CẢI THIỆN TỶ LỆ SỬ DỤNG THUỐC CHẸN BETA GIAO CẢM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM SAU KHI XUẤT VIỆN DO ĐỢT CẤP MẤT BÙ TẠI VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM THỰC HÀNH ĐIỀU TRỊ SUY TIM THEO AHA - GWTG

Phạm Minh Tuấn[1,2], Nguyễn Thị Thu Hoài[1]

TÓM TẮT

Chẹn Beta giao cảm là một trong các thuốc nền tảng quan trọng trong điều trị bệnh nhân (BN) suy tim có phân suất tống máu giảm (HFrEF). Tuy nhiên, việc e ngại trước các tác dụng phụ hoặc tình trạng sung huyết của bệnh nhân suy tim khi xuất viện khiến cho việc sử dụng thuốc chẹn Beta giao cảm chưa thực sự mạnh mẽ. Điều này khiến cho việc tối ưu hoá trong điều trị suy tim bị cản trở, làm giảm đi tác dụng cải thiện chức năng tim ở những bệnh nhân này. Trong nghiên cứu này, chúng tôi hồi cứu đánh giá sự tiến bộ chỉ định dùng thuốc chẹn beta giao cảm trên nhóm BN HFrEF xuất viện sau đợt cấp mất bù tại viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai năm 2023 theo hướng dẫn của Hiệp hội tim mạch học Hoa kì – Get with the Guidelines (AHA-GWTG). ***Từ khóa:*** suy tim, chẹn beta giao cảm, hướng dẫn của Hiệp hội tim mạch học Hoa kì – Get with the Guidelines

SUMMARY

BETA-BLOCKER USAGE IN HF PATIENTS AFTER ACUTE DECOMPENSATED EPISODES: VNHI'S HF TREATMENT PRACTICE ACCORDING TO AHA-GWTG

Beta-blockers are one of the cornerstone therapies in the treatment of patients with heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). However, concerns about potential side effects or the congestive status of heart failure patients at discharge often lead to hesitancy in aggressively prescribing beta-blockers. This hinders the optimization of heart failure treatment, reducing their potential to improve cardiac function in these patients. In this study, we retrospectively evaluated changes in beta-blocker usage among HFrEF patients discharged after acute decompensation at the Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital, in 2023. ***Keywords:*** heart failure, beta blockers, AHA-GWTG.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong khuyến cáo điều trị bệnh nhân suy tim HFrEF, việc kiểm soát tần số tim là vô cùng quan trọng, và thuốc chẹn beta giao cảm là một thuốc nền tảng trong chỉ định điều trị nhóm bệnh nhân này. Theo khuyến cáo AHA năm 2018, với các bệnh nhân này, tần số tim nên được kiểm soát < 70 nhịp/phút. Tuy nhiên, trong thực tiễn điều trị bệnh nhân sau ra viện do đợt cấp suy tim mất bù, cả trên thế giới và ở tại Việt Nam, việc khởi trị thuốc chẹn beta giao cảm không phải là điều dễ dàng. Một mặt, có thể do tình trạng sung huyết của bệnh nhân chưa được giải quyết triệt để, mặt khác, bác sĩ lâm sàng có thể e ngại các tác dụng phụ của thuốc như gây tụt huyết áp, nặng lên tình trạng suy tim hoặc các bệnh đi kèm như đái tháo đường, hoặc gây nhịp chậm. Trong nghiên cứu này, chúng tôi hồi cứu lại sự thay đổi trong việc khởi trị các thuốc chẹn beta giao cảm tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2023, trong thực hành điều trị theo khuyến cáo của AHA – GWTG.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân HFrEF xuất viện sau đợt cấp suy tim mất bù năm 2023 tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả, hồi cứu.

Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 1 năm 2023 – tháng 12 năm 2023.

Địa điểm nghiên cứu: Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai.

Phương pháp chọn mẫu: bệnh nhân được chẩn đoán HFrEF xuất viện sau đợt cấp suy tim mất bù năm 2023 tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

2.3. Xử lí số liệu: Được phân tích và xử lí bằng phần mềm SPSS, sử dụng thuật toán thống kê y học: thuật toán trung bình, so sánh trung bình…

2.4. Đạo đức của nghiên cứu: Nghiên cứu được sự đồng ý của ban lãnh đạo Viện Tim mạch và Bệnh viện Bạch Mai nhằm nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân suy tim của các bác sĩ chuyên ngành. Mọi thông tin về bệnh nhân được bảo mật tuyệt đối.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Bảng tỷ lệ bệnh nhân HFrEF được dùng thuốc chẹn beta giao cảm khi xuất viện quý 1 năm 2023

Bảng 1: Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm trước khi triển khai chương trình AHA-GWTG

[1]*Bệnh viện Bạch Mai*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn
Email: phminhtuan6382@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 16.9.2025
Ngày duyệt bài: 16.10.2025

Đặc điểm		n (%)
Tuổi trung bình	47.3±13.7	50
Giới	Nam	25
	Nữ	25
EF trung bình		29.40%
Tiền sử	Bệnh động mạch vành	16 (32%)
	Bệnh động mạch chi dưới	18 (36%)
	Đái tháo đường	26 (52%)
	Tai biến mạch não	14 (28%)
Thận nhân tạo chu kì		4 (8%)
Dùng chẹn Beta giao cảm	Metoprolol	11 (22%)
	Bisoprolol	20 (40%)
	Tổng	31 (62%)

Trong số bệnh nhân được sử dụng BB ở thời điểm xuất viện có 11 bệnh nhân được sử dụng Metoprolol (22%), và 20 bệnh nhân được sử dụng Bisoprolol (40%). Tổng số bệnh nhân được sử dụng chiếm 62% nhóm được tuyển vào nghiên cứu.

3.2. Bảng tỷ lệ bệnh nhân HFrEF được sử dụng thuốc chẹn beta giao cảm sau khi triển khai chương trình AHA-GWTG

Bảng 2: Đặc điểm bệnh nhân sau khi triển khai chương trình AHA-GWTG

Đặc điểm		Thời gian		
		Quý 2-2023	**Quý 3-2023**	**Quý 4-2023**
Tuổi trung bình		60.7	61.9	63.1
Giới	Nam	14	29	33
	Nữ	50	69	56
Tổng		64	98	89
EF trung bình		31.70%	32.10%	29.40%
Tiền sử	Bệnh động mạch vành	19	31	27
	Bệnh động mạch chi dưới	16	23	19
	Đái tháo đường	27	27	22
	Tai biến mạch não	8	11	7
Thận nhân tạo chu kì		0	3	3
Dùng chẹn Beta giao cảm	Metoprolol	34 (53%)	57 (58%)	43 (48%)
	Bisoprolol	20 (32%)	31 (32%)	38 (39%)
	Tổng	54 (85%)	88 (90%)	81 (87%)

Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng BB tại thời điểm xuất viện trong các quý 2, 3, 4 được cải thiện với tỷ lệ tương ứng là 85%, 90% và 87%.

IV. BÀN LUẬN

Suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF) là một tình trạng lâm sàng phức tạp và tiến triển, đặc trưng bởi khó thở và suy giảm chức năng tim. HFrEF có tỷ lệ tử vong và tái nhập viện cao, trở thành một trong những thách thức lớn nhất đối với sức khỏe cộng đồng.

Các chiến lược điều trị cơ bản bao gồm: thuốc lợi tiểu để giảm triệu chứng, liệu pháp 4 thuốc trụ cột (ức chế thụ thể angiotensin/ neprilysin, thuốc chẹn beta giao cảm có bằng chứng, thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid và thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2) nhằm giảm tỷ lệ nhập viện, tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong do tim mạch [1-4].

Chẹn Beta giao cảm (Betablocker: BB) là một trụ cột trong phương pháp điều trị bằng thuốc cho bệnh nhân (HFrEF). Tuy nhiên, việc sử dụng không đủ nhóm thuốc này trên bệnh nhân HFrEF vẫn được ghi nhận, đặc biệt khi có các bệnh đồng mắc tim mạch và ngoài tim mạch, mặc dù chúng không phải là chống chỉ định khi sử dụng BB. Lợi ích trong tiên lượng đối với bệnh nhân HFrEF của thuốc BB càng quan trọng khi có bệnh đồng mắc, và đạt được liều tối đa dung nạp được là mục tiêu quan trọng để tăng cường vai trò tiên lượng thuận lợi của chúng [3-6]. Đối với các bệnh nhân có các bệnh đồng mắc như: bệnh phổi mạn tính (như hen phế quản hoặc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính COPD), đái tháo đường, rung nhĩ, bệnh động mạch ngoại vi, ít nhiều các nhà lâm sàng sẽ gặp những dằn đo trong việc quyết định khởi trị cho bệnh nhân. Mặt khác, các e ngại khi sử dụng các thuốc BB xảy đến khi gặp bệnh nhân cao tuổi, có biểu hiện rối loạn chức năng tuyến giáp, rối loạn dương cương hoặc một số rối loạn khác. Những yếu tố trên ảnh hưởng từ việc bắt đầu khởi trị thuốc BB đến việc tăng liều thuốc đến liều tối ưu, thậm chí còn dẫn đến việc dừng thuốc [3].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trước khi triển khai chương trình làm theo Hướng dẫn điều trị suy tim của AHA (GWTG-AHA), tỷ lệ bệnh nhân HFrEF được khởi trị thuốc BB khi xuất viện do đợt cấp của suy tim chỉ đạt 62% (trong đó, Metoprolol 22% và Bisoprolol 40%) [Bảng 1]. Một mặt, các nhà lâm sàng còn e ngại những yếu tố đã đề cập bên trên, mặt khác, do các sức ép về số lượng bệnh nhân điều trị tại đơn vị, ít nhiều các bệnh nhân khi được cho ra viện vẫn còn tình trạng sung huyết nhẹ. Những điều này rất tương đồng với các nghiên cứu trên thế giới ghi nhận [5-7]. Trong số 38% bệnh nhân chưa được chỉ định dùng thuốc BB, các lí do được ghi nhận là: tình trạng sung huyết nhẹ vẫn còn (khó thở nhẹ), nhịp tim của bệnh nhân ở giới hạn thấp, huyết áp của bệnh nhân ở ngưỡng thấp khiến nghi ngại tụt áp và một số bệnh đồng mắc

của bệnh nhân như: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh động mạch chi dưới.

Tuy nhiên, với các dữ liệu nghiên cứu đã công bố trên thế giới, việc khởi trị thuốc BB ở bệnh nhân HFrEF đem lại những lợi ích làm giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ tại nhập viện và kéo dài thời gian sống còn [8-10]. Việc triển khai đồng bộ từ đào tạo nhân viên y tế đến giáo dục người bệnh, từ việc khởi trị thuốc BB nội viện đến việc tăng liều đến đạt liều tối ưu cho cá nhân từng bệnh nhân là yêu cầu vô cùng quan trọng trong quản lí những bệnh nhân này để đạt được các mục tiêu điều trị. Từ các nghiên cứu kinh điển năm 2002 của tác giả Gottlieb SS và cộng sự sử dụng Metoprolol đến các nghiên cứu mới nhất hiện nay đều cho thấy giá trị của BB với bệnh nhân suy tim, đặc biệt những bệnh nhân HFrEF [2, 10], một vai trò trụ cột – không thể thay thế.

Các khuyến cáo về suy tim của Hiệp hội tim mạch Châu Âu (ESC) hay Hội Tim mạch Hoa kỳ (AHA) trong những năm gần đây được đưa ra và liên tục có những thay đổi, cập nhật dựa trên dữ liệu của các nghiên cứu mới nhất. Sự ra đời của các thuốc mới trong điều trị bệnh nhân suy tim như Sacubitril/Valsartan hay thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i) giúp các phác đồ điều trị bệnh nhân suy tim thêm sự lựa chọn mới. Tuy nhiên, vai trò của thuốc BB vẫn là không thế thay đổi trên nhóm bệnh nhân HFrEF. Chương trình AHA-GWTG, là chương trình giúp các trung tâm trên thế giới thực hành điều trị suy tim theo khuyến cáo AHA mới nhất, giúp cho các nhà lâm sàng có được cơ sở dữ liệu tốt và thực hành sử dụng các thuốc điều trị suy tim sớm để đạt được các mục tiêu trong điều trị bệnh nhân: giảm tỷ lệ tử vong, giảm tỷ lệ tái nhập viện do suy tim, nâng cao chất lượng cuộc sống của những bệnh nhân này.

Trước khi triển khai chương trình tại Viện Tim mạch Việt nam, chỉ ghi nhận 62% bệnh nhân HFrEF được sử dụng thuốc BB khi xuất viện. Khi so sánh với các nghiên cứu trên thế giới, đây không phải là tỷ lệ thấp, tuy nhiên, nhằm nâng cao tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc BB để đạt các mục tiêu điều trị, chúng tôi đã tích cực áp dụng chương trình AHA-GWTG tại đơn vị và ghi nhận được những cải thiện đáng kể trong thực hành lâm sàng của các bác sĩ, đem lại nhiều hơn lợi ích cho bệnh nhân HFrEF.

Chúng tôi ghi nhận sau khi bắt đầu triển khai chương trình, tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc BB khi xuất viện tại quý 2 là 85% và duy trì trong các quý sau, cụ thể là quý 3 đạt 90% và quý 4 đạt 87% [Bảng 2]. Sự thay đổi này không đơn thuần đến từ việc bắt đầu sử dụng các thuốc BB khi bệnh nhân xuất viện, mà từ những sự tích cực trong xử trí ban đầu các bệnh nhân HFrEF nhập viện (giảm sung huyết tích cực, xử trí nguyên nhân nhập viện, điều trị tích cực các bệnh đồng mắc, khởi trị các thuốc chống suy tim ngay trong thời gian nằm viện). Còn một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân chưa được chỉ định dùng thuốc BB phần lớn là do tình trạng huyết áp ở ngưỡng thấp, và có kế hoạch khởi trị thuốc BB trong đợt khám lại gần nhất, sau 2 tuần ra viện. Bên cạnh vai trò của bác sĩ, trong sự thay đổi này, còn có vai trò quan trọng của các điều dưỡng trong kiểm soát những vấn đề cốt lõi của bệnh nhân, như: tình trọng cân nặng, tình trạng khó thở, dinh dưỡng, vấn đề về sức khoẻ tinh thần. Còn một yếu tố nữa trong việc đạt được những kết quả đáng khích lệ trên là vai trò giáo dục những hiểu biết về suy tim cho những bệnh nhân này và người nhà bệnh nhân để nâng cao sự tuân thủ trong điều trị.

Trong các kế hoạch sắp tới, chúng tôi dự kiến sẽ triển khai đánh giá hiệu quả lâu dài của việc khởi trị sớm và đồng thời các thuốc điều trị suy tim, không chỉ thuốc BB, trên các bệnh nhân HFrEF. Các kết quả đó có thể giúp nâng cao chất lượng điều trị bệnh nhân suy tim tại đơn vị của chúng tôi và các đơn vị trên toàn quốc, và mục tiêu không dừng lại ở bệnh nhân HFrEF mà còn nhắm đến lợi ích của toàn bộ bệnh nhân suy tim. Các nghiên cứu sắp tới có thể đánh giá thêm vai trò quan trọng của các điều dưỡng suy tim trong việc quản lí những bệnh nhân này, nhằm hướng đến vai trò hội nhập với các chương trình quản lí bệnh nhân suy tim trên thế giới.

V. KẾT LUẬN

Việc áp dụng các chương trình nâng cao chất lượng thực hành điều trị bệnh nhân suy tim (AHA-GWTG) có thể giúp cải thiện việc khởi trị các thuốc BB, là một thuốc trụ cột trong điều trị bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm. Qua chương trình có thể phát huy được vai trò của bác sĩ, điều dưỡng, và bản thân bệnh nhân trong việc nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Rashid AM, Khan MS, Fudim M, DeWald TA, DeVore A, Butler J.** Management of Heart Failure With Reduced Ejection Fraction. Curr Probl Cardiol. 2023 May;48(5):101596. doi: 10.1016/j.cpcardiol.2023.101596. Epub 2023 Jan 18. PMID: 36681212.
2. **Boen HM, Van Craenenbroeck EM.** How to predict peak heart rate in heart failure patients on beta-blockers: a new answer to an old question. Eur J Prev Cardiol. 2022 Sep 7;29(12):1678-1679. doi: 10.1093/eurjpc/zwac130. PMID: 35853189.

3. **Savarese G, Bodegard J, Norhammar A, Sartipy P, Thuresson M, Cowie MR, Fonarow GC, Vaduganathan M, Coats AJS.** Heart failure drug titration, discontinuation, mortality and heart failure hospitalization risk: a multinational observational study (US, UK and Sweden). Eur J Heart Fail. 2021 Sep;23(9):1499-1511. doi: 10.1002/ejhf.2271. Epub 2021 Jun 28. PMID: 34132001.
4. **Fröhlich H, Torres L, Täger T, Schellberg D, Corletto A, Kazmi S, Goode K, Grundtvig M, Hole T, Katus HA, Cleland JGF, Atar D, Clark AL, Agewall S, Frankenstein L.** Bisoprolol compared with carvedilol and metoprolol succinate in the treatment of patients with chronic heart failure. Clin Res Cardiol. 2017 Sep;106(9):711-721. doi: 10.1007/s00392-017-1115-0. Epub 2017 Apr 22. PMID: 28434020.
5. **Paolillo S, Dell'Aversana S, Esposito I, Poccia A, Perrone Filardi P.** The use of ß-blockers in patients with heart failure and comorbidities: Doubts, certainties and unsolved issues. Eur J Intern Med. 2021 Jun;88:9-14. doi: 10.1016/j.ejim.2021.03.035. Epub 2021 Apr 30. PMID: 33941435.
6. **Murphy SP, Ibrahim NE, Januzzi JL Jr.** Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: A Review. JAMA. 2020 Aug 4;324(5):488-504. doi: 10.1001/jama.2020.10262. Erratum in: JAMA. 2020 Nov 24;324(20): 2107. doi: 10.1001/jama.2020.21736. PMID: 32749493.
7. **Patel J, Rassekh N, Fonarow GC, Deedwania P, Sheikh FH, Ahmed A, Lam PH.** Guideline-Directed Medical Therapy for the Treatment of Heart Failure with Reduced Ejection Fraction. Drugs. 2023 Jun;83(9):747-759. doi: 10.1007/s40265-023-01887-4. Epub 2023 May 31. PMID: 37254024.
8. **Greene SJ, Butler J, Albert NM, DeVore AD, Sharma PP, Duffy CI, Hill CL, McCague K, Mi X, Patterson JH, Spertus JA, Thomas L, Williams FB, Hernandez AF, Fonarow GC.** Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. J Am Coll Cardiol. 2018 Jul 24;72(4):351-366. doi: 10.1016/j.jacc.2018.04.070. PMID: 30025570.
9. **Gottlieb SS, Fisher ML, Kjekshus J, Deedwania P, Gullestad L, Vitovec J, Wikstrand J:** MERIT-HF Investigators. Tolerability of beta-blocker initiation and titration in the Metoprolol CR/XL Randomized Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). Circulation. 2002 Mar 12;105(10): 1182-8. doi: 10.1161/hc1002.105180. PMID: 11889011.
10. **Chopra HK.** Bisoprolol and heart failure: new frontiers. Indian Heart J. 2010 Jan-Feb;62(1):7-12. PMID: 21180027.

TỶ LỆ VÀ ẢNH HƯỞNG CỦA SUY YẾU LÊN CHỨC NĂNG HÔ HẤP TRÊN NHÓM BỆNH NHÂN CAO TUỔI MẮC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Văn Tân[1,2], Mai Duy Khang[1], Trần Thị Phương Lan[2], Cao Đình Hưng[3,4]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy yếu là hội chứng phổ biến ở người cao tuổi, có thể ảnh hưởng nghiêm trọng đến chức năng hô hấp, đặc biệt ở bệnh nhân mắc bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ suy yếu và tác động của suy yếu lên bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên 223 bệnh nhân ≥ 60 tuổi đang theo dõi ngoại trú tại phòng khám Hô hấp, Bệnh viện Thống Nhất TP. Hồ Chí Minh từ tháng 08/2024 đến tháng 04/2025. Tình trạng suy yếu được đánh giá bằng thang điểm FRAIL. **Kết quả:** Tỷ lệ suy yếu trong dân số nghiên cứu là 51,1%. Điểm số FRAIL có mối tương quan nghịch mức trung bình với %FEV_1 ($r = -0,58$; $p < 0,01$), cho thấy mức độ suy yếu cao hơn đi kèm với giảm chức năng thông khí phổi. Đa số bệnh nhân ở giai đoạn GOLD 1 và 2 của BPTNMT. **Kết luận:** Suy yếu là tình trạng phổ biến ở bệnh nhân cao tuổi mắc BPTNMT và có ảnh hưởng rõ rệt đến chức năng hô hấp. Việc sàng lọc suy yếu nên được tích hợp vào quy trình chăm sóc thường quy nhằm tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện chất lượng sống cho nhóm bệnh nhân này. ***Từ khóa:*** BPTNMT, người cao tuổi, chức năng hô hấp.

[1]*Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh*
[2]*Bệnh viện Thống Nhất*
[3]*Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch*
[4]*Đại học Nguyễn Tất Thành*
Chịu trách nhiệm chính: Cao Đình Hưng
Email: hungcd@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.8.2025
Ngày phản biện khoa học: 17.9.2025
Ngày duyệt bài: 14.10.2025

SUMMARY

PREVALENCE AND IMPACT OF FRAILTY ON RESPIRATORY FUNCTION IN ELDERLY OUTPATIENTS WITH CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Frailty is a common syndrome among older adults that can significantly affect respiratory function, particularly in patients with chronic obstructive pulmonary disease (COPD). **Objective:** To determine the prevalence of frailty and its impact on elderly patients with COPD. **Method:** A