

- 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 ỨC 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

tử vong do mọi nguyên nhân [2].

Cùng với sự ra đời của các hướng dẫn xử trí, điều trị suy tim của Hội Tim mạch Châu Âu 2022, Hội Tim mạch Hoa Kỳ 2022, Bộ Y tế và Hội Tim mạch Việt Nam đã đưa ra các khuyến cáo về các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm. Các khuyến cáo đều nhấn mạnh vai trò của việc kết hợp sớm các thuốc nền tảng, trong đó có thuốc ức chế SGLT2 trong điều trị mang lại lợi ích tối đa cho người bệnh [3-5].

Để tìm hiểu thực tế điều trị thuốc ức chế SGLT2 theo khuyến cáo, chúng tôi tiến hành thực hiện khảo sát thực trạng sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim có phân suất tống máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị trong thời gian từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu

- Bệnh nhân không trả lời đầy đủ các câu hỏi

- Bệnh nhân suy gan, suy thận nặng

- Bệnh nhân có các bệnh nặng, ác tính kèm theo như: ung thư giai đoạn cuối, suy kiệt nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả cắt ngang.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được tiến hành từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện Hữu Nghị.

Cỡ mẫu nghiên cứu và cách lấy mẫu:

- Cỡ mẫu thuận tiện

- Thu thập toàn bộ những bệnh nhân đủ điều kiện nghiên cứu trong thời gian nghiên cứu.

Cách thức tiến hành nghiên cứu:

- Bước 1: Bệnh nhân điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị được chẩn đoán suy tim có phân suất tống máu giảm đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn, tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Bước 2: Ghi nhận các thông tin tiền sử, các bệnh đồng mắc, triệu chứng lâm sàng.

- Bước 3: Thực hiện các xét nghiệm cận lâm sàng.

- Bước 4: Ghi nhận các thuốc đang được trị điều trị

- Bước 5: Tổng hợp các dữ liệu, phân tích kết quả.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu. Thông tin

thu thập được xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học trên phần mềm SPSS 22.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Quá trình thu thập số liệu để phục vụ cho nghiên cứu phải được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện và Khoa phòng liên quan.

- Các thông tin thu thập từ bệnh nhân, từ bệnh án nội trú chỉ nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học.

- Chúng tôi luôn giải thích rõ ràng mục đích nghiên cứu cũng như lợi ích của nghiên cứu cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân.

- Bệnh nhân đồng ý và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

- Chúng tôi cam kết tiến hành nghiên cứu với tinh thần trung thực, đảm bảo bí mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 8/2022 đến tháng 8/2023 có 72 bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm đáp ứng đủ tiêu chuẩn lựa chọn cũng như đáp ứng đủ tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu. Sau quá trình thu thập và xử lý số liệu chúng tôi thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		N (%)
Tuổi	< 65 tuổi	5 (6,9)
	≥ 65 tuổi	67 (93,1)
	Tuổi trung bình (±SD)	78,0 ± 11,1
Giới	Nam	55 (76,4)
	Nữ	17 (23,6)
Bệnh mắc kèm	Tăng huyết áp	54 (75,0)
	Bệnh tim TMCB	38 (52,8)
	Đái tháo đường	25 (34,7)
	Bệnh thận mạn	19 (26,4)
	COPD/HPQ	8 (11,1)
Thời gian nằm viện	Số ngày	11 (7 - 14)

Khi phân tích về tuổi và giới, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: tuổi trung bình của mẫu nghiên cứu là 78,0 ± 11,1; các bệnh nhân đa số từ 65 tuổi trở lên (93,1%). Số bệnh nhân nam chiếm đa số (76,4%) và nhiều gấp gần 3 lần nữ.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi về độ tuổi trung bình cao hơn so với nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương, Đinh Thị Lan Anh; tương tự về tỉ lệ phân bố giới tính của chúng tôi cũng thế, nam chiếm cao hơn nhiều so với nữ so với các nghiên cứu khác [6, 7]. Điều này cũng phù hợp với tình trạng thực tế, đối tượng bệnh nhân của Bệnh viện Hữu Nghị phần lớn là bệnh nhân cao tuổi,

nam giới chiếm đa số. Bên cạnh đó nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân chưa đủ lớn, điều này cần thêm các nghiên cứu khác với số lượng bệnh nhân lớn hơn.

Tất cả mẫu nghiên cứu đều mắc kèm ít nhất 1 bệnh mạn tính khác bên cạnh suy tim. Trong đó, tăng huyết áp (75,0%), bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn (52,8%), và đái tháo đường (34,7%) là 3 bệnh mắc kèm phổ biến nhất. Nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương, các bệnh lý kèm theo thường gặp nhất bao gồm tăng huyết áp (55,3%) và hội chứng động mạch vành mạn tính (39,5%) [6].

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Đặc điểm	n	%
Khó thở	64	88,9
Mệt mỏi	34	47,2
Đau ngực	19	26,4
Ho khan	12	16,7
Phù ngoại biên	9	12,5
Hồi hộp đánh trống ngực	2	2,8
NT-pro BNP (pg/ml) >300	72	100

Khi phân tích về các triệu chứng lâm sàng thường gặp ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm, chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: triệu chứng thường gặp nhất là khó thở (88,9%). Các triệu chứng khác xuất hiện kèm theo như mệt mỏi, đau ngực, ho khan, phù ngoại biên, hồi hộp đánh trống ngực (lần lượt 47,2%, 26,4%, 16,7%, 12,5%, 2,8%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả ghi nhận được 100% bệnh nhân có xét nghiệm NT-pro BNP (pg/ml) > 300.

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng (tiếp)

Đặc điểm	$\bar{x} \pm s$
Giá trị phân số tống máu EF ($\pm$ SD)	35,1 $\pm$ 9,44
Huyết áp tâm thu (mmHg)	132,16 $\pm$ 29,27
Huyết áp tâm trương (mmHg)	76,64 $\pm$ 14,53
Nhịp tim (lần/phút)	93,06 $\pm$ 20,31

Khi phân tích về giá trị trung bình của giá trị LVEF chúng tôi ghi nhận được kết quả như sau: LVEF trung bình của bệnh nhân là 35,1%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với nghiên cứu của Phạm Thị Mai Hương, Đinh Thị Lan Anh [6, 7].

3.3. Thuốc ức chế SGLT2. Trong 72 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có 65 bệnh nhân được dùng thuốc ức chế SGLT2, chiếm 90,27%. Năm 2023, nghiên cứu của tác giả Phan Đình Phong thực hiện tại khoa Khám Bệnh của bệnh viện Bạch Mai ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 là 82,6%, và nghiên cứu của Nguyễn

Phan Hoàng Phúc thực hiện tại phòng khám Lão Khoa, phòng khám Tim Mạch bệnh viện Thống Nhất ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 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 ức chế SGLT2 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 [6, 8].

Hai hoạt chất ức chế SGLT-2 hiện đang sử dụng tại bệnh viện bao gồm Empagliflozin và Dapagliflozin.

Nhóm thuốc SGLT2 là một sự bổ sung tình cờ cho liệu pháp điều trị suy tim. Đã có nhiều thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng lớn chứng minh độ an toàn cũng như hiệu quả của nhóm thuốc này trong việc giảm nhập viện do suy tim và giảm tử vong tim mạch ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm có triệu chứng, bất kể tình trạng đường huyết và có thể bắt đầu khởi trị trong bệnh cảnh suy tim cấp hoặc mạn. Từ năm 2021, Hiệp hội Tim mạch Châu Âu đã đưa thuốc ức chế SGLT2 vào khuyến cáo IA cho điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm.

Cần lưu ý liều điều trị suy tim phân suất tống máu giảm của cả 2 thuốc dapagliflozin và empagliflozin đều là 10 mg. Khác với khả năng làm giảm đường huyết tuyến tính với liều thuốc, liều điều trị giúp giảm biến cố xấu trên người bệnh suy tim của dapagliflozin lẫn empagliflozin đều là 10 mg. Liều cao hơn (ví dụ empagliflozin 25 mg) không giúp cải thiện kết cục tim mạch hơn so với liều 10 mg. Ngoài ra, cần lưu ý độ lọc cầu thận trước khi bắt đầu.

Nhóm thuốc ức chế SGLT2i không có chống chỉ định tuyệt đối. Cần lưu ý độ lọc cầu thận ước tính trước khi khởi đầu điều trị (mức độ lọc cầu thận trong DAPA-HF và EMPEROR-Reduced lần lượt là 30 và 20 ml/phút/1,73 m² da). Sau khi bắt đầu sử dụng thuốc ức chế SGLT2, độ lọc cầu thận ước tính có thể giảm nhẹ và sẽ trở về bình thường sau đó vài tuần.

Bảng 3.4. Tỷ lệ các loại ức chế SGLT2

	n	%
Empagliflozin	30	46.15
Dapagliflozin	35	53.85

Trong số liệu thống kê của chúng tôi, có 53,85% trường hợp bệnh nhân dùng Dapagliflozin, dùng nhiều hơn so với trường hợp bệnh nhân dùng Empagliflozin.

Trong nghiên cứu của Đinh Thị Lan Anh và cộng sự ở 381 bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm điều trị nội trú tại Viện Tim mạch

- Bệnh viện TWQĐ 108 tỉ lệ bệnh nhân dùng Dapagliflozin cũng nhiều hơn so với Empagliflozin, chiếm 71.9% tổng số SGLT2 [7].

Trong thử nghiệm DAPA-HF, vai trò của Dapagliflozin đối với bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm như sau: Giảm 26% nguy cơ tử vong do tim mạch, nhập viện vì suy tim, hoặc triệu chứng suy tim nặng (HR = 0.74; 95% CI: 0.65–0.85; $p < 0.001$):

- Tử vong do tim mạch: giảm 18% (HR = 0.82; $p = 0.03$).

- Nhập viện vì suy tim: giảm 30% (HR = 0.70; $p < 0.001$).

- Triệu chứng suy tim nặng cần can thiệp khẩn cấp: giảm 45% (HR = 0.55).

Nghiên cứu cũng chỉ ra rằng, ở các bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm, những bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế SGLT2 dapagliflozin có nguy cơ thấp hơn các biến cố suy tim nặng hơn hoặc tử vong do nguyên nhân tim mạch và điểm số triệu chứng tốt hơn những bệnh nhân sử dụng giả dược bất kể có hoặc không có đái tháo đường [9].

Trong thử nghiệm EMPEROR-Reduced ở 3.730 bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm, vai trò của Empagliflozin như sau: Giảm 25% nguy cơ tử vong do tim mạch hoặc nhập viện vì suy tim (HR = 0.75; 95% CI: 0.65–0.86; $p < 0.001$):

- Nhập viện vì suy tim: Giảm 30% (HR = 0.70; $p < 0.001$)

- Tử vong do tim mạch: không giảm đáng kể (HR = 0.92; $p = 0.34$).

Thuốc ức chế SGLT2 đã trở thành thuốc trụ cột trong điều trị suy tim có phân suất tống máu

giảm nhờ tác động đa cơ chế, cải thiện tiên lượng và chất lượng sống của bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Tỉ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị chiếm tỉ lệ cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin, E.J., et al., Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation, 2017. 135(10): p. e146-e603.
2. Bộ Y tế, Khuyến cáo của Hội Tim Mạch học Quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn 2022
3. ESC 2021, Khuyến cáo chẩn đoán và điều trị suy tim 2021 của Hội Tim Mạch Châu Âu.
4. AHA/ACC/HFSA, Khuyến cáo cập nhật chẩn đoán và điều trị suy tim 2022 của Hội Tim mạch Hoa Kỳ/Trường Môn Tim Mạch Học Hoa Kỳ/Hội suy tim Hoa Kỳ.
5. VNHA 2022, Khuyến cáo cập nhật chẩn đoán và điều trị suy tim 2022 của Hội Tim Mạch Học Việt Nam
6. Phạm Thị Mai Hương và cộng sự, 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).
7. Đinh Thị Lan Anh và cộng sự, Phân tích đặc điểm sử dụng nhóm thuốc ức chế sgl-2 trên người bệnh suy tim nội trú tại Viện Tim Mạch-Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. Tạp chí Y học Việt Nam, 2023. 526(1B).
8. Phúc, N.P.H. and N.T. 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).
9. McMurray, J.J.V., et al., Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. N Engl J Med, 2019. 381(21): p. 1995-2008

SÀNG LỌC DI TRUYỀN TIỀN LÀM TỔ CHO MỘT CA BỆNH THIẾU MEN PYRUVATE KINASE

Nguyễn Duy Phương¹, Nguyễn Văn Huynh², Nguyễn Thị Tuyết Mai²,
Hà Thị Xuân Phương², Lê Thị Hồng Nhung², Hoàng Thị Nhung²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thiếu men pyruvate kinase (PKD) là một bệnh lý di truyền lặn do đột biến trên gen PKLR gây ra. Đột biến trên gen này là nguyên nhân phổ

biến gây nên bệnh thiếu máu tán huyết không có hồng cầu hình cầu mãn tính. Những người mắc bệnh có chất lượng cuộc sống bị ảnh hưởng cũng như chịu gánh nặng về kinh tế. Xét nghiệm di truyền tiền làm tổ cho bệnh lý di truyền đơn gen (PGT-M) là một lựa chọn cho các gia đình có mang đột biến gen để lựa chọn các phôi không mang đột biến để chuyển nhằm sinh ra em bé khỏe mạnh. **Báo cáo ca lâm sàng:** Một cặp vợ chồng có con gái được chẩn đoán bị bệnh tán huyết không có hồng cầu hình cầu mong muốn thực hiện PGT-M. Các kỹ thuật MLPA, giải trình tự Sanger, NGS, phân tích halotype được sử dụng để xác định đột biến di truyền trong gia đình cũng như xác

¹Bệnh viện Đa khoa Hà Nội

²Công ty Cổ phần dịch vụ phân tích di truyền

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Phương

Email: drnguyenduyphuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 18.6.2025

Ngày duyệt bài: 23.7.2025