

MỐI LIÊN QUAN GIỮA XÉT NGHIỆM PROTHROMBIN LÚC NHẬP VIỆN VÀ BIẾN CỐ TIM MẠCH 30 NGÀY Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Ngô Quang Tùng¹, Nguyễn Mạnh Quân^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng vành cấp (HCVC) là biểu hiện cấp tính, đe dọa tính mạng của bệnh lý động mạch vành. Cơ chế bệnh sinh của HCVC bao gồm tổn thương nội mạc, phản ứng viêm và kích hoạt đông máu, trong đó hình thành huyết khối đóng vai trò trung tâm. Xét nghiệm prothrombin phản ánh con đường đông máu ngoại sinh và đã được ghi nhận liên quan đến tiên lượng xấu trong một số bệnh lý tim mạch cấp tính. **Mục tiêu:** Đánh giá mối liên quan giữa xét nghiệm prothrombin lúc nhập viện và biến cố tim mạch trong 30 ngày ở bệnh nhân HCVC được can thiệp mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu có theo dõi dọc trên 187 bệnh nhân HCVC can thiệp qua da, phân thành hai nhóm: Nhóm I (xét nghiệm prothrombin < 14 giây) và nhóm II (xét nghiệm prothrombin ≥ 14 giây). **Kết quả:** Tỷ lệ tử vong trong viện và 30 ngày ở nhóm II là 15,2% so với 3,3% ở nhóm I ($p = 0,017$). Không có khác biệt có ý nghĩa về tái nhập viện, đột quỵ, chảy máu hay nhồi máu cơ tim tái phát. MACE nhóm II là 21,2% so với 15,7% nhóm I ($p = 0,3$). Xét nghiệm prothrombin là yếu tố tiên lượng độc lập tỷ lệ tử vong; mỗi 1 giây tăng làm tăng nguy cơ tử vong 1,54 lần (95% CI: 1,1–2,1; $p < 0,01$). Xét nghiệm này cải thiện đáng kể AUC của mô hình tiên lượng tử vong (từ 0,712 lên 0,726; $p = 0,0118$). **Kết luận:** Xét nghiệm prothrombin kéo dài là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tử vong sớm ở bệnh nhân HCVC được can thiệp mạch vành qua da.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim, xét nghiệm prothrombin, can thiệp qua da, kết cục ngắn hạn.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN ADMISSION PROTHROMBIN TIME AND 30-DAY CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME UNDERGOING PERCUTANEOUS INTERVENTION

Background: Acute coronary syndrome (ACS) is a critical manifestation of coronary artery disease involving endothelial dysfunction, inflammation, and thrombosis. Prothrombin time (PT), reflecting the extrinsic coagulation pathway, may be linked to adverse outcomes in acute cardiovascular conditions.

¹Viện tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Tùng

Email: bsnt.tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 21.7.2025

Objective: To investigate the association between admission PT and 30-day cardiovascular events in ACS patients undergoing percutaneous coronary intervention. **Methods:** A prospective observational study was conducted on 188 ACS patients treated with PCI. Patients were categorized into Group I (PT < 14 seconds) and Group II (PT ≥ 14 seconds) based on admission PT. **Results:** The 30-day mortality rate was significantly higher in Group II (15.2%) compared to Group I (3.3%) ($p = 0.017$). No significant differences were observed between groups in terms of rehospitalization, stroke, recurrent myocardial infarction, or bleeding. The MACE rate was higher in Group II (21.2% vs. 15.7%, $p = 0.3$). Univariate Cox regression showed each 1-second increase in PT was associated with a 1.68-fold increase in mortality ($p < 0.01$); multivariate analysis confirmed a 1.54-fold increase (95% CI: 1.1–2.1, $p < 0.01$). PT significantly improved the predictive power of a mortality model, raising the AUC from 0.712 to 0.726 ($p = 0.0118$). **Conclusion:** Prolonged admission PT is an independent predictor of 30-day mortality in ACS patients undergoing PCI and improves the performance of multivariable prognostic models. **Keywords:** Myocardial infarction, prothrombin time, PCI, short-term outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp là một cấp cứu tim mạch thường gặp trong lâm sàng, bao gồm đau ngực không ổn định (ĐNKỔĐ), nhồi máu cơ tim ST chênh lên (STEMI) và ST không chênh lên (NSTEMI). Đây là gánh nặng bệnh tật toàn cầu và là nguyên nhân tử vong hàng đầu liên quan tới bệnh lý tim mạch⁴. Cơ chế bệnh sinh của hội chứng vành cấp là sự tác động phức tạp của suy giảm chức năng nội mạc mạch máu, phản ứng viêm và quá trình đông máu. Trong đó, quá trình hình thành huyết khối đóng vai trò quan trọng. Huyết khối này được hình thành do sự tiếp xúc của dòng máu với lớp collagen nội mạc, yếu tố mô và các phân tử tiền đông máu khi màng xơ vữa nứt vỡ, làm hoạt hóa tiểu cầu và hình thành fibrin trong lòng mạch máu.¹ Con đường động mạch ngoại sinh (qua yếu tố mô) được cho là trung tâm trong sự hình thành huyết khối động mạch và phản ứng đông máu này trong động mạch vành cũng diễn ra theo cách tương tự như động mạch khác.⁷

Thời gian prothrombin phản ánh con đường đông máu ngoại sinh, là dấu ấn của bất thường quá trình đông máu. Thời gian prothrombin kéo

dài đã được ghi nhận có liên quan tới kết cục lâm sàng xấu ở những bệnh nhân nặng như trên bệnh nhân nhồi máu phổi cấp hoặc đột cấp mất bù suy tim.^{3,5} Tuy nhiên, trên thế giới cũng như trong nước, mối liên quan giữa xét nghiệm prothrombin và kết cục lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng vành cấp chưa được đánh giá đầy đủ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá "Mối liên quan giữa xét nghiệm prothrombin lúc nhập viện và biến cố tim mạch 30 ngày ở bệnh nhân hội chứng vành cấp can thiệp mạch vành qua da".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 187 bệnh nhân HCVC, được can thiệp qua da tại Viện Tim Mạch – Bệnh Viện Bạch Mai. Bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu phải thỏa mãn tất cả các tiêu chí sau: Hội chứng vành cấp (STEMI, NSTEMI và ĐNKQĐ) được can thiệp động mạch vành qua da thành công (dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp), đồng ý tham gia nghiên cứu. **Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền sử/ hiện tại có xơ gan, dùng các thuốc chống đông có ảnh hưởng đến thời gian prothrombin: kháng vitamin K, NOAC, heparin không phân đoạn/ heparin trọng lượng phân tử thấp, bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần lọc máu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu được thiết kế là nghiên cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc.

2.2.1. Các bước tiến hành nghiên cứu. 187 bệnh nhân nghiên cứu được lựa chọn bằng phương pháp lấy mẫu thuận tiện, theo trình tự thời gian. Các thông tin về hành chính, phân lâm sàng, cận lâm sàng, biến cố tim mạch được thu thập qua một mẫu bệnh án nghiên cứu và theo dõi qua gọi điện thoại phỏng vấn bằng bộ câu hỏi.

2.2.2. Xử lý số liệu: Bằng phần mềm STATA và các test thống kê thường dùng trong y học.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, không can thiệp vào quá trình điều trị, được tiến hành trên tinh thần tự nguyện tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu đảm bảo tính bảo mật thông tin và chỉ vì mục đích khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Giá trị tiên lượng sớm của thời gian Prothrombin lúc nhập viện

3.1.1. Tỷ lệ các biến cố tim mạch từ lúc nhập viện đến thời điểm 30 ngày sau ra viện

Bảng 3.1. Tỷ lệ các kết cục chính

Nhóm	Chung (N=187)	Nhóm I (N=121)	Nhóm II (N=66)	p
Biến cố				

MACE	33(17,7%)	19(15,7%)	14(21,2%)	0,3
Tử vong	14(7,5%)	4(3,3%)	10(15,2%)	<0,05
Tái nhập viện	16(8,6%)	13(10,7%)	3 (4,6%)	0,1
Đột quy não	2(1,1%)	2(1,7%)	0	
Tái NMCT	1(0,5%)	0	1(1,5%)	
Chảy máu	5(2,7%)	3(2,5%)	2(3%)	1

3.1.2. So sánh giữa nhóm có biến cố tử vong và không tử vong

Bảng 3.2. So sánh một số yếu tố tiên lượng giữa nhóm tử vong và không tử vong

Nhóm YTTL	Tử vong (N=14)	Không tử vong (N=173)	p
Đái tháo đường	9 (64,3%)	54 (31,2%)	<0,05
Tuổi (năm)	74,7 ± 11,8	67,3 ± 12	<0,05
EF(%)	42,6 ± 13,4	53,9 ± 12,3	<0,01
Creatinin (mcmol/l)	130,3 ± 55,9	99,1 ± 47,3	<0,05
Glucose (mmol/l)	12,6 ± 6,7	8,8 ± 4	<0,05
Troponin T (ng/l)	4106 ± 3915	1417,8 ± 2495	<0,01
NT-ProBNP (pmol/l)	1338,8 ± 1043,4	507,9 ± 845,8	<0,001
PT(s)	14,95 ± 1,9	13,4 ± 1,4	<0,001
APTT(b/c)	1,13 ± 0,2	1 ± 0,1	<0,05
GOT(U/L)	262,2 ± 241,6	89,9 ± 118,1	<0,01
GPT(U/L)	150,1 ± 184,6	44,5 ± 55,7	<0,01

3.1.3. So sánh giữa nhóm có MACE và không MACE

Bảng 3.3. So sánh một số yếu tố tiên lượng giữa nhóm có MACE và không có MACE

Nhóm	Có MACE (N=33)	Không MACE (N=154)	p
YTTL			
Tuổi (năm)	72,2±11,6	66,9±12	<0,05
EF(%)	46,6±14	54,4±12	<0,01
Creatinin (mcmol/l)	120,7±57,4	97,3±45,5	<0,01
Bạch cầu(G/L)	12±3,5	10,7±4	<0,05
Troponin T (ng/l)	2590,7 ±3157,8	1410,8 ±2565	<0,05
NT-ProBNP (pmol/l)	950,8 ±991,5	488,5 ± 843,2	<0,01
PT(s)	13,9±1,7	13,4±1,4	0,1

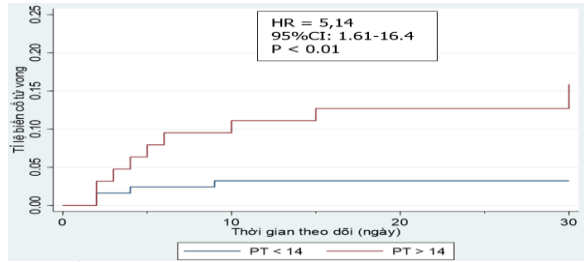
3.1.4. Giá trị tiên lượng biến cố tử vong của thời gian prothrombin

a. Phân tích hồi quy COX đơn biến thời gian prothrombin và tỷ lệ tử vong trong viện và 30 ngày sau ra viện

Bảng 3.4. Phân tích hồi quy COX đơn

biến với thời gian prothrombin và biến cố tử vong

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	p
Tuổi(+1 tuổi)	1,06	1,01-1,12	<0,05
ĐTĐ	3,71	1,24-11,07	<0,05
EF (+1%)	0,93	0,89-0,97	<0,01
Troponin T (+100ng/L)	1,02	1,01-1,04	<0,001
NT-ProBNP (+100pmol/L)	1,06	1,02-1,10	<0,01
PT (+1s)	1,68	1,27-2,21	<0,001
PT>14s	5,14	1,61-16,40	<0,01

**Biểu đồ 3.1. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau ra viện**

b. Phân tích hồi quy COX đa biến thời gian prothrombin và tỷ lệ tử vong trong viện và 30 ngày sau ra viện

Bảng 3.5. Phân tích hồi quy COX đa biến với thời gian prothrombin và tỷ lệ tử vong

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	p
Tuổi	1,05	1-1,1	<0,05
Troponin T (+100ng/mL)	1,02	1-1,03	<0,01
EF (+ 1%)	0,94	0,89-0,99	<0,05
PT (+1s)	1,54	1,1-2,1	<0,01

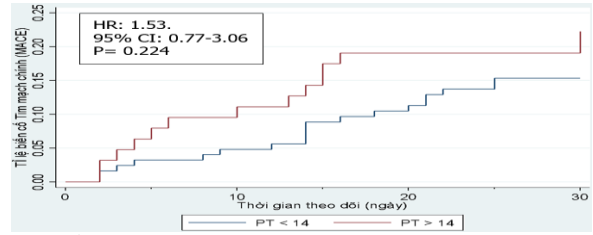
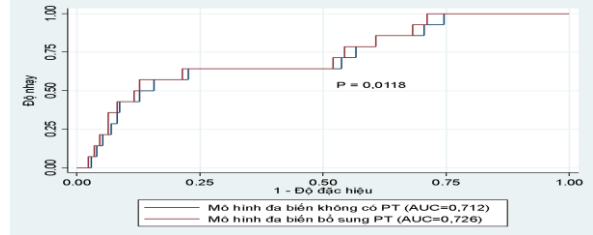
Chú thích: TnT: Troponin T, EF: Ejection Fraction. PT: Prothrombin time

3.1.5. Giá trị tiên lượng biến cố MACE của thời gian prothrombin. Phân tích hồi quy COX đơn biến thời gian prothrombin và tỷ lệ MACE trong viện và 30 ngày sau ra viện

Bảng 3.6. Phân tích hồi quy COX đơn biến với PT và tỷ lệ MACE

Yếu tố nguy cơ	HR	KTC 95%	p
Tuổi (+1 tuổi)	1,04	1,003-1,07	0,028
Giới (Nam)	1,39	0,64-2,98	0,404
Đái tháo đường	1,55	0,78-3,09	0,215
THA	1,56	0,68-3,59	0,296
Bệnh nhiều nhánh ĐMV	0,65	0,33-1,30	0,225
EF (+1%)	0,95	0,93-0,98	0,001
Creatinine(+1mcmol/l)	1,006	1,001-1,01	0,012
Troponin T(+100 ng/l)	1,01	1,002-1,022	0,015
NT-proBNP(+100 pmol/l)	1,04	1,01-1,07	0,006
PT (+1s)	1,23	0,998-1,53	0,053
PT>14s	1,53	0,77-3,06	0,224

Chú thích: THA: Tăng huyết áp.ĐMV: động mạch vành. PT: Prothrombin time

**Biểu đồ 3.2. Tỷ lệ MACE 30 ngày sau ra viện****Biểu đồ 3.3. So sánh diện tích dưới đường cong (AUC) của 2 mô hình tiên****IV. BÀN LUẬN****4.1. Tỷ lệ các biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện và 30 ngày sau ra viện.**

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong từ khi nhập viện đến 30 ngày sau ra viện ở nhóm bệnh nhân có xét nghiệm PT ≥ 14 giây (nhóm II) là 15,2%, cao hơn 4,6 lần so với nhóm có PT <14 giây (3,3%) với ý nghĩa thống kê ($p = 0,017$). Nguyên nhân tử vong bao gồm sốc tim do thủng vách liên thất, viêm phổi bệnh viện và suy tim nặng kèm rối loạn nhịp thất. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tuncay Kiris³ trên 1100 bệnh nhân HCVC có can thiệp ĐMV, cho thấy nhóm có PT cao có tỷ lệ tử vong 30 ngày tới 20%, so với 3% ở nhóm PT thấp ($p < 0,001$). Tương tự, nghiên cứu của Graciela⁸ ($n = 3316$) cũng ghi nhận mối liên quan giữa INR/PT cao và tăng tử vong ($INR \geq 1,09$: HR = 1,26; 95% CI: 1,07–1,25).

Về các biến cố khác, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ đột quỵ não là 1,1% (2 ca, đều ở nhóm I), tái NMCT 0,5% (1 ca, nhóm II), và biến cố chảy máu ở 5 bệnh nhân, không có sự khác biệt giữa hai nhóm ($p = 1$). So với các nghiên cứu trước, tỷ lệ biến cố trong nghiên cứu này thấp hơn, có thể do cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn hơn.

4.2. Vai trò tiên lượng của thời gian prothrombin ở bệnh nhân hội chứng vành cấp

4.2.1. Giá trị tiên lượng tử vong. Trong nghiên cứu của chúng tôi, xét nghiệm prothrombin kéo dài có mối liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Phân tích đơn biến cho thấy thời gian PT ≥ 14 giây làm tăng nguy cơ tử vong gấp 5,14 lần

so với nhóm < 14 giây. Bên cạnh đó, mỗi khi PT tăng thêm 1 giây, nguy cơ tử vong tăng 1,68 lần.

Kết quả phân tích đa biến sau khi hiệu chỉnh các yếu tố gây nhiễu cho thấy tuổi, troponin T, phân suất tổng máu thất trái (EF) và thời gian PT là các yếu tố tiên lượng độc lập với tử vong. Cụ thể, khi PT tăng 1 giây, nguy cơ tử vong tăng 1,54 lần ($p = 0,007$). Những phát hiện này phù hợp với nghiên cứu của Tuncay Kiriş³, trong đó PT ≥ 14 giây là yếu tố tiên lượng tử vong dài hạn (HR = 2,648; 95% CI: 1,590–4,410; $p < 0,001$), bên cạnh các yếu tố như tuổi, Killip, EF, bilirubin, hemoglobin và bạch cầu. Qua đó, kết quả của chúng tôi cho thấy xét nghiệm PT kéo dài là yếu tố tiên lượng độc lập đối với tử vong trong viện và trong 30 ngày sau xuất viện ở bệnh nhân HCVC.

4.2.2. Mối liên quan giữa xét nghiệm prothrombin và MACE. Các biến cố tim mạch chính (MACE) trong nghiên cứu gồm tử vong, tái nhồi máu cơ tim, đột quỵ và tái nhập viện trong viện và 30 ngày sau ra viện. Kết quả phân tích cho thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỷ lệ MACE giữa nhóm có PT ≥ 14 giây và < 14 giây (21,2% so với 15,7%, $p = 0,3$).

Tỷ lệ MACE của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu của Sasko Kedev⁶ (7,7% ở STEMI, 4,4% ở NSTEMI), có thể do sự khác biệt trong định nghĩa MACE và đặc điểm can thiệp. Trong nghiên cứu của Kedev, đa số bệnh nhân can thiệp qua động mạch quay – phương pháp ít biến chứng hơn. Ngoài ra, khi so sánh các yếu tố tiên lượng giữa nhóm có và không có MACE, xét nghiệm PT không có sự khác biệt có ý nghĩa, cho thấy đây không phải là yếu tố tiên lượng độc lập đối với MACE trong nghiên cứu này.

4.2.3. Thời gian prothrombin cải thiện khả năng dự đoán tử vong của mô hình đa biến. Phân tích ROC cho thấy mô hình gồm các biến tuổi, troponin T và EF có AUC là 0,712 trong dự đoán tử vong. Khi thêm thời gian PT vào mô hình, AUC tăng lên 0,726, sự cải thiện có ý nghĩa thống kê ($p = 0,01$).

Tương tự, Tuncay Kiriş⁴⁸ ghi nhận mô hình tiên lượng tử vong với AUC là 0,82 khi gồm các yếu tố tuổi, bạch cầu, creatinin, EF, độ Killip, tiền sử đái tháo đường và đột quỵ não. Khi thêm PT, AUC tăng lên 0,833 ($p = 0,03$). Những dữ liệu này củng cố vai trò bổ sung của PT trong cải thiện độ chính xác tiên lượng tử vong của các mô hình lâm sàng.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

5.1. Kết luận. Nghiên cứu tiến cứu trên 187 bệnh nhân hội chứng vành cấp điều trị tại Viện

Tim mạch Việt Nam cho thấy:

- Tỷ lệ biến cố tim mạch chính (MACE) trong viện và 30 ngày sau ra viện là 17,7%, trong đó tỷ lệ tử vong là 6,4%, tái nhập viện 8,6%, và tái nhồi máu cơ tim 4,3%.

- Thời gian prothrombin kéo dài là một yếu tố tiên lượng độc lập của tử vong trong viện và 30 ngày sau ra viện. Khi thời gian PT tăng thêm mỗi 1 giây, nguy cơ tử vong tăng 1,54 lần ($p = 0,007$). Thời gian PT không có giá trị tiên lượng rõ ràng với MACE hoặc tỷ lệ tái nhập viện trong thời gian theo dõi ngắn hạn sau xuất viện.

- Thêm xét nghiệm PT vào mô hình đa biến tiên lượng tử vong giúp cải thiện ý nghĩa khả năng dự đoán (AUC tăng từ 0,712 lên 0,726, $p = 0,01$).

- Một số yếu tố lâm sàng khác cũng có vai trò tiên lượng tử vong gồm: tuổi cao, phân suất tổng máu thất trái giảm, nồng độ troponin T tăng cao.

5.2. Kiến nghị. Nên đánh giá thời gian prothrombin thường quy ở bệnh nhân hội chứng vành cấp nhập viện, đặc biệt ở những bệnh nhân có nguy cơ cao, nhằm hỗ trợ tiên lượng tử vong sớm. Thời gian PT có thể được sử dụng như một thông số lâm sàng đơn giản, dễ thực hiện, bổ sung vào các mô hình tiên lượng tử vong hiện có, giúp nâng cao hiệu quả phân tầng nguy cơ. Cần có nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và theo dõi dài hạn hơn để khẳng định giá trị tiên lượng của thời gian prothrombin đối với các biến cố tim mạch khác như MACE và tái nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Abbate, R., Cioni, G., Ricci, I., Miranda, M., & Gori, A. M. (2012). Thrombosis and acute coronary syndrome. *Thrombosis Research*, 129(3), 235–240. <https://doi.org/10.1016/j.thromres.2011.12.026>
2. Khan, H. A., Alhomida, A. S., Rammah, T. Y. A., Sobki, S. H., Ola, M. S., & Khan, A. A. (2013). Alterations in prothrombin time and activated partial thromboplastin time in patients with acute myocardial infarction. *International Journal of Clinical and Experimental Medicine*, 6(4), 294–297. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3631555/>
3. Kiriş, T., Yazıcı, S., Durmuş, G., et al. (2018). The relation between international normalized ratio and mortality in acute pulmonary embolism: A retrospective study. *Journal of Clinical Laboratory Analysis*, 32(1), e22164. <https://doi.org/10.1002/jcla.22164>
4. Mozaffarian, D., Benjamin, E. J., Go, A. S., et al. (2015). Heart disease and stroke statistics—2015 update: A report from the American Heart Association. *Circulation*, 131(4), e29–e322. <https://doi.org/10.1161/CIR.000000000000152>
5. Okada, A., Sugano, Y., Nagai, T., et al. (2016). Prognostic value of prothrombin time international normalized ratio in acute

- decompensated heart failure: A combined marker of hepatic insufficiency and hemostatic abnormality. *Circulation Journal: Official Journal of the Japanese Circulation Society*, 80(4), 913–923. <https://doi.org/10.1253/circj.CJ-15-1326>
6. **Sadrnia, S., Pourmoghaddas, M., Hadizadeh, M., et al.** (2013). Factors affecting outcome of primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *ARYA Atherosclerosis*, 9(4), 241–246. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3746947/>
 7. **Undas, A., Ziedins, K., & Mann, K.** (2009). Mechanisms of thrombosis in ACS: The role of the plasma coagulation pathway. *Acute Coronary Syndromes*, 9, 134–140.
 8. **Prognostic value of prothrombin time in patients with acute coronary syndrome undergoing percutaneous coronary intervention.** ResearchGate. <https://doi.org/10.5578/khj.66119>

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG SỬ DỤNG THUỐC ỨNG CHẾ SGLT2 Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM ĐIỀU TRỊ NỘI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ

Bùi Thị Mỹ Lệ¹, Đinh Thị Chi¹, Trần Thị Hải Hà¹,
Phạm Thị Diệu Huyền¹, Nguyễn Thế Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** - 72 bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm, đủ tiêu chuẩn lựa chọn. - Nam giới chiếm 76,4%. - Bệnh nhân có độ tuổi trung bình $78,0 \pm 11,1$; tuổi cao nhất là 95, thấp nhất là 50; các bệnh nhân đa số từ 65 tuổi trở lên (93,1%). - 100% bệnh nhân có xét nghiệm NT-pro BNP (pg/ml) > 300. - LVEF trung bình của bệnh nhân là 35,1%. - Tỷ lệ bệnh nhân được dùng thuốc ức chế SGLT2 chiếm 90,27%. - Trong nhóm thuốc ức chế SGLT2 có 53,85% trường hợp bệnh nhân dùng Dapagliflozin; 46,15 % trường hợp bệnh nhân dùng Empagliflozin. **Kết luận:** Hầu hết các bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm đã được sử dụng thuốc ức chế SGLT2. **Từ khóa:** Suy tim có phân suất tổng máu giảm, thuốc ức chế SGLT2

SUMMARY

SURVEY ON THE CURRENT STATUS OF SGLT2 INHIBITOR USE IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED EJECTION FRACTION TREATED AS INPATIENTS AT HUU NGHİ HOSPITAL

Objectives: Survey on the current status of SGLT2 inhibitor use in heart failure patients with reduced ejection fraction treated as inpatients at Huu Nghi Hospital. **Method:** Cross - sectional descriptive study. **Results:** - 72 patients with heart failure and reduced ejection fraction met the selection criteria. - Males accounted for 76.4%. - Patients had an average age of 78.0 ± 11.1 years; the oldest age was 95, the

youngest was 50; most patients were 65 years old or older (93.1%). - 100% of patients had NT-pro BNP (pg/ml) >300. - Mean LVEF of patients was 35.1%. - The proportion of patients using SGLT2 inhibitors was 90.27%. - In the SGLT2 inhibitor group, 53.85% of patients used Dapagliflozin; 46.15% of patients used Empagliflozin. **Conclusion:** Most patients with heart failure with reduced ejection fraction have been treated with SGLT2 inhibitors.

Keywords: Heart failure with reduced ejection fraction, SGLT2 inhibitors I.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là gánh nặng bệnh tật hàng đầu ở người cao tuổi. Tỷ lệ suy tim nói chung và ở người cao tuổi nói riêng thay đổi tùy theo dân số nghiên cứu. Tuy nhiên nhìn chung suy tim hầu hết xảy ra ở người cao tuổi với tần suất và tỷ lệ mắc mới ở các nghiên cứu đều tăng dần cùng với tuổi. Trong gần 6.5 triệu người lớn mắc suy tim tại Mỹ có 50% là từ 75 tuổi trở lên và tần suất những bệnh nhân suy tim trên 80 tuổi vượt 13% ở cả nam và nữ [1].

Tại Việt Nam, số người mắc bệnh suy tim có xu hướng gia tăng. Theo một nghiên cứu của Viện Tim mạch Việt Nam năm 2011, ước tính số người mắc suy tim ở nước ta từ 320.000 đến 1.6 triệu người.

Trong những năm gần đây, tiên lượng suy tim được cải thiện nhờ rất nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, đặc biệt vai trò của các thuốc điều trị nội khoa nền tảng đã được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng lớn trong hơn 3 thập kỷ qua, giúp giảm tử vong, giảm tái nhập viện, cải thiện triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim EF giảm. Việc phối hợp sớm, đồng thời các thuốc nền tảng và tối ưu hóa liều lượng trong điều trị bệnh nhân suy tim EF có hiệu quả giảm tới 73%

¹Bệnh viện Hữu Nghị

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Mỹ Lệ

Email: bsbuimyle@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 22.7.2025