiệu Quả Nâng Cao Năng Lực Chẩn Đoán, Xử Trí Của Cán Bộ y Tế Xã Tại Tỉnh Hải Dương. Luận án tiến sĩ. Trường Đại học Y Hà Nội; 2013.
3. **Trung Tâm Thuốc Central Pharmacy.** Truy cập ngày 16/06/2025. <https://trungtamthuoc.com/thuoc-magrax-f-120mg>
4. **Cannon CP, Curtis SP, Bolognese JA, Laine L, MEDAL Steering Committee.** Clinical trial design and patient demographics of the Multinational Etoricoxib and Diclofenac Arthritis Long-term (MEDAL) study program: cardiovascular outcomes with etoricoxib versus diclofenac in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. Am Heart J. 2006;152(2):237-245.
5. **FDA.** CELEBREX® (celecoxib). Truy cập ngày 16/06/2025. https://www.accessdata.fda.gov/drugsatfda_docs/label/2018/020998s050lbl.pdf
6. **Scarpignato C, Blandizzi C, Bruley des.** Cardiovascular Effects of NSAIDs. NSAIDs and Aspirin; 2021.
7. **Ruschitzka F, Borer JS, Krum H, et al.** Differential blood pressure effects of ibuprofen, naproxen, and celecoxib in patients with arthritis: the PRECISION-ABPM (Prospective Randomized Evaluation of Celecoxib Integrated Safety Versus Ibuprofen or Naproxen Ambulatory Blood Pressure Measurement) Trial. Eur Heart J. 2017;38(44):3282-3292.
8. **Johnson, et al.** Cardiovascular Effects of NSAIDs. Circulation; 2015.

ĐẶC ĐIỂM XÉT NGHIỆM FIBRINOGEN VÀ CA-125 TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ BUỒNG TRỨNG NGUYÊN PHÁT TRƯỚC PHẪU THUẬT

Đặng Thị Hồng Thiện¹, Nguyễn Thị Phượng¹, Nguyễn Thu Hoài¹,
Lê Thị Trang¹, Lê Xuân Trọng¹, Đặng Ngọc Thê², Nguyễn Quang Tùng^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm so sánh đặc điểm của giá trị xét nghiệm fibrinogen và CA-125 ở bệnh

nhân ung thư buồng trứng trước phẫu thuật với bệnh nhân u buồng trứng lành tính tại Bệnh viện phụ sản Trung ương từ năm 2019-2023. **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Trong tổng số 461 bệnh nhân, có 246 trường hợp ung thư buồng trứng. Trong số này, phần lớn được phát hiện ở giai đoạn 1 (38,2%), tiếp đến là giai đoạn 3 (9,3%) và giai đoạn 2 (5,9%). Nhóm không ung thư chiếm gần một nửa mẫu nghiên cứu (46,6%). Tuổi trung bình của bệnh nhân ung thư là 41,89 ± 18,50, cao hơn đáng kể so với nhóm lành tính (34,69 ± 15,01). Các chỉ số khối u như CA-125 và HE4 tăng mạnh ở nhóm ung thư, lần lượt là 798,87 ± 3377,26 và 206,52 ± 390,35, so với 30,95 ± 57,75 và 37,81 ± 12,64 ở

¹Bệnh viện Phụ Sản Trung ương

²Bệnh viện Đa khoa Thanh Vũ - Bạc Liêu

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Viện Huyết học - Truyền máu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Phượng

Email: pn2610@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 15.8.2025