

tự, $p < 0,001$) [7].

V. KẾT LUẬN

Đánh giá nguy cơ SDD ở 101 bệnh nhân xơ gan bằng thang điểm RFH-NPT, chúng tôi rút ra một số kết luận sau:

- 66,4% bệnh nhân xơ gan có nguy cơ cao SDD theo thang điểm RFH-NPT, trong khi tỷ lệ nguy cơ thấp chỉ chiếm 17,8%.

- Bệnh nhân xơ gan có nguy cơ SDD cao chủ yếu gặp ở nhóm bệnh nhân xơ gan Child-Pugh B và C (44,8% và 47,8%, theo thứ tự) và xơ gan có biến chứng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Traub J., Reiss L., Aliwa B., et al. (2021). Malnutrition in Patients with Liver Cirrhosis. *Nutrients*, 13(2): 1-19.
2. Traub J., Bergheim I., Horvath A., et al. (2020). Validation of Malnutrition Screening Tools in Liver Cirrhosis. *Nutrients*, 12: 1306.
3. Arora S., Mattina C., Catherine M. et al. (2012). The development and validation of a

4. nutritional prioritising tool for use in patients with chronic liver disease. *Gut*, 61(Suppl 2): A90-A90.
4. Borhofen S.M., Gerner C., Lehmann J., et al. (2016). The Royal Free Hospital-Nutritional Prioritizing Tool Is an Independent Predictor of Deterioration of Liver Function and Survival in Cirrhosis. *Dig. Dis. Sci.*, 61: 1735-1743.
5. European Association for the Study of the Liver (2019). EASL Clinical Practice Guidelines on nutrition in chronic liver disease. *J. Hepatol.*, 70: 172-193.
6. Phạm Cẩm Phương, Võ Thị Thúy Quỳnh, Phạm Văn Thái (2021), Mô tả một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân xơ gan, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 508(1): 204-208.
7. Wang R., Huang L., Xu M. et al (2024). Comparison of different nutritional screening tools in nutritional screening of patients with cirrhosis: A cross-sectional observational study. *Heliyon*, 10 (2024): e30339
8. Zhang P., Wang Q., Zhu M. et al. (2023). Differences in nutritional risk assessment between NRS2002, RFH-NPT and LDUST in cirrhotic patients. *Scientific Reports*, 13: 3306.

HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BẰNG PHỐI HỢP EMPAGLIFLOZIN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI SUY TIM MẠN CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM NHẸ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH SÓC TRĂNG

Lâm Ngọc Thái¹, Nguyễn Duy Khương², Bùi Thế Dũng³

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả điều trị bằng phối hợp Empagliflozin ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm nhẹ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2023 – 2024.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 127 bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm nhẹ tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2023-2024. **Kết quả:** Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao 70 -79 (39,4%); Tỷ lệ nữ chiếm cao hơn so với nam (65,4% so với 34,6%). Sau 3 tháng điều trị phối hợp Empagliflozin cho thấy BNP ($532,6 \pm 653,2$ pg/mL giảm còn $109,2 \pm 249,8$ pg/mL); LVEF ($45,5 \pm 2,9\%$ tăng $56,2 \pm 8,5\%$). Tỷ lệ biến cố tái nhập viện do suy tim ở tháng thứ nhất, tháng thứ 2, tháng thứ 3 lần lượt là 8,7%, 5,5%, 2,4%); tỷ lệ tử vong tim mạch ở tháng thứ nhất, tháng thứ 2, tháng thứ 3 lần lượt là 0,8%, 0,8%, 0,8%. Đường cong Kaplan – Meier cho thấy trong đó

nam giới có tỷ lệ tái nhập viện cao hơn so với nữ giới trong 3 tháng ($p = 0,08$). **Kết luận:** Kết hợp Empagliflozin trong điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng của suy tim, BNP, LVEF, tình trạng tái nhập viện trong 3 tháng và an toàn cho bệnh nhân cao tuổi.

Từ khóa: Người cao tuổi, suy tim có phân suất tổng máu giảm nhẹ.

SUMMARY

EFFECTIVENESS OF TREATMENT WITH EMPAGLIFLOZIN COMBINATION IN ELDERLY PATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION AT GENERAL HOSPITAL SOC TRANG PROVINCE

Objective: Evaluating the effectiveness of treatment with Empagliflozin combination in elderly patients with chronic heart failure with mildly reduced ejection fraction at Soc Trang Provincial General Hospital in 2023 - 2024. **Subjects and methods:** Research Cross-sectional descriptive study of 127 elderly patients with chronic heart failure with mildly reduced ejection fraction at Soc Trang Provincial General Hospital in 2023 - 2024. **Results:** The proportion of women in this age group is larger than that of males (65.4% compared to 34.6%); the age group includes a significant number of those aged 70-79 (39.4%). BNP (532.6 ± 653.2 pg/mL) dropped to

¹Trung Tâm Y Tế Thị Xã Vĩnh Châu

²Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 5.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024

109.2 ± 249.8 pg/mL) following three months of combined therapy with empagliflozin; LVEF (45.5 ± 2.9% rose to 56.2 ± 8.5%). The mortality rates were 0.8%, 0.8%, 0.8%, and the rehospitalization rates were 8.7%, 5.5%, 2.4% at the first, second, and third months. Men were readmitted at a greater rate than women within three months, according to the Kaplan-Meier curve (p = 0.08). **Conclusion:** Combining Empagliflozin in the treatment of heart failure with mildly reduced ejection fraction in elderly patients helps improve clinical symptoms of heart failure, BNP, LVEF, readmission without any severe side effects within 3 months.

Keywords: Elderly people, chronic heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF).

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiện nay, suy tim là một trong những bệnh tim mạch gây gánh nặng cho sức khỏe cộng đồng. Tỷ lệ mắc bệnh suy tim tăng theo tuổi, từ 6% ở người từ 60 đến 79 tuổi đến 12% ở người trên 79 tuổi. Ở tuổi 80, tiên lượng bệnh suy tim ở người cao tuổi vẫn còn kém, tỷ lệ tử vong trong 5 năm lên tới 54,4% [9]. Tần suất suy tim xuất hiện nhiều ở người lớn tuổi, một nghiên cứu cộng đồng cho thấy gần 50% bệnh nhân lớn tuổi bị suy tim nhẹ hoặc nặng vừa bị bỏ sót chẩn đoán. Dựa trên các thử nghiệm lâm sàng gần đây, HFmrEF chiếm khoảng 13-24% các trường hợp suy tim và tăng theo tuổi. Có sự khác biệt liên quan đến tuổi tác, kiểu hình lâm sàng và tiên lượng ở bệnh nhân HFmrEF so với suy tim có phân suất tổng máu giảm hoặc bảo tồn [7].

Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022, thuốc ức chế SGLT-2 (Empagliflozin, Dapagliflozin) nên được sử dụng giúp giảm nhập viện và tử vong tim mạch ở bệnh nhân suy tim PSTM giảm nhẹ [5]. Tuy nhiên hiện vẫn còn ít công trình nghiên cứu ở Việt Nam công bố việc sử dụng phối hợp Empagliflozin điều trị trên đối tượng bệnh nhân người cao tuổi có phân suất tổng máu giảm nhẹ. Đây là lý do chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá hiệu quả điều trị bằng phối hợp Empagliflozin ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm nhẹ tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Sóc Trăng từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, có tổng cộng 127 bệnh nhân đủ điều kiện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân cao tuổi từ 60 tuổi trở lên [1].
- Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim mạn phân suất tổng máu giảm nhẹ theo VNHA 2022 [5]: (1) Có triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể của suy tim mạn. (2) Tăng BNP ≥ 35pg/ml. (3) Siêu âm tim khẳng định chẩn đoán LVEF: 41 – 49%.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy gan, suy thận nặng (eGFR <20ml/phút/1,73m² da), suy hô hấp cấp, bệnh màng ngoài tim, bệnh nhân cường giáp hoặc suy giáp. Bệnh nhân có triệu chứng tụt huyết áp hoặc HATT dưới 90mmHg. Bệnh nhân có huyết áp quá cao (HATT >180mmHg hoặc HATT_{tr} >110mmHg).

Phương pháp thu thập số liệu: Thu thập các dữ liệu của bệnh nhân theo phiếu thu thập số liệu đã soạn sẵn: hỏi tiền sử, bệnh sử, khám lâm sàng, thực hiện các cận lâm sàng.

Xử lý số liệu: Tất cả số liệu được xử lý theo phương pháp toán thống kê y học. Xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 22.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Việc sử dụng Empagliflozin bệnh nhân suy tim PSTM giảm nhẹ là tuân theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 127 bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn có phân suất tổng máu giảm nhẹ được tuyển vào nghiên cứu. Tất cả 127 BN đều tuân thủ Empagliflozin theo y lệnh trong suốt thời gian theo dõi.

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Kết quả (n,%)	
Nhóm tuổi	60 – 69	43 (33,9)
	70 – 79	50 (39,4)
	≥80	34 (26,8)
Giới tính	Nam	44 (34,6)
	Nữ	83 (65,4)
Thời gian mắc bệnh suy tim mạn tính	<5 năm	33 (26)
	≥5 năm	94 (74)
BMI (kg/m ²)	Gầy	4 (3,1)
	Bình thường	102 (80,3)
	Thừa cân	21 (16,5)

Nhận xét: Nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao 70 -79 (39,4%); nữ nhiều hơn nam (65,4% so với 34,6%); thời gian mắc bệnh suy tim mạn tính ≥5 năm cao hơn so với <5 năm (74% so với 26%); bệnh nhân có BMI bình thường chiếm đa số (80,3%).

Bảng 3.2. Đặc điểm về một số yếu tố liên quan đến suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ

Đặc điểm		Giới tính (n,%)		p
		Nam (n=44)	Nữ (n=83)	
Uống rượu bia	Có	11 (91,7)	1 (8,3)	< 0,0001
	Không	33 (28,7)	82 (71,3)	
Lỗi sống tĩnh tại	Có	29 (30,9)	65 (69,1)	0,09
	Không	15 (45,5)	18 (54,5)	
Tăng huyết áp	Có	33 (34)	64 (66)	0,5
	Không	11 (36,7)	19 (63,3)	
Bệnh thận mạn	Có	14 (46,7)	16 (53,3)	0,08
	Không	30 (30,9)	67 (69,1)	
Rối loạn lipid máu	Có	24 (28,6)	60 (71,4)	0,04
	Không	20 (46,5)	23 (53,5)	

Nhận xét: bệnh nhân có lỗi sống tĩnh tại nữ cao hơn so với nam (69,1% so với 30,9%); rối loạn lipid máu ở nữ cao hơn nam (71,4% so với 28,6%), p = 0,04; tăng huyết áp tỷ lệ nữ cao hơn so với nam (66% so với 34%); bệnh thận mạn tỷ lệ nữ cao hơn so với nam (53,3% so với 46,7%).

Bảng 3.3. Các đặc điểm lâm sàng sau 3 tháng điều trị phổi hợp bằng Empagliflozin

Đặc điểm		nhập viện lần đầu	Tháng thứ 3
		(n,%)	(n,%)
Triệu chứng Cơ năng	Khó thở	78 (61,4)	14 (11)
	Khó thở kịch phát về đêm	66 (52)	2 (1,6)
	Ho về đêm	105 (82,7)	33 (26)
	Giảm khả năng gắng sức	120 (94,5)	60 (47,2)
	Phù mắt cá chân	51 (40,2)	2 (1,6)
Triệu chứng Thực thể	Tĩnh mạch cổ nổi	96 (75,6)	34 (26,8)
	Tiếng ngựa phi	45 (35,4)	9 (7,1)
	Tăng diện đập của móm tim	88 (69,3)	34 (26,8)
	Tiếng thổi ở tim	98 (77,2)	75 (59,1)
	Ran ở phổi	71 (55,9)	11 (8,7)
	Gan to	21 (16,5)	0

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị phổi hợp Empagliflozin, các triệu chứng cơ năng và thực thể của suy tim đều được cải thiện.

Bảng 3.4. Phân độ suy tim theo NYHA sau 3 tháng điều trị phổi hợp Empagliflozin

Phân độ	nhập viện lần đầu (n,%)	Tháng thứ 3 (n,%)
Độ I	0	0
Độ II	66 (52)	107 (84,3)
Độ III	49 (38,6)	18 (14,2)
Độ IV	12 (9,4)	2 (1,6)

Nhận xét: Sau 3 tháng điều trị phổi hợp bằng Empagliflozin, phân độ suy tim có sự thay đổi rõ rệt ở nhóm NYHA II (52% tăng lên

84,3%); NYHA III (38,6% giảm còn 14,2%); NYHA IV (9,4% giảm còn 1,6%).

Bảng 3.5. Chỉ số Huyết áp, BNP, eGFR, LVEF sau 3 tháng điều trị phổi hợp Empagliflozin

	nhập viện lần đầu (X±SD)	Tháng thứ 3 (X±SD)	p
Huyết áp tâm thu (mmHg)	134,3 ±24,9	124,2 ± 13,9	< 0,0001
Huyết áp tâm trương (mmHg)	80,2 ± 11,6	77,4 ± 8,7	< 0,0001
BNP (pg/mL)	532,6 ± 653,2	109,2 ± 249,8	< 0,0001
eGFR (ml/phút/1,73 m ²)	64,5 ± 24,4	62,8 ± 21,7	< 0,0001
LVEF (%)	45,5 ± 2,9	56,2 ± 8,5	< 0,0001

Nhận xét: Sự khác biệt giữa trước điều trị và sau 3 tháng điều trị phổi hợp Empagliflozin về các thông số huyết áp, BNP, eGFR, LVEF có ý nghĩa thống kê (p<0,0001).

Bảng 3.6. Tác dụng không mong muốn của Empagliflozin

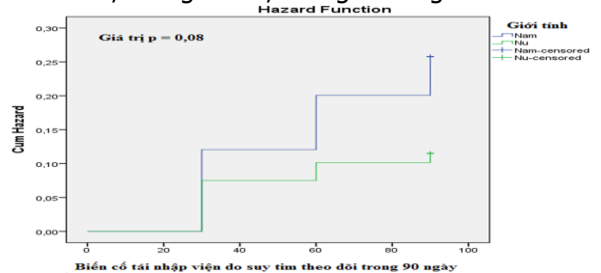
Triệu chứng	Sau 1 tháng n (%)	Sau 2 tháng n (%)	Sau 3 tháng n (%)
Chán ăn	10 (7,9)	3 (2,4)	2 (1,6)
Chóng mặt	6 (4,7)	1 (0,8)	1 (0,8)
Buồn nôn	6 (4,7)	0	0
Đầy thượng vị	5 (3,9)	3 (2,4)	1 (0,8)
Tiểu gắt, tiểu buốt	3 (2,4)	1 (0,8)	1 (0,8)

Nhận xét: Các tác dụng không mong muốn của empagliflozin lần lượt giảm theo thời gian sau 3 tháng điều trị.

Bảng 3.6. Tỷ lệ các biến cố sau 3 tháng theo dõi

	Tháng thứ 1	Tháng thứ 2	Tháng thứ 3
Tái nhập viện do suy tim (n,%)	11 (8,7%)	7 (5,5%)	3 (2,4%)
Tử vong (n,%)	1 (0,8%)	1 (0,8)	1 (0,8%)

Nhận xét: Trong thời gian 3 tháng theo dõi tỷ lệ biến cố tái nhập viện do suy tim ở tháng thứ nhất, tháng thứ 2, tháng thứ 3 giảm dần.



Biểu đồ 3.1. Đường cong Kaplan-Meier mô

tả biến cố nhập viện suy tim ở nam, nữ sau 3 tháng điều trị phối hợp Empagliflozin

Nhận xét: Trong thời gian 3 tháng tỷ lệ biến cố tái nhập viện vì suy tim giảm, trong đó nam giới có tỷ lệ tái nhập viện cao hơn so với nữ giới ($p = 0,08$).

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 127 người bệnh chúng tôi ghi nhận nhóm tuổi chiếm tỷ lệ cao 70-79 (39,4%); tỷ lệ nữ chiếm cao hơn so với nam (65,4% so với 34,6%). Kết quả cho thấy tương đồng với nghiên cứu suy tim ở NCT của tác giả Dương Thị Bích Nguyệt (76,8 ± 9 tuổi), trong đó phân bố ở các nhóm tuổi lần lượt là 60 – 69 tuổi (27,4%), 70 – 79 tuổi (37%), ≥80 tuổi (35,6%) [3], ở nhóm ≥80 tuổi chiếm tỷ lệ 26,8% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hiến 23,1% [2]. Đa số bệnh nhân có thời gian mắc bệnh suy tim mạn tính ≥5 năm 74% cao hơn nghiên cứu của tác giả Đỗ Thị Hiến 15% [2]. Bệnh nhân thừa cân chiếm 20,5%, thấp hơn nghiên cứu của Đỗ Thị Hiến 35,5% [2].

Khi phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn có phân suất tống máu giảm nhẹ sau 3 tháng điều trị phối hợp Empagliflozin, các triệu chứng cơ năng và thực thể điều được cải thiện. Cải thiện các triệu chứng suy tim như ho về đêm (82,7% giảm còn 26%); giảm khả năng gắng sức (94,5% giảm còn 47,2%); tĩnh mạch cổ nổi (75,6% giảm còn 26,8%); tiếng thổi ở tim (77,2% giảm còn 59,1%). Các triệu chứng cơ năng và thực thể của suy tim thường là biểu hiện chung của nhiều bệnh khác nhau ở người cao tuổi như theo tác giả Ngô Văn Te khó thở liên quan gắng sức 78,6%, ho 42,9%, phù 2 mắt cá chân 88,1%, tiếng thổi ở tim 66,7%, ran ở phổi 50%, gan to 33,3%, tĩnh mạch cổ nổi 23,8% [4]. Ngoài ra chúng tôi ghi nhận phân độ suy tim có sự cải thiện rõ rệt ở nhóm NYHA II (52% tăng lên 84,3%); NYHA III (38,6% giảm còn 14,2%); NYHA IV (9,4% giảm còn 1,6%). Tác giả Dương Thị Bích Nguyệt ghi nhận phân độ NYHA II, III, IV lần lượt là 32,8%, 47,1%, 20,1% [3]. Điều này cho thấy tác dụng có lợi của Empagliflozin đối với suy tim mạn và có thể giải thích một phần sự cải thiện nhất quán về chất lượng cuộc sống được đánh giá bởi KCCQ (thang điểm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim).

Chúng tôi ghi nhận sau 3 tháng điều trị phối hợp Empagliflozin, BNP ($532,6 \pm 653,2$ pg/mL giảm còn $109,2 \pm 249,8$ pg/mL); LVEF ($45,5 \pm 2,9\%$ tăng $56,2 \pm 8,5\%$). Giá trị BNP trung vị 371 pg/ml thấp hơn so với Kenneth C. Bilchick

nghiên cứu trên bệnh nhân có phân suất tống máu giảm và phân suất tống máu giảm nhẹ ghi nhận giá trị trung vị BNP 442 pg/ml [6]. Điều này được lý giải là nồng độ BNP giảm khi điều trị bằng Empagliflozin đã được chứng minh trước đây và có thể phản ánh sự giảm căng của tâm nhĩ do lượng máu tĩnh mạch về tim giảm. Do đó, kết hợp với việc giảm thể tích tuần hoàn và giảm lượng máu tĩnh mạch trở về tim có thể góp phần làm giảm nồng độ BNP trong quá trình điều trị bằng Empagliflozin. Độ lọc cầu thận eGFR ($64,5 \pm 24,4$ ml/phút/1,73 m² giảm nhẹ còn $62,8 \pm 21,7$ ml/phút/1,73 m² và tất cả bệnh nhân có eGFR >20ml/phút/1,73m²). Việc giảm nhẹ độ lọc cầu thận cũng như huyết áp trong vài tháng đầu khởi trị với SGLT2i cũng đã được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đây [8].

Chúng tôi ghi nhận các tác dụng không muốn của Empagliflozin lần lượt giảm theo thời gian sau 3 tháng điều trị: chán ăn (7,9% giảm còn 0,8%); chóng mặt (4,7% giảm còn 0,8%); buồn nôn (4,7% giảm còn 0%); đầy thượng vị (3,9% giảm còn 0,8%); tiểu gắt, tiểu buốt (2,4% giảm còn 0%). Theo nghiên cứu của Adriaan và cộng sự cho thấy các tác dụng phụ dẫn đến ngừng sử dụng Empagliflozin hoặc giả dược xảy ra ở 8,5% và 12,9% bệnh nhân, không xảy ra tình trạng nhiễm toan ceton ở nhóm dùng Empagliflozin hoặc giả dược; tỷ lệ giảm thể tích là 12,7% ở nhóm Empagliflozin và 10,2% ở nhóm giả dược, hạ huyết áp có triệu chứng nghiêm trọng do nghiên cứu viên xác định xảy ra ở 1,2% bệnh nhân trong nhóm Empagliflozin và 1,5% bệnh nhân ở nhóm giả dược. Về mặt an toàn, như trong các báo cáo trước đây, tỷ lệ tác dụng phụ của thuốc ức chế SGLT2 tăng lên khi tình trạng suy nhược trở nên trầm trọng hơn.

Trong thời gian 3 tháng theo dõi tỷ lệ biến cố tái nhập viện do suy tim ở tháng thứ nhất, tháng thứ 2, tháng thứ 3 lần lượt là 8,7%; 5,5%; 2,4%); tử vong tim mạch lần lượt là (0,8%; 0,8%; 0,8%). Trong nghiên cứu EMPEROR-Preserved gần đây cho thấy Empagliflozin làm giảm nguy cơ kết hợp tử vong do tim mạch hoặc nhập viện do suy tim ở bệnh nhân suy tim mạn tính cấp cứu với phân suất tống máu giảm nhẹ và bảo tồn [8].

Nghiên cứu của tác giả Cui X. và cộng sự cho thấy thời gian trung bình cho lần đầu tái nhập viện là 65 ngày, trong đó tỷ lệ tái nhập viện trong 1 tháng tăng nhẹ từ 18,5% lên 22,8%, ($P = 0,018$); trong 1 năm, tái nhập viện vì suy tim chiếm 24,4% ($p < 0,001$) [10]. Nghiên cứu của Wideqvist M. và cộng sự cho thấy tỷ lệ HFmrEF tái nhập viện trong 1 tháng đầu vì suy

tim là 11,4%, tổng tỷ lệ tử vong trong 1 tháng là 4,2%. Nguyên nhân có thể ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ có kèm các bệnh lý khác như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh tim thiếu máu cục bộ. Do đó, việc điều trị HFmrEF ngoài việc điều trị tối ưu suy tim cần phải tối ưu điều trị nguyên nhân thúc đẩy suy tim. Khi phân tích đường cong Kaplan-Meier trong thời gian 3 tháng tỷ lệ biến cố tái nhập viện vì suy tim giảm, trong đó nam giới có tỷ lệ tái nhập viện cao hơn so với nữ giới ($p = 0,08$), tỷ lệ tái nhập viện ở nghiên cứu chúng tôi thấp hơn so với tác giả do phân nhóm NYHA chúng tôi tập trung ở NYHA II, III, và tỷ lệ mắc bệnh ở nam cao nhiều hơn so với nữ; sau thời gian điều trị phối hợp Empagliflozin, theo dõi tỷ lệ nhóm NYHA II tăng dần lên.

V. KẾT LUẬN

Kết hợp Empagliflozin trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ trên bệnh nhân cao tuổi giúp cải thiện triệu chứng lâm sàng của suy tim, BNP, LVEF, tình trạng tái nhập viện vì suy tim trong 3 tháng và an toàn cho bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Đức. Già hóa dân số và người cao tuổi ở Việt Nam. Tổng cục thống kê. 2021, Hà Nội.
2. Đỗ Thị Hiền, Nguyễn Quý Quyền, Nguyễn Hải Dân, Nguyễn Ngọc Quán, Nguyễn Thanh Hải. Thực trạng kiến thức về suy tim ở người bệnh cao tuổi mắc bệnh suy tim tại Bệnh viện Trung ương quân đội 108 năm 2023. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 531(2). <https://doi.org/10.51298/vmj.v531i2.7170>

3. Dương Thị Bích Nguyệt, Trần Hải Yến. Khảo sát tỷ lệ rung nhĩ trên bệnh nhân cao tuổi suy tim mạn tại bệnh viện đa khoa tỉnh Khánh Hòa từ tháng 9/2020 đến tháng 2/2021. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022, (45): p. 65-70.
4. Ngô Văn Te, Đoàn Thị Kim Châu, Ngô Đức Lộc, Tiên Nguyễn Hải Quỳnh. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim mạn kèm đái tháo đường tít 2 tại bệnh viện đa khoa kiên giang năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ, 2022, (53): p. 127-132. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i53.155>
5. Phạm Nguyễn Vinh, Phạm Mạnh Hùng. Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn tính. Hội Tim mạch học Việt Nam, 2022.
6. Bilchick KC, Stafford P, Laja O, Bediako P, et al. Relationship of ejection fraction and natriuretic peptide trajectories in heart failure with baseline reduced and mid-range ejection fraction. American Heart Journal, 2022. 243: p. 1-10. doi: 10.1016/j.ahj.2021.08.015
7. Chen X, Savarese G, and Fu M. Age-dependent differences in clinical phenotype and prognosis in heart failure with mid-range ejection compared with heart failure with reduced or preserved ejection fraction. Clinical Research in Cardiology, 2019. 108: p. 1394-1405. doi: 10.1007/s00392-019-01477-z
8. Packer M, Butler J, Ferreira JP, et al. Effect of empagliflozin on worsening heart failure events in patients with heart failure and preserved ejection fraction: EMPEROR-Preserved trial. Circulation, 2021. 144(16): p. 1284-1294.
9. Virani S, Alonso A, Bittencourt MS, et al. Heart disease and stroke statistics—2021 update: a report from the American Heart Association. Circulation, 2021. 143(8): p. e254-e743. doi: 10.1161/CIR.0000000000000950
10. Cui X, Thunstrom E, Ge J, et al. Trends in cause-specific readmissions in heart failure with preserved vs. reduced and mid-range ejection fraction. ESC Heart Fail, 2020. 7(5): p. 2894-2903. doi: 10.1002/ehf2.12899

BÁO CÁO LÂM SÀNG: KHỐI U NÃO THẤT BÊN Ở BỆNH NHÂN XƠ CỨNG CÚ

Phạm Gia Dự¹, Nguyễn Đức Liên¹

TÓM TẮT

Bệnh xơ cứng củ (TS) là một bệnh rối loạn di truyền hiếm gặp do di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Các đột biến trên một trong hai gen phức hợp xơ cứng củ 1 (TSC1) hoặc phức hợp xơ cứng củ 2 (TSC2) đóng một vai trò nào đó và dẫn đến các bệnh lý liên quan đến nhiều cơ quan, chẳng hạn như não, tim, thận, da, phổi và gan. Việc quản lý những bệnh

nhân này thường đa ngành liên quan đến các bác sĩ chuyên khoa từ nhiều lĩnh vực khác nhau. Báo cáo trường hợp về một bệnh nhân 14 tuổi đến viện với các biểu hiện tăng áp lực nội sọ. Hình ảnh cộng hưởng từ não cho thấy một khối u lớn vị trí não thất bên bên phải chèn ép lỗ Monro gây giãn não thất. Khối u được chẩn đoán mô bệnh học là u sao bào khổng lồ dưới màng nội tủy. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cũng cho thấy nhiều nang đơn thuần ở cả hai thận. Chẩn đoán bệnh được củng cố bởi xét nghiệm gen TSC1 và TSC2. **Từ khóa:** Bệnh xơ cứng củ, u sao bào khổng lồ dưới màng nội tủy.

SUMMARY

CLINICAL REPORT: LATERAL VENTRICULAR TUMORS IN A PATIENT

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Liên

Email: drduclien@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 4.7.2024

Ngày duyệt bài: 8.8.2024