

- 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

classes remained low. RASi was the most commonly used drug class, whereas the usage rates of beta-blockers and SGLT2i were very low. **Keywords:** reduced ejection fraction heart failure, foundational drug groups for HFREF treatment, RAS-i, Beta-blockers, SGLT2-i, aldosterone antagonists.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến, ảnh hưởng đến hàng triệu người trên toàn thế giới. Những nghiên cứu cộng đồng ngày nay cho thấy rằng 30-40% bệnh nhân tử vong trong vòng 1 năm sau khi được chẩn đoán suy tim và 60-70% tử vong trong vòng 5 năm [1]. Ngoài ra, nghiên cứu đã chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm (STPSTMTTG) cao hơn nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn [2]. Theo hiệp hội tim mạch Châu Âu (ESC) năm 2021, thành công của các thử nghiệm lâm sàng đã xác định 4 nhóm thuốc chính "tứ trụ" bao gồm ức chế men chuyển angiotensin (ACEi)/ thuốc ức chế kép angiotensin và neprilysin (ARNI)/ thuốc ức chế thụ thể angiotensin (ARB), nhóm thuốc chẹn beta (BB), nhóm thuốc lợi tiểu kháng Aldosterone (MRA) và nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose 2 (SGLT-2i) là các thuốc có vai trò nền tảng cho điều trị STPSTMTTG [3]. Mặc dù đã có các khuyến cáo hướng dẫn điều trị rõ ràng và nhiều nghiên cứu khẳng định hiệu quả của các nhóm thuốc này trong việc cải thiện triệu chứng và tiên lượng cho bệnh nhân STPSTMTTG, tuy nhiên vẫn còn khoảng cách giữa thực tế lâm sàng so với các khuyến cáo hiện hành ở từng cơ sở y tế khác nhau. Xuất phát từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Khảo sát tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm tại Bệnh Viện đa khoa thành Phố Cần Thơ Năm 2023-2024".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân STPSTMTTG nhập viện tại khoa Tim Mạch - Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ từ tháng 12/2023 đến 04/2024.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp mô tả cắt ngang.

### Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán STPSTMTTG theo tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim của Hội Tim Mạch Châu Âu 2021 có các tiêu chí sau bao gồm triệu chứng lâm sàng của suy tim, BNP hoặc NT-ProBNP và siêu âm tim có EF  $\leq 40\%$  [3].

- Đồng ý tham gia nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ:

- Có thai hoặc cho con bú
- Có tiên lượng sống <12 tháng hoặc có bệnh nội khoa nặng đi kèm

**Cỡ mẫu nghiên cứu:** Chúng tôi chọn mẫu thuận tiện liên tục theo trình tự thời gian cho đến khi đủ cỡ mẫu. Cỡ mẫu được tính theo công thức ước tính một tỷ lệ trong quần thể:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó: n: là cỡ mẫu nghiên cứu ước lượng.

$\alpha$ : là mức ý nghĩa 0,05% (xác suất sai lầm loại 1), độ tin cậy 95%.

Z: là trị số từ phân phối chuẩn (Z 0,975 = 1,96 với  $\alpha=0,05$ ).

p: là tỷ lệ bệnh nhân điều trị suy tim với ít nhất 1 thuốc nền tảng, dựa theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân [4], chúng tôi chọn p=0,953; d: sai số cho phép của nghiên cứu, chọn d = 5%.

Thay vào công thức ta được n=69.

- Thu thập dữ liệu bằng việc hỏi bệnh, khám lâm sàng và cận lâm sàng chính.

- Biến số nghiên cứu: đặc điểm của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng, các thuốc nền tảng STPSTMTTG lúc xuất viện gồm nhóm thuốc ức chế hệ RAS-i, MRA, chẹn beta và SGLT2-i.

**Xử lý thống kê.** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Sử dụng tần số và tỷ lệ (%) để mô tả các biến số định tính, trung bình và độ lệch chuẩn đối với các biến số định lượng. Đánh giá các mối liên quan có ý nghĩa thống kê khi p < 0,05.

**Đạo đức nghiên cứu:** nghiên cứu đã được chấp nhận cho phép thực hiện của Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ số 333/GT-KHTH ngày 12 tháng 12 năm 2023

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=72)**

Các thông số		Tỷ lệ hoặc Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)		67,14 $\pm$ 12,1
Giới	Nam % (n)	38(52,8)
	Nữ % (n)	34(47,2)
NYHA	I % (n)	0
	II % (n)	5(6,9)
	III % (n)	65(86,1)
	IV % (n)	5(6,9)
HATT (mmHg)		131,88 $\pm$ 24,57
HATTr (mmHg)		77,92 $\pm$ 11,97

Nhịp tim (lần/phút)	89,81 ± 17,23	
LVEF (%)	35,64 ± 3,58	
Na <sup>+</sup> (mmol/L)	137,15 ± 4,88	
K <sup>+</sup> (mmol/L)	3,58 ± 0,53	
Creatinin (μmol/L)	114,96 ± 45,29	
Bảo hiểm y tế chi trả	Có % (n)	67(93,1)
	Không % (n)	5(6,9)
Chủng ngừa cúm và phế cầu	Đã từng	6(8,3)
	Chưa từng	66(91,7)

**Nhận xét:** Bệnh nhân STPSTMTTG có phân độ NYHA chủ yếu là độ III, chiếm 86,1%; Phân suất tổng máu thất trái trung bình là 35,64 ± 3,58; phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có bảo hiểm y tế chi trả khi nằm viện (chiếm 93,1%) và đa số bệnh nhân suy tim chưa được tiêm chủng ngừa cúm và phế cầu, chiếm 91,7%.

**Bảng 2. Nguyên nhân suy tim phân suất tổng máu giảm (n=72)**

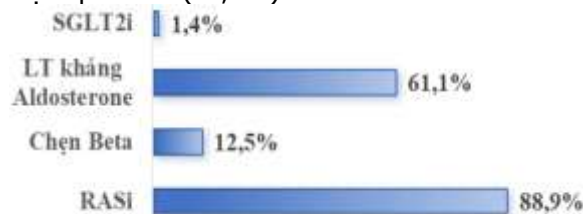
Đặc điểm	(n)%
Bệnh mạch vành	54(75,0)
Tăng huyết áp	7(9,7)
Rung nhĩ	4(5,6)
Bệnh cơ tim	1(1,4)
Bệnh van tim	3(4,2)
Xơ gan	1(1,4)
Khác	1(1,4)

**Nhận xét:** Nguyên nhân gây STPSTMTTG chủ yếu là do bệnh mạch vành, chiếm 75% và tăng huyết áp 9,7%.

**Bảng 3. Các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm (n=72)**

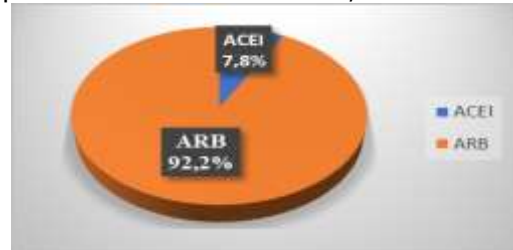
Đặc điểm	(n)%
Bệnh mạch vành	57(79,2)
Tăng huyết áp	67(93,1)
Đái tháo đường	7(9,7)
Rối loạn lipid máu	57(79,2)
Bệnh thận mạn	20(27,8)
Rung nhĩ	15(20,8)
Hen/COPD	3(4,1)

**Nhận xét:** Bệnh nhân STPSTMTTG có nhiều bệnh đồng mắc, trong đó chiếm đa số là tăng huyết áp (93,1%), bệnh mạch vành (79,2%), rối loạn lipid máu (79,2%).



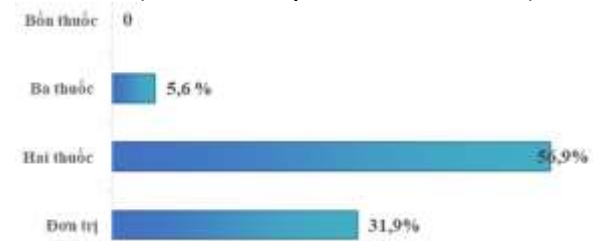
**Hình 1. Tỷ lệ điều trị các thuốc RASi (ức chế hệ Renin-Angiotensin), chẹn Beta, MRA ở bệnh nhân STPSTMTTGRA theo khuyến cáo**

**Nhận xét:** Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng nhóm RASi cao nhất trong 4 nhóm thuốc chiếm 88,9%, tiếp đến là thuốc MRA chiếm 61,1%.



**Hình 2. Tỷ lệ các thuốc trong nhóm ức chế hệ Renin-Angiotensin được dùng trong điều trị STPSTMTTG**

**Nhận xét:** Trong các thuốc RASi điều trị cho bệnh nhân STPSTMTTG chiếm đa số là thuốc ARB với 92,2% và còn lại là thuốc ACEI là 7,8%.



**Hình 3. Số nhóm thuốc trong 4 thuốc nền tảng trên bệnh nhân suy tim PSTM giảm**

**Nhận xét:** Tỷ lệ phối hợp 2 nhóm thuốc chiếm tỷ lệ cao nhất là 56,9%, đơn trị chiếm 31,9%.



**Hình 4. Tỷ lệ các thuốc trong các nhóm đơn trị, phối hợp hai thuốc và ba thuốc trong điều trị STPSTMTTG**

**Nhận xét:** Tỷ lệ nhóm thuốc RASi chiếm cao nhất với 78,3%. Bệnh nhân được điều trị hai thuốc RASi phối hợp với MRA chiếm tỷ lệ cao nhất là 90,2%. Bệnh nhân được điều trị ba thuốc, phối hợp nhóm thuốc RASi, MRA và chẹn beta chiếm 75%.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình là 67,14 ± 12,1; kết quả nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với một số nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cs là 60,9 ± 15,8 [3], Trần Đại Cường và cs là 65 (54-72) [5], Phan Đình Phong và cs là

62 ± 12,9 [7]. Tỷ lệ nam giới của chúng tôi chiếm 53% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân cùng cộng sự 55,3% [3], Trần Đại Cường và cs là 55% [5]. Đa số bệnh nhân STPSTMTTG trong nghiên cứu của chúng tôi có phân độ NYHA II và III (lần lượt chiếm 86,1%), tỷ này tương đồng với nghiên cứu của Thái Trường Nhã và cs (NYHA II là và III là 86,6%). Bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong nghiên cứu là tăng huyết áp (93,1%), bệnh mạch vành (79,2%) và rối loạn lipid máu (79,2%). Nguyên nhân suy tim thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi là do bệnh mạch vành (chiếm 75%), kết quả này tương tự với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cs (65,2%) [3], Trần Đại Cường và cs (79,8%) [5].

**4.2. Khảo sát tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị bệnh nhân STPSTMTTG.** Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 94,4% bệnh nhân STPSTMTTG được sử dụng ít nhất 1 trong 4 nhóm thuốc nền tảng theo khuyến cáo của hiệp hội tim mạch Châu Âu 2021, tỷ lệ này tương đồng với các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cs là nghiên cứu ASIAN-HF 96% [6].

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin (RASi) chiếm đa số với tỷ lệ là 88,9% tương tự với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân 86,5% [3], nghiên cứu của Thái Trường Nhã và cs 92,2% [4]. Trong đó tỷ lệ nhóm ARB chiếm 92,2% cao hơn ACEi là 7,8% và không có trường hợp nào dùng nhóm ARNI, theo kết quả như trên có vẻ như việc lựa chọn thuốc RASi chưa được tuân thủ theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu 2021 trong điều trị STPSTMTTG. Về kết quả không có bệnh nhân nào trong nghiên cứu của chúng tôi dùng nhóm ARNI trong điều trị STPSTMTTG, có thể do giá thành nhóm thuốc này khá cao, hơn nữa tại cơ sở y tế chúng tôi thực hiện nghiên cứu hiện tại có sự hạn chế về chi trả của bảo hiểm y tế cho nhóm thuốc này, có lẽ vì 2 lý do trên khiến bác sĩ điều trị ít lựa chọn nhóm thuốc này trong điều trị cho bệnh nhân STPSTMTTG. Theo khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch Châu Âu 2021, nhóm thuốc ức chế thụ thể Angiotensin II (ARB) được dùng để thay thế nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACEi) trong điều trị STPSTMTTG khi bệnh nhân có chống chỉ định hoặc không dung nạp với ACEi (mức khuyến cáo IIa, bằng chứng A); để giải thích cho việc nhóm ARB được lựa chọn đa số trong các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi, do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện ở cuối năm 2023 đầu năm 2024, danh mục các thuốc được

bảo hiểm y tế chi trả tại cơ sở y tế chúng tôi thực hiện nghiên cứu đa số là nhóm ARB, có lẽ chính điều này cho kết quả nhóm ARB chiếm đa số trong nhóm RASi trong nghiên cứu của chúng tôi.

Tỷ lệ sử dụng MRA trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận là 61,1%. Tỷ lệ này khá tương đồng so với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân cùng cộng sự 71,2% [3], Trần Đại Cường và cs 74,8% [5], Thái Trường Nhã và cs (77,6%) [4] và cao hơn các nghiên cứu trên thế giới CHAMP-HF3 (33,4%) [8], CHECK-HF3 (56%) [9]. Tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn Beta trong nghiên cứu chúng tôi là 12,5% thấp hơn nhiều so với các nghiên cứu của Phan Đình Phong và cs 76,3% [7], Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cs 65,2% [3], Thái Trường Nhã và cs 30,4% [4], CHAMP-HF (67%) [8], CHECK-HF (86%) [9] và ASIAN-HF (79%) [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân suy tim NYHA III-IV chiếm đa số (93,1%) và phần lớn bệnh nhân có kèm theo tình trạng sung huyết. Mặt khác, dân số nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Thái Trường Nhã là bệnh nhân suy tim EF giảm nội trú được xuất viện, trong khi các nghiên cứu còn lại là nghiên cứu trên bệnh nhân suy tim ngoại trú, vì lý do đó mà tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn thấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhóm SGLT2i được sử dụng với tỷ lệ 1,4%, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Thái Trường Nhã và cs là 71,2% [4], Phan Đình Phong và cs là 82,6 [7]. Tại Việt Nam, nhóm thuốc SGLT2-i là một nhóm thuốc mới được Bộ Y Tế phê duyệt và cấp phép dùng trong điều trị suy tim PSTM giảm vào năm 2021, tuy nhiên nhóm thuốc này giá thành khá cao và tại cơ sở y tế chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhóm thuốc này vẫn chưa được bảo hiểm y tế chi trả nên việc các bác sĩ lâm sàng sử dụng trong điều trị cũng hạn chế và cũng tùy thuộc vào điều kiện kinh tế của cá nhân của bệnh nhân.

Trong nhóm bệnh nhân STPSTMTTG chỉ điều trị 1 thuốc đơn trị thì tỷ lệ nhóm thuốc RASi chiếm cao nhất với 78,3%, tiếp đến là nhóm thuốc MRA và chẹn beta lần lượt là 13% và 8,7%. Ở nhóm bệnh nhân được điều trị hai thuốc thì tỷ lệ nhóm thuốc RASi phối hợp với MRA chiếm tỷ lệ cao nhất là 90,2%, còn lại phối hợp nhóm thuốc RASi và chẹn beta chiếm 9,8%. Ở nhóm bệnh nhân được điều trị ba thuốc, phối hợp nhóm thuốc RASi, MRA và chẹn beta chiếm 75%, còn lại là phối hợp giữa nhóm thuốc RASi, LT kháng Aldosterone và SGLT2i chiếm 25%.

## V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân STPSTMTTG trong nghiên cứu của chúng tôi được điều trị đơn trị liệu hoặc 2 nhóm thuốc, 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 tỷ lệ sử dụng nhóm thuốc SGLT2i và chẹn Beta còn thấp.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ambrosy, A. P., Fonarow, G. C., Butler, J., et al** (2014). The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*, 63(12), 1123-1133.
2. **Jones, N. R., Roalfe, A. K., Adoki, et al** (2019). Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *European journal of heart failure*, 21(11), 1306-1325.
3. **McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, et al** (2021). 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*, 42(36), 3599-3726.
4. **Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa** (2021). Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu 2016. *Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh*; 25(2):35-41.
5. **Thái Trường Nhã và cs** (2023), Khảo Sát Sử Dụng Thuốc Trong Điều Trị Suy Tim Phân Suất Tổng Máu Giảm Tại Bệnh Viện Tim Mạch An Giang. [http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/2015\\_13.KS-sat-su-dung-thuoc-trong-dieu-tri-suy-tim-EF-giam-tai--BVTMAG.pdf](http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/2015_13.KS-sat-su-dung-thuoc-trong-dieu-tri-suy-tim-EF-giam-tai--BVTMAG.pdf)
6. **Trần Đại Cường** (2024), Khảo Sát Điều Trị Suy Tim Theo Khuyến Cáo Của Hội Tim Châu Âu 2021 Ở Các Mức Phân Suất Tổng Máu Khác Nhau, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 534(1B).
7. **Teng, T. H. K., Tromp, J., et al** (2018). Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study. *The Lancet Global Health*, 6(9), e1008-e1018.
8. **Phan Đình Phong và cs** (2024), Thực Trạng Sử Dụng Các Nhóm Thuốc Nền Tảng Trong Điều Trị Suy Tim Mạn Tính Có Phân Suất Tổng Máu Giảm Tại Khoa Khám Bệnh - Bệnh Viện Bạch Mai, *Tạp chí Y học Việt Nam*, 535(1B).
9. **Greene, S. J., Butler, J., Albert, et al** (2018). Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry. *Journal of the American College of Cardiology*, 72(4), 351-366.
10. **Brunner-La Rocca, H. P., Linszen, et al** (2019). Contemporary drug treatment of chronic heart failure with reduced ejection fraction: the CHECK-HF registry. *JACC: Heart Failure*, 7(1), 13-21.

## NỒNG ĐỘ ACID URIC HUYẾT THANH VÀ MỘT SỐ BỆNH MẠN TÍNH Ở NGƯỜI BỆNH THẬN MẠN

Bùi Thị Hồng Châu<sup>1</sup>, Lê Thị Xuân Thảo<sup>1</sup>, Lâm Vĩnh Niên<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thanh Trâm<sup>1</sup>, Trần Quý Phương Thùy<sup>2</sup>,  
Quách Ngọc Tường Vi<sup>2</sup>, Lê Văn Huy Cường<sup>3</sup>, Nguyễn Đăng Khoa<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tăng acid uric máu là tình trạng thường gặp ở bệnh thận mạn tính và cũng có liên quan với tăng huyết áp, bệnh tim mạch và đái tháo đường. Tuy nhiên, mối quan hệ giữa acid uric máu và các bệnh mạn tính như tăng huyết áp, gút, đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa ở người bệnh thận mạn còn hạn chế. **Đối tượng - phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, thu thập số liệu về nồng độ acid uric huyết thanh và các bệnh kèm theo như tăng huyết áp, gút, đái tháo đường và hội chứng chuyển hóa ở những người có chẩn đoán bệnh thận mạn

(hoặc chỉ số eGFR từ 15-89 mL/phút/1,73m<sup>2</sup>) đã và đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện Lê Văn Thịnh và bệnh viện Bà Rịa. **Kết quả:** Đa số người tham gia có eGFR 60 – 89 mL/phút/1,73m<sup>2</sup>, tương ứng giai đoạn 2 của CKD. Tỷ lệ tăng huyết áp chiếm cao nhất là 70%. Tỷ lệ có gút hoặc MetS chiếm 1/3 dân số nghiên cứu. Nồng độ acid uric huyết thanh có xu hướng tăng dần theo phân nhóm eGFR (p<0,001). Tỷ lệ tăng acid uric máu chiếm đa số ở bệnh gút (p<0,001). Có sự khác biệt về nồng độ acid uric máu ở nhóm tăng huyết áp và gút (p<0,05). **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy rằng nồng độ acid uric huyết thanh tăng dần theo giai đoạn bệnh thận mạn, và tăng huyết áp là tình trạng phổ biến ở những người có tăng acid uric máu. **Từ khóa:** acid uric, bệnh mạn tính, bệnh thận mạn.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Lê Văn Thịnh, <sup>3</sup> Bệnh viện Bà Rịa

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: ndkhoa.chhs22@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 19.9.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.10.2024

Ngày duyệt bài: 28.11.2024

#### SUMMARY

#### SERUM URIC ACID CONCENTRATION AND SOME CHRONIC DISEASES IN CHRONIC KIDNEY DISEASE PATIENTS

**Background:** Hyperuricemia is a common