

ảnh đáng tin cậy cung cấp các thông số giải phẫu về đường kính các cơ vận nhãn cũng như mối tương quan giữa kích thước cơ với các yếu tố như tuổi và giới tính ở người Việt Nam trưởng thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ozgen A, Ariyurek M.** Normative measurements of orbital structures using CT. *Am J Roentgenol.* 1998;170(4): 1093-1096. doi:10.2214/ajr.170.4.9530066
2. **Ko T, Cheng J, Luk Y, Khoo J.** Normative Measurements of Orbital Structures in the Hong Kong Population. *Hong Kong J Radiol.* 2021; 24(1):31-36. doi:10.12809/hkjr2117133
3. **Lee JS, Lim DW, Lee SH, Oum BS, Kim HJ, Lee HJ.** Normative measurements of Korean orbital structures revealed by computerized tomography. *Acta Ophthalmol Scand.* 2001;79(2): 197-200. doi:10.1034/j.1600-0420.2001.079002197.x
4. **Lerdlum S, Boonsirikamchai P, Setsakol E.** Normal measurements of extraocular muscle using computed tomography. *J Med Assoc Thai Chotmaihet Thangphaet.* 2007;90(2):307-312.
5. **Gupta V, Prabhakar A, Yadav M, Khandelwal N.** Computed tomography imaging-based normative orbital measurement in Indian population. *Indian J Ophthalmol.* 2019;67(5):659. doi:10.4103/ijo.IJO_1187_18
6. **Rokka D, Poudel S, Kayastha P, et al.** Normative Measurement of Orbital Structures in Computed Tomography. *J Inst Med Nepal.* 2020;42(3):42-46. doi:10.3126/jiom.v42i3.37580
7. **Ogbole GI, Ogun OA, Olusumade D.** Computed tomography measurement of extra-ocular muscle diameters in a population of normal patients in a tertiary hospital in Nigeria. *Afr J Med Med Sci.* 2014;43(3):245-250.
8. **Rana K, Juniat V, Yong W, Patel S, Selva D.** Normative orbital measurements in an Australian cohort on computed tomography. *Orbit.* 2023; 42(1): 68-72. doi:10.1080/01676830.2022.2037143
9. **Ominde BS, Abadom GE, Ikubor JE, Achapu LC, Igbigbi PS.** Normal Diameters of Extraocular Muscles: A Nigerian Retrospective Study. *Niger Postgrad Med J.* 2024;31(2): 147-155. doi:10.4103/npmj.npmj_267_23
10. **Annongu TI, Msuega CD, Mohammad HO, et al.** Extraocular muscle diameter in Makurdi, North Central Nigeria: what is normal? *Int J Adv Med.* 2021; 8(6): 742. doi: 10.18203/2349-3933.ijam20212094

SỬ DỤNG THUỐC ỨC CHẾ SGLT2 Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẠN PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM 2022

Mai Xuân Tiên^{1,2}, Trần Kim Trang¹, Vũ Mạnh Nhân²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim mạn phân suất tổng máu (PSTM) giảm là một vấn đề sức khỏe cộng đồng. Người bệnh suy tim PSTM giảm có tiên lượng xấu, tỷ lệ nhập viện cao, chất lượng cuộc sống giảm, và chi phí điều trị cao. Để cải thiện kết cục, các khuyến cáo hiện hành trong và ngoài nước đều hướng dẫn dùng thuốc ức chế Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT2) cho bệnh nhân suy tim PSTM giảm. **Mục tiêu:** (1) Xác định tỷ lệ bệnh nhân suy tim mạn PSTM giảm ngoại trú được điều trị thuốc ức chế SGLT2 theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch học Việt Nam năm 2022. (2) Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị của quần thể bệnh nhân suy tim mạn PSTM giảm có và không điều trị nhóm thuốc ức chế SGLT2. (3) Khảo sát tình hình sử dụng thuốc ức chế SGLT2: loại thuốc, liều lượng, tác dụng phụ của thuốc và lý do không được kê toa thuốc ức chế SGLT2. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim mạn PSTM giảm, điều trị

ngoại trú tại phòng khám Nội Tim Mạch và phòng khám Suy Tim Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM cơ sở 1, từ 01/2024 đến tháng 06/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim mạn PSTM giảm là 87,9%. Nhóm sử dụng thuốc ức chế SGLT2 so với nhóm không sử dụng có huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương thấp hơn ($p < 0,001$ và $p = 0,028$), hemoglobin và eGFR cao hơn ($p < 0,001$), creatinin và NT-proBNP thấp hơn ($p < 0,001$). Trong những bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có 25,9% là Empagliflozin và 74,1% là Dapagliflozin, 96,4% bệnh nhân sử dụng thuốc đạt liều đích. Trong những bệnh nhân không sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có 75,0% do chống chỉ định, 6,8% do tác dụng phụ của thuốc, 18,2% do bệnh nhân không đồng ý. **Kết luận:** Hầu hết bệnh nhân suy tim PSTM giảm điều trị ngoại trú đã được sử dụng thuốc ức chế SGLT2 và tỷ lệ đạt liều đích rất cao. Có sự khác biệt một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm có và không dùng thuốc ức chế SGLT2. Các yếu tố chống chỉ định, tác dụng phụ không mong muốn và chi phí điều trị là nguyên nhân chính cản trở việc tối ưu điều trị. **Từ khóa:** Suy tim phân suất tổng máu giảm, điều trị nội khoa tối ưu theo khuyến cáo, thuốc ức chế SGLT2.

¹Đại học Y Dược Tp Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đa Khoa Xuyên Á

Chịu trách nhiệm chính: Mai Xuân Tiên

Email: Drmaixuantien@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

SUMMARY

UTILIZATION OF SGLT2 INHIBITORS IN

OUTPATIENTS WITH CHRONIC HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION ACCORDING TO 2022 VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION GUIDELINE

Background: Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) is a public health issue. Patients with HFrEF have a poor prognosis, high hospitalization rate, reduced quality of life, and bear high treatment costs. To improve outcomes in heart failure, current national and international guidelines recommend to use Sodium-Glucose Co-Transporter 2 (SGLT2) inhibitors for patients with HFrEF. **Objectives:** (1) To determine the proportion of outpatients with chronic heart failure with reduced ejection fraction receiving SGLT2 inhibitors as recommended by the Vietnam National Heart Association's 2022 guidelines. (2) To describe certain clinical, laboratory, and treatment characteristics of the population of HFrEF patients with and without SGLT2 inhibitor treatment. (3) To survey the use of SGLT2 inhibitors: types of drugs, dosages, side effects, and reasons for not prescribing SGLT2 inhibitors. **Subjects:** Outpatients with HFrEF were treated at the Cardiology Clinic and Heart Failure Clinic of University Medical Center Ho Chi Minh City, Campus 1, from January 2024 to June 2024. **Study Design:** Descriptive cross-sectional study. **Results:** The usage rate of SGLT2 inhibitors among patients with chronic HFrEF was 87.9%. Compared to the non-SGLT2 inhibitor group, the SGLT2 inhibitor group had lower systolic and diastolic blood pressures ($p < 0.001$ and $p = 0.028$), higher hemoglobin and eGFR levels ($p < 0.001$), and lower creatinine and NT-proBNP levels ($p < 0.001$). Among those using SGLT2 inhibitors, 25.9% were on Empagliflozin and 74.1% on Dapagliflozin, with 96.4% of patients reaching the target dose. Among patients not using SGLT2 inhibitors, 75.0% were due to contraindications, 6.8% due to side effects, and 18.2% due to patient refusal. **Conclusion:** The majority of outpatients with HFrEF were treated with SGLT2 inhibitors, with a high percentage reaching the target dose. There were notable differences in certain clinical and laboratory characteristics between the groups treated with and without SGLT2 inhibitors. Contraindications, undesirable side effects, and treatment costs remain main barriers to optimizing therapy. **Keywords:** Heart failure with reduced ejection fraction, guideline-directed medical therapy, SGLT2 inhibitors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim PSTM giảm là một vấn đề sức khỏe cộng đồng với tỷ lệ mắc và tử vong cao. Theo một phân tích của Hội Tim Châu Âu - European Society of Cardiology (ESC) năm 2017 trên 9134 bệnh nhân suy tim mạn điều trị ngoại trú ghi nhận 59,8% bệnh nhân suy tim được phân loại là suy tim PSTM giảm, tiên lượng của bệnh nhân suy tim PSTM giảm xấu với 8,8% bệnh nhân tử vong và 31,9% nhập viện sau 1 năm.¹ Chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân suy tim cũng thấp hơn đáng kể so với những người khác

trong cộng đồng cùng độ tuổi và giới tính. Chi phí chăm sóc bệnh nhân suy tim cao, góp phần tăng gánh nặng về kinh tế của mỗi quốc gia. Tại Mỹ năm 2020, tổng chi phí điều trị suy tim là 43,6 tỷ đô la Mỹ.²

Vì những lý do trên, vấn đề điều trị suy tim PSTM luôn được các nhà khoa học cũng như các chuyên gia quản lý kinh tế y tế quan tâm, nghiên cứu tìm ra giải pháp điều trị tối ưu nhất. Theo khuyến cáo chung của thế giới, Hội Tim Mạch học Việt Nam 2022 đã đưa nhóm thuốc ức chế SGLT2 thành một trong 4 nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim PSTM giảm. Tại Việt Nam có một vài nghiên cứu liên quan đến vấn đề sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim, tuy nhiên các nghiên cứu trên đều có một số khoảng trống nhất định khi chỉ thực hiện trên đối tượng bệnh nhân nội trú, cũng như chưa đề cập đến các khía cạnh khác của tình hình sử dụng thuốc như loại thuốc, liều dùng, hiệu quả, tác dụng phụ của thuốc, và lý do khiến bệnh nhân không được điều trị với nhóm thuốc này. Để bổ sung thêm những thông tin trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn PSTM giảm, điều trị ngoại trú tại phòng khám Nội Tim Mạch và phòng khám Suy Tim Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM cơ sở 1, từ 01/2024 đến tháng 06/2024.

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi đồng ý tham gia nghiên cứu, được chẩn đoán suy tim mạn PSTM giảm theo hướng dẫn của Hội Tim Mạch học Việt Nam 2022, được thăm khám và điều trị ngoại trú tại phòng khám bệnh viện Đại học Y Dược Tp. HCM với thời gian điều trị ≥ 1 tháng.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân có suy tim cấp, hoặc có tình trạng cấp tính của các bệnh đồng mắc buộc phải nhập viện. (2) Bệnh nhân từng ghép tim hoặc đặt dụng cụ hỗ trợ cơ học. (3) Phụ nữ mang thai hoặc đang cho con bú.

Phương pháp nghiên cứu: Cắt ngang mô tả.

Cỡ mẫu: 363 bệnh nhân.

Biến số nghiên cứu: Các biến số về lâm sàng (nhân trắc, bệnh tim mạch chuyển hóa đồng mắc, huyết áp, tần số tim), biến số cận lâm sàng (chỉ số Hemoglobin, Glucose, Creatinin, eGFR, Na^+ , K^+ , NT-proBNP, LDL-c, EF), biến số thuốc nền tảng điều trị suy tim (ức chế hệ Renin-Angiotensin, ức chế thụ thể Mineralocorticoid, chẹn Beta, ức chế SGLT2), biến số tình hình sử dụng thuốc ức chế SGLT2 (loại thuốc, liều thuốc, lý do không sử dụng thuốc).

Phương pháp thu thập và phân tích số

liệu: Các biến số về lâm sàng được thu thập bằng cách phỏng vấn trực tiếp bệnh nhân tại phòng khám. Các biến số về cận lâm sàng và điều trị được ghi nhận trên hồ sơ bệnh án điện tử. Số liệu được nhập bằng phần mềm Epidata. Xử lý số liệu và kiểm định thống kê bằng phần mềm SPSS 26.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu chọn được 365 bệnh nhân thỏa các tiêu chuẩn chọn mẫu và ghi nhận kết quả như sau: Tỷ lệ bệnh nhân suy tim PSTM giảm được điều trị với thuốc ức chế SGLT2 là 87,9% (321/365 bệnh nhân).

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy tim PSTM giảm có và không dùng thuốc ức chế SGLT2

Đặc điểm	Chung (n=365)	Có SGLT2 (n=321)	Không SGLT2 (n=44)	P
Tuổi (TB±ĐLC)	63,3 ± 13,2	63 ± 13,3	63,5 ± 12,5	0,902
Giới nam (n, %)	260 (71,2%)	233 (72,6%)	27 (61,4%)	0,123
Chỉ số khối cơ thể (Kg/m ²) (TB±ĐLC)	23,2 ± 3,7	23,3 ± 3,8	22,8 ± 3,1	0,458
Tần số tim (lần/phút) (TB±ĐLC)	81,1 ± 16,1	80,8 ± 16,2	83,4 ± 16,0	0,329
Huyết áp tâm thu (mmHg) (TB±ĐLC)	122,1 ± 21,2	120,6 ± 20,3	132,4 ± 24,9	<0,001
Huyết áp tâm trương (mmHg) (TB±ĐLC)	73,2 ± 12,8	70,0 ± 12,4	77,2 ± 15,2	0,028

Chỉ 27,4% bệnh nhân đạt mục tiêu tần số tim ≤70 lần/phút theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch học Việt Nam 2022.

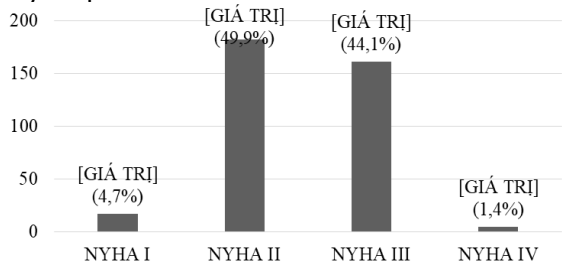
Huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương những bệnh nhân suy tim PSTM giảm ở nhóm có

sử dụng thuốc ức chế SGLT2 thấp hơn nhóm không sử dụng thuốc ức chế SGLT2. Có đến 86,6% bệnh nhân suy tim PSTM giảm kiểm soát được huyết áp mục tiêu dưới 140/90mmHg theo khuyến cáo của Hội Tim Mạch học Việt Nam 2022.

Bảng 2. Bệnh đồng mắc

Bệnh đồng mắc	Chung n(%) (n=365)	Có SGLT2 n(%) (n=321)	Không SGLT2 n(%) (n=44)	P
Tăng huyết áp	235 (64,4 %)	200 (62,3%)	35 (79,5%)	0,025
Đái tháo đường	156 (42,7 %)	139 (43,3%)	17 (38,6%)	0,557
Bệnh mạch vành	291 (79,7%)	253 (78,8%)	38 (86,4%)	0,243
Bệnh thận mạn	115 (31,5 %)	84 (26,2%)	31 (70,5%)	<0,001
Rung nhĩ	79 (21,6 %)	70 (21,8%)	9 (20,5%)	0,838
Hen/COPD	23 (6,3 %)	22 (6,9%)	1 (2,3%)	0,335
Đột quy	29 (7,9 %)	25 (7,8%)	4 (9,1%)	0,766

Hầu hết bệnh nhân có từ 2 bệnh đồng mắc trở lên, với tỷ lệ cao nhất là bệnh mạch vành và tăng huyết áp.



Biểu đồ 1. Phân độ suy tim theo NYHA của bệnh nhân suy tim PSTM giảm

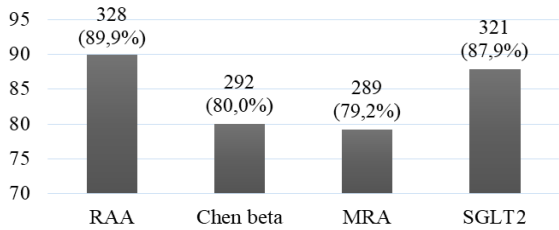
Trong nghiên cứu, hơn 90% bệnh nhân suy tim PSTM giảm thuộc hai nhóm phân độ NYHA II và III. Tỷ lệ bệnh nhân có phân độ NYHA I và IV rất ít chiếm 4,7% và 1,4%. 5 bệnh nhân thuộc phân độ NYHA IV đều là những bệnh nhân lớn hơn 70 tuổi với thời gian suy tim kéo dài và nhiều bệnh đồng mắc.

Bảng 3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim PSTM giảm có và không dùng thuốc ức chế SGLT2

	Chung (n=365)	Có SGLT2 (n=321)	Không SGLT2 (n=44)	P
Hemoglobin (g/L) (TB±ĐLC)	137,2 ± 20,8	139,6 ± 19,0	119,5 ± 24,7	<0,001
Glucose (mg/dL) Trung vị (KTPV)	110,0 (94,0-133,5)	110,0 (96,0-135,0)	107,5 (93,3-131,3)	0,394
Creatinin (mg/dL) Trung vị (KTPV)	1,03 (0,87-1,25)	1,02 (0,87-1,24)	1,22 (1,20-2,13)	<0,001
eGFR (ml/phút/1,73m ²) (TB±ĐLC)	68,3 ± 25,6	72,7 ± 21,3	21,0 (11,0-69,0)	<0,001
Na ⁺ (mmol/L) (TB±ĐLC)	139,1 ± 3,3	139,2 ± 3,2	138,6 ± 3,5	0,245
K ⁺ (mmol/L) (TB±ĐLC)	4,13 ± 0,49	4,1 ± 0,5	4,2 ± 0,6	0,416

LDL-c (mmol/L) Trung vị (KTPV)	2,3 (1,8-4,0)	2,4 (1,9-3,2)	1,7 (1,6-2,0)	0,083
NT-proBNP (pg/mL) Trung vị (KTPV)	1.041,0 (461,0 – 2.392,0)	992,0 (438,3-1.971,5)	5.708,0 (1.447,0-35.000,0)	<0,001
EF (%) (TB±ĐLC)	30,9 ± 6,2	30,9 ± 6,2	30,9 ± 6,3	0,967

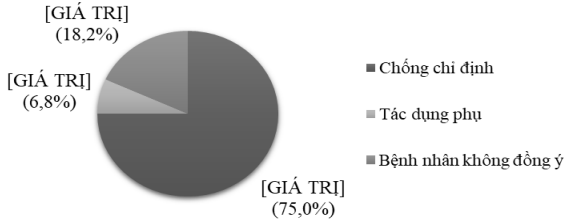
Đa số các chỉ số cận lâm sàng ở những bệnh nhân suy tim PSTM giảm giữa 2 nhóm có và không sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có giá trị tương đương nhau. Riêng giá trị các chỉ số Hemoglobin và eGFR ở nhóm sử dụng thuốc ức chế SGLT2 cao hơn nhóm không sử dụng, ngược lại giá trị Creatinin và NT-proBNP ở nhóm sử dụng thuốc ức chế SGLT2 thấp hơn nhóm không sử dụng, các khác biệt này đều có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$.



Biểu đồ 2. Phân bố sử dụng các thuốc trong 4 nhóm thuốc nền tảng

60,3% bệnh nhân suy tim PSTM giảm trong nghiên cứu sử dụng đủ 4 nhóm thuốc nền tảng. 6 bệnh nhân không sử dụng nhóm thuốc nào trong 4 nhóm thuốc nền tảng đều là bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn IV-V và chưa lọc máu định kỳ.

Trong số những bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế SGLT2 có 238 bệnh nhân sử dụng Dapagliflozin (chiếm 74,1%) và 83 bệnh nhân sử dụng Empagliflozin (chiếm 25,9%). 96,4% bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế SGLT2 đạt liều đích.



Biểu đồ 3. Lý do bệnh nhân suy tim PSTM giảm không điều trị thuốc ức chế SGLT2

IV. BÀN LUẬN

Thuốc ức chế SGLT2 được khuyến cáo mạnh trong các hướng dẫn điều trị suy tim PSTM giảm. Tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 trong các nghiên cứu thực hiện trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú cao hơn so với các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân nội viện. Khi so sánh kết quả của các nghiên cứu cùng thực hiện trên đối tượng bệnh nhân ngoại trú, nghiên cứu của Andy

Dhaliwal³ thực hiện năm 2022 có tỷ lệ sử dụng khá thấp (38,1%). Đến năm 2023, nghiên cứu của tác giả Phan Đình Phong⁴ thực hiện tại khoa Khám Bệnh của bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ sử dụng là 82,6%, và nghiên cứu của Nguyễn Phan Hoàng Phúc⁵ thực hiện tại phòng khám Lão Khoa, phòng khám Tim Mạch bệnh viện Thống Nhất ghi nhận tỷ lệ sử dụng là 81,5%, các kết quả này tương đồng với kết quả của chúng tôi. Những nghiên cứu càng về sau tỷ lệ sử dụng thuốc ngày càng cao, điều này có thể được lý giải vì các cơ sở y tế và các bác sĩ lâm sàng theo thời gian đã cập nhật khuyến cáo mới, ngoài ra còn các nguyên nhân khác như nguồn thuốc ổn định hơn, các thuốc được đưa vào danh mục bảo hiểm y tế.

Về đặc điểm của bệnh nhân suy tim trong nghiên cứu, nhìn chung các bệnh lý tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành chiếm tỷ lệ cao, thấp hơn là bệnh thận mạn, rung nhĩ, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và đột quỵ. Các bệnh đồng mắc này ngoài là nguyên nhân gây suy tim, còn là yếu tố góp phần làm tiên lượng của bệnh nhân suy tim xấu hơn. Hầu hết các nghiên cứu đều ghi nhận các thuốc ức chế SGLT2 có tác dụng hạ áp, tuy nhiên không quá nhiều. Điều này rất có ý nghĩa khi các thuốc điều trị suy tim khác có tác dụng hạ áp mạnh, đặc biệt là các thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAA). Do đó các thuốc ức chế SGLT2 có thể dễ dàng khởi trị và đạt liều đích ngay cả với các bệnh nhân suy tim có huyết áp thấp. Cho đến hiện tại hầu hết các nghiên cứu đều chỉ ra thuốc ức chế SGLT2 không làm thay đổi tần số tim, tuy nhiên tác dụng giảm quá tải dịch của thuốc ức chế SGLT2 có thể làm giảm áp lực lên tâm nhĩ, thông qua đó giúp kiểm soát tình trạng rung nhĩ. Các thuốc ức chế SGLT2 giúp kiểm soát đường huyết tốt hơn góp phần cải thiện tiên lượng của bệnh nhân suy tim. Nghiên cứu về thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân mắc bệnh mạch vành cho thấy nhóm thuốc này làm giảm đáng kể các biến cố tim mạch chính so với giả dược (HR: 0,84, KTC 95% (0,74–0,95) với $p < 0,01$).⁶ Bệnh thận mạn là một yếu tố độc lập có tác động xấu đến kết cục của bệnh nhân suy tim, tuy nhiên sự thay đổi thông qua của Creatinin huyết thanh lại không liên quan đến kết cục xấu của bệnh nhân suy tim. Khi khởi động các thuốc ức chế SGLT2 sự suy giảm độ lọc cầu thận có thể xảy ra thoáng qua tại

tần thứ 4 là 2,4 mL/phút/1,73 m². Tuy nhiên khi tiếp tục sử dụng thì các thuốc ức chế SGLT2 lại cho thấy độ giảm độ lọc cầu thận hàng năm thấp hơn so với nhóm sử dụng giả dược (-0,55 và -2,28 mL/phút/1,73 m², p<0,001).⁷

Các thuốc nhóm ức chế SGLT2 tác động lên các chỉ số cận lâm sàng, tuy nhiên kết quả có sự khác nhau giữa các nghiên cứu. Thuốc ức chế SGLT2 có thể làm giảm stress chuyển hóa ở thận thông qua ức chế kênh đồng vận chuyển này, từ đó giúp Erythropoietin được tăng bài tiết ở thận, yếu tố này kích thích sản xuất hồng cầu. Hầu hết các thuốc điều trị suy tim như lợi tiểu quai, thuốc ức chế hệ RAA đều có tác động đến tình trạng điện giải, ngược lại nhóm thuốc ức chế SGLT2 dường như ít làm rối loạn điện giải, điều này thuận lợi để các bác sĩ có thể ưu tiên sử dụng sớm nhóm thuốc này cho bệnh nhân suy tim. Trong nghiên cứu chúng tôi không ghi nhận trường hợp nào hạ đường huyết dưới 70 mg/dL, đối với các nghiên cứu trên thế giới các thuốc SGLT2 cũng rất hiếm gây ra tình trạng hạ đường huyết nặng, an toàn cho cả bệnh nhân suy tim có hay không có bệnh đái tháo đường.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 96,4% bệnh nhân sử dụng nhóm thuốc ức chế SGLT2 đạt liều đích. Nghiên cứu EVOLUTION HF⁸ cũng ghi nhận các thuốc ức chế SGLT2 có tỷ lệ đạt liều đích cao nhất (75,7%), đồng thời tỷ lệ ngưng thuốc cũng thấp nhất (23,5%) trong 4 nhóm thuốc nền tảng. Do đó, nhóm thuốc ức chế SGLT2 dễ sử dụng đạt liều đích, khả năng duy trì thuốc cao giúp mang lại lợi ích tối đa cho điều trị suy tim.

Trong nghiên cứu có 44 bệnh nhân suy tim PSTM giảm không sử dụng thuốc ức chế SGLT2, có đến 3/4 bệnh nhân là vì chống chỉ định (trong đó chủ yếu là do suy thận mạn với mức eGFR <20 mL/phút/1,73 m²), nguyên nhân đứng thứ 2 là do bệnh nhân không đồng ý sử dụng thuốc, nguyên nhân chiếm tỷ lệ thấp nhất là do tác dụng phụ của thuốc. Các lý do không sử dụng thuốc do chống chỉ định dường như không thể thay đổi, tuy nhiên đối với các lý do tác dụng phụ và bệnh nhân không đồng ý có thể thay đổi được. Các bác sĩ nên thường xuyên đánh giá lại bệnh nhân để có thể bắt đầu sử dụng thuốc ức chế SGLT2 sau khi khắc phục các vấn đề cấp tính cũng như tác dụng phụ. Ngoài ra, cần tăng cường tư vấn cho bệnh nhân sự cần thiết của nhóm thuốc ức chế SGLT2 để hợp tác điều trị, khuyến khích bệnh nhân tham gia bảo hiểm y tế vì hiện tại 2 thuốc thuộc nhóm ức chế SGLT2 là

Empagliflozin và Dapagliflozin đã được thanh toán bởi bảo hiểm y tế.

V. KẾT LUẬN

Hầu hết bệnh nhân suy tim PSTM giảm điều trị ngoại trú đã được sử dụng thuốc ức chế SGLT2 và tỷ lệ đạt liều đích rất cao. Có sự khác biệt một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa nhóm có và không dùng thuốc ức chế SGLT2. Các yếu tố chống chỉ định, tác dụng phụ không mong muốn và chi phí điều trị là nguyên nhân chính cản trở việc tối ưu điều trị. Tuy nhiên, nghiên cứu thực hiện tại bệnh viện chuyên khoa đầu ngành nên tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 rất cao, cần có nhiều nghiên cứu tại các bệnh viện khác, đặc biệt là các bệnh viện tuyến cơ sở.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Chioncel O, Lainscak M, Seferovic PM, et al.** Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction. *ESC-HF-LT*. 2017;19(12):1574-1585. doi:10.1002/ehf.813
2. **Urbich M, Globe G, Pantiri K, Heisen M, Bennison C, Wirtz HS, Di Tanna GL.** A Systematic Review of Medical Costs Associated with Heart Failure in the USA (2014–2020). *PharmacoEconomics*. 2020;38(11):1219-1236. doi:10.1007/s40273-020-00952-0
3. **Dhaliwal A, Toma M, Kochan A, Didi A.** Identifying Barriers To SGLT2 Inhibitor Use In Eligible Patients With Heart Failure: A Real-world Experience From A Single Center. *Journal of Cardiac Failure*. 2022;28(5, Supplement):S48-S49. doi:10.1016/j.cardfail.2022.03.128
4. **Phan Đình Phong, Phạm Thị Mai Hương, Đặng Việt Phong, Nguyễn Ngọc Quang.** Thực trạng sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim mạn tính có phân suất tống máu giảm tại khoa khám bệnh - bệnh viện Bạch Mai. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024;535(1B):238-243. doi:10.51298/vmj.v535i1B.8431
5. **Nguyễn Phan Hoàng Phúc, Nguyễn Thanh Huân.** Nghiên cứu tình hình suy dinh dưỡng của bệnh nhân cao tuổi ngoại trú có suy tim phân suất tống máu giảm. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024; 538(2) :60-64. doi:10.51298/vmj.v538i2.9424
6. **Wei W, Liu J, Chen S, et al.** Sodium Glucose Cotransporter Type 2 Inhibitors Improve Cardiorenal Outcome of Patients With Coronary Artery Disease: A Meta-Analysis. *Frontiers in endocrinology*. 2022;13. doi:10.3389/fendo.2022.850836
7. **Packer M, Anker SD, Butler J, et al.** Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure. *NEJM*. 2020; 383(15):1413-1424. doi:10.1056/NEJMoa2022190
8. **Savarese G, Kishi T, Vardeny O, et al.** Heart failure drug treatment—inertia, titration, and discontinuation: a multinational observational study (EVOLUTION HF). *JACC: Heart Failure*. 2023;11(1):1-14. doi:10.1016/j.jchf.2022.08.009

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN TÁO BÓN MẠN TÍNH DO ĐỜ ĐẠI TRÀNG

Hồ Y Băng¹, Lý Hữu Phú²,
Nguyễn Việt Bình², Nguyễn Trung Tín²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Táo bón mạn tính là một bệnh lý ngày càng phổ biến, ảnh hưởng nghiêm trọng đến chất lượng cuộc sống và tạo nên gánh nặng kinh tế cho người bệnh và xã hội. Trong đó, táo bón mạn tính do đờ đại tràng, chiếm tỉ lệ từ 13% đến 37%, là một dạng lâm sàng đặc biệt có đáp ứng kém với điều trị nội khoa, và phẫu thuật là phương pháp điều trị tối ưu hiệu quả. Tuy nhiên, việc chẩn đoán đờ đại tràng vẫn gặp nhiều thách thức do các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu. Tại Việt Nam, chưa có nhiều nghiên cứu mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tình trạng này. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân táo bón mạn tính do đờ đại tràng nhằm cung cấp dữ liệu nền tảng cho chẩn đoán và lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là nghiên cứu hồi cứu mô tả loạt ca được thực hiện trên 27 bệnh nhân mắc táo bón mạn tính do đờ đại tràng, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh từ tháng 01/2019 đến tháng 8/2024. Đặc điểm lâm sàng được đánh giá dựa trên tiêu chí Rome IV và thang điểm Wexner, các đặc điểm cận lâm sàng được khảo sát bằng X-quang đại tràng với Sitzmarks, đo áp lực hậu môn trực tràng và MRI động học sàn chậu. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 27 bệnh nhân với tuổi trung vị là 48 (23 – 80 tuổi), trong đó nữ giới chiếm ưu thế (tỷ lệ nữ/nam là 3/1). Tất cả bệnh nhân đều đáp ứng tiêu chuẩn Rome IV cho chẩn đoán táo bón, với điểm Wexner trung bình là $10,2 \pm 1,3$. X-quang đại tràng bằng Sitzmarks cho thấy thời gian lưu thông đại tràng chậm, với số vòng còn lại trung bình là $19,5 \pm 5,5$ vào ngày thứ 3. Đo áp lực hậu môn ghi nhận 100% bệnh nhân có phản xạ ức chế trực tràng hậu môn, và 29,2% gặp khó khăn trong việc tống bóng. MRI động học sàn chậu cho thấy 72% bệnh nhân không có dấu hiệu tắc nghẽn ngõ ra. **Kết luận:** Nghiên cứu đã mô tả được các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng đặc trưng của táo bón mạn tính do đờ đại tràng, giúp hiểu biết hơn về chẩn đoán bệnh và định hướng lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp cho bệnh nhân tại Việt Nam. **Từ khóa:** Táo bón lưu thông chậm, đờ đại tràng, táo bón mạn tính.

SUMMARY

CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH

¹Trường Y Dược – Trường Đại học Trà Vinh

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trung Tín

Email: tin.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024

CHRONIC CONSTIPATION CAUSED BY COLONIC INERTIA

Objectives: Chronic constipation is an increasingly common condition that severely impacts quality of life and creates an economic burden for both patients and society. Among these cases, chronic constipation due to colonic inertia, which accounts for 13% to 37%, is a distinct clinical form that responds poorly to medical treatment, with surgery being the most effective treatment option. However, diagnosing colonic inertia remains challenging due to its non-specific clinical and paraclinical symptoms. In Vietnam, there is still limited research describing the clinical and paraclinical characteristics of this condition. **Methods:** This is a retrospective descriptive study of a case series conducted on 27 patients with chronic constipation due to colonic inertia who underwent surgical treatment at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2019 to August 2024. Clinical characteristics were assessed based on Rome IV criteria and the Wexner score, while paraclinical characteristics were evaluated using colonic radiography with Sitzmarks, anorectal manometry, and dynamic pelvic floor MRI. **Results:** The study included 27 patients with a median age of 48 (ranging from 23 to 80 years), with a predominance of females (female-to-male ratio of 3:1). All patients met the Rome IV criteria for the diagnosis of constipation, with an average Wexner score of $10,2 \pm 1,3$. Colonic radiography with Sitzmarks indicated slow colonic transit, with an average of $19,5 \pm 5,5$ markers remaining by the third day. Anorectal manometry revealed that 100% of patients had an intact rectoanal inhibitory reflex, and 29,2% had difficulty expelling the balloon. Dynamic pelvic floor MRI showed that 72% of patients had no signs of outlet obstruction. **Conclusion:** The study has characterized the distinctive clinical and paraclinical features of chronic constipation due to colonic inertia, contributing to a better understanding of disease diagnosis and guiding the selection of appropriate treatment methods for patients in Vietnam. **Keywords:** Slow transit constipation, colonic inertia, chronic constipation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Táo bón (TB) mạn tính là một bệnh lý phổ biến, phức tạp và ảnh hưởng nặng nề đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, gây ra các triệu chứng như đau bụng, đầy hơi và khó chịu kéo dài. Đây cũng là gánh nặng y tế, nhất là khi bệnh kéo dài và khó đáp ứng với điều trị thông thường. Trong các dạng TB nguyên phát, TB do đờ đại tràng (hay TB lưu thông chậm) là một dạng khó điều trị, chiếm khoảng 13 – 37% trường hợp (TH). Đờ đại tràng (ĐT) đặc trưng