25,03 ± 12,43 và chế độ ăn ít calo có thể cải thiện các triệu chứng và mức độ tổn thương cho nhóm bệnh nhân này [7]. Kết quả này tương tự Patrick Fleming và cộng sự, cũng ghi nhận mức độ tổn thương bệnh vẩy nến tỷ lệ thuận với sự gia tăng cân nặng và chỉ số BMI [8]. Mối liên quan giữa hai yếu tố này có thể giải thích theo hai hướng, tình trạng thừa cân béo phì làm gia tăng các adipocytokines chẳng hạn Interleukin-1, Interleukin-6 và TNF-α làm nặng thêm đáp ứng viêm trong bệnh vẩy nến, ngược lại vẩy nến mức độ càng nặng có liên quan đến sự gia tăng căng thẳng và tần suất sử dụng corticoid bôi tại chỗ qua đó cũng có thể làm gia tăng thêm cân nặng cho nhóm đối tượng bệnh nhân này [8].

V. KẾT LUẬN

Ngứa là triệu chứng thường gặp nhất ở bệnh nhân vẩy nến có kèm rối loạn lipid máu, đối tượng bệnh nhân mắc thừa cân béo phì có tổn thương da do vẩy nến nhiều hơn so với bệnh nhân có cân nặng bình thường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Junsuwan N, et al.** Prevalence and clinical characteristics of pruritus, and the factors significantly associated with high pruritic intensity in patients with psoriasis: a cross-sectional study. Annals of Medicine and Surgery. 2023. **85**(7), p. 3396-3402.
2. **Yosipovitch G, et al.** The prevalence and clinical characteristics of pruritus among patients with extensive psoriasis. British Journal of Dermatology. 2000. **143**(5), p. 969-973.
3. **Nakhwa Y, et al.** Dyslipidemia in psoriasis: a case controlled study. International scholarly research notices. 2014. **2014**(1), p. 729157.
4. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh da liễu. Quyết định số 75/QĐ-BYT ngày 13 tháng 01 năm 2015, tr. 161-166.
5. **Eckel RH, et al.** Update on the NCEP ATP-III emerging cardiometabolic risk factors. BMC medicine. 2014. **12**(1), p. 1-9.
6. **Kubanov A, et al.** PASI (Psoriasis Area and Severity Index) in the evaluation of the clinical manifestations of psoriasis. Vestnik dermatologii i venerologii. 2016. **92**(4), p. 33-38.
7. **Bardazzi F, et al.** Correlation between BMI and PASI in patients affected by moderate to severe psoriasis undergoing biological therapy. Dermatologic therapy. 2010. **23**(1), p. S14-S19.
8. **Fleming P, et al.** The relationship of obesity with the severity of psoriasis: a systematic review. Journal of cutaneous medicine and surgery. 2015. **19**(5), p. 450-456.

PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SỐ TỐNG MÁU GIẢM TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Đồng Thị Xuân Phương[1,2], Võ Thị Ngọc Dung[1], Trần Thị Thu Trang[1], Đinh Thị Chi[2], Nguyễn Hữu Duy[1], Bùi Long[2], Phạm Thị Thuý Vân[1,2], Trần Thị Hải Hà[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích đặc điểm sử dụng các thuốc điều trị nội khoa dựa trên bằng chứng (GDMT) cho bệnh nhân cao tuổi mắc suy tim phân số tống máu giảm (HFrEF) điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả, thu thập đặc điểm sử dụng các thuốc GDMT tại 3 lần tái khám liên tiếp của bệnh nhân HfrEF. **Kết quả:** Trong 98 bệnh nhân, tỷ lệ được sử dụng nhóm ACE-I/ARB/ARNI, BB, MRA và SGLT2i tại thời điểm đầu tiên lần lượt là 76,5%; 16,3%; 43,9% và 13,3% và hầu như không tăng lên qua các lần tái khám. Trên những bệnh nhân không được sử dụng, tỷ lệ có chống chỉ định của từng nhóm thuốc tương đối thấp, lần lượt là 52,2%; 31,7%; 60,0% và 29,4%. Liên quan đến tối ưu liều dùng, tỷ lệ bệnh nhân được kê liều đích của 4 nhóm thuốc tại thời điểm cuối cùng theo dõi lần lượt là 0,0%; 7,1%, 26,8% và 100,0%. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng và liều dùng các thuốc GDMT trên bệnh nhân HFrEF cao tuổi còn tương đối thấp so với các khuyến cáo điều trị hiện hành. Cần có thêm các nghiên cứu định tính để tìm hiểu quan điểm của bác sĩ trong việc sử dụng các thuốc GDMT, từ đó tăng cường chất lượng sử dụng các thuốc cho bệnh nhân cao tuổi. ***Từ khoá:*** Suy tim mạn, suy tim phân số tống máu giảm, GDMT, người cao tuổi

SUMMARY

PATTERN OF ADHERENCE TO GUIDELINE-DIRECTED MEDICAL THERAPY AMONG ELDERLY PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION AT

[1]*Trường Đại học Dược Hà Nội*
[2]*Bệnh viện Hữu Nghị*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Hải Hà
Email: haihatimmach@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.10.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024
Ngày duyệt bài: 24.12.2024

FRIENSHIP HOSPITAL

Objective: To analyze the characteristics of outpatient prescription of Guideline-directed medical therapy (GDMT) for elderly heart failure patients with reduced ejection fraction managed at Friendship Hospital. **Methods:** A retrospective cross-sectional study examining the characteristics of guideline-directed medical therapy (GDMT) prescriptions during three consecutive follow-up visits for patients diagnosed with heart failure with reduced ejection fraction. **Results:** In a cohort of 98 patients, the initial prescription rates for ACE-I/ARB/ARNI, BB, MRA, and SGLT2i were 76.5%, 16.3%, 43.9%, and 13.3%, respectively. These figures did not exhibit an increase in subsequent follow-up visits. The percentage of patients receiving the target doses for the four drug groups was 0.0%, 7.1%, 26.8%, and 100.0%, respectively. **Conclusion:** The prescription rate and dosage of GDMT medications in elderly heart failure patients with reduced ejection fraction remain comparatively. Additional qualitative research is required to comprehend physicians' perspectives on prescribing GDMT medications for this population, with the aim of enhancing the quality of prescribing for elderly heart failure patients.

Keywords: heart failure, heart failure with reduced ejection fraction, GDMT, elderly patient

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân số tống máu giảm (HfrEF), chiếm khoảng 50% nhóm bệnh nhân suy tim nói chung, là một vấn đề sức khỏe cộng đồng lớn với tỷ lệ tử vong cao, nhập viện thường xuyên, là gánh nặng cho bệnh nhân, gia đình và hệ thống chăm sóc sức khỏe. Hiện nay suy tim ảnh hưởng đến khoảng 65 triệu người trên toàn thế giới và 50-75% tử vong trong vòng 5 năm sau khi được chẩn đoán. Sự già đi của dân số, bệnh đi kèm cao hơn đều góp phần làm gia tăng tỷ lệ suy tim ở người cao tuổi [3], [4], [8].

Các thuốc điều trị nội khoa theo hướng dẫn (GDMT - Guideline-Directed Medical Therapy) ở bệnh nhân HfrEF được khuyến nghị để giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật bởi nhiều hiệp hội trên thế giới cũng như tại Việt Nam [1], [6], [10]. Các lựa chọn thuốc đã được chứng minh làm cải thiện khả năng sống sót ở bệnh nhân HFrEF bao gồm: thuốc ức chế men chuyển (ACE-I), thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB), thuốc ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin (ARNI), thuốc chẹn beta (BB), thuốc đối kháng aldosteron (MRA) và gần đây là thuốc ức chế đồng vận chuyển natri glucose-2 (SGLT2i).

Người cao tuổi là đối tượng bệnh nhân có nguy cơ cao chịu các hậu quả nặng nề của HFrEF. Mặc dù thiếu dữ liệu về bằng chứng của các thuốc GDMT trên người cao tuổi nhưng các khuyến cáo hiện nay vẫn hướng đến việc sử dụng thuốc điều trị HFrEF trên người cao tuổi không khác biệt so với các độ tuổi khác [6], [10]. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu trên thế giới đã chỉ ra vấn đề điều trị chưa tối ưu trên bệnh nhân HFrEF cao tuổi, trong khi các bằng chứng tại Việt Nam về vấn đề này còn hạn chế. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu phân tích thực trạng điều trị HFrEF trên bệnh nhân cao tuổi quản lý ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị, nhằm hướng đến các biện pháp tăng cường chất lượng quản lý thuốc cho nhóm đối tượng đặc biệt này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên, được chẩn đoán suy tim mạn có phân suất tống máu giảm điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Hữu Nghị, và có ít nhất 1 kết quả phân suất tống máu có giá trị ≤ 40% (LVEF ≤ 40%) trên phiếu siêu âm tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

Quy trình lấy mẫu và thu thập dữ liệu. Từ phần mềm quản lý bệnh nhân, lựa chọn các bệnh nhân khám bệnh ngoại trú có chẩn đoán suy tim với LFEF ≤40% trong khoảng thời gian từ 01/01/2022 đến 31/7/2022. Thu thập thông tin của bệnh nhân tại 3 thời điểm tái khám liên tiếp nhau tính từ 31/7/2022 dựa trên dữ liệu từ phần mềm quản lý ngoại trú (tương ứng thời điểm T1, T2, T3).

Các thông tin thu thập bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học (tuổi, giới), đặc điểm bệnh lý suy tim và bệnh lý mắc kèm, đặc điểm sử dụng các thuốc GDMT (hoạt chất, liều dùng) và các lý do không sử dụng các thuốc này.

Quy ước nghiên cứu

Các thuốc nghiên cứu: Các thuốc GDMT theo định nghĩa trong hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim của Bộ Y tế 2022, Hội tim mạch châu Âu 2021 (ESC) và Hội tim mạch/trường môn tim mạch Hoa Kì 2021 (ACC/AHA) [1], [6], [10], bao gồm: (1) nhóm RAS (ACE-I/ARB/ARNI); (2) nhóm BB, (3) nhóm MRA; (4) nhóm SGLT2i

Liều đích: Liều tối đa dung nạp được ghi nhận trong các thử nghiệm lâm sàng và khuyến cáo trong Hướng dẫn của Bộ Y tế năm 2022 [1]. Liều của thuốc nghiên cứu được chia thành 3 nhóm: (1) < 50% liều đích, (2) từ 50% đến <100% liều đích, (3) 100% liều đích

Chống chỉ định: Chống chỉ định của từng nhóm thuốc được tổng hợp từ ESC 2021 (Phụ lục hướng dẫn thực hành cho sử dụng từng nhóm thuốc) [6] và tờ Hướng dẫn sử dụng của các thuốc tại bệnh viện.

2.3. Xử lý số liệu. Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được mô tả dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm (%). Biến số định lượng được mô tả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn đối với phân bố chuẩn; trung vị, khoảng tứ phân vị đối với phân bố không chuẩn.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm mẫu nghiên cứu. Tổng cộng có 98 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là 78,5 ± 6,6, đa số là bệnh nhân nam (92,9%), có nhiều bệnh mắc kèm và đang dùng nhiều thuốc. Tỷ lệ bệnh nhân mắc kèm các bệnh tim mạch khác ngoài suy tim cao; trong đó 93,9% mắc tăng huyết áp.

Bảng 1. Đặc điểm nhân chung của mẫu nghiên cứu (N=98)

Đặc điểm	Kết quả, n(%)
Tuổi, TB ± SD	78,5 ± 6,6
Giới tính, nam	91 (92,9)
Khoa điều trị	
Nội tim mạch	62 (63,3)
Nội chung	20 (20,4)
Nội tim mạch can thiệp	8 (8,2)
Nội (khác)	8 (8,2)
Các bệnh mắc kèm phổ biến	
Tăng huyết áp	92 (93,9)
Rối loạn lipid máu	77 (78,6)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn	67 (68,4)
Suy thận mạn	54 (55,1)
Đái tháo đường	50 (51,0)
Số bệnh lý trung bình trên 1 bệnh nhân	8,3 ±1,5
Giá trị phân suất tống máu (EF,%), TB±SD	
Tại thời điểm có giá trị ≤ 40%	33,8±6,2
Tại thời điểm gần nhất so với T3	39,9±12,7
Số lượng thuốc dùng trên 1 bệnh nhân tại các thời điểm, TB ± SD	T1: 6,9±1,9 T2: 6,9±1,8 T3: 7,0±1,9

Ghi chú: TB ±SD: Trung bình ± Độ lệch chuẩn

3.2. Đặc điểm chỉ định các thuốc GDMT. Tỷ lệ sử dụng nhóm ACE-I/ARB/ARNI, BB, MRA và SGLT2i tại T1 lần lượt là 76,5%; 16,3%, 43,9% và 13,3%. Tỷ lệ sử dụng BB còn tương đối thấp so với khuyến cáo. Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng SGLT2i còn khá thấp (13,3%). Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định các nhóm thuốc thay đổi không đáng kể theo thời gian qua các lần ghi nhận T2, T3.

Về đặc điểm các phác đồ, khoảng 10% bệnh nhân không được sử dụng thuốc GDMT nào qua cả 3 lần thăm khám. Gần một nửa (43,9%) bệnh nhân chỉ được dùng 1 hoạt chất trong nhóm GDMT tại thời điểm khảo sát ban đầu. Một lần nữa, nghiên cứu không ghi nhận sự cải thiện tỷ lệ phối hợp các thuốc GDMT ở các lần tái khám T2 và T3 theo thời gian.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng các thuốc GDMT

Đặc điểm sử dụng	Số lượng bệnh nhân, n (%)		
	T1 (N=98)	T2 (N=98)	T3 (N=98)
Nhóm thuốc			
RAS	75 (76,5)	69 (70,4)	65 (66,3)
BB	16 (16,3)	23 (23,5)	28 (28,6)
MRA	43 (43,9)	42 (42,9)	41 (41,8)
SGLT2i	13 (13,3)	14 (14,3)	20 (21,4)
Phác đồ (PĐ) điều trị			
Không có thuốc GDMT nào	12 (12,2)	11 (11,2)	8 (8,2)
PĐ 1 thuốc	43 (43,9)	44 (44,9)	42 (42,9)
PĐ 2 thuốc	30 (30,6)	26 (26,5)	32 (32,7)
PĐ 3 thuốc	9 (9,2)	16 (16,3)	16 (16,3)
PĐ 4 thuốc	4 (4,1)	1 (1,0)	0 (0)

Ghi chú RAS: các thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin; BB: thuốc chẹn thụ thể beta, MRA: thuốc đối kháng andosteron, SGLT2i: thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri glucose-2

3.3. Đặc điểm chống chỉ định các thuốc GDMT. Để xác định lý do các thuốc GDMT không được sử dụng trên bệnh nhân, chúng tôi khảo sát đặc điểm chống chỉ định của các nhóm thuốc trên bệnh nhân không được sử dụng. Tại thời điểm khảo sát đầu tiên, tỷ lệ bệnh nhân không được sử dụng có ghi nhận chống chỉ định với các nhóm thuốc RAS, BB, MRA và SGLT2i chỉ lần lượt là 52,2%; 31,7%; 60,0% và 29,4%. Ngoại trừ nhóm RAS, MRA, tỷ lệ bệnh nhân có chống chỉ định với nhóm BB và SGLT2i thấp hơn nhiều so với tỷ lệ bệnh nhân không được sử dụng. Tỷ lệ bệnh nhân có chống chỉ định với các nhóm thuốc không thay đổi đáng kể qua các lần khám tiếp theo, do đa số các chống chỉ định là các đặc tính có tính chất mạn tính (suy thận, tiền sử bệnh lý,…).

Bảng 3. Đặc điểm chống chỉ định các thuốc GDMT

Đặc điểm chống chỉ định	Kết quả, Số chống chỉ định/số bệnh nhân (%)		
	T1	T2	T3
RAS	**12/23 (52,2)**	**20/29 (69,0)**	**18/33 (54,5)**
Hạ huyết áp tâm thu (<100mmHg)	6	12	11

Bệnh cơ tim tắc nghẽn	3	5	4
Suy gan nặng	3	3	3
BB	**26/82 (31,7)**	**28/75 (37,3)**	**30/70 (42,9)**
Nhịp tim chậm (<60/phút)	10	12	14
Suy tim giai đoạn mất bù	5	5	5
Hen phế quản	5	5	5
Suy gan nặng	3	3	3
Bệnh mạch máu ngoại biên	2	2	2
Block nhĩ thất độ II, III	1	1	1
MRA	**33/55 (60,0)**	**29/56 (51,8)**	**27/57 (47,4)**
Suy thận nặng (Clcr < 10 ml/phút)	25	24	23
Giảm natri máu (<135 mml/L)	8	5	4
SGLT2i	**25/85 (29,4)**	**24/84 (28,6)**	**23/78 (29,5)**
Suy thận nặng (Clcr < 10 ml/phút)	25	24	23

Ghi chú: Clcr (Creatinin clearance): Độ thanh thải creatinin; GDMT: các thuốc điều trị nội khoa theo hướng dẫn;RAS: các thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin; BB: Thuốc chẹn thụ thể beta, MRA: thuốc đối kháng andosteron, SGLT2i: thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri glucose-2

3.4. Đặc điểm về tính tiếp nối trong điều trị. Tính ổn định trong sử dụng các hoạt chất điều trị HfrEF trên bệnh nhân cao tuổi được xác định thông qua việc không thay đổi lựa chọn hoạt chất xuyên suốt 3 thời điểm đánh giá (Bảng 4). Kết quả cho thấy tỷ lệ bệnh nhân không thay đổi lựa chọn nhóm thuốc RAS, BB, MRA, SGLT2i từ T1 đến T3 lần lượt là 70,3%; 50%; 65,1% và 46,2%.

Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân không thay đổi lựa chọn thuốc GDMT điều trị suy tim phân số tống máu giảm từ T1-T3

Nhóm thuốc	Kết quả, n (%)
RAS (N=74)	52 (70,3)
BB (N=16)	8 (50,0)
MRA (N=43)	28 (65,1)
SGLT2i (N=13)	6 (46,2)

Ghi chú RAS: các thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin; BB: thuốc chẹn thụ thể, MRA: thuốc đối kháng andosteron, SGLT2i: thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri glucose-2

3.5. Đặc điểm về liều dùng của các thuốc GDMT. Đặc điểm về liều dùng được xác định vào thời điểm T3 – là thời điểm cuối cùng trong thời gian theo dõi. Kết quả cho thấy chỉ khoảng 1/3 bệnh nhân được sử dụng liều trên 50% liều đích của RAS và MRA tại thời điểm cuối cùng theo dõi, trong khi đó tỷ lệ này là cao hơn với nhóm BB và SGLT2i, lần lượt là 76,9% và 100%. (Bảng 5)

Bảng 5. Đặc điểm về liều dùng của các thuốc GDMT tại thời điểm T3

Nhóm thuốc	Liều sử dụng tại thời điểm T3, n (%)		
	<50% liều đích	T2	<50% liều đích
RAS (N=40*)	20 (50,0)	20 (50,0)	0 (0)
BB (N=28)	7 (25,0)	19 (67,9)	2 (7,1)
MRA (N=41)	1 (2,4)	29 (70,7)	11 (26,8)
SGLT2i (N=20)	0 (0)	0 (0)	20 (100)

Ghi chú RAS: các thuốc tác động lên hệ renin-angiotensin; BB: Beta-blockers, MRA: thuốc đối kháng andosteron, SGLT2i: thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri glucose-2

* chỉ 40 bệnh nhân được kê các hoạt chất RAS có liều đích được khuyến cáo bởi các hướng dẫn điều trị

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thu thập được 98 bệnh nhân HfrEF quản lý ngoại trú tại bệnh viện Hữu Nghị, chủ yếu là nam, tuổi trung bình 78,5, với số lượng bệnh mắc kèm và thuốc mạn tính đang dùng tương đối cao. Các đặc điểm này phù hợp với đặc trưng bệnh nhân khám chữa bệnh tại Bệnh viện Hữu Nghị chủ yếu là cán bộ hưu trí.

Đặc điểm sử dụng thuốc GDMT điều trị suy tim. Tỷ lệ sử dụng của nhóm RAS (ACE-I/ARB/ARNI), BB, MRA và SGLT2i tại thời điểm T1 là 76,5%; 16,3%; 43,9% và 13,3%. Tỷ lệ này không có xu hướng cải thiện ở các lần sử dụng tiếp theo (T2, T3). Kết quả này thấp hơn so với một số nghiên cứu tương tự, đặc biệt là trên nhóm thuốc BB, cho thấy tiềm tàng việc sử dụng thiếu các thuốc GDMT trên người cao tuổi tại bệnh viện nghiên cứu. Trong nghiên cứu TSOC-HfrEF trên 1509 bệnh nhân HfrEF tại Đài Loan, tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định ACE-I/ARB, BB và MRA lần lượt là 57,7%; 66,2% và 40,8%; nghiên cứu EORP trên 845 bệnh nhân trên 75 tuổi ở Châu Âu, tỷ lệ này là 80,4%; 82,3% và 45,6% [5], [9]. Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sử dụng

SGLT2i thấp nhất (13,3%). Điều này có thể giải thích do khuyến cáo nên sử dụng thuốc này cho bệnh nhân HfrEF mới ban hành trong thời gian gần đây nên việc áp dụng trong thực tế còn hạn chế và cũng chưa có kết quả báo cáo ở các nghiên cứu trên.

Trong các nhóm thuốc GDMT, nhóm RAS được kê với tỷ lệ cao nhất, khá tương đồng so với những nghiên cứu thực trạng sử dụng các thuốc GDMT điều trị HfrEF trên bệnh nhân cao tuổi, như trong nghiên cứu IMPROVE-HF (2007) tỷ lệ dùng ACE-I/ABR là 73,3%, nghiên cứu IN-CNF ở Ý (1998) với ACE-I là 74,9%; nghiên cứu RICCA (2015) với ACE-I/ARB 79,9%. Điều này có thể được giải thích do vai trò đã được thiết lập từ nhiều năm của các thuốc này trên HfrEF. Tuy nhiên, nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ bệnh nhân được kê ARNI còn thấp (9,5%), dù đã có khuyến cáo về lợi ích tốt hơn của ARNI so với ACEI/ARB. Các yếu tố dẫn đến kết quả trên có thể do thói quen sử dụng của bác sĩ, không muốn chuyển đổi hoạt chất trên bệnh nhân ổn định, lo ngại về các tác dụng không mong muốn và chi phí thuốc cao [7].

Tỷ lệ chỉ định BB ghi nhận được chỉ đạt 16,3%; kết quả này thấp hơn rất nhiều so các nghiên cứu trước đây: OPTIMIZE-HF (2004) 52,2%; ADHERE (2006) 65,8%; IMPROVE-HF (2007) 80,3% và EORP (2016) 82,3%. Trong nghiên cứu của chúng tôi, nhiều bệnh nhân được sử dụng ivabradin thay thế cho BB, mặc dù không có chống chỉ định với thuốc BB. Tỷ lệ bệnh nhân ghi nhận chống chỉ định với chẹn BB trong tổng số các bệnh nhân không được sử dụng cũng tương đối thấp (khoảng 30%). Y văn đã ghi nhận một số lý do khiến bác sĩ e ngại kê BB dẫn đến sử dụng thiếu. Do đó, thực hiện các nghiên cứu định tính để tìm hiểu lý do của bác sĩ liên quan đến chỉ định BB là cần thiết.

Đối với nhóm MRA, nguyên nhân bệnh nhân không được sử dụng liên quan đến lý do suy thận nặng và đang giảm natri máu. Tương tự như 2 nhóm thuốc trên chúng tôi cũng ghi nhận 1 lượng bệnh nhân không được chỉ định MRA không rõ chống chỉ định. Nhóm SGLT2i có tỷ lệ chỉ định thấp nhất, chống chỉ định liên quan là do suy thận nặng. Bên cạnh đó nghiên cứu ghi nhận một tỷ lệ lớn bệnh nhân không được sử dụng dù không có chống chỉ định. Những lý do liên quan đến kết quả trên có thể đến từ lo ngại việc sử dụng thuốc mới và chi phí khá cao, bệnh nhân gặp khó khăn khi phải điều trị lâu dài.

Nghiên cứu chúng tôi cũng cho thấy tỷ lệ lớn bệnh nhân bị thay đổi lựa chọn thuốc giữa các lần tái khám cũng như không đạt liều đích điều trị theo khuyến cáo. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước đây trong nước về điều trị suy tim phân số tống máu giảm [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi quản lý HfrEF được sử dụng các nhóm thuốc GDMT còn tương đối thấp. Nhiều bệnh nhân không được chỉ định dù không có lý do chống chỉ định rõ ràng và sự tăng liều để đạt liều đích còn thấp. Cần thêm các nghiên cứu để tìm hiểu quan điểm sử dụng của bác sĩ, làm căn cứ cho các giải pháp nâng cao chất lượng điều trị cho nhóm bệnh nhân HfrEF cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn".
2. **Nguyễn Hữu Duy, Nguyễn Thị Liên Hương, et al.** (2021), "Phân tích thực trạng kê đơn dựa trên bằng chứng ở các bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội", Tạp chí Y học Việt Nam, 509(1), pp.
3. **Groenewegen A., Rutten F. H., et al.** (2020), "Epidemiology of heart failure", Eur J Heart Fail, 22(8), pp. 1342-1356.
4. **Jones N. R., Roalfe A. K., et al.** (2019), "Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis", Eur J Heart Fail, 21(11), pp. 1306-1325.
5. **Lainscak M., Milinkovic I., et al.** (2020), "Sex- and age-related differences in the management and outcomes of chronic heart failure: an analysis of patients from the ESC HFA EORP Heart Failure Long-Term Registry", Eur J Heart Fail, 22(1), pp. 92-102.
6. **McDonagh Theresa A, Metra Marco, 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), pp. 3599-3726.
7. **Sauer A. J., Cole R., et al.** (2019), "Practical guidance on the use of sacubitril/valsartan for heart failure", Heart Fail Rev, 24(2), pp. 167-176.
8. **Shah K. S., Xu H., et al.** (2017), "Heart Failure With Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction: 5-Year Outcomes", J Am Coll Cardiol, 70(20), pp. 2476-2486.
9. **Wang C. C., Chang H. Y., et al.** (2016), "TSOC-HFrEF Registry: A Registry of Hospitalized Patients with Decompensated Systolic Heart Failure: Description of Population and Management", Acta Cardiol Sin, 32(4), pp. 400-11.
10. **Writing Committee, Maddox T. M., et al.** (2021), "2021 Update to the 2017 ACC Expert Consensus Decision Pathway for Optimization of Heart Failure Treatment: Answers to 10 Pivotal Issues About Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Report of the American College of Cardiology Solution Set Oversight Committee", J Am Coll Cardiol, 77(6), pp. 772-810.

THỰC TRẠNG NHIỄM KHUẨN HUYẾT LIÊN QUAN ĐẾN CATHETER TĨNH MẠCH TRUNG TÂM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN XANH PÔN NĂM 2024

Nguyễn Thị Bảo Liên[1], Nguyễn Đức Long[1], Nguyễn Quang Nam[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm (CLABSI) là một trong các vấn đề ảnh hưởng đến kết quả điều trị cũng như chất lượng chăm sóc bệnh nhân làm tăng tỷ lệ tử vong ở các bệnh nhân tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn, nghiên cứu được thực hiện để mô tả thực trạng nhiễm khuẩn huyết liên quan đến cathterter tĩnh mạch trung tâm. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên những bệnh nhân được lưu catheter tĩnh mạch trung tâm tại khoa Hồi sức tích cực – chống độc Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn từ tháng 1/2024 đến tháng 08/2024. **Kết quả:** Trong 204 bệnh nhân có tỷ lệ nam/nữ là 2/1, nhóm tuổi trên 60 chiếm phần lớn với 68,6%. Tỷ lệ CLABSI là 2,94% với tần suất là 3,9 ca/1000 ngày lưu CVC. Thời gian lưu CVC trên 7 ngày có tỷ lệ CLABSI cao gần gấp 2 lần (p > 0,05). Căn nguyên gây bệnh phổ biến nhất là S.aureus với 50%, còn nhạy nhiều kháng sinh, thứ 2 là K.pneumoniae với 33,3% kháng nhiều loại kháng sinh. **Kết luận:** Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter (CLABSI) là bệnh lý xuất hiện với tần suất tương đối thấp tại khoa Hồi sức tích cực – Bệnh viện đa khoa Xanh Pôn với tần suất 3,9 ca/1000 ngày lưu catheter, trong các căn nguyên phân lập được, tụ cầu vàng là căn nguyên hay gặp và nhạy nhiều kháng sinh. ***Từ khóa:*** Nhiễm khuẩn huyết, catheter tĩnh mạch trung tâm

SUMMARY

CURRENT STATUS OF CENTRAL VENOUS CATHETER-RELATED SEPSIS IN THE INTENSIVE CARE UNIT AND ANTI-POISONING DEPARTMENT OF SAINT PAUL HOSPITAL IN 2024

Objective: Central venous catheter-associated bloodstream infection (CLABSI) is one of the problems affecting treatment outcomes as well as patient care quality, increasing mortality in patients at the Intensive Care Unit - Xanh Pon General Hospital. The study was conducted to describe the current situation of central venous catheter-associated bloodstream infection. **Method:** Cross-sectional descriptive study on patients with central venous catheters in the Intensive Care Unit - Anti-Poisoning Unit of Xanh Pon General Hospital from January 2024 to August 2024. **Results:** 204 patients were involved in this study in which the male/female ratio was 2/1, the age group over 60 accounted for the majority with 68.6%. The CLABSI rate was 2.94% with a frequency of 3.9 cases/1000 days of CVC-days. CVC-days more than 7 days has a CLABSI rate nearly 2 times higher (p > 0.05). The most common pathogen is S.aureus with 50%, sensitive to many antibiotics, the second is K.pneumoniae with 33.3%, resistant to many antibiotics. **Conclusion:** Catheter-related bacteremia (CLABSI) is a disease that occurs with a relatively low frequency in the Intensive Care Department - Xanh Pon General Hospital with a frequency of 3.9 cases/1000 catheter retention days, among the isolated pathogens, Staphylococcus aureus is the most common pathogen and sensitive to many antibiotics. ***Keywords:*** Sepsis, central venous catheter, CLABSI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn huyết liên quan đến catheter tĩnh mạch trung tâm (CLABSI) là tình trạng nhiễm khuẩn máu được xác nhận bằng xét nghiệm, không liên quan đến nhiễm trùng ở các vị trí khác, phát triển sau 48 giờ kể từ khi đặt catheter tĩnh mạch trung tâm (CVC). Tỷ lệ mắc CALBSI thay đổi theo từng quốc gia, khu vực, tại Hoa Kỳ, mật độ mắc CLABSI (số ca mắc tính trên 1000 ngày lưu CVC) ở các đơn vị chăm sóc đặc biệt (ICU) được ước tính là 0,8/1000 ngày, mật độ tại Trung Quốc là 1,5/1000 ngày, tương tự như báo cáo ở các nước phát triển [1]. Tại Bệnh viện Bạch Mai, nghiên cứu của Lê Sơn Việt năm 2020 cho thấy tổng số ngày phơi nhiễm với CVC trong một năm là 4701 ngày, trong đó ghi nhận 23 ca CLABSI [2]; hay nghiên cứu của Vũ Thị Trung Anh và Mai Thị Hiền năm 2021 về thực trạng nhiễm trùng catheter trên bệnh nhân lọc máu cấp cứu cho thấy tỷ lệ nhiễm khuẩn liên quan đến catheter lọc máu lên đến 75,7% [3], tỷ lệ này trong nghiên cứu của Phạm Thị Lan và cộng sự năm 2017 tại Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, mật độ mắc CLABSI là 6,9/1000 ngày [4].

Căn nguyên gây ra CLABSI khá đa dạng, có thể là vi khuẩn gram dương, vi khuẩn gram âm hoặc vi nấm, với tỷ lệ không giống nhau giữa các khu vực và các nước. Theo báo cáo của mạng lưới quốc gia về đảm bảo an toàn trong chăm sóc y tế của Hoa Kỳ (NHSN), căn nguyên gây CLABSI thường gặp nhất là vi khuẩn gram dương (tụ cầu coagulase âm tính 34,1%, enterococci 16%, S.aureus 9,9%) [5]. Tại Trung tâm Hồi sức

[1]*Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Bảo Liên
Email: nguyenthibaolien@gmail.com
Ngày nhận bài: 19.10.2024
Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024
Ngày duyệt bài: 27.12.2024