

5. **Võ Đắc Tuyên và cộng sự** (2012). Nhiễm khuẩn do răng/viêm mô bào: Vi khuẩn và mức độ kháng thuốc tại thành phố Hồ Chí Minh năm 2010. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 16(2), tr. 162-169.

6. **Yang SW, Lee MH, See LC, Huang SH, Chen TM, Chen TA** (2008). Deep neck abscess: An analysis of microbial etiology of the effectiveness of antibiotics. Infection and Drug Resistance, 1:1

## NHẬN XÉT KẾT QUẢ CỦA SINH THIẾT PHỔI DƯỚI HƯỚNG DẪN CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ NỐT MỜ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN E

Phan Thị Hạnh<sup>1</sup>, Phan Thu Phương<sup>2</sup>

pulmonary nodule

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nhận xét kết quả và tai biến của kỹ thuật sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính ở bệnh nhân nốt mờ ở phổi tại bệnh viện E. **Đối tượng, phương pháp:** 142 bệnh nhân nốt mờ ở phổi tại bệnh viện E được sinh thiết phổi từ T7/2022–T7/2024, phương pháp nghiên cứu hồi cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu. **Kết quả:** Tuổi trung bình 67,10 ± 10,01, nam (62,7%), nữ (37,3%). Lý do vào viện chủ yếu là ho khạc đờm chiếm 52,82%. Triệu chứng lâm sàng: đau ngực: 38,73%, ho máu: 8,45%, ho khạc đờm: 54,23%. Khó thở: 39,44%. Ung thư: 64,79%, lao: 8,45%, tổn thương viêm: 23,24%. Biến chứng do thủ thuật: tràn khí màng phổi là 18,75%, ho ra máu: 7,64%. **Kết luận:** Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính có vai trò quan trọng trong chẩn đoán nốt mờ ở phổi, kỹ thuật an toàn, hiệu quả.

**Từ khóa:** sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính, nốt mờ phổi

### SUMMARY

#### ASSESSMENT ON THE RESULTS OF LUNG BIOPSY BY CT SCANNER ON SOLITARY PULMONARY NODULE PATIENTS IN E HOSPITAL

**Objectives:** Assessing the results and complications of lung biopsies by CT Scanner on solitary pulmonary nodule patients in E Hospital. **Patient and Methods:** 142 solitary pulmonary nodule patients in E Hospital have had biopsies from 7/2022 to 7/2024, cross – sectional retrospective study described, prospective. **Results:** mean ages: 67,10 ± 10,01, male (62,7%), female (37,3%). Productive cough is the main reason to admit hospital 52,82%. The clinical symptoms: chest pain (38,73%), coughing blood (7,75%), productive cough: 54,23%, dyspnea: 39,44%. Cancer: 64,79%, Tuberculosis: 8,45%, inflammation: 23,24%. Complications: pneumothorax 18,75%, hemoptysis 7,64%. **Conclusions:** the lung biopsies by CT Scanner have an important role in diagnosing pulmonary tuberculosis and the technique is safe and effective.

**Keywords:** lung biopsies by CT Scanner, solitary

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nốt mờ ở phổi là hình mờ ở nhu mô phổi phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực với đường kính nhỏ hơn hoặc bằng 3cm được bao bọc xung quanh bởi nhu mô phổi [1],[2]. Hàng năm ở Mỹ có khoảng 150.000 trường hợp phát hiện nốt mờ ở phổi tình cờ khi chụp X quang hoặc CLVT lồng ngực [3].

Người ta chia nguyên nhân gây nốt mờ ở phổi làm 2 nhóm là tổn thương lành tính như lao phổi, U phổi lành tính, viêm mạn tính... và tổn thương ác tính tại phổi như ung thư phổi (UTP). Nốt càng lớn thì tỷ lệ ung thư càng cao (>3cm), nốt < 5mm ít nghĩ đến ác tính. Đối với ung thư phổi phát hiện và được phẫu thuật ở giai đoạn sớm tỷ lệ sống trên 5 năm là 85% [4].

Nguyên nhân gây nốt mờ ở phổi chủ yếu là do UTP. Đây là một bệnh liên quan chặt chẽ với người hút thuốc lá, tiếp xúc với khói bụi độc hại như amian, radon... Ở Việt Nam, theo số liệu ghi nhận tại một số vùng, UTP đứng hàng đầu và chiếm 20% trong tổng số hàng trăm loại ung thư [5]

Kỹ thuật STXTN bằng kim đã được thực hiện từ cuối thế kỷ XIX. Hiện nay, nó vẫn được tiến hành ở nhiều nước trên thế giới và thể hiện được nhiều ưu điểm [6].

Bệnh viện E đã tiến hành STXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT bằng kim Tru-cut từ năm 2009. Hiện chưa có nghiên cứu nào đánh giá một cách chi tiết kết quả của STXTN dưới hướng dẫn chụp CLVT các tổn thương dạng nốt mờ nhỏ ≤ 3 cm ở phổi. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu sau:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có nốt mờ phổi.

2. Nhận xét kết quả STXTN nốt mờ ở phổi dưới hướng dẫn chụp cắt lớp vi tính tại Bệnh viện E.

### II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành trên 142 BN điều trị tại Bệnh viện E có tổn thương là nốt mờ ở phổi trên phim chụp

<sup>1</sup>Bệnh viện E Trung ương

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thị Hạnh

Email: bshanh288@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2024

Ngày duyệt bài: 27.11.2024

CLVT lồng ngực, được STXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT từ tháng 7/2022 đến tháng 7/2024.

**2.1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân.** BN có tổn thương nốt mờ với kích thước lớn nhất ≤ 3cm trên phim CLVT ngực;

BN được chỉ định và tiến hành STXTN dưới hướng dẫn CLVT.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Các BN có chống chỉ định với kỹ thuật STXTN;

Rối loạn đông máu, cầm máu, hoặc đang dùng thuốc chống đông;

Nghi tổn thương u mạch;

Có kén khí ở vùng định chọc kim qua;

Đó cắt phổi bên đối diện;

Suy tim, suy hô hấp nặng;

Bệnh nhân không hợp tác (chống chỉ định tương đối);

Bệnh nhân đang thở máy;

BN và gia đình không đồng ý làm thủ thuật sinh thiết.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Nghiên cứu hồi cứu, tiến cứu, mô tả cắt ngang, lấy mẫu theo phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

**2.3. Quy trình kỹ thuật sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp CLVT**

**2.3.1. Chuẩn bị thuốc và dụng cụ:**

- Một bộ kim sinh thiết Tru-cut cỡ 18G gồm: 1 kim dẫn đường và 1 kim cắt.

- Bơm kim tiêm các loại: 20ml, 50ml, lam kính, thước đo góc.

- Lá kim tiêm để xác định vị trí chọc trên da. Lọ đựng bệnh phẩm có chứa formon.

- Thuốc sát trùng, thuốc gây tê Lidocain 2%, thuốc và dụng cụ cấp cứu, máy chụp CLVT

**2.3.2. Phương pháp tiến hành**

- Chuẩn bị bệnh nhân: giải thích cho bệnh nhân và ký vào giấy đồng ý làm thủ thuật, phim chụp tim phổi, CLVT ngực, xét nghiệm công thức máu, đông máu cơ bản.

- Xác định vị trí chọc kim:

+ Xác định lại tổn thương về vị trí, kích thước và tính chất. Chọn lớp cắt để sinh thiết, đo khoảng cách từ mép ngoài của tổn thương đến da, xác định góc tạo bởi đường vuông góc với mặt bàn chụp với đường vào dự kiến, đánh dấu vị trí chọc trên da.

- Tiến hành cắt:

+ Sát trùng, trải sẵn vô khuẩn bộc lộ vùng sinh thiết, tiến hành gây tê bằng Lidocain.

+ Chọc kim dẫn đường qua da ở vị trí đánh dấu, theo hướng tạo với đường thẳng góc với bàn chụp với góc đã đo ở trên. Dẫn bệnh nhân thở ra rồi nín thở, chọc kim qua lá tạng màng phổi vào tổn thương. Chụp CLVT ngực xem đầu kim đã đúng tổn thương chưa, rút nòng của kim

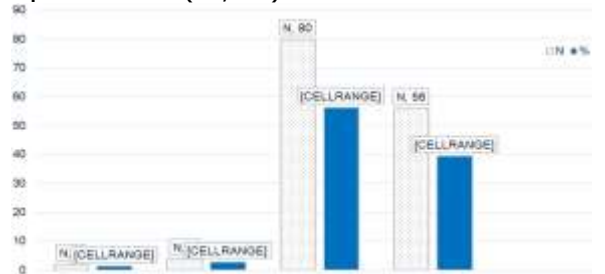
dẫn đường ra đồng thời đưa ngay kim cắt vào trong nòng của kim dẫn đường và bấm cắt để lấy bệnh phẩm.

+ Dùng một đầu kim nhỏ lấy mảnh bệnh phẩm cho vào lọ đựng bệnh phẩm có chứa formon. Tiếp tục sinh thiết như trên theo nhiều hướng khác nhau để lấy thêm các mảnh bệnh phẩm. Dẫn bệnh nhân nín thở rút nhanh kim ra khỏi thành ngực, sát trùng, băng ép.

**2.4. Xử lý số liệu:** Số liệu thu thập được sẽ được xử lý theo chương trình SPSS 28.0 với các thuật toán thống kê y học

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Phân bố theo tuổi, giới.** Trong 142 bệnh nhân có nốt mờ trên CLVT lồng ngực được STXTN có 89 bệnh nhân nam (62,7%) và 53 bệnh nhân nữ (37,3%)



**Biểu đồ 3.1. Phân bố bệnh nhân theo nhóm tuổi (n=142)**

**Nhận xét:** Nhóm tuổi nhiều nhất trong nhóm bệnh nhân được STXTN là nhóm từ 51 đến 70 tuổi có 80 BN chiếm 56,34%.

**Bảng 3.1. Lí do vào viện (n=142)**

Triệu chứng	N	%
Đau ngực	46	32,39%
Ho khan	41	28,87%
Ho khạc đờm	75	52,82%
Ho ra máu	12	8,45%
Sốt	8	5,63%
Gầy sút cân	21	14,79%
Khó thở	40	28,17%
Tình cờ	11	7,75%

**Nhận xét:** Lí do vào viện hay gặp nhất là ho khạc đờm (52,82%), đau ngực (32,39%), ho khan (28,87%), khó thở (28,17%), các triệu chứng khác ít gặp hơn.

### 3.2. Triệu chứng lâm sàng

**Bảng 3.2. Triệu chứng lâm sàng (n=142)**

Triệu chứng	N	%
Đau ngực	55	38,73%
Ho khan	40	28,17%
Ho khạc đờm	77	54,23%
Ho ra máu	12	8,45%

Triệu chứng toàn thân	Khó thở	56	39,44%
	Thiếu máu	10	7,04%
	Mệt mỏi	59	41,55%
	Gầy sút cân	37	26,06%
	Chán ăn	27	19,01%
	Hạch ngoại biên	15	10,56%
	Sốt	13	9,16%
	Khác	8	5,64%
Triệu chứng thực thể	Ran ẩm, ran nổ	32	22,53%
	HC 3 giảm	9	6,34%
Không có triệu chứng lâm sàng		6	4,23%

**Nhận xét:** Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ho khạc đờm (54,23%); ho khan 28,17%; Triệu chứng toàn thân gặp nhiều nhất là mệt mỏi chiếm 41,55%;

**3.3. Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn chụp CLVT**

**Bảng 3.3. Độ sâu – góc chọc kim sinh thiết (n=144)**

Đặc điểm		Trung bình	Độ lệch	Thấp nhất	Cao nhất
STXTN lần 1 (n=142)	Góc chọc (độ)	73,53	9,07	45	90
	Độ sâu (cm)	6,04	1,85	2,5	11
STXTN lần 2 (n=2)	Góc chọc (độ)	80	7,07	75	85
	Độ sâu (cm)	7	2,83	5	9
Chung (n=144)	Góc chọc (độ)	73,67	9,06	45	90
	Độ sâu (cm)	6,05	1,85	2,5	11

Trong đó độ sâu ngắn nhất là 2,5 cm và sâu nhất là 11cm; góc chọc của kim sinh thiết trung bình 73,67 độ ( $\pm 9,06$ ).

**Bảng 3.4. Tư thế bệnh nhân, độ sâu khi làm STXTN (n=144)**

Đặc điểm		STXTN lần 1 (n=142)		STXTN lần 2 (n=2)	
		N	%	n	%
Tư thế bệnh nhân	Nằm nghiêng	5	3,52%	0	-
	Nằm ngửa	91	64,08%	1	50%
	Nằm sấp	46	32,39%	1	50%
Độ sâu kim sinh thiết	< 3 cm	1	0,70%	0	-
	3-5 cm	54	38,03%	1	50%
	>5 cm	87	61,27%	1	50%

**Nhận xét:** Tư thế bệnh nhân khi STXTN lần 1 nằm sấp là 32,39%; nằm ngửa là 64,08%. Độ sâu của kim chọc sinh thiết lần 1 chủ yếu là > 5 cm chiếm 61,27%

**Bảng 3.5. Kết quả giải phẫu bệnh (n=144)**

Kết quả giải phẫu bệnh		STXTN lần 1 (n=142)		STXTN lần 2 (n=2)	
		n	%	n	%
Mô bệnh	Ung thư	91	64,09%	1	50%
	Viêm lao	11	7,75%	1	50%

học	Viêm mạn tính	33	23,24%	0	0
	Viêm hoại tử	2	1,41%	0	0
	Sarcoidosis	0	0	0	0
	Nấm Aspegillus	1	0,70%	0	0
	Khác	4	2,81%	0	0

**Nhận xét:** Trong 142 bệnh nhân nghiên cứu với 144 lượt sinh thiết trong đó có 2 bệnh nhân sinh thiết lần 1 viêm mạn tính đã sinh thiết lại lần 2 cho kết quả 1 ung thư và 1 lao do đó chẩn đoán ung thư là 92 trường hợp chiếm 64,79%; chẩn đoán lao là 12 bệnh nhân chiếm 8,45%

**3.4. Tai biến khi sinh thiết xuyên thành ngực**

**Bảng 3.6. Tai biến và phương pháp xử trí của kỹ thuật STXTN dưới hướng dẫn chụp CLVT của các lần sinh thiết (n=142)**

Tai biến – Xử trí	STXTN lần 1 (n=142)		STXTN lần 2 (n=2)	
	n	%	n	%
Không tai biến	70	49,30%	0	-
Tràn khí màng phổi	27	19,01%	0	-
Chảy máu nhu mô	57	40,14%	2	100%
Ho ra máu	11	7,75%	0	-
Đau ngực	1	0,70%	0	-
Dân lưu khoang MP	6	4,23%	0	-
Cấp cứu ho máu	10	7,04%	0	-
Thở oxy	10	7,04%	0	-

**Nhận xét:** Tỷ lệ tai biến do sinh thiết nhiều nhất là chảy máu nhu mô, là tai biến nhẹ, không có biểu hiện lâm sàng, không cần xử trí gì. Trong sinh thiết lần 1 tràn khí màng phổi 19,01% và ho ra máu 7,75%. Tỷ lệ chung cho 144 lượt sinh thiết tràn khí màng phổi chiếm 18,75%; ho máu 7,64%.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Tuổi, giới:** Trong 142 bệnh nhân có nốt mờ trên CLVT lồng ngực được STXTN có 89 bệnh nhân nam (62,7%) và 53 bệnh nhân nữ (37,3%). Tỷ lệ nam/nữ là 1,68/1. Kết quả NC của chúng tôi gặp tỷ lệ nam lớn hơn nữ cũng tương tự với các tác giả khác: Tian (2017) NC trên 560 bệnh nhân gặp nam 323 BN nam (57,7%), nữ 237 BN (42,3%) [7]

**4.2. Triệu chứng lâm sàng:** Trong 142 BN chúng tôi thấy triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ho khạc đờm (54,23%); ho khan 28,17%; Triệu chứng toàn thân gặp nhiều nhất là mệt mỏi chiếm 41,55%; Đây là các triệu chứng thường gặp trong các bệnh lí hô hấp, không đặc hiệu cho nhóm bệnh nào. Kết quả NC của chúng tôi cũng tương tự các tác giả khác: Ngô Quý Châu và CS (2005) NC trên 265 trường hợp STXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT thấy triệu

chứng lâm sàng gặp nhiều nhất là đau ngực 59,2% (157/265), tiếp đến là ho khạc đờm 54%, khó thở gặp 30,9%, sốt 29,4%, gầy sút 17%, ho máu 13,4% [8].

**4.3. Sinh thiết phổi dưới hướng dẫn của chụp CLVT.** Độ sâu khi chọc kim sinh thiết lần 1 trong NC của chúng tôi chủ yếu là > 5 cm chiếm 61,27%, từ 3-5 cm là 38,03%. Lần 2 từ 3 – 5 cm chiếm 50%.

Tư thế bệnh nhân khi STXTN lần 1 nằm sấp là 32,39%, nằm ngửa là 64,08%. Lần 2 là 50% nằm ngửa và 50% nằm sấp. Lựa chọn tư thế chủ yếu dựa vào vị trí tổn thương sao cho thuận tiện và an toàn nhất khi làm thủ thuật. Trong nghiên cứu của Choi và CS (2012) trên 173 lượt STXTN dưới hướng dẫn của CLVT các khối u phổi dưới 2 cm thấy tỉ lệ bệnh nhân nằm sấp là 87/173 (50,3%) [9].

Mô bệnh học: Trong 142 bệnh nhân nghiên cứu chẩn đoán ung thư là 92 trường hợp chiếm 64,79%; chẩn đoán lao là 12 bệnh nhân chiếm 8,45%.

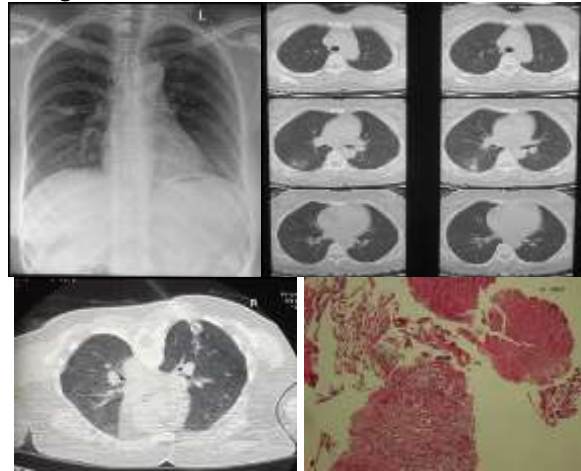
Nốt mờ ở phổi đa phần là ác tính theo các NC của các tác giả nước ngoài, tuy nhiên Việt Nam là một nước có dịch tể lao cao nên NC của chúng tôi tỷ lệ STXTN ra tổn thương lao tới 27,2%. Theo nghiên cứu của Ngô Quý Châu và CS (2006) nghiên cứu trên 265 trường hợp đám mờ ở phổi được STXTN dưới hướng dẫn của chụp CLVT có kết quả chẩn đoán mô bệnh học như sau: ung thư 63%, lao 12,1%, nấm 0,4%, viêm mạn tính 24,5% [10].

**4.4. Tai biến:** Khi thực hiện thủ thuật chẩn đoán thì ngoài hiệu quả thì vấn đề an toàn rất quan trọng. Trong 144 lượt STXTN chúng tôi không gặp trường hợp nào có biến chứng nặng như tắc mạch khí, chảy máu màng phổi hay ho máu nặng phải can thiệp, tỷ lệ tràn khí màng phổi chiếm 18,75%; ho máu 7,64%. Nhiều nhất là chảy máu nhu mô 59/144 lượt sinh thiết chiếm 40,97% là tai biến nhẹ, không có biểu hiện lâm sàng, không cần xử trí gì. Trường hợp ho máu xử lý bằng phương pháp nội khoa: nằm bất động, tiêm cầm máu.

## V. KẾT LUẬN

Nốt mờ ở phổi là hình mờ ở nhu mô phổi phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT) lồng ngực, triệu chứng lâm sàng không điển hình, có thể gặp ở nhiều bệnh hô hấp khác nhau, việc chẩn đoán sớm bằng phương pháp sinh thiết dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính để có phương án điều trị thích hợp có ý nghĩa vô cùng quan trọng trong việc tiên lượng bệnh với tỉ lệ giới bệnh nhân nam (62,7%), bệnh

nhân nữ (37,3%). Triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất là ho khạc đờm (54,23%); ho khan 28,17%; Triệu chứng toàn thân gặp nhiều nhất là mệt mỏi chiếm 41,55%; Kết quả mô bệnh học chẩn đoán ung thư là 64,79%; chẩn đoán lao là 8,45%. Tỷ lệ tràn khí màng phổi chiếm 18,75%; ho máu 7,64%. Nhiều nhất là chảy máu nhu mô 59/144 lượt sinh thiết chiếm 40,97% là tai biến nhẹ, không có biểu hiện lâm sàng, không cần xử trí gì. Các trường hợp còn lại chỉ cần thở oxy không phải can thiệp khác. Qua kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đây là 1 kỹ thuật tương đối an toàn.



**Một số hình ảnh minh họa**

Tổn thương có kích thước 1cm x 1,4cm. Sinh thiết phổi làm giải phẫu bệnh cho kết quả nang lao điển hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Truong M.T., Ko J.P., Rossi S.E. et al.** (2014). Update in the Evaluation of the Solitary Pulmonary Nodule. *RadioGraphics*, 34(6), 1658–1679.
2. **MacMahon H., Naidich D.P., Goo J.M. et al.** (2017). Guidelines for Management of Incidental Pulmonary Nodules Detected on CT Images: From the Fleischner Society 2017. *Radiology*, 284(1), 228–243.
3. **Erasmus J.J., Connolly J.E., McAdams H.P. et al.** (2000). Solitary Pulmonary Nodules: Part I. Morphologic Evaluation for Differentiation of Benign and Malignant Lesions. *RadioGraphics*, 20(1), 43–58.
4. **Miller D.L., Rowland C.M., Deschamps C. và cộng sự.** (2002). Surgical treatment of non-small cell lung cancer 1 cm or less in diameter. *The Annals of Thoracic Surgery*, 73(5), 1545–1551
5. **Nguyễn Việt Cồ và CS** (2001) "Tình hình ung thư phế quản phổi ở Việt Nam" *Nội san lao và bệnh phổi*, tập 36, 12 - 18, 19 - 22, 23 - 29, 30 - 36.
6. **Bùi Xuân Tâm** (2000) "Bệnh Hô Hấp". Nhà xuất bản Y học.
7. **Tian P., Wang Y., Li L. et al.** (2017). CT-guided transthoracic core needle biopsy for small pulmonary lesions: diagnostic performance and

- adequacy for molecular testing. J Thorac Dis, 9(2), 333–343.
8. **Lê Hoàn, Ngô Quý Châu** (2005). Nhận xét giá trị của sinh thiết xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi tại khoa Hô Hấp Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2005-31/07/2005. Tạp chí y học thực hành, 513, 230–235.
9. **Choi J.W., Park C.M., Goo J.M. et al.** (2012). C-arm cone-beam CT-guided percutaneous transthoracic needle biopsy of small ( $\leq 20$  mm)
10. **Ngô Quý Châu** (2006). Sinh thiết phổi với kim Tru-cut xuyên thành ngực dưới hướng dẫn của chụp cắt lớp vi tính trong chẩn đoán đám mờ ở phổi trên 265 bệnh nhân. TCNCYH 46 (6): p 145-148.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ SỬ DỤNG CÁC NHÓM THUỐC NỀN TẢNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

Lê Thanh Phú<sup>1</sup>, Ngô Minh Hùng<sup>1</sup>, Dương Văn Phiếu<sup>1</sup>,  
Dương Hoàng Ngọc Thảo<sup>1</sup>, Lê Ngọc Như Ý<sup>1</sup>, Huỳnh Giao<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm có tỷ lệ bệnh tật và tử vong cao. Điều trị đúng theo phác đồ mới cập nhật giúp cải thiện đáng kể tỷ lệ nhập viện và tử vong. Tiếp cận đúng và đủ phác đồ điều trị suy tim tại các bệnh viện tuyến tỉnh vẫn chưa được nghiên cứu. **Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm khảo sát tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm (STPSTMTTG) theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân STPSTMTTG đến khám tại khoa Tim Mạch - Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ 12/2023 đến 04/2024. Phương pháp nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu này đã tuyển chọn được 72 bệnh nhân STPSTMTTG, có độ tuổi trung bình là  $67,14 \pm 12,1$  năm, với tỷ lệ nam giới chiếm 52,8%. Các bệnh đồng mắc phổ biến nhất là tăng huyết áp (93,1%), bệnh mạch vành (79,2%), và rối loạn lipid máu (79,2%). Nguyên nhân chính gây STPSTMTTG trong mẫu nghiên cứu là bệnh mạch vành (75%). Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 1, 2, 3, hoặc đủ cả 4 nhóm thuốc nền tảng lần lượt là 31,9%, 56,9%, 5,6% và 0%; với 94,4% bệnh nhân được điều trị bằng ít nhất một trong bốn nhóm thuốc này. Tỷ lệ sử dụng cụ thể của các nhóm thuốc như sau: nhóm ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RASi) chiếm 88,9%, nhóm lợi tiểu kháng Aldosterone là 61,1%, nhóm chẹn Beta là 12,5%, và nhóm ức chế đồng vận kênh Natri-Glucose-2 (SGLT2i) là 1,4%. **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân STPSTMTTG trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị đơn trị liệu hoặc 2 nhóm. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị đồng thời cả 3 hoặc đủ cả 4 nhóm nền tảng vẫn còn thấp. Nhóm thuốc RASI được sử dụng nhiều nhất, trong khi nhóm thuốc chẹn Beta và SGLT2i có tỉ lệ sử dụng rất thấp.

**Từ khoá:** suy tim phân suất tổng máu giảm, nhóm thuốc nền, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, chẹn beta, SGLT2-i, MRA.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF FOUNDATIONAL DRUG USE IN TREATING HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION AT CAN THO CITY HOSPITAL

**Background:** Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) has a high morbidity and mortality rate. Correct treatment according to the newly updated guidelines significantly improves hospitalization and mortality rates. Adequate and accurate application of heart failure treatment protocols at provincial hospitals has not yet been studied. **Objective:** The study aims to survey the utilization rates of guideline-recommended foundational drug classes in the treatment of HFrEF according to the 2021 European Society of Cardiology (ESC) guidelines. **Subjects and Methods:** Patients with HFrEF visited the Cardiology Department at Can Tho City General Hospital from December 2023 to April 2024. The study employed a cross-sectional descriptive method. **Results:** The study enrolled 72 patients with HFrEF, with an average age of  $67.14 \pm 12.1$  years, of which 52.8% were male. The most common comorbidities were hypertension (93.1%), coronary artery disease (79.2%), and dyslipidemia (79.2%). The primary cause of HFrEF in the study sample was coronary artery disease (75%). The proportions of patients using 1, 2, 3, or all 4 foundational drug classes were 31.9%, 56.9%, 5.6%, and 0%, respectively, with 94.4% of patients being treated with at least one of the four drug classes. Specifically, the usage rates of the drug classes were: Renin-Angiotensin-Aldosterone system inhibitors (RASi) at 88.9%, aldosterone antagonists at 61.1%, beta-blockers at 12.5%, and sodium-glucose co-transporter-2 inhibitors (SGLT2i) at 1.4%. **Conclusion:** Most HFrEF patients in our study were treated with either monotherapy or a combination of two drug classes, while the rates of patients receiving therapy with three or all four foundational drug

<sup>1</sup>Đại học Nam Cần Thơ

<sup>2</sup>Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Minh Hùng  
Email: nmhung@nctu.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024