

cân – béo phì cũng liên quan đến nguy cơ loét dạ dày – tá tràng do *H. pylori* khi phân tích đơn biến với $p < 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Thúy Hằng và cộng sự**, (2019). Mối liên hệ giữa yếu tố độc lực của *H. pylori* và biểu hiện lâm sàng ở bệnh nhân: Những giá trị trong chỉ định điều trị. *Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam*, 61(11), tr. 52-57.
2. **Backert, S., Blaser, M. J.** (2016). The role of CagA in the gastric biology of *Helicobacter pylori*. *Cancer research*, 76(14), pp. 4028-4031.
3. **Kao, C.-Y., Sheu, B.-S., Wu, J.-J.**, (2016). *Helicobacter pylori* infection: An overview of bacterial virulence factors and pathogenesis. *Biomedical journal*, 39(1), pp. 14-23.
4. **Li, Z., Chen, H., Chen, T.**, (2022). Genetic liability to obesity and peptic ulcer disease: a Mendelian randomization study. *BMC Medical Genomics*, 15(1), 209.
5. **Nguyen, C. T., Tang, N., Le, G., et al.**, (2023). *Helicobacter pylori* Infection and Peptic Ulcer Disease in Symptomatic Children in Southern Vietnam: A Prospective Multicenter Study. *Healthcare*, 11, 1658.
6. **Patel, N. M., Khan, B., Gerkin, R., et al** (2011). Obesity is Associated With High Risk Stigmata of Peptic Ulcer Disease. *Gastroenterology*, 140(5), 731.
7. **Tringali, A., Thomson, M., Dumonceau, J. M., et al.**, (2017). Pediatric gastrointestinal endoscopy: European Society of Gastrointestinal Endoscopy (ESGE) and European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition (ESPGHAN) Guideline Executive summary. *Endoscopy*, 49(1), pp. 83-91.

THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC TRÊN NGƯỜI BỆNH SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023

Nguyễn Thị Ngọc Hạnh¹, Huỳnh Tấn Sang¹, Mai Nguyễn Ngọc Trác²,
Võ Quang Trung³, Võ Văn Bảy³, Nguyễn Phương Nam⁴

TÓM TẮT

Mở đầu: Đánh giá sử dụng thuốc điều trị ở người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm rất cần thiết trong việc quản lý, kiểm soát sử dụng thuốc để đạt mục tiêu điều trị, giảm triệu chứng suy tim và tần suất nhập viện cho người bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả thực trạng sử dụng thuốc điều trị ở người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm và một số yếu tố liên quan đến chỉ định sử dụng thuốc. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu 142 hồ sơ bệnh án của người bệnh suy tim phân suất tổng máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ từ tháng 1 đến tháng 12 năm 2023. **Kết quả nghiên cứu:** Đa số (97,2%) trường hợp được chỉ định các nhóm thuốc nền tảng và phối hợp 2 nhóm thuốc nền tảng chiếm 57,0%. Trong các nhóm thuốc nền tảng, 90,1% sử dụng nhóm thuốc ức chế men chuyển hoặc nhóm ức chế thụ thể angiotensin, 72,5% sử dụng nhóm đối kháng thụ thể mineralocorticoid và 5,6% sử dụng nhóm ức chế kênh đồng vận natri-glucose 2. Độ tuổi có liên quan đến chỉ định sử dụng các nhóm thuốc và kết hợp giữa các nhóm thuốc nền tảng ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đa phần

người bệnh được chỉ định ít nhất một nhóm thuốc nền tảng và chủ yếu là phối hợp 2 nhóm thuốc. Độ tuổi có liên quan đến chỉ định sử dụng các nhóm thuốc và kết hợp giữa các nhóm thuốc nền tảng.

Từ khóa: Suy tim, phân suất tổng máu giảm, thuốc điều trị suy tim.

SUMMARY

THE CURRENT STATUS OF MEDICINE USE AMONG PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL IN 2023

Background: Assessing medication usage in patients with HFrEF is essential for managing and optimizing drug use to achieve therapeutic goals, alleviate heart failure symptoms, and reduce hospitalization rates. **Objective:** To assess the status of medication use in patients with HFrEF and factors associated with medication prescribing practices. **Research subjects and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted in 142 medical records of inpatients diagnosed with HFrEF at Can Tho City General Hospital from January to December 2023. **Results:** Most cases (97.2%) were prescribed foundational drug classes, with 57.0% receiving a combination of two foundational drug classes. Among foundational therapies, 90.1% of patients received either an angiotensin-converting enzyme (ACE) inhibitor or an angiotensin receptor blocker (ARB), 72.5% were prescribed a mineralocorticoid receptor antagonist, and 5.6% received a sodium-glucose co-transporter 2 (SGLT2) inhibitor. Age was significantly associated with the prescribing of foundational drug classes and their combinations ($p < 0.05$).

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Tây Đô

³Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Bệnh viện Đa khoa Long An

Chịu trách nhiệm chính: Võ Văn Bảy

Email: bayvv@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 11.4.2025

Ngày duyệt bài: 9.5.2025

Conclusion: Most patients were prescribed at least one foundational drug class, predominantly a combination of two classes. Age was associated with the choice and combination of foundational therapies.

Keywords: Heart failure, reduced ejection fraction, heart failure medication

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh suy tim là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trong cộng đồng. Mục tiêu điều trị suy tim phân suất tống máu giảm là giảm tỷ lệ tử vong, ngăn ngừa nhập viện tái phát do suy tim nặng hơn, cải thiện tình trạng lâm sàng và hoạt động sinh hoạt cho người bệnh [2]. Các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị nội khoa cho người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm bao gồm nhóm thuốc chẹn β giao cảm (BB); nhóm thuốc ức chế hệ renin-angiotensin (RASi) như nhóm thuốc ức chế men chuyển (ACEI), nhóm ức chế thụ thể angiotensin (ARB) hoặc ức chế kép neprilysin và angiotensin (ARNI); nhóm thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) hay kháng aldosteron đơn trị liệu hoặc phối hợp với nhóm ức chế kênh đồng vận natri-glucose 2 (SGLT2) [1].

Thống kê của ASIAN-HF (2018) cho thấy trong 96% trường hợp được kê đơn thì có ít nhất một nhóm thuốc theo hướng dẫn, trong đó 77% là nhóm thuốc ACEI/ARB, 79% là thuốc chẹn β và 58% là thuốc nhóm MRA [8]. Một nghiên cứu khác tại 11 quốc gia, liều kê đơn theo khuyến cáo cho thuốc ACEI hoặc ARB ở Hàn Quốc đạt 28%, Indonesia là 28%, Nhật Bản là 5%, Thái Lan là 4% và Trung Quốc là 2% [6]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự (2020) báo cáo 43,4% trường hợp được chỉ định dùng 3 thuốc theo khuyến cáo, trong đó thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAA) là 86,5%, thuốc BB là 65,2%; nhóm thuốc lợi tiểu kháng aldosteron là 71,2% và ARNI là 4,6% [3]. Việc sử dụng các nhóm thuốc điều trị suy tim phân suất tống máu giảm có sự khác biệt giữa các quốc gia trên thế giới, cho nên việc tìm hiểu thực trạng và yếu tố liên quan đến việc chỉ định thuốc điều trị tại bệnh viện là rất cần thiết, đặc biệt là tại một bệnh viện hạng I là Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ vốn tiếp nhận hàng nghìn lượt người bệnh suy tim đến khám và điều trị mỗi năm. Từ những lý do nêu trên chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu với mục tiêu cung cấp những thông tin hữu ích về mô hình sử dụng thuốc điều trị suy tim, từ đó giúp nhà quản lý kiểm soát sử dụng thuốc hiệu quả, tiết kiệm chi phí và góp phần nâng cao chất lượng điều trị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chí lựa chọn: Hồ sơ bệnh án nội trú của người bệnh được chẩn đoán suy tim có phân suất tống máu giảm theo tiêu chuẩn ESC 2021/Bộ Y Tế 2022 với siêu âm Doppler tim có phân suất tống máu thất trái (EF) $\leq 40\%$ [2], [3].

Tiêu chí loại trừ: Mặc kèm bệnh ung thư, suy giảm miễn dịch và các bệnh tự miễn; người bệnh chuyển viện, tử vong nội viện hoặc người bệnh đang mang thai.

Cỡ mẫu: Lấy mẫu toàn bộ tất cả hồ sơ bệnh án người bệnh tại khoa Nội Tim mạch - Lão học, bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 12 năm 2023 thỏa tiêu chí lựa chọn và loại trừ (142 mẫu).

2.2. Phương pháp thu thập. Các thông tin phục vụ cho việc nghiên cứu được thu thập từ bệnh án nội trú bao gồm đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (giới tính, tuổi, phân độ suy tim theo Hiệp hội Tim mạch New York [NYHA], bệnh đồng mắc, phân suất tống máu [%EF], độ lọc cầu thận ước tính [eGFR]) và thực trạng sử dụng thuốc trên người bệnh điều trị nội trú mắc bệnh suy tim có phân suất tống máu giảm gồm có các nhóm thuốc BB, ACEI, ARB, ARNI, MRA, ức chế SGLT2 và các nhóm thuốc khác (digoxin, lợi tiểu quai).

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu được nhập liệu và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0 và phần mềm Microsoft Excel 2016. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ % cho các biến định tính và giá trị trung bình, độ lệch chuẩn cho các biến định lượng. Sự khác biệt sử dụng thuốc cho người bệnh suy tim theo %EF, phân độ NYHA, giới tính và nhóm tuổi bằng kiểm định bằng Chi-square/fisher exact test với giá trị $p < 0,05$ có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện theo quy trình xét duyệt y đức của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Trường Đại học Nguyễn Tất Thành, cùng với sự cho phép của Bệnh viện đa khoa Thành phố Cần Thơ. Các thông tin kết quả nghiên cứu được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1 mô tả đặc điểm 142 người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm có độ tuổi trung bình là $67 \pm 14,13$ và nhóm tuổi ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (75,3%). Người bệnh suy tim độ III chiếm tỷ lệ cao nhất với 89,5%.

Bảng 1. Đặc điểm chung về người bệnh suy tim phân suất tống máu giảm (N=142)

Đặc điểm	N (%)
Tuổi	
< 50 tuổi	12 (8,5)

50 - < 60 tuổi	23 (16,2)
≥ 60 tuổi	107 (75,3)
Giá trị trung bình ± SD	67 ± 14,13
Giới tính	
Nam	60 (42,3)
Nữ	82 (57,7)
Bệnh đồng mắc	
Không	4 (2,8)
Có	138 (97,2)
Phân độ theo NYHA	
Độ II	5 (3,5)
Độ III	127 (89,5)
Độ IV	10 (7,0)
%EF	
> 35%	47 (33,1)
≤ 35%	95 (66,9)
Giá trị trung bình ± SD	32 ± 6,06
eGFR (ml/phút/1,73m²)	
< 60 ml/phút/1,73m ²	85 (59,9)
≥ 60 ml/phút/1,73m ²	57 (40,1)
Giá trị trung bình ± SD	56 ± 21,35

Ghi chú: EF: phân suất tổng máu, eGFR: độ lọc cầu thận ước tính, NYHA: Hiệp hội Tim mạch New York.

Bảng 2 cho thấy 138 trường hợp (97,2%) sử dụng một trong các nhóm thuốc nền tảng và phối hợp 2 nhóm thuốc nền tảng chiếm tỷ lệ cao nhất (57,0%). Trong các nhóm thuốc nền tảng thì nhóm ARB được sử dụng nhiều nhất (85,5%) và chủ yếu là losartan (89,9%). Trong nhóm thuốc khác thì thuốc lợi tiểu furosemid sử dụng nhiều nhất chiếm tỷ lệ 12,7%.

Bảng 2. Đặc điểm sử dụng các nhóm thuốc điều trị ở đối tượng nghiên cứu (N=142)

Đặc điểm	N (%)
----------	-------

Bảng 3. Yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm theo tuổi (N=142)

Biến số		Nhóm tuổi (N, %)			P
		< 50	50 - < 60	60 tuổi	
Nhóm thuốc nền tảng	Có	12 (100,0)	20 (87,0)	106 (99,1)	0,026*
	Không	0 (0,0)	3 (13,0)	1 (0,9)	
	Tổng	12 (100,0)	23 (100,0)	107 (100,0)	
Số nhóm thuốc nền tảng	Không	0 (0,0)	3 (13,0)	1 (0,9)	0,023*
	1 nhóm thuốc	2 (16,6)	4 (17,5)	30 (28,0)	
	2 nhóm thuốc	5 (41,7)	13 (56,5)	63 (58,9)	
	3 nhóm thuốc	5 (41,7)	3 (13,0)	13 (12,2)	
	Tổng	12 (100,0)	23 (100,0)	107 (100,0)	

Ghi chú: * Fisher's Exact Test

Bảng 4 cho thấy tỷ lệ sử dụng các nhóm nền tảng, số nhóm thuốc nền tảng kết hợp và loại thuốc nền tảng giữa nhóm người bệnh có %EF và phân độ suy tim theo NYHA là khác nhau nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4. Yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm theo %EF và phân độ suy tim theo NYHA (N=142)

Nhóm thuốc nền tảng	
Không	4 (2,8)
Có	138 (97,2)
Số nhóm thuốc nền tảng	
1 nhóm thuốc	36 (25,3)
2 nhóm thuốc	81 (57,0)
3 nhóm thuốc	21 (14,7)
4 nhóm thuốc	0 (0,0)
MRA	103 (72,5)
Spironolacton	103 (72,5)
ACE-I	12 (8,5)
Captopril	10 (7,1)
Enalapril	2 (1,4)
ARB	122 (85,9)
Losartan	112 (78,9)
Telmisartan	17 (12,0)
BB	32 (22,5)
Bisoprolol	32 (22,5)
SGLT-2	8 (5,6)
Dapagliflozin	6 (4,2)
Empagliflozin	2 (1,4)
Nhóm thuốc khác	33 (23,2)
Furosemid	18 (12,7)
Isosorbid dinitrat	9 (6,3)
Ívabradin	4 (2,8)
Digoxin	2 (1,4)

Ghi chú: ACE-I: ức chế men chuyển; ARB: ức chế thụ thể angiotensin; ARNI: ức chế thụ thể neprilysin và angiotensin; BB: chẹn beta giao cảm; SGLT-2: ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2; MRA: kháng aldosterone.

Bảng 3 xác định các yếu tố liên quan đến thực trạng sử dụng thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm theo độ tuổi cho thấy tỷ lệ sử dụng các nhóm nền tảng và số nhóm thuốc nền tảng kết hợp giữa các nhóm tuổi là khác nhau và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Biến số		%EF N (%)		p	Phân độ suy tim theo NYHA N(%)			P
		EF > 35	EF ≤ 35%		Độ II	Độ III	Độ IV	
Thuốc nền tảng	Có	46 (97,9)	92 (96,8)	1,0*	5 (100,0)	123 (96,9)	10 (100,0)	1,0*
	Không	1 (2,1)	3 (3,2)		0 (0,0)	4 (3,1)	0 (0,0)	
	Tổng	47 (100,0)	100 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
Số nhóm thuốc	Không có	1 (2,1)	3 (3,2)	0,45*	0 (0,0)	4 (3,1)	0 (0,0)	0,72*
	1 nhóm thuốc	14 (29,8)	22 (23,2)		2 (40,0)	31 (24,4)	3 (30,0)	
	2 nhóm thuốc	23 (48,9)	58 (61,0)		2 (40,0)	72 (56,7)	7 (70,0)	
	3 nhóm thuốc	9 (19,2)	12 (12,6)		1 (20,0)	20 (15,8)	0 (0,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
ACE-I	Có	1 (2,1)	11 (11,6)	0,10*	0 (0,0)	10 (7,9)	2 (20,0)	0,24*
	Không	46 (97,9)	84 (88,4)		5 (100,0)	117 (92,1)	8 (80,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
ARB	Có	41 (87,2)	81 (85,9)	0,75	4 (80,0)	110 (86,6)	8 (80,0)	0,55*
	Không	7 (12,8)	14 (14,1)		1 (20,0)	17 (13,4)	2 (20,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
BB	Có	12 (25,5)	20 (21,1)	0,86	1 (20,0)	31 (24,4)	0 (0,0)	0,21*
	Không	35 (74,5)	75 (78,9)		4 (80,0)	96 (75,6)	10 (100,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
MRA	Có	33 (70,2)	70 (73,7)	0,66	3 (60,0)	91 (71,7)	9 (90,0)	0,35*
	Không	14 (29,8)	25 (26,3)		2 (40,0)	36 (28,3)	1 (10,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	
SGLT-2	Có	4 (8,5)	4 (4,2)	0,51	1 (20,0)	6 (4,7)	1 (10,0)	0,20*
	Không	43 (91,5)	91 (95,8)		4 (80,0)	121 (95,3)	9 (90,0)	
	Tổng	47 (100,0)	95 (100,0)		5 (100,0)	127 (100,0)	10 (100,0)	

*Fisher's Exact Test

Ghi chú: ACE-I: ức chế men chuyển; ARB: ức chế thụ thể angiotensin; ARNI: ức chế thụ thể neprilysin và angiotensin; BB: Chẹn beta giao cảm; EF: phân suất tống máu; eGFR: độ lọc cầu thận ước tính; NYHA: Hiệp hội Tim mạch New York; SGLT-2: Ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-glucose 2; MRA: kháng aldosterone

IV. BÀN LUẬN

Số bệnh án có chỉ định sử dụng một trong các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm chiếm tỷ lệ cao nhất, trong đó phối hợp 2 nhóm thuốc nền tảng và nhóm thuốc ACEI/ARB được chỉ định nhiều nhất. Trong nhóm ARB thì thuốc losartan được chỉ định nhiều nhất, nhóm MRA là spironolacton, nhóm BB là bisoprolol, nhóm ACEI là captopril, nhóm SGLT-2 là dapagliflozin. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong nghiên cứu có khác biệt so với thống kê của ASIAN-HF (2018) với tỷ lệ sử dụng là ACEI/ARB (77,0%), BB (79,0%), MRA (58,0%), digoxin (31,0%), ivabradine (10,0%) và thiazide (83,0%) [8]. Nghiên cứu của Shah và cộng sự (2017) báo cáo tỷ lệ sử dụng ACEI là 40,4%, đối kháng aldosterone là 10,1%, ARB là 14,6%, BB là 40,0%, digoxin là 21,3% và lợi tiểu là 64,4% [7]. Nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự (2020) cho thấy có 95,3% bệnh nhân được chỉ định dùng ít

nhất 1 nhóm thuốc nền tảng và 43,4% được chỉ định dùng 3 nhóm thuốc theo khuyến cáo, trong đó thuốc ức chế hệ RAA là 86,5%, thuốc BB là 65,2%; nhóm thuốc lợi tiểu kháng aldosterone là 71,2% và ARNI là 4,6% [3]. Nghiên cứu của Trần Đại Cường và cộng sự (2024) đã ghi nhận 93,8% bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 nhóm nền tảng, trong đó 19,8% người bệnh được chỉ định sử dụng đầy đủ 4 nhóm thuốc cho điều trị. Số người bệnh được sử dụng ARNI chiếm tỷ lệ 38,8%, ACEI chiếm tỷ lệ 33,9% và ARB chiếm tỷ lệ 11,2% [5]. Nghiên cứu của Phan Đình Phong (2024) tại Bệnh viện Bạch Mai cho thấy tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế RASi là 96,8%; BB là 76,3%; MRA là 87,7% và chất ức chế SGLT2 là 82,6% [4]. Sự khác biệt trong việc sử dụng các nhóm thuốc điều trị suy tim có thể là do khác biệt về đặc điểm đối tượng nghiên cứu, vì hầu như đa số người bệnh có mắc nhiều bệnh lý khác kèm theo mà nghiên cứu đã ghi nhận. Tùy theo từng đối tượng người bệnh mà bác sĩ có thể lựa chọn phác đồ điều trị phù hợp để giảm triệu chứng suy tim và đạt hiệu quả điều trị. Mỗi người bệnh là một cá thể riêng biệt bao gồm sự di truyền, giới tính, thể trạng, độ tuổi khác nhau do đó trong quá trình chuyển hóa thuốc trong cơ thể của mỗi cá thể là khác nhau và do tương tác thuốc [6]. Tỷ lệ sử dụng các nhóm và số nhóm

thuốc nền tảng kết hợp giữa các nhóm tuổi là khác nhau và có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Theo đó, tỷ lệ phối hợp 3 nhóm thuốc điều trị ở người bệnh có độ tuổi từ 50 tuổi trở lên thì thấp hơn nhóm tuổi dưới 50 tuổi. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chưa thấy có sự liên quan giữa nhóm tuổi đến việc lựa chọn thuốc các nhóm thuốc nền tảng. Về yếu tố mức độ suy tim và EF trong nghiên cứu được ghi nhận là chưa có liên quan đến việc có sử dụng, phối hợp các thuốc và chỉ định sử dụng các nhóm thuốc trụ cột để điều trị cho người bệnh. Điều này có thể do số lượng mẫu nghiên cứu chưa đủ lớn.

V. KẾT LUẬN

Đa phần người bệnh được chỉ định sử dụng ít nhất một nhóm thuốc nền tảng và thường dùng phác đồ phối hợp 2 nhóm thuốc. Độ tuổi người bệnh có liên quan đến việc lựa chọn các thuốc các nhóm thuốc và phối hợp các thuốc nền tảng. Phần trăm EF và phân độ suy tim theo NYHA thì không có liên quan việc lựa chọn và phối hợp các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2022), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn, Ban hành kèm theo quyết định số 1587/QĐ-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2022, Hà Nội.
2. **Hội tim mạch Quốc Gia Việt Nam**, Khuyến cáo của hội tim mạch quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn - 2022. 2022, tr 12 - 39.
3. **Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa**, Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của hội tim mạch châu Âu 2016. 2020, Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 25 (2), 35 - 41.
4. **Phan Đình Phong, Phạm Thị Mai Hương và cộng sự** (2024), 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. 2024, Tạp chí Y học Việt Nam, 535(1B).
5. **Trần Đại Cường, Phạm Dương Lành và Hoàng Văn Sỹ**. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tống máu khác nhau. 2024, Tạp chí Y học Việt Nam, 534(1B).
6. **Pooja D, Pardeep S, et al.** Heart failure with reduced ejection fraction: comparison of patient characteristics and clinical outcomes within Asia and between Asia, Europe and the Americas. 2019, European Journal of Heart Failure, 21, 577-587.
7. **Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, et al.** Heart Failure With Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction: 5-Year Outcomes. 2017, Journal Am Coll Cardiol, 70 (20), pp. 2476-2486.
8. **Teng THK, Tromp J, Tay WT, Anand I, et al.** Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study. 2018, The Lancet Global Health, 6(9), e1008-e1018.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NỒNG ĐỘ KHÁNG THỂ TRAB VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG TRONG BỆNH GRAVE'S Ở TRẺ EM

Cần Thị Bích Ngọc¹, Nguyễn Ngọc Khánh¹

TÓM TẮT

Bệnh Grave's là một trong những bệnh cường chức năng tuyến giáp tiên phát thường gặp nhất trong số bệnh nhân nhiễm độc giáp. Xét nghiệm TRAb cùng với các chỉ số lâm sàng, cận lâm sàng góp phần vào tiên lượng bệnh. **Mục tiêu:** Mô tả mối liên quan giữa tự kháng thể TRAb với một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trong bệnh Grave's ở trẻ em. **Đối tượng:** 58 trẻ chẩn đoán bệnh Grave's tại Bệnh viện Nhi Trung ương từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 11 năm 2024. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang, hồi cứu, tiền cứu. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 41/17 (2,4:1) với tuổi trung bình là $9,6 \pm 3,1$ tuổi. Chỉ số TRAb tại các thời điểm chẩn đoán, kết thúc điều trị tấn công và giai đoạn duy trì lần lượt là: $22,4 \pm 11,3$; $15,6 \pm 11,4$ và $8,8 \pm 8,1$

U/L. Không có sự khác biệt về chỉ số TRAb ở hai nhóm trẻ dưới 10 tuổi và nhóm 10-18 tuổi. Chỉ số TRAb ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2 và độ 3 cao hơn hẳn nhóm trẻ có bướu giáp độ 1 tại các thời điểm chẩn đoán, kết thúc điều trị tấn công và giai đoạn duy trì ($p < 0,05$). Có mối tương quan nghịch giữa chỉ số TRAb và TSH tại giai đoạn điều trị duy trì với hệ số tương quan là 0,47. **Kết luận:** Nồng độ TRAb cao hơn ở nhóm trẻ có bướu giáp độ 2 và độ 3 so với nhóm trẻ có bướu giáp độ 1, nồng độ TRAb tương quan nghịch với chỉ số TSH ở giai đoạn duy trì. **Khuyến nghị:** Các bác sỹ lâm sàng cần đánh giá toàn diện mức độ bướu giáp, theo dõi các chỉ số xét nghiệm gồm có FT4, T3, TSH và TRAb trong quá trình theo dõi bệnh để đưa ra quyết định lâm sàng chính xác và điều trị hiệu quả người bệnh bằng phương pháp nội khoa. **Từ khóa:** Bệnh Grave's, TRAb, bướu giáp, TSH, trẻ em.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN SERUM TRAB AND SOME CLINICAL AND BIOCHEMICAL FEATURES OF GRAVE'S DISEASE IN CHILDREN

Grave's disease is one of the most common

¹Bệnh viện Nhi Trung ương
Chịu trách nhiệm chính: Cần Thị Bích Ngọc
Email: ngocctb@nch.gov.vn
Ngày nhận bài: 5.3.2025
Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025
Ngày duyệt bài: 13.5.2025