

nằm gần đây, là một phần quan trọng trong chương trình hồi phục sớm sau mổ (ERAS). Việc giảm đau tối ưu sau phẫu thuật lấy thai có ý nghĩa đặc biệt quan trọng, giúp hồi phục nhanh, vận động sớm, giảm các biến chứng do nằm lâu, giảm thời gian nằm viện, giảm viện phí, nâng cao sự hài lòng và chất lượng cuộc sống của người bệnh, đồng thời việc hạn chế opioid còn giúp đảm bảo an toàn cho sản phụ và trẻ sơ sinh. Đây là giá trị nổi bật của phương pháp nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu chỉ ra phương pháp gây tê cơ vuông thắt lưng hai bên sau phẫu thuật lấy thai bằng ropivacain 0,375% phối hợp với dexamethasone có hiệu quả kéo dài giảm đau so với dùng ropivacain 0,375% đơn độc. Từ đó giúp giảm tiêu thụ opioid, giảm các biến chứng sau mổ và quá trình hậu sản. Đây là phương pháp có ý nghĩa lâm sàng lớn, phù hợp với xu hướng giảm đau đa mô thức hiện nay.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kuthiala G, Chaudhary G. Ropivacaine: A review of its pharmacology and clinical use. *Indian J Anaesth.* 2011;55(2):104. doi:10.4103/0019-5049.79875
2. Tô TLH, Nguyễn ĐL, Mai TH, Nguyễn CH. Hiệu quả giảm đau sau phẫu thuật lấy thai của Levobupivacain 0,375% phối hợp dexamethason 4mg hoặc 8mg trong gây tê cơ vuông thắt lưng dưới hướng dẫn siêu âm. *VMJ.* 2024;544(2). doi:10.51298/vmj.v544i2.11852
3. Huang WK, Lu ZK, Deng F, et al. Comparison of three concentrations of ropivacaine in posterior quadratus lumborum block: A randomized clinical

trial. *Heliyon.* 2024;10(7):e28434. doi:10.1016/j.heliyon.2024.e28434

4. Pehora C, Pearson AM, Kaushal A, Crawford MW, Johnston B. Dexamethasone as an adjuvant to peripheral nerve block. *Cochrane Database Syst Rev.* 2017;11(11):CD011770. doi:10.1002/14651858.CD011770.pub2
5. Singariya G, Choudhary S, Kamal M, Seervi SN, Bihani P, Kumar M. Analgesic sparing effect of dexamethasone with levobupivacaine in quadratus lumborum block in patients undergoing unilateral inguinal hernia repair: A prospective randomised controlled trial. *Indian J Anaesth.* 2020;64(8):668-674. doi:10.4103/ija.IJA_159_20
6. Mansour HS, Ali NS, Abdel Rahman MA. The effect of dexamethasone as an adjuvant in quadratus lumborum block to improves analgesia after laparoscopic cholecystectomy: Controlled randomized study. *Egyptian Journal of Anaesthesia.* 2024;40(1): 135-142. doi:10.1080/11101849.2024.2322902
7. Rasmussen SB, Saied NN, Bowens C, Mercaldo ND, Schildcrout JS, Malchow RJ. Duration of upper and lower extremity peripheral nerve blockade is prolonged with dexamethasone when added to ropivacaine: a retrospective database analysis. *Pain Med.* 2013;14(8):1239-1247. doi:10.1111/pme.12150
8. Yildiz I, Bayir H, Yoldas H. Dexamethasone added to levobupivacaine in ultrasound-guided transversus abdominis plain block increased the duration of postoperative analgesia after caesarean section: a randomized, double blind, controlled trial. *Gulhane Med J.* Published online 2017;1. doi:10.5455/gulhane.206518
9. Waldron NH, Jones CA, Gan TJ, Allen TK, Habib AS. Impact of perioperative dexamethasone on postoperative analgesia and side-effects: systematic review and meta-analysis. *British Journal of Anaesthesia.* 2013;110(2):191-200. doi:10.1093/bja/aes431

HIỆU QUẢ LÂM SÀNG VÀ TÍNH AN TOÀN CỦA DAPAGLIFLOZIN TRONG SUY TIM VỚI PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM NHẸ: KINH NGHIỆM THỰC TẾ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

Lê Tuấn Anh¹, Phạm Thanh Phong², Đặng Thanh Hồng³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu đánh giá hiệu quả và an toàn của dapagliflozin ở bệnh nhân HFmrEF tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Mục tiêu:** đánh

giá hiệu quả lâm sàng của dapagliflozin ở bệnh nhân HFmrEF và phân tích tính an toàn của thuốc trong điều kiện thực hành lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Can thiệp lâm sàng không nhóm chứng trên 99 bệnh nhân; thu thập dữ liệu lâm sàng, cận lâm sàng, thời gian nằm viện, thay đổi phân độ NYHA, tái nhập viện và tử vong 30–90 ngày. **Kết quả:** Tuổi trung bình $70,43 \pm 12,65$; tăng huyết áp 98%, rối loạn lipid máu 78,8%, đái tháo đường 35,4%. Phân suất tổng máu $43,93 \pm 2,71\%$ và NT-proBNP cao phản ánh mức độ bệnh nặng. Dapagliflozin cải thiện triệu chứng, nâng phân độ NYHA, giảm tái nhập viện, thời gian nằm viện trung bình $9,83 \pm 3,31$ ngày. Tỷ lệ tử vong 3% và biến cố tổng hợp 19,2% cho thấy

¹Trung tâm Y tế Phú Quốc

²Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

³Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tuấn Anh

Email: bstuananh86@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.10.2025

Ngày duyệt bài: 11.11.2025

hồ sơ an toàn tốt. **Kết luận:** Dapagliflozin là lựa chọn hiệu quả, an toàn, giúp cải thiện chất lượng sống và tiên lượng bệnh nhân HFmrEF. **Từ khóa:** Dapagliflozin; Suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ (HFmrEF); Hiệu quả lâm sàng; Tính an toàn

SUMMARY

CLINICAL EFFICACY AND SAFETY OF DAPAGLIFLOZIN IN HEART FAILURE WITH MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION: REAL-WORLD EXPERIENCE AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL

Background: This study evaluated the efficacy and safety of dapagliflozin in patients with HFmrEF at Can Tho Central General Hospital. **Objectives:** To assess the clinical efficacy of dapagliflozin in HFmrEF and analyze its safety under real-world clinical practice. **Methods:** An uncontrolled clinical intervention was conducted in 99 patients. Data collected included clinical and paraclinical characteristics, length of stay, NYHA class changes, rehospitalization, and 30–90-day mortality. **Results:** Mean age was 70.43 ± 12.65 years; comorbidities included hypertension (98%), dyslipidemia (78.8%), and diabetes (35.4%). Mean LVEF was $43.93 \pm 2.71\%$, with markedly elevated NT-proBNP. Dapagliflozin improved symptoms, enhanced NYHA class, reduced rehospitalization, with mean hospitalization 9.83 ± 3.31 days. Mortality was 3% and composite adverse events 19.2%, indicating a favorable safety profile. **Conclusion:** Dapagliflozin is an effective and safe therapeutic option, improving quality of life and prognosis in HFmrEF patients.

Keywords: Dapagliflozin; Heart failure with mildly reduced ejection fraction (HFmrEF); Clinical effectiveness; Safety

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hội chứng lâm sàng phức tạp, có tỷ lệ mắc cao và gây gánh nặng lớn cho y tế toàn cầu. Năm 2017, ước tính có 64,3 triệu người mắc [1] và đến năm 2030, tỷ lệ này dự kiến tăng 50% tại các nước thu nhập thấp và trung bình, làm gia tăng nhập viện và chi phí. Bệnh rút ngắn tuổi thọ và suy giảm nghiêm trọng chất lượng sống [2]. Theo phân suất tống máu thất trái (LVEF), suy tim được chia thành HFrEF ($\leq 40\%$), HFmrEF (41–49%) và HFpEF ($\geq 50\%$) [3]. HFmrEF thường gặp ở người lớn tuổi và khó chẩn đoán, trong khi HFrEF tiên lượng kém, tử vong cao dù có nhiều tiến bộ điều trị.

Dapagliflozin, thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2), ban đầu phát triển cho điều trị đái tháo đường týp 2 nhưng đã chứng minh lợi ích rõ rệt trên tim mạch. Thử nghiệm DAPA-HF cho thấy thuốc giảm tử vong do tim mạch và nhập viện vì suy tim ở bệnh nhân HFrEF, không phụ thuộc tình trạng đái tháo đường [4]. Tiếp đó, DELIVER chứng minh hiệu quả ở HFmrEF và HFpEF (LVEF $> 40\%$), với giảm

đáng kể tiêu chí gộp gồm tử vong tim mạch hoặc biến cố suy tim nặng, bất kể LVEF nền. Phân tích gộp DAPA-HF và DELIVER củng cố tính nhất quán hiệu quả trên toàn phổ LVEF. Phân tích dưới nhóm trong DELIVER với bệnh nhân HFimpEF (18% của 6.263 người tham gia) phân loại theo EF cải thiện: $\leq 49\%$, 50–59% và $\geq 60\%$. Kết quả cho thấy dapagliflozin giảm nguy cơ tử vong tim mạch hoặc suy tim tiến triển nhất quán ở mọi nhóm EF, không ghi nhận tương tác có ý nghĩa thống kê ($P = 0,19$) [5].

Nghiên cứu này nhằm đánh giá hiệu quả lâm sàng của dapagliflozin ở bệnh nhân HFmrEF tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, đồng thời phân tích tính an toàn của thuốc trong điều kiện thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm nhẹ điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Được chẩn đoán suy tim với phân suất tống máu thất trái giảm nhẹ (HFmrEF) theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam 2022, gồm:
 - Có triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể gợi ý suy tim.
 - LVEF từ 41–49% xác định bằng siêu âm tim.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Suy thận nặng (eGFR < 25 ml/phút/1,73 m² hoặc lọc máu), bệnh gan/thận tiến triển tiên lượng sống < 1 năm, ung thư hoặc HIV, bệnh cấp tính nặng (đột quỵ, NMCT, thuyên tắc phổi, nhiễm trùng nặng/tiết niệu tiến triển), đái tháo đường týp 1 hoặc nhiễm toan ceton, quá mẫn với dapagliflozin, phụ nữ có thai/cho bú và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu được thiết kế theo dạng can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

- **Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu cho mục tiêu đánh giá hiệu quả lâm sàng và tính an toàn của dapagliflozin được tính toán dựa trên các tiêu chí sau:

• **Công thức tính cỡ mẫu:** $n = Z^2(1-\alpha/2) * (p(1-p)/d^2)$

- Các thông số cụ thể:
 - n: Cỡ mẫu nghiên cứu.
 - $Z_{1-\alpha/2}$: Trị số phân phối chuẩn, với mức ý nghĩa 95% ($\alpha = 5\%$), $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.
 - p: Tỷ lệ biến cố nhập viện, cấp cứu tim mạch và tử vong ở HFmrEF là 12% theo Peikert et al., chọn $p = 0,12$, làm chỉ dấu cho hiệu quả và an toàn điều trị.

- d: Sai số cho phép, chọn $d = 0,07$.
- Kết quả tính toán cỡ mẫu:
 - Từ công thức và các thông số trên, cỡ mẫu tối thiểu tính được là $n = 83$ bệnh nhân.
 - Dự trù mất mẫu 10%, cỡ mẫu tối thiểu cần thiết là 91 bệnh nhân.
- Cỡ mẫu thực tế: Thực tế, nghiên cứu đã tuyển chọn được 99 bệnh nhân tham gia, đảm bảo đủ năng lực thống kê cho các mục tiêu đã đề ra.

- Nội dung nghiên cứu:

Đặc điểm bệnh nhân gồm: tuổi, giới, BMI, tiền sử tim mạch (tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, bệnh mạch máu não, nhồi máu cơ tim cũ), thời gian mắc suy tim và số lần nhập viện trước đó.

Đặc điểm lâm sàng khi nhập viện: bao gồm các triệu chứng cơ năng (khó thở, mệt, nặng ngực, ho khan, hồi hộp), dấu hiệu thực thể (phù ngoại biên, ran ẩm) và phân độ suy tim theo NYHA (I–IV).

Cận lâm sàng: chỉ tập trung vào các xét nghiệm và thăm dò có giá trị trong đánh giá HFmrEF và hiệu quả điều trị: phân suất tống máu thất trái (EF, %) đo bằng siêu âm Doppler tim và nồng độ NT-proBNP.

Kết quả: toàn bộ bệnh nhân HFmrEF dùng dapagliflozin 10 mg/ngày theo Hướng dẫn Bộ Y tế (2022), phối hợp thuốc nền gồm ACEI/ARB, chẹn beta, kháng aldosteron và ARNI được ghi nhận đầy đủ.

Tiêu chí đánh giá hiệu quả lâm sàng: (1) thời gian nằm viện (ngày), (2) thay đổi phân độ NYHA tại thời điểm ra viện, (3) tỷ lệ tái nhập viện vì suy tim trong 30 và 90 ngày sau xuất viện.

Tiêu chí đánh giá tính an toàn: (1) tử vong mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày, (2) biến cố tổng hợp bao gồm tử vong trong 30 ngày hoặc tái nhập viện vì suy tim trong 90 ngày.

- Thu thập số liệu:

Đối tượng: bệnh nhân HFmrEF tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ, đủ tiêu chuẩn Hướng dẫn Bộ Y tế 2022.

Công cụ: hồ sơ bệnh án, thăm khám, xét nghiệm, điện tâm đồ, siêu âm tim, X-quang ngực.

Can thiệp: dapagliflozin 10 mg/ngày phối hợp điều trị chuẩn

- Đánh giá số liệu:

Hiệu quả: thay đổi phân độ NYHA khi ra viện, thời gian nằm viện, tái nhập viện vì suy tim (30 và 90 ngày).

An toàn: tử vong mọi nguyên nhân trong 30 ngày, biến cố tổng hợp (tử vong hoặc tái nhập viện).

- Xử lý và phân tích số liệu:

Phần mềm: Excel 365, SPSS 27.0.

Thống kê mô tả: tần số, tỷ lệ %, trung bình $\pm$ SD hoặc trung vị (Q1–Q3).

Thống kê phân tích: t-test, χ^2 /Fisher, hồi quy logistic đơn biến và đa biến.

Ngưỡng ý nghĩa: $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ

Đặc điểm mẫu	Nam	Nữ	Chung
Độ tuổi	Nhỏ nhất	39	45
	Lớn nhất	95	94
	Trung bình	71,13 $\pm$ 13,17	69,57 $\pm$ 2,07
Tổng cộng		55(55,6%)	44(44,4%)
		99(100%)	

Nhận xét: Nghiên cứu 99 bệnh nhân HFmrEF, độ tuổi trung bình là $70,43 \pm 12,65$, trong đó bệnh nhân nữ chiếm 44,4% và nam chiếm 55,6%

Bảng 3.2. Một số đặc điểm chung và tiền sử bệnh lý ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ

Yếu tố	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Béo phì	16	16,2
Tăng huyết áp	97	98,0
Đái tháo đường	35	35,4
Bệnh mạch máu não	10	10,1
Rối loạn lipid máu	78	78,8
Nhồi máu cơ tim cũ	37	37,4
Thời gian mắc suy tim (năm)	Trung bình: $1,22 \pm 1,30$ (ít nhất là 0 năm, nhiều nhất là 6 năm)	
Số lần nhập viện do suy tim trước đây (lần)	Trung bình: $1,17 \pm 1,18$ (ít nhất là 0 lần, nhiều nhất là 4 lần)	

Nhận xét: Bệnh nhân HFmrEF trong nghiên cứu có tỷ lệ mắc tăng huyết áp rất cao (98%), đa số có rối loạn lipid máu (78,8%) và một phần ba có đái tháo đường hoặc tiền sử nhồi máu cơ tim cũ. Trung bình, thời gian mắc suy tim là $1,22 \pm 1,30$ năm và mỗi bệnh nhân đã nhập viện vì suy tim trung bình 1,17 lần trước đó.

Bảng 3.3. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Yếu tố	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Khó thở	86	86,9
Mệt mỏi	99	100,0
Nặng ngực	72	72,7
Phù ngoại biên	38	38,4
Ho khan	66	66,7
Ran ẩm	25	25,3
Hồi hộp	49	49,5

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân HFmrEF đều

có triệu chứng mệt mỏi, với tỷ lệ khó thở cao (86,9%) và các triệu chứng khác như nặng ngực (72,7%), ho khan (66,7%) và hồi hộp (49,5%). Phù ngoại biên và ran ẩm xuất hiện ở lần lượt 38,4% và 25,3% bệnh nhân.



Hình 3.1. Phân độ suy tim theo NYHA

Nhận xét: Theo phân độ NYHA cho thấy đa số bệnh nhân HFmrEF nằm ở nhóm NYHA II và III, thể hiện mức độ suy tim trung bình và nặng.

Bảng 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Cận lâm sàng	Trung bình ± ĐLC	GTNN	GTLN
Đặc điểm siêu âm tim			
Phân suất tổng máu (%)	43,93±2,71	41	49
Đường kính tĩnh mạch chủ dưới (mm)	17,40±3,40	8	25
PAPs (mmHg)	41,77±13,19	20	90
NT-pro BNP (pg/mL)	14945±12434	1400	35000

Nhận xét: Các chỉ số cận lâm sàng ghi nhận phân suất tổng máu trung bình 43,93 ± 2,71%, xác định đúng nhóm HFmrEF. Đường kính tĩnh mạch chủ dưới 17,40 ± 3,40 mm và PAPs 41,77 ± 13,19 mmHg gợi ý tăng áp phổi ở một số bệnh nhân. NT-proBNP trung bình rất cao (14.945 ± 12.434 pg/mL), phản ánh mức độ suy tim nặng trong nhóm nghiên cứu.

Bảng 3.5. Thuốc điều trị suy tim phối hợp với dapagliflozin

Thuốc	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Ức chế men chuyển	16	16,1
Chẹn thụ thể	67	67,7
Kháng Aldosteron	92	92,9
Thiazide	11	11,1
Chẹn Beta	87	87,9
ARNI	16	16,2

Nhận xét: Bệnh nhân HFmrEF được điều trị phối hợp dapagliflozin với thuốc nền, chủ yếu kháng aldosteron (92,9%), chẹn beta (87,9%), ức chế thụ thể (67,7%), trong khi ACEI và ARNI thấp hơn.

Bảng 3.6. Thời gian nằm viện

Thời gian nằm viện	Trung bình ±ĐLC	GTNN	GTLN
Thời gian (ngày)	9,83±3,31	3	23

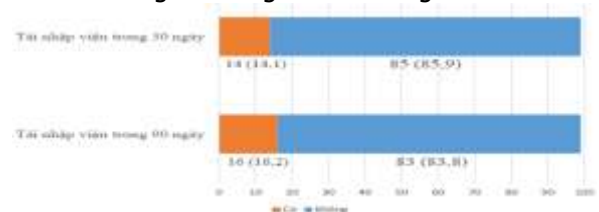
Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình

của bệnh nhân HFmrEF được điều trị dapagliflozin là 9,83 ± 3,31 ngày, với khoảng dao động từ 3 đến 23 ngày.

Bảng 3.7. Thay đổi phân độ NYHA tại thời điểm ra viện

Phân độ NYHA nhập viện	Phân độ NYHA ra viện		Tổng cộng
	NYHA II	NYHA III	
NYHA II	0	21	21
NYHA III	48	20	68
NYHA IV	9	1	10
Tổng cộng	57	42	99

Nhận xét: Sau điều trị, phân độ NYHA của bệnh nhân ghi nhận sự cải thiện rõ rệt. Số bệnh nhân ở phân độ NYHA III giảm từ 68 người xuống còn 42 người, trong khi số bệnh nhân ở NYHA II tăng từ 21 người lên 57 người.



Hình 3.2. Tỷ lệ tái nhập viện vì suy tim trong 30 và 90 ngày sau xuất viện

Nhận xét: Tỷ lệ tái nhập viện do suy tim thấp trong 30 ngày và chỉ tăng nhẹ sau 90 ngày, cho thấy dapagliflozin kiểm soát hiệu quả HFmrEF trong thực hành.

Bảng 3.8. Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ

Tử vong	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Có	3	3
Không	96	97
Tổng cộng	99	100

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong trong nhóm bệnh nhân HFmrEF sử dụng dapagliflozin là thấp, chỉ 3%, cho thấy tính an toàn tốt của thuốc trong thực hành lâm sàng.

Bảng 3.9. Tỷ lệ xảy ra biến cố ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ

Biến cố ở bệnh nhân	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Không	80	80,8
Có	19	19,2
Tổng cộng	99	100

Nhận xét: Tỷ lệ biến cố tổng hợp ở bệnh nhân HFmrEF dùng dapagliflozin là 19,2%, còn lại 80,8% không ghi nhận biến cố.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là một trong những báo cáo đầu tiên tại Việt Nam đánh giá hiệu quả và độ an toàn của dapagliflozin ở bệnh nhân HFmrEF tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Kết quả cho thấy thuốc cải thiện triệu chứng, giảm

biến cố tim mạch, duy trì hồ sơ an toàn và phù hợp với dữ liệu quốc tế. Nghiên cứu thực hiện trên 99 bệnh nhân, tuổi trung bình $70,43 \pm 12,65$, với tỷ lệ bệnh kèm cao: tăng huyết áp 98%, rối loạn lipid máu 78,8% và đái tháo đường 35,4%. Những đặc điểm này phản ánh đúng quần thể HFmrEF thường gặp, tăng tính thực tiễn và giá trị thuyết phục trong bối cảnh điều trị tại Việt Nam [6].

Một điểm đáng chú ý của nghiên cứu là số lần nhập viện trung bình trước đó do suy tim chỉ 1,17 lần và thời gian mắc bệnh ngắn ($1,22 \pm 1,30$ năm), phản ánh giai đoạn tiến triển chưa dài – phù hợp cho can thiệp điều trị. Bệnh nhân biểu hiện rõ triệu chứng: mệt mỏi 100%, khó thở 86,9%, nặng ngực 72,7%, cùng phù ngoại vi, ran ẩm, ho khan và hồi hộp, tương đồng dữ liệu quốc tế. Hiệu quả lâm sàng của dapagliflozin thể hiện qua cải thiện phân độ NYHA: nhóm II tăng từ 21 lên 57, nhóm III giảm từ 68 xuống 42. Kết quả phù hợp DAPA-HF và DELIVER, chứng minh thuốc không chỉ giảm nhập viện mà còn cải thiện triệu chứng, khả năng gắng sức và chất lượng sống, khẳng định vai trò trong tiên lượng HFmrEF và HFpEF [7].

Cận lâm sàng ghi nhận phân suất tống máu trung bình $43,93 \pm 2,71\%$ xác định rõ quần thể HFmrEF, trong khi NT-proBNP rất cao (14.945 ± 12.434 pg/mL) phản ánh mức độ suy tim nặng và tăng gánh thất. Đây là chỉ số khó cải thiện sớm, song dapagliflozin có thể làm chậm tiến triển nhờ cơ chế đa chiều: giảm tái cấu trúc cơ tim, hạn chế giữ kali và cải thiện chức năng nội mô [10]. Tỷ lệ sử dụng thuốc nền cao như kháng aldosteron (92,9%), chẹn beta (87,9%) và ức chế thụ thể (67,7%) hỗ trợ tối ưu hóa hiệu quả [8].

Thời gian nằm viện trung bình $9,83 \pm 3,31$ ngày phản ánh kiểm soát tốt suy tim tại bệnh viện. Trong bối cảnh nguồn lực hạn chế, việc duy trì hoặc rút ngắn thời gian nằm viện và giảm tái nhập trong 30–90 ngày khẳng định lợi ích thực tiễn của dapagliflozin [9].

Về an toàn, tỷ lệ tử vong thấp (3%) và biến cố tổng hợp 19,2% cho thấy dapagliflozin duy trì kết quả an toàn tốt ở nhóm bệnh nhân nhiều bệnh nền và nguy cơ cao. Không ghi nhận biến cố nghiêm trọng liên quan trực tiếp đến thuốc, đặc biệt các vấn đề thường lo ngại như suy thận, hạ đường huyết hay nhiễm trùng tiểu. Kết quả này phù hợp với DAPA-HF và DELIVER [10], đồng thời bổ sung bằng chứng nội địa về tính an toàn của dapagliflozin trong điều trị suy tim. Hạn chế nghiên cứu thiết kế không nhóm chứng, cỡ mẫu nhỏ và yếu tố gây nhiễu khó loại bỏ, cần nghiên cứu đa trung tâm, quy mô lớn, có nhóm

chứng và theo dõi dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu khẳng định dapagliflozin cải thiện triệu chứng, nâng phân độ NYHA và giảm tái nhập viện ở bệnh nhân HFmrEF tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. Thuốc duy trì an toàn với tỷ lệ tử vong và biến cố thấp, phù hợp thực hành lâm sàng. Kết quả củng cố vai trò của dapagliflozin như lựa chọn điều trị nền, góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc và cải thiện tiên lượng bệnh nhân HFmrEF trong bối cảnh thực tế tại Việt Nam.

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này thuộc luận văn "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân HFmrEF bằng phác đồ có dapagliflozin tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024–2025". Đề tài đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học ĐHYDCT phê duyệt số 24.168.HV/PCT-HĐĐĐ ngày 28/6/2024.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS** (2023), "Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology", *Cardiovasc Res*, 118(17), 3272–3287.
2. **Trang Nông Thị Huyền Trang, Nguyễn Trọng Hiếu** (2024), "Kết quả điều trị bằng phác đồ có phối hợp thuốc dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái giảm tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 545(2), 86–90.
3. **Phạm Nguyễn Vinh, Phạm Mạnh Hùng** (2022), "Hồi tim mạch học 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).
4. **Solomon S. D., McMurray J. J. V., Claggett B., de Boer R. A., DeMets D., Hernandez A. F., et al.** (2022), "Dapagliflozin in Heart Failure with Mildly Reduced or Preserved Ejection Fraction", *New England Journal of Medicine*, 387(12), 1089–1098.
5. **Siqueira S. R. O., Solomon S. D., McMurray J. J. V., Claggett B., de Boer R. A., Kosiborod M., et al.** (2025), "Achieved ejection fraction and effects of dapagliflozin in heart failure with improved ejection fraction", *Journal of the American College of Cardiology: Heart Failure*. Advance online publication, 13(10), 1–13.
6. **Nguyen S. V., Do T. M., Tran T. X., Nguyen T. T., & Pham D. T. M.** (2022), "Prevalence, treatment, and 1-year outcomes of heart failure with mid-range ejection fraction", *Biomedical Research and Therapy*, 9(8), 5209–5215.
7. **Toan N. H., Thuan N. T., Cuong V. T., Ngan L. D., Diep D. T. N., & Son T. K.** (2024), "The rate and outcomes of reducing re-hospitalizations with a treatment regimen including dapagliflozin

- in heart failure with reduced ejection fraction without diabetes patients", *Can Tho Journal of Medicine and Pharmacy*, 10(7), 1-7.
8. **Van Nguyen T., Nguyen H.T.K., Wong W.J. et al.** (2024), "The prescription of beta-blockers in older patients with heart failure with reduced ejection fraction: an observational study in Vietnam", *Scientific Reports*, 14, 12923.
 9. **Chatur S., Kondo T., Claggett B. L., Vaduganathan M., Jhund P. S., de Boer R. A., et al.** (2023), "Effects of dapagliflozin on heart failure hospitalizations according to severity of inpatient course: Insights from DELIVER and DAPA-HF", *European Journal of Heart Failure*, 25(8), 1364-1371.
 10. **Huynh TLT, Pham PT, Tran HD, Tran ND, Tran DV, Tran BLT, et al.** (2024), "Losartan and dapagliflozin combination therapy in reducing uric acid level compared to monotherapy in patients with heart failure", *PeerJ*, 12, e18595.

CẢI THIỆN CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG VÀ CHẤT LƯỢNG CUỘC SỐNG Ở BỆNH NHÂN THOÁI HÓA KHỚP GỐI GIAI ĐOẠN II-III SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG HUYẾT TƯƠNG GIÀU TIỂU CẦU TỰ THÂN

Nguyễn Thế Điệp¹, Bùi Thị Minh Phượng¹, Vũ Văn Tú¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Thoái hóa khớp gối là một bệnh lý mạn tính gây tổn thương sụn, xương dưới sụn và viêm màng hoạt dịch khớp gối. Người bệnh không được điều trị kịp thời dẫn đến đau, hạn chế vận động khớp gối làm ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống. Tiêm huyết tương giàu tiểu cầu (PRP) tự thân có nhiều ưu điểm, ít tác dụng phụ, an toàn và cơ chế tập trung vào việc tái tạo và phục hồi mô tổn thương. **Mục tiêu:** Nghiên cứu được thực hiện nhằm làm rõ hiệu quả của PRP tự thân trong việc cải thiện chất lượng cuộc sống (CLCS), giảm đau và phục hồi chức năng khớp gối. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 34 bệnh nhân thoái hóa khớp gối (THKG) nguyên phát giai đoạn II và III, được phân loại theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Thấp khớp học Hoa Kỳ và Kellgren-Lawrence. Những bệnh nhân này được điều trị bằng PRP tại Bệnh viện Đại học Thái Bình từ tháng 1 năm 2023 đến tháng 7 năm 2024. Hiệu quả điều trị được đánh giá bằng cách so sánh những thay đổi trước và sau khi điều trị PRP tại 3 thời điểm, sử dụng thang điểm VAS, WOMAC và bộ câu hỏi SF 36. **Kết quả:** Trong số 34 bệnh nhân, phần lớn bệnh nhân trên 60 tuổi có CLCS cao sau điều trị lần 3 (55,9% và $80,1 \pm 11,3$), không có bệnh nhân có CLCS kém. Tầm vận động của khớp gối tăng từ 110° lên 130° ($p < 0,05$). Điểm VAS trung bình phân theo giai đoạn bệnh là 6,5 cho Giai đoạn II và 4,8 cho Giai đoạn III ($p < 0,05$). **Kết luận:** Nghiên cứu hiện tại đã quan sát thấy sự cải thiện về CLCS, giảm đau và cải thiện chức năng khớp gối sau điều trị bằng PRP. **Từ khóa:** Đau; thoái hóa khớp gối; huyết tương giàu tiểu cầu tự thân; chất lượng cuộc sống.

SUMMARY

IMPROVEMENT OF MOTOR FUNCTION AND

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thế Điệp

Email: diepnguyentheyb@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.10.2025

Ngày duyệt bài: 13.11.2025

QUALITY OF LIFE IN PATIENTS WITH STAGE II-III KNEE OSTEOARTHRITIS AFTER TREATMENT WITH AUTOLOGOUS PLATELET-RICH PLASMA

Background: Knee osteoarthritis is a chronic condition characterized by damage to the cartilage, subchondral bone, and synovial inflammation of the knee joint. If left untreated, it leads to pain and restricted knee joint mobility, thereby impacting the patient's quality of life. Autologous platelet-rich plasma (PRP) injection offers numerous advantages, including minimal side effects, safety, and a mechanism focused on regenerating and repairing damaged tissues. **Objective:** This study was conducted to elucidate the efficacy of autologous PRP in improving quality of life (QoL), reducing pain, and restoring knee joint function. **Subjects and Methods:** The study was conducted on 34 patients with primary knee osteoarthritis (KOA) stages II and III, classified according to the American College of Rheumatology (ACR) and Kellgren-Lawrence (K-L) criteria. These patients were treated with PRP at Thai Binh University Hospital from January 2023 to July 2024. Treatment efficacy was evaluated by comparing changes before and after PRP treatment at three time points, using the Visual Analogue Scale (VAS), the Western Ontario and McMaster Universities Osteoarthritis Index (WOMAC), and the Short Form-36 (SF-36) questionnaire. **Results:** Among the 34 patients, a majority of those over 60 years of age reported a high QoL after the third treatment (55.9% and a mean SF-36 score of 80.1 ± 11.3), with no patients reporting poor QoL. The range of motion of the knee joint increased from 110° to 130° ($p < 0.05$). The mean VAS score, when stratified by disease stage, was 6.5 for Stage II and 4.8 for Stage III ($p < 0.05$). **Conclusion:** The current study observed improvement in QoL, pain relief, and improved knee function after PRP treatment.

Keywords: Pain; knee osteoarthritis; autologous platelet-rich plasma; quality of life; Northern Vietnam.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa khớp gối (THKG) là bệnh phổ biến