

hô hấp và vàng da là những bệnh lý phổ biến. Tỷ lệ tử vong chung thấp, nhưng bệnh tim bẩm sinh chiếm phần lớn số ca tử vong, cho thấy cần tăng cường phát hiện, chẩn đoán và can thiệp sớm. Suy hô hấp là nguyên nhân chính dẫn đến chuyển tuyến, chiếm tỷ lệ cao, nhấn mạnh nhu cầu đầu tư trang thiết bị hồi sức, đào tạo chuyên môn và cải thiện hệ thống cấp cứu sơ sinh tại tuyến tỉnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lawn JE, Cousens S, Zupan J, Lancet Neonatal Survival Steering Team. 4 million neonatal deaths: when? Where? Why? Lancet. 2005;365 (9462): 891-900. doi:10.1016/S0140-6736(05) 71048-5
2. Lê Quang Minh, Nguyễn Thị Quỳnh Nga. Đặc điểm các nhóm bệnh sơ sinh điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Gia Lâm giai đoạn 2020–2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;531(1B):83-84.
3. Phạm Văn Hưng, Đỗ Hoàng Hải, Nguyễn Thành Nam, et al. Nghiên cứu tình hình tử vong sơ sinh tại Trung tâm Nhi khoa – Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Y học Công đồng. 2023;64(4):86-94.
4. Thông cáo báo chí Kết quả Điều tra dân số và nhà ở giữa kỳ năm 2024. General Statistics Office of Vietnam. Accessed March 23, 2025.
5. Nguyễn Thị Quỳnh Nga, Phan Thị Nga, Vũ Thị Tâm, Phạm Quốc Khương. Mô hình cấp cứu và tử vong trẻ sơ sinh tại tỉnh Hà Nam năm 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;532(2):299-300.
6. Khu Thị Khánh Dung, Đinh Phương Hòa, Lê Thị Hà. Thực trạng cấp cứu sơ sinh tại tỉnh Hòa Bình. Tạp chí Nhi khoa. 2021;14(1):23-25.
7. Nguyễn Thị Ánh Ngọc, Nguyễn Thị Kiều Nhi. Nghiên cứu mô hình bệnh tật và tử vong ở trẻ sơ sinh giai đoạn sơ sinh sớm tại Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;77:480-486.
8. Phạm Thị Phương. Mô hình bệnh tật chuyển tuyến của bệnh nhân sơ sinh tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa giai đoạn 2017–2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529(1B):103-108.

THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ SUY TIM MẠN TẠI BỆNH VIỆN TIM TÂM ĐỨC

Ngô Thị Kim Ánh¹, Lý Huy Khanh¹, Lê Thị Cát Tuyền¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tình trạng sử dụng các nhóm thuốc điều trị suy tim mạn tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả cắt ngang trên dân số bệnh nhân khám ngoại trú Bệnh viện Tim Tâm Đức có chẩn đoán là suy tim từ ngày 01/01/2022 đến 31/8/2022 và 1/1/2023 đến 31/08/2023. **Kết quả:** Số nhóm thuốc suy tim được sử dụng trung bình là 2.6 ± 0.9 . Trong đó, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế Renin-Angiotensin (92,5% suy tim chung, 95,5% suy tim phân suất tổng máu giảm (STPSTMG)), đối kháng thụ thể aldosterol (80,5% suy tim chung, 91,0% STPSTMG), chẹn beta (54,4% suy tim chung, 45,8% STPSTMG), ức chế SGLT2 (49,4% suy tim chung, 59,4% STPSTMG). Tỷ lệ dùng liều suy tim tối ưu: ức chế Renin-Angiotensin (3,3%), ức chế SGLT2 (98,4%), đối kháng aldosterol (21,0%), chẹn beta (12,2%). Trên 50% bệnh nhân suy tim sử dụng 3-4 nhóm thuốc (63,3% đối với STPSTMG). **Kết luận:** Tỷ lệ kết hợp 3-4 nhóm thuốc điều trị suy tim PSTMG cao hơn các nghiên cứu trước đây, tuy nhiên tỷ lệ đạt liều tối ưu theo khuyến cáo còn hạn chế.

Từ khóa: Số thuốc điều trị suy tim, tỷ lệ đạt liều thuốc suy tim tối ưu

SUMMARY

MANAGEMENT OF CHRONIC HEART FAILURE AT TAM DUC HEART HOSPITAL

¹Bệnh viện Tim Tâm Đức

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Kim Ánh

Email: bsngothikimanh@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025

Aims: To evaluate the utilization of heart failure medication groups in outpatients at Tam Duc Heart Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on outpatients diagnosed with heart failure at Tam Duc Heart Hospital between January 1, 2022, and August 31, 2022, and between January 1, 2023, and August 31, 2023. **Results:** The mean number of heart failure medication groups prescribed was 2.6 ± 0.9 . The prescription rates for specific drug classes were as follows: Renin-Angiotensin inhibitors (92.5% in the overall heart failure population, 95.5% in heart failure with reduced ejection fraction [HFrEF]), aldosterone antagonists (80.5% overall, 91.0% in HFrEF), beta-blockers (54.4% overall, 45.8% in HFrEF), and sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) (49.4% overall, 59.4% in HFrEF). The proportion of patients receiving the optimal target doses recommended by clinical guidelines was as follows: Renin-Angiotensin inhibitors (3.3%), SGLT2 inhibitors (98.4%), mineralocorticoid receptor antagonists (21.0%), and beta-blockers (12.2%). More than half of the patients with heart failure were prescribed 3 to 4 medication groups (63.3% in HFrEF). **Conclusion:** The proportion of patients receiving a combination of 3-4 drug classes for HFrEF treatment was higher than reported in previous studies. However, the rate of achieving the recommended optimal target doses remains low.

Keywords: Number of heart failure medications, rate of achieving optimal heart failure target doses.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề y tế nghiêm trọng trên toàn cầu, ảnh hưởng đến hơn 64 triệu người, dự kiến con số này tiếp tục gia tăng (4).

Tại Việt Nam, ước tính khoảng 1-1,5% dân số mắc suy tim, gây gánh nặng đáng kể cho hệ thống y tế (9).

Các nghiên cứu gần đây cho thấy hiệu quả của việc phối hợp điều trị trong STPSTMG. Phác đồ bốn nhóm ARNI, chẹn beta, đối kháng aldosterol, ức chế SGLT2 giúp giảm tử vong tim mạch, giảm nhập viện do suy tim và kéo dài tuổi thọ thêm từ 1,4 đến 8,3 năm so với phác đồ truyền thống (1). Như vậy, việc phối hợp đủ thuốc theo phác đồ là mấu chốt quan trọng của việc điều trị nội khoa cho người bệnh ST PSTMG (6).

Một khảo sát năm 2016 với dữ liệu từ 547 cơ sở y tế trên 36 quốc gia cho thấy tỷ lệ bệnh nhân tuân thủ điều trị đầy đủ với các thuốc suy tim ST PSTMG đạt 60-70%.(7) Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu về mức độ áp dụng điều trị theo khuyến cáo mới. Nghiên cứu "Thực trạng điều trị suy tim mạn tại Bệnh viện Tim Tâm Đức" nhằm khảo sát tình hình sử dụng thuốc tại khoa khám bệnh của bệnh viện, góp phần cung cấp dữ liệu thực tế cho việc cải thiện công tác điều trị suy tim tại Việt Nam trong tương lai.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát phân loại suy tim theo phân suất tống máu của người bệnh suy tim điều trị ngoại trú tại bệnh viện Tim Tâm Đức năm 2022- 2023.
2. Khảo sát tình trạng sử dụng các nhóm thuốc điều trị suy tim ngoại trú tại bệnh viện Tim Tâm Đức năm 2022 và năm 2023

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang

2.2. Đối tượng nghiên cứu. Người bệnh khám tại khoa khám bệnh Bệnh Viện Tim Tâm Đức có chẩn đoán suy tim từ ngày 01/01/2022 đến 31/8/2022 và 1/1/2023 đến 31/08/2023.

Tiêu chuẩn chọn bệnh. Người bệnh trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim điều trị tại khoa khám bệnh Bệnh Viện Tim Tâm Đức trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ. Người bệnh vừa xuất viện với chẩn đoán suy tim cấp dưới 4 tuần.

Người bệnh vừa nhập viện vì các bệnh lý mạch vành trong vòng 4 tuần trước khi tham gia nghiên cứu. Người bệnh có thay van tim hoặc sửa van tim.

Người bệnh có bệnh nền ác tính nặng nề, tiên lượng sống còn thấp hơn 6 tháng.

Người bệnh có hồ sơ không đủ dữ liệu để thực hiện nghiên cứu.

2.3. Địa điểm và thời gian nghiên cứu

Địa điểm: Khoa khám bệnh Bệnh viện Tim Tâm Đức

Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu: ngày 01/01/2022 đến ngày 31/08/2023

2.4. Cỡ mẫu của nghiên cứu

Dân số mục tiêu: Người bệnh được chẩn đoán suy tim

Cỡ mẫu: Chọn tất cả người bệnh suy tim điều trị tại Khoa khám bệnh ngoại trú Bệnh viện Tim Tâm Đức từ 01/01/2022-31/08/2023.

2.5. Xác định các biến số nghiên cứu

Tên biến số	Loại biến	Công thức tính
Biến số dịch tễ - bệnh nền		
Tuổi	Định lượng	Người bệnh được điều trị trong năm 2022: Tuổi = 2022 - năm sinh Người bệnh được điều trị trong năm 2023: Tuổi = 2023 - năm sinh
Giới	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: Nam, Nữ
Đái tháo đường	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: - Có: Nếu đường huyết lúc đói ≥ 126 mg/dL/ Đường huyết sau 2 giờ làm nghiệm pháp dung nạp đường ≥ 200 mg/dL/ HbA1c $\geq 6.5\%$,/ Người bệnh có các triệu chứng kinh điển của tăng đường huyết và đường huyết bất kỳ ≥ 200 mg/dL (11,1 mmol/L) - Không: Nếu người bệnh không có các dấu hiệu chỉ số cận lâm sàng trên.
Biến số cận lâm sàng		
Phân suất tống máu EF	Định lượng	EF là chức năng tống máu buồng thất trái, đo trên siêu âm tim qua thành ngực, cách tính: $\%EF = (\text{Thể tích cuối tâm trương thất trái} - \text{Thể tích cuối tâm thu thất trái}) / \text{Thể tích cuối tâm trương thất trái} \times 100\%$.
NT-Pro BNP ((N-terminal pro B-typenatriuretic peptide)	Định lượng	Xét nghiệm được sử dụng nhằm mục đích phát hiện, chẩn đoán và đánh giá mức độ nghiêm trọng của bệnh suy tim, đơn vị pg/mL.
Biến số thuốc điều trị suy tim		
Ức chế renin-angiotensin/	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: - Có: Khi toa thuốc sử dụng các nhóm thuốc: ức chế men chuyển,

ARNI		chẹn thụ thể angiotensinogen và ARNI (Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Trandolapril). - Không: Khi toa thuốc không sử dụng các loại thuốc trên.
Chẹn Beta	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: - Có: Khi toa thuốc sử dụng các nhóm thuốc: Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol succinate, Nebivolol - Không: Khi toa thuốc không sử dụng các loại thuốc trên.
Đối kháng aldosterol	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: - Có: Khi toa thuốc sử dụng các nhóm thuốc: Eplerenone, Spironolactone - Không: Khi toa thuốc không sử dụng các loại thuốc trên.
Ức chế SGLT2	Nhị giá	Gồm 2 giá trị: - Có: Khi toa thuốc sử dụng các nhóm thuốc: Dapagliflozin, Empagliflozin - Không: Khi toa thuốc không sử dụng các loại thuốc trên.
Số nhóm thuốc suy tim phối hợp (4 nhóm)	Thứ tự	Số nhóm thuốc điều trị suy tim được dùng phối hợp, gồm 4 giá trị: - 1 nhóm - 2 nhóm - 3 nhóm - 4 nhóm
Trung bình nhóm thuốc suy tim sử dụng	Định lượng	Được tính = trung bình số nhóm thuốc điều trị suy tim được dùng.
Liều sử dụng	Định lượng	Liều lượng thuốc điều trị suy tim ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm tương ứng với liều đích
Mức đáp ứng liều đích	Thứ tự	Phần trăm đáp ứng so với liều đích của các nhóm thuốc ACEI/ARB/ARNI; Chẹn Beta, MRA, SGLT2-i gồm 3 giá trị: - Liều thấp < 25% - Liều trung bình 25% - < 75% - Liều tối ưu ≥ 75%

2.6. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

2.6.1. Thu thập dữ liệu. Dữ liệu được thu thập qua dữ liệu thông tin khám bệnh ngoại trú trên phần mềm Ehospital của Bệnh viện Tim Tâm Đức (Các chẩn đoán sẽ được ghi nhận dựa theo chẩn đoán của bác sĩ điều trị, chỉ số cận lâm sàng, tuổi, giới)

2.6.2. Phân tích, xử lý dữ liệu. Sau khi có đầy đủ các dữ liệu của người bệnh suy tim điều trị tại Phòng Khám Bệnh viện Tim Tâm Đức trong thời gian từ 01/01/2022 đến 31/08/2023, dữ liệu được thống kê và phân tích theo phần mềm SPSS 22.

Mô tả biến: Các biến số định tính được mô tả thông qua tần số và tỷ lệ phần trăm.

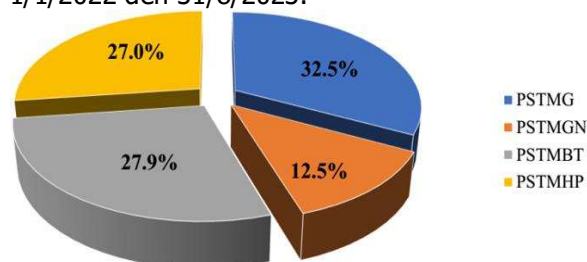
Các biến số định lượng được mô tả thông qua giá trị trung bình và độ lệch chuẩn.

Thống kê phân tích: Dùng phép kiểm Chi² và Fisher exact và Logistic để phân tích mối liên quan giữa việc sử dụng các nhóm thuốc (ACE-i/ARB/ARNI, MRA, SGLT2-I, Chẹn beta giao cảm, lợi tiểu) với các yếu tố dịch tễ (tuổi, giới), bệnh ĐTD của người bệnh.

Dùng phép kiểm ANOVA kiểm định sự khác biệt giữa Trung bình nhóm thuốc suy tim sử dụng (4 nhóm và 5 nhóm) với nhóm suy tim.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm phân loại suy tim theo phân suất tống máu của đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu thực hiện khảo sát 544 người bệnh ngoại trú có chẩn đoán suy tim, có theo dõi điều trị ≥ 8 tuần tại Bệnh viện Tim tâm Đức từ 1/1/2022 đến 31/8/2023.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ phân loại suy tim theo phân suất tống máu

Nhận xét: Trong số các người bệnh suy tim đang điều trị tại BV Tim Tâm Đức trong thời gian nghiên cứu, tỷ lệ người bệnh có ST PSTMG chiếm tỷ lệ cao nhất (32,5%) và thấp nhất ở nhóm ST PSTMGN (12,5%). Nhóm người bệnh ở nhóm ST PSTMHP chiếm tỷ lệ tương đối cao 27%.

3.2. Đặc điểm dịch tễ và bệnh nền theo phân loại suy tim của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm dịch tễ và bệnh nền theo phân loại suy tim của đối tượng nghiên cứu

	Chung (n=544)	PSTMG (n=177)	PSTMGN (n=68)	PSTMBT (n=152)	PSTMHP (n=147)	p - value
Giới Nam	365 (67.1%)	118 (66.7%)	52 (76.5%)	91 (59.9%)	104 (70.7%)	0.066*
Tuổi	59.5 ± 15.1	56.6 ± 15.6	58.6 ± 15.4	62.8 ± 15.8	60.1 ± 16.8	0.007**
Đái tháo đường	239 (43.9%)	81 (45.8%)	29 (42.6%)	59 (38.8%)	70 (47.6%)	0.435*

*Phép kiểm chi bình phương; **Phép kiểm oneway Anova thấp hơn các nhóm suy tim khác.

Nhận xét: Người bệnh suy tim là nam giới chiếm đa số. Người bệnh có kèm đái tháo đường chiếm tỉ lệ cao trên 30% ở các nhóm suy tim. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm tuổi giữa các nhóm suy tim ($p < 0,05$). Trong đó, nhóm người bệnh ST PSTMG có tuổi trung bình

3.3. Tình trạng sử dụng thuốc điều trị suy tim ngoại trú tại bệnh viện Tim Tâm Đức

3.3.1. Tỉ lệ các nhóm thuốc điều trị theo phân loại suy tim được sử dụng

Bảng 2: Tỉ lệ các nhóm thuốc điều trị theo phân loại suy tim được sử dụng

Đặc điểm	Chung (n=544)	PSTMG (n=177)	PSTMGN (n=68)	PSTMBT (n=152)	PSTMHP (147)	p - value
Ức chế renin-angiotensin/ARNI	503 (92.5%)	169 (95.5%)	65 (95.6%)	132 (86.8%)	137 (93.2%)	0.016
Ức chế SGLT2	190 (34.9%)	77 (43.5%)	22 (32.4%)	49 (32.2%)	42 (28.6%)	0.029
Chẹn beta	296 (54.4%)	81 (45.8%)	43 (63.2%)	87 (57.2%)	85 (57.8%)	0.034
Đối kháng aldosterol	438 (80.5%)	161 (91,0%)	53 (77.9%)	107 (70.4%)	117 (79.6%)	<0.001

Phép kiểm chi bình phương

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về việc sử dụng các loại thuốc điều trị suy tim ở các nhóm PSTMG khác nhau với $p < 0.05$.

Nhóm thuốc ACE-I/ARNI/ARB chiếm tỷ lệ được sử dụng điều trị suy tim cao nhất trong 04 nhóm thuốc với tỷ lệ 92.5%.

Nhóm thuốc MRA chiếm tỷ lệ được sử dụng

điều trị suy tim thứ 2 trong 04 nhóm thuốc với tỷ lệ 80.5% và được sử dụng nhiều nhất ở nhóm suy tim PSTMG.

Nhóm thuốc chẹn beta chiếm tỷ lệ được sử dụng điều trị suy tim thứ ba trong 04 nhóm

3.2. Tình trạng sử dụng trung bình các nhóm thuốc suy tim

Bảng 3: Tình trạng sử dụng trung bình các nhóm thuốc suy tim

Đặc điểm	Chung (n=544)	PSTMG (n=177)	PSTMGN (n=68)	PSTMBT (n=152)	PSTMHP (147)	p - value
01 nhóm	59 (10.8%)	12 (6.8%)	4 (5.9%)	25 (16.4%)	18 (12.3%)	0.331
02 nhóm	177 (32.5%)	53 (29.9%)	25 (36.8%)	52 (34.2%)	47 (32.0%)	
03 nhóm	213 (39.2%)	77 (43.5%)	26 (38.2%)	52 (34.2%)	58 (39.5%)	
04 nhóm	95 (17.5%)	35 (19.8%)	13 (19.1%)	23 (15.1%)	24 (16.3%)	

Phép kiểm chi bình phương

Nhận xét: Toa thuốc chỉ sử dụng 1 nhóm thuốc chiếm tỷ lệ rất thấp với 10.8%.

Toa thuốc sử dụng 2 nhóm thuốc có tỷ lệ 32.5% có tần suất cao nhất ở nhóm suy tim PSTMG.

Tỷ lệ toa thuốc có sử dụng 3-4 nhóm thuốc chiếm trên 50% và có tần suất cao nhất ở nhóm suy tim PSTMG chiếm 63.3%.

Trung bình sử dụng các nhóm thuốc theo phân loại suy tim

Bảng 4: Trung bình sử dụng các nhóm thuốc theo phân loại suy tim

Đặc điểm	Chung (n=544)	PSTMG (n=177)	PSTMGN (n=68)	PSTMBT (n=152)	PSTMHP (147)	p - value
Trung bình sử dụng các nhóm thuốc	2.6 ± 0.9	2.7 ± 0.8	2.6 ± 0.8	2.4 ± 0.9	2.5 ± 0.9	0.033

Phép kiểm tương quan Pearson

Nhận xét: Số nhóm thuốc được sử dụng trung bình chiếm 2.6 ± 0.9

Các nhóm thuốc giúp giảm tử vong và nhập viện do suy tim được sử dụng trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm suy

tim PSTMG khác nhau, $p < 0.05$.

Tỷ lệ mức đáp ứng liều đích ở các nhóm thuốc suy tim được sử dụng

Bảng 5: Tỷ lệ mức đáp ứng liều đích ở các nhóm thuốc suy tim được sử dụng

Nhóm thuốc	Liều thấp (<25%)	Liều trung bình (25%-75%)	Liều tối ưu (≥75%)
ARNI	285 (78.1%)	68 (18.6%)	12 (3.3%)
SGLT2i	0 (0%)	3 (1.6%)	187 (98.4%)
Chẹn beta	140 (47.3%)	120 (40.5%)	36 (12.2%)
MRA	13 (3.0%)	333 (76.0%)	92 (21.0%)

Nhận xét: Với mức đáp ứng liều tối ưu: Nhóm thuốc SGLT2i chiếm tỷ lệ cao nhất trong số 04 nhóm thuốc với 98.4% và nhóm thuốc ARNI chiếm tỷ lệ thấp nhất với 3.3%.

Với mức đáp ứng liều trung bình: Nhóm thuốc MRA chiếm tỷ lệ cao nhất với 76%

Với mức đáp ứng liều thấp: Nhóm thuốc ARNI chiếm tỷ lệ cao nhất với 78.1%

IV. BÀN LUẬN

Đánh giá tình trạng sử dụng thuốc điều trị suy tim tại bệnh viện Tim Tâm Đức cho thấy hơn 50% bệnh nhân sử dụng từ 3-4 nhóm thuốc. Trong đó, 63,3% bệnh nhân suy tim PSTMG được điều trị bằng 3-4 nhóm thuốc, và 43,5% sử dụng 3 nhóm. Tỷ lệ phối hợp 4 nhóm thuốc trong nghiên cứu của chúng tôi là 19,8%, cao hơn nghiên cứu của Thái Trường Nhã (15,2%) (10).

Tỷ lệ sử dụng thuốc từ cao đến thấp như sau: thuốc ức chế Renin-Angiotensin, đối kháng aldosterol, chẹn beta, ức chế SGLT2. Tỷ lệ sử dụng SGLT2i tăng từ 32,5% (2022) lên 49,4% (2023) ở tất cả bệnh nhân suy tim, và từ 40,0% lên 59,4% ở bệnh nhân ST PSTMG. Tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta trong nghiên cứu này là 54,4% (tổng số bệnh nhân) và 45,8% ở nhóm suy tim PSTMG. Con số này thấp hơn so với nghiên cứu của Domenico D'Amario (93%), Al-Aghbari S (89%)(2) và nghiên cứu ASIAN-HF (79%)(8). Tuy nhiên, tỷ lệ này lại cao hơn so với nghiên cứu của Thái Trường Nhã (30,4%) nhưng thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân (65,2%).

Liều thuốc đạt mức tối ưu trong các nhóm thuốc như sau: ức chế Renin-Angiotensin (3,3%), SGLT2i (98,4%), MRA (21,0%) và chẹn beta (12,2%). So với nghiên cứu EVOLUTION_HF(3), tỷ lệ đạt liều đích trong nghiên cứu này thấp hơn đối với thuốc ức chế Renin-Angiotensin nhưng cao hơn đối với SGLT2i.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy việc sử dụng thuốc trong điều trị suy tim PSTMG ngày càng được tối ưu hóa, với sự gia tăng tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng theo khuyến cáo quốc tế.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 544 bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Tim Tâm Đức trong giai đoạn 1/2022 – 8/2023 cho thấy nhóm ARNI chiếm ưu thế (67,3% tổng thể, 87,6% ở suy tim PSTMG) nhưng tỷ lệ đạt liều tối ưu còn thấp (3,3%). Nhóm thuốc ức chế SGLT2 có xu hướng tăng sử dụng từ năm 2022 đến 2023, đạt 34,9% ở suy tim chung và 43,5% ở ST PSTMG, với tỷ lệ đạt liều tối ưu cao (98,4%). Nhóm thuốc chẹn beta giao cảm được sử dụng ở 54,4% bệnh nhân suy tim chung và 45,8% ở ST PSTMG, với xu hướng giảm trong năm 2023. Nhóm thuốc đối kháng aldosterol được sử dụng ở 80,5% bệnh nhân suy tim chung và 91,0% ở ST PSTMG, có xu hướng tăng trong năm 2023, với tỷ lệ đạt liều tối ưu 21,0%.

Trung bình mỗi bệnh nhân sử dụng $2,6 \pm 0,9$ nhóm thuốc điều trị suy tim. Trên 50% bệnh nhân suy tim sử dụng 3-4 nhóm thuốc (63.3% đối với ST PSTMG).

Những kết quả này phản ánh thực trạng điều trị suy tim mạn ngoại trú tại một trung tâm tim mạch đồng thời gợi mở nhu cầu tối ưu hóa điều trị, đặc biệt trong việc điều chỉnh liều thuốc theo khuyến cáo để cải thiện hiệu quả lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Biykem Bozkurt, Andrew JS Coats, Hiroyuki Tsutsui, Magdy Abdelhamid, Stamatis Adamopoulos, Nancy Albert, et al.** (2021) "Universal definition and classification of heart failure: a report of the heart failure society of America, heart failure association of the European society of cardiology, Japanese heart failure society and writing committee of the universal definition of heart failure". Journal of cardiac failure, 27 (4), 387-413.
2. **Domenico D'Amario, Daniele Rodolico, Giuseppe M.C. Rosano, Ulf Dahlström et al** (2022). Association between dosing and combination use of medications and outcomes in heart failure with reduced ejection fraction: data from the Swedish Heart Failure Registry. European Journal of Heart Failure. 24: 871-88
3. **Gianluigi Savarese et al**, Heart Failure Drug Treatment-Inertia, Titration, and Discontinuation: A Multinational Observational Study (EVOLUTION HF). JACC Heart Fail 2023 Jan;11(1):1-14. doi: 10.1016/j.jchf.2022.08.009. Epub 2022 Sep 7
4. **Gianluigi Savarese, Peter Moritz Becher, Lars H Lund, Petar Seferovic, Giuseppe M C Rosano, Andrew J S Coats**, Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology, Cardiovasc Res 2023 Jan 18;118(17):3272-3287
5. **Heather Burnett, Amy Earley, Adriaan A Voors, Michele Senni, John JV McMurray, Celine Deschaseaux, et al.** (2017) "Thirty years of evidence on the efficacy of drug treatments for chronic heart failure with reduced

- ejection fraction: a network meta-analysis". *Circulation: Heart Failure*, 10 (1), e003529
6. **Muthiah Vaduganathan, Brian L Claggett, Pardeep S Jhund, Jonathan W Cunningham, João Pedro Ferreira, Faiez Zannad, et al.** (2020) "Estimating lifetime benefits of comprehensive disease - modifying pharmacological therapies in patients with heart failure with reduced ejection fraction: a comparative analysis of three randomised controlled trials". *The Lancet*, 396 (10244), 121-128
 7. **Michel Komajda, Stefan D Anker, Martin R Cowie, Gerasimos S Filippatos, Bastian Mengelle, Piotr Ponikowski, et al.** (2016) "Physicians' adherence to guideline-recommended medications in heart failure with reduced ejection fraction: data from the QUALIFY global survey". *European journal of heart failure*, 18 (5), 514-522.
 8. **Nguyen Ngoc Thanh Van et al**, Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo Hội tim Châu Âu 2016, *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 25 * Số 2 * 2021*, 35-41
 9. **Phạm Mạnh Hùng** (2018) Báo động: Gánh nặng tử vong do suy tim cao hơn cả ung thư, Bệnh viện Bạch Mai, <http://www.bachmai.gov.vn/tin-tuc-va-su-kien/bai-viet-chuyen-mon-menuleft-33/4464-bao-d-ng-ganh-n-ng-t-vong-do-suy-tim-cao-hon-c-ung-thu.html>,
 10. **Thái Trương Nha et al**, Khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm tại bệnh viện tim mạch Ân Giang, http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/1494_16.-TMLH--Ks-Sd-thuoc-DT-suy-tim-PS-tong-mau-giam.pdf.

NHẬN XÉT THỰC TRẠNG NUÔI ĂN QUA THÔNG DẠ DÀY CHO NGƯỜI BỆNH ĐỘT QUỴ NÃO CÓ RỐI LOẠN NUỐT VÀ ĐỀ XUẤT GIẢI PHÁP

Lê Thị Phương Dung¹, Đào Thị Thu Hoài¹, Lê Chí Công¹,
Dương Thị Kim Liên¹, Trần Lan Phương¹, Nguyễn Thị Phương¹

TÓM TẮT

Nuôi dưỡng bằng thông mũi dạ dày (NGT) thường được khuyến nghị khi người bệnh đột quỵ não mắc chứng khó nuốt hoặc khi tình trạng ý thức giảm sút. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu để tìm hiểu thực trạng nuôi ăn qua thông dạ dày cho người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt và đề xuất giải pháp đảm bảo dinh dưỡng cho họ. Nghiên cứu được tiến hành trên 28 người bệnh nuôi ăn qua thông ≥ 2 tuần tại trung tâm Phục hồi chức năng bệnh viện Bạch Mai. Kết quả: tỉ lệ hít sặc thức ăn 40%, viêm phổi 67,9%, BMI < 18 là 35,7%. 35,7% người bệnh giảm cân > 3 kilogram, 60,7% giảm khẩu phần ăn khi sàng lọc với MNA. Mức độ nặng của xâm nhập - hít sặc theo thang PAS khảo sát bằng VFSS có liên quan đến tăng tỷ lệ viêm phổi. Tổng điểm MBSImP ≥ 13 hoặc tình trạng tồn đọng hầu họng > 2 có thể là yếu tố dự đoán khả năng cần lưu thông dạ dày khi xuất viện.

SUMMARY

REVIEW THE CURRENT NASOGASTRIC TUBE FEEDING STATUS FOR STROKE PATIENTS WITH DYSPHAGIA AND PROPOSED SOLUTIONS

Nasogastric tube feeding (NGT) is often recommended to stroke patients with dysphasia or impaired consciousness. Our study to investigate the current status of NGT for stroke patients with dysphasia was conducted to propose solutions to

ensure adequate nutrition for them. The study was conducted on 28 patients who were fed through the tube for at least 2 weeks at the Rehabilitation Center of Bach Mai Hospital. Results: The rate of aspiration was 40%, pneumonia was 67.9%, BMI < 18 was 35.7%. 35.7% of patients lost weight more than 3 kilograms, and 60.7% had reduced food intake when screened with MNA. The severity of aspiration-infiltration according to the PAS scale examined by VFSS was associated with an increased rate of pneumonia. A MBSImP total score ≥ 13 or pharyngeal residue > 2 may be predictive factors for the need for gastric diversion at discharge.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ rối loạn nuốt ở người bệnh đột quỵ não chiếm 30 – 64% giai đoạn cấp gây nên các vấn đề về dinh dưỡng. Suy dinh dưỡng trước và sau đột quỵ cấp tính là nguyên nhân gây kéo dài thời gian nằm viện, kết quả chức năng kém hơn và tăng tỷ lệ tử vong¹. Nuôi dưỡng bằng thông mũi dạ dày (NGT) thường là lựa chọn đầu tiên được khuyến nghị khi người bệnh đột quỵ não mắc chứng khó nuốt hoặc khi tình trạng ý thức giảm sút², giúp người bệnh có thể nhận được chế độ dinh dưỡng đầy đủ, thuốc điều trị phù hợp giúp ổn định tình trạng bệnh, thúc đẩy quá trình phục hồi, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu ① Tìm hiểu thực trạng nuôi ăn qua thông dạ dày cho người bệnh đột quỵ não có rối loạn nuốt. ② Đề xuất giải pháp đảm bảo dinh dưỡng cho người bệnh đột quỵ não nuôi ăn qua thông dạ dày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Phương Dung

Email: ledungyvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025