

**V. KẾT LUẬN**

Phẫu thuật bắc cầu chủ vành là lựa chọn được ưu tiên đối với những trường hợp có tổn thương hẹp, tắc động mạch vành phức tạp ở bệnh nhân có đái tháo đường. Những kết quả đánh giá bước đầu cho thấy có sự cải thiện sớm sau mổ về chức năng thất trái trên lâm sàng, xét nghiệm và siêu âm tim, đặc biệt là ở nhóm có EF giảm trước phẫu thuật.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. **Phạm Mạnh Hùng.** Lâm Sàng Tim Mạch Học.; 2019.
2. **Nguyễn Công Hựu.** Nghiên cứu kết quả phẫu thuật bắc cầu chủ vành ở bệnh nhân hẹp ba thân động mạch vành tại trung tâm tim mạch bệnh viện E. Published online 2018.
3. **Szabó Z, Håkanson E, Svedjeholm R.** Early postoperative outcome and medium-term survival in 540 diabetic and 2239 nondiabetic patients undergoing coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg.* 2002;74(3):712-719. doi:10.1016/S0003-4975(02)03778-5
4. **Kapur A, Hall RJ, Malik IS, et al.** Randomized Comparison of Percutaneous Coronary Intervention

With Coronary Artery Bypass Grafting in Diabetic Patients. *J Am Coll Cardiol.* 2010;55(5):432-440. doi:10.1016/j.jacc.2009.10.014

5. **Kappetein AP, Head SJ, Morice M-C, et al.** Treatment of complex coronary artery disease in patients with diabetes: 5-year results comparing outcomes of bypass surgery and percutaneous coronary intervention in the SYNTAX trial†. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2013;43(5):1006-1013. doi:10.1093/ejcts/ezt017
6. **Järvinen O, Hokkanen M, Huhtala H.** Diabetics have Inferior Long-Term Survival and Quality of Life after CABG. *Int J Angiol.* 2019;28(1):50-56. doi:10.1055/s-0038-1676791
7. **Woods SE, Smith JM, Sohail S, Sarah A, Engle A.** The Influence of Type 2 Diabetes Mellitus in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Graft Surgery: An 8-Year Prospective Cohort Study. *Chest.* 2004;126(6):1789-1795. doi:10.1378/chest.126.6.1789
8. **Søråas CL, Larstorp ACK, Mangschau A, Tønnessen T, Kjeldsen SE, Bjørnerheim R.** Echocardiographic demonstration of improved myocardial function early after coronary artery bypass graft surgery☆. *Interact Cardiovasc Thorac Surg.* 2011;12(6):946-951. doi:10.1510/icvts.2010.260414

## PHÂN TÍCH THỰC TRẠNG KÊ ĐƠN DỰA TRÊN BẢNG CHỨNG Ở CÁC BỆNH NHÂN SUY TIM TÂM THU TRONG CHƯƠNG TRÌNH QUẢN LÝ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN TIM HÀ NỘI

Nguyễn Hữu Duy<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Liên Hương<sup>2</sup>, Vũ Quỳnh Nga<sup>1</sup>

**TÓM TẮT**

**Mục tiêu:** hướng dẫn điều trị của Bộ Y tế và Hội tim mạch nhấn mạnh vai trò của việc kê đơn thuốc dựa trên bằng chứng trên bệnh nhân suy tim tâm thu. Mặc dù vậy, nghiên cứu trong thực tế cho thấy mức độ tuân thủ còn thấp. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm phân tích thực trạng kê đơn dựa trên bằng chứng ở các bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, cắt ngang trên 134 bệnh nhân suy tim tâm thu tái khám định kỳ đủ 12 tháng trong năm 2018. Thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng, phác đồ điều trị được ghi nhận dựa trên bệnh án ngoại trú. Chống chỉ định, liều đích của ACEI/ARB và BB được đánh giá dựa trên hướng dẫn điều trị suy tim của Bộ Y tế 2020 và Hội tim mạch châu Âu 2016. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ đơn kê phối hợp thuốc ACEI/ARB

và BB theo khuyến cáo là 92,5%. Tuy nhiên, chỉ có 17,2% và 23,1% bệnh nhân được tiếp nối cùng 1 thuốc ACEI/ARB và BB trong suốt 12 tháng. Nghiên cứu cho thấy thay đổi bác sĩ ở các lần tái khám làm giảm tính tiếp nối trong kê đơn ( $p < 0,001$ ). Không có bệnh nhân nào được kê liều đích thuốc ACEI/ARB hoặc BB. Mặc dù vậy, 84,0 – 88,3% bệnh nhân đủ điều kiện để tăng liều ACEI/ARB và BB. **Kết luận:** liều các thuốc ACEI/ARB và BB nên được tăng dần đến liều đích hoặc liều tối đa dung nạp để giảm nguy cơ tử vong và nhập viện do suy tim.

**Từ khóa:** Suy tim tâm thu, kê đơn dựa trên bằng chứng.

**SUMMARY**

### PRESCRIPTION OF GUIDELINE-DIRECTED MEDICATION IN OUTPATIENTS WITH SYSTOLIC HEART FAILURE IN HANOI HEART HOSPITAL

**Background and objectives:** Ministry of Health's clinical pathways and guideline of ESC emphasize the role of evidence-based prescribing in patients with heart failure. However, recent studies showed the gaps between guideline recommendations and clinical practice in management of heart failure with reduced ejection fraction. This study aimed to analyse the

<sup>1</sup>Bệnh viện Tim Hà Nội,

<sup>2</sup>Trường đại học Dược Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Quỳnh Nga

Email: ngavuq@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 29.10.2021

Ngày duyệt bài: 11.11.2021

prescription of evidence-based drugs in outpatients with systolic heart failure in Hanoi Heart hospital. **Method:** A cross-sectional descriptive study of 134 patients with systolic heart failure, using data obtained from medical records in Hanoi Heart hospital. Contraindications and target dose of ACEI/ARB and BB was defined by guidelines of Vietnam's Ministry of health 2020 and European society of cardiology 2016. **Result:** The recommended combination of ACEI/ARB and BBs was prescribed to 92.5% of patients., the percentage of prescription which is continued treatment with ACEI/ARB and BB was 17.2% and 23.1%. No patients were prescribed ACEI/ARB or BB with target dose. On the other hand, 84,0 – 88,3% of patients did not reach the maximal tolerated dose of ACEI/ARB or BB. **Conclusion:** Dose of ACEI/ARB and BB need titrating to the target dose or maximal tolerated dose in order to reduce the mortality and hospitalization in patients with heart failure.

**Keyword:** HFREF, guideline-directed medication.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim đang trở thành vấn đề được quan tâm tại nhiều quốc gia do số lượng bệnh nhân và gánh nặng bệnh tật ngày càng tăng. Hướng dẫn điều trị tập trung khuyến cáo vào bệnh nhân suy tim tâm thu do đây là phân nhóm đã được chứng minh hiệu quả trên lâm sàng. Hiện nay, các hướng dẫn điều trị đồng thuận thuốc nhóm ức chế men chuyển/chen thụ thể angiotensin và chen beta giao cảm là các thuốc được khuyến cáo trên tất cả bệnh nhân trừ trường hợp chống chỉ định. Các thuốc ACEI/ARB và BB cần đạt được liều đích hoặc liều tối đa dung nạp để giảm tỷ lệ tử vong và nhập viện cho bệnh nhân[1,4].

Mặc dù vậy, các nghiên cứu thực tế cho thấy còn khoảng trống giữa khuyến cáo và thực hành [2,3]. Tỷ lệ bệnh nhân suy tim tâm thu được chỉ định ACEI/ARB, BB còn thấp. Bên cạnh đó, liều của ACEI/ARB và BB chưa đạt đến liều đích hoặc liều tối đa dung nạp.

Chương trình quản lý suy tim ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội đang quản lý một số lượng lớn bệnh nhân suy tim tâm thu. Tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào được thực hiện để tổng kết sử dụng thuốc trên đối tượng này. Vì vậy, nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu phân tích thực trạng kê đơn dựa trên bằng chứng ở các bệnh nhân suy tim tâm thu trong chương trình quản lý ngoại trú tại bệnh viện Tim Hà Nội.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn.** Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú tại cơ sở 1 – bệnh viện Tim Hà Nội; có phân suất tống máu dưới 40% trên siêu âm tim trước thời điểm

31/01/2018, tái khám hàng tháng theo lịch hẹn.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ.** Bệnh nhân tái khám muộn trên 10 ngày so với lịch hẹn của bác sĩ tại bất kì tháng nào trong năm 2018.

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Sau khi rà soát trên phần mềm quản lý ngoại trú, tổng cộng 134 bệnh nhân suy tim tâm thu được lựa chọn vào nghiên cứu. Thông tin về đặc điểm bệnh nhân, lâm sàng, cận lâm sàng và phác đồ điều trị tại các lần tái khám được thu thập dựa trên bệnh án ngoại trú của bệnh nhân.

### 2.3 Cơ sở đánh giá

**2.3.1 Chống chỉ định và liều đích của ACEI/ARB, BB.** Thông tin về chống chỉ định, liều đích và các lí do bệnh nhân không dung nạp liều đích của ACEI/ARB và BB được xác định dựa trên hướng dẫn điều trị suy tim của Bộ Y tế 2020 và Hội tim mạch học châu Âu 2016 [4].

**2.3.2 Tính tiếp nối điều trị.** Nhóm nghiên cứu so sánh lựa chọn thuốc của đơn kê tại thời điểm tái khám với đơn thuốc của tháng trước. Đơn kê được coi là tiếp nối điều trị nếu không có sự thay đổi về lựa chọn hoạt chất của các nhóm thuốc ACEI/ARB và BB.

**2.4 Xử lý số liệu.** Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0. Biến số định tính được mô tả dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Biến số định lượng được mô tả dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn đối với biến phân bố chuẩn và trung vị, khoảng tứ phân vị đối với biến phân bố không chuẩn.

Kiểm định Chi bình phương được sử dụng để so sánh tỷ lệ giữa 2 nhóm độc lập. Kết quả được coi có ý nghĩa thống kê nếu  $p < 0,05$ .

**2.5 Đạo đức trong nghiên cứu.** Đề cương nghiên cứu đã được Hội đồng khoa học, Bệnh viện Tim Hà Nội thông qua vào tháng 11 năm 2018.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm của bệnh nhân trong nghiên cứu

**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân trong nghiên cứu**

Đặc điểm	Số bệnh nhân (n,%) (N=134)
Tuổi (TB ± SD)	62,9 ± 10,2
<b>Giới tính</b>	
Nữ	63 (47,0)
Nam	71 (53,0)
<b>Bệnh mắc kèm</b>	
Tăng huyết áp	80 (59,7)
Bệnh cơ tim giãn	44 (32,8)
Bệnh mạch vành	42 (31,3)
Nhồi máu cơ tim	32 (23,9)

Độ tuổi trung bình của bệnh nhân là 62,9. Phân bố giới tính tương đối đồng đều trong mẫu nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ lớn bệnh nhân có bệnh tim thực thể như: bệnh cơ tim giãn, bệnh mạch vành, nhồi máu cơ tim.

**3.2. Phân tích lựa chọn thuốc ACEI/ARB và BB trên bệnh nhân suy tim tâm thu**

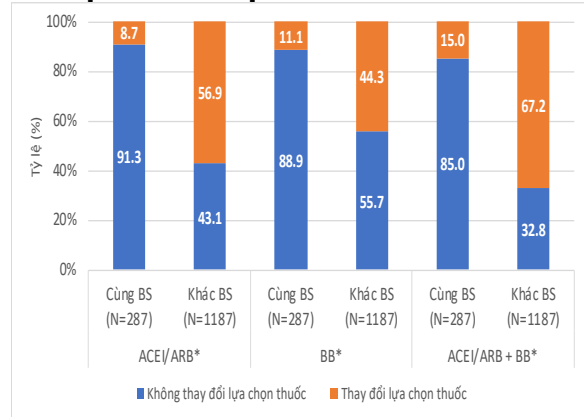
Tỷ lệ đơn kê có các thuốc ACEI/ARB và BB. Nhóm nghiên cứu đánh giá tỷ lệ đơn kê được phối ACEI/ARB và BB. Trong 12 tháng, tổng cộng 1608 lượt kê đơn trên 134 bệnh nhân trong nghiên cứu.

**Bảng 2. Tỷ lệ đơn kê có các thuốc ACEI/ARB, BB**

Thuốc	Số lượt kê đơn	Tỷ lệ (%) (N=1608)
<b>Phác đồ điều trị suy tim</b>		
ACEI/ARB + BB	1488	92,5
<b>Thuốc điều trị suy tim</b>		
ACEI/ARB	1560	97,0
BB	1536	95,5

Hầu hết lượt kê đơn có các thuốc được khuyến cáo trên bệnh nhân suy tim tâm thu. Tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn ACEI/ARB, BB lần lượt là 97,0% và 95,5%. Nhóm nghiên cứu ghi nhận 92,5% đơn kê có phối hợp ACEI/ARB và BB. Không có lượt kê đơn nào phối hợp ACEI và ARB.

**Phân tích ảnh hưởng của bác sĩ kê đơn tới tiếp nối điều trị**



**Hình 1. Ảnh hưởng của bác sĩ kê đơn tới tính tiếp nối điều trị (\*p < 0,001)**

Trong chương trình quản lý suy tim ngoại trú, bệnh nhân có thể bị thay đổi bác sĩ kê đơn ở các lần tái khám. Do đó, nhóm nghiên cứu phân tích ảnh hưởng của thay đổi bác sĩ kê đơn tới tính tiếp nối điều trị của ACEI/ARB và BB. Kiểm định Chi bình phương cho thấy tỷ lệ bệnh nhân thay đổi lựa chọn các thuốc ACEI/ARB, BB ở nhóm bệnh nhân được kê đơn bởi 1 bác sĩ thấp hơn so với nhóm bệnh nhân bị thay đổi bác sĩ kê đơn ở

các lần tái khám. Kết quả có ý nghĩa thống kê với p < 0,001.

**Tỷ lệ bệnh nhân tiếp nối điều trị ACEI/ARB và BB trong 12 tháng**

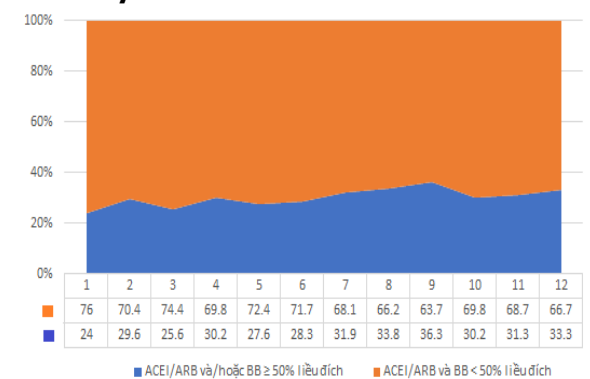
**Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân được tiếp nối cùng 1 thuốc ACEI/ARB, BB**

Thuốc	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%) (N=134)
<b>ACEI/ARB</b>	<b>23</b>	<b>17,2</b>
Lisinopril	8	6,0
Perindopril	6	4,5
Valsartan	8	6,0
Telmisartan	1	0,7
<b>BB</b>	<b>31</b>	<b>23,1</b>
Metoprolol	19	14,2
Bisoprolol	8	6,0
Nebivolol	4	3,0

Mặc dù hầu hết bệnh nhân được chỉ định thuốc trong nhóm ACEI/ARB, BB, tuy nhiên tỷ lệ bệnh nhân được tiếp nối lựa chọn 1 thuốc trong 12 tháng tương đối thấp. Tỷ lệ đơn kê tiếp nối điều trị trong 12 tháng của ACEI/ARB và BB chỉ là 17,2% và 23,1%.

**3.3. Phân tích liều các thuốc ACEI/ARB và BB trên bệnh nhân suy tim tâm thu**

**Tỷ lệ kê đơn thuốc đến liều đích ở bệnh nhân suy tim tâm thu**



**Hình 2. Tỷ lệ kê đơn đến liều đích trên bệnh nhân suy tim tâm thu**

Nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào được dùng ACEI/ARB hoặc BB đến liều đích. Mặc dù tỷ lệ kê đơn đến mức độ trung bình của liều đích của thuốc ở có xu hướng tăng theo thời gian. Tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi cho thấy khoảng 2/3 số lượt kê đơn cần cải thiện tuân thủ liều dựa trên bằng chứng.

**Lí do bệnh nhân không được tăng liều ACEI/ARB và BB.** Trong điều trị suy tim, bệnh nhân có thể không dung nạp liều đích các thuốc ACEI/ARB hoặc BB do tác dụng không mong muốn. Trên nhóm bệnh nhân sử dụng liên tục 1

thuốc ACEI/ARB, BB và không tăng liều, chúng tôi ghi nhận các lí do bệnh nhân không được

tăng liều các thuốc này. Kết quả được trình bày trong bảng 4

**Bảng 4. Lí do bệnh nhân không được tăng liều các thuốc điều trị suy tim**

Thuốc	Lí do (n,%)	K <sup>+</sup> > 5,0 mmol/L	Nhịp tim 50 - 70 nhịp/phút	Mệt mỏi, khó thở	Không rõ lí do
ACEI/ARB (N=17)		2 (11,7)	-	-	15 (88,3)
BB (N=25)		-	2 (8,0)	2 (8,0)	21 (84,0)

Tỷ lệ bệnh nhân không rõ lí do không được tăng liều ACEI/ARB và BB tương đối lớn, lần lượt là 88,3% và 84,0%. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ lớn bệnh nhân suy tim tâm thu chưa đạt liều tối đa dung nạp nhưng không được tăng liều ACEI/ARB, BB.

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Lựa chọn thuốc ACEI/ARB và BB trên bệnh nhân suy tim tâm thu.** Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy hầu hết bệnh nhân suy tim tâm thu đã được kê đơn 2 thuốc ACEI/ARB và BB (97,0% và 95,5%). Kết quả này cao hơn nhiều so với các nghiên cứu được thực hiện trước đây. Nghiên cứu TSOC – HFrEF trên 1509 bệnh nhân suy tim tâm thu tại Đài Loan cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định ACEI/ARB, BB sau 1 năm xuất viện chỉ là 57,7% và 66,2% [6]. Như vậy, việc quản lý bệnh nhân tại bệnh viện chuyên khoa tim mạch đã cải thiện rõ rệt tỷ lệ bệnh nhân được kê đơn các thuốc đã chứng minh hiệu quả trong điều trị suy tim

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ lớn bệnh nhân có thay đổi lựa chọn thuốc trong quá trình điều trị. Tại các thời điểm tái khám, gần một nửa đơn kê có thay đổi lựa chọn các thuốc ACEI/ARB và 1/3 đơn kê thay đổi lựa chọn BB. Trong nghiên cứu, chỉ có khoảng 20% lượt tái khám của bệnh nhân được kê đơn bởi cùng 1 bác sĩ. Thay đổi bác sĩ kê đơn làm giảm đáng kể tỷ lệ tiếp nối điều trị ( $p < 0,001$ ). Thay đổi các thuốc điều trị suy tim là một trong những nguyên nhân khiến tỷ lệ bệnh nhân sử dụng các thuốc với liều thấp hơn so với hướng dẫn điều trị do các nghiên cứu hiện nay chưa chứng minh được liều chuyển đổi tương đương giữa các thuốc nhóm ACEI/ARB, BB trong điều trị suy tim [4]. Việc thay đổi thuốc điều trị giữa các lần tái khám cũng là rào cản đối với tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân và có thể ảnh hưởng tới hiệu quả điều trị.

**4.2. Liều các thuốc ACEI/ARB và BB trên bệnh nhân suy tim tâm thu.** Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định ACEI/ARB và BB nhưng liều thuốc được kê trong đơn còn thấp so với liều đích theo khuyến cáo. Thực trạng này cũng được ghi nhận trong các nghiên cứu trước đó như IMPROVE-IT, QUALIFY [5,7]. Khoảng 2/3 lượt kê đơn ACEI/ARB, BB trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ dùng với liều  $\leq 50\%$  liều đích.

Nghiên cứu QUALIFY cho thấy tuân thủ trong kê đơn các thuốc ACEI/ARB và BB với liều đích dựa trên bằng chứng giúp bệnh nhân giảm tỷ lệ tử vong sau 6 tháng nhập viện [5].

Bên cạnh đó, tỷ lệ rất lớn bệnh nhân trong nghiên cứu cho thấy họ có thể dung nạp với mức liều cao hơn. Do đó, bác sĩ cần cân nhắc tăng liều các thuốc tới liều đích hoặc liều tối đa dung nạp để giảm tốt hơn nữa tỷ lệ nhập viện và tử vong do suy tim.

**4.3. Hạn chế của đề tài.** Nghiên cứu hồi cứu bệnh án ngoại trú do đó chưa khai thác được hết các tác dụng không mong muốn để xác định liều tối đa dung nạp. Đồng thời, nghiên cứu chưa ghi nhận các khó khăn khi bác sĩ kê đơn dựa trên bằng chứng, đặc biệt là lo ngại khi tăng liều ACEI/ARB và BB. Các nghiên cứu tiếp theo nên tiến hành trên quần thể bệnh nhân lớn hơn và thực hiện nghiên cứu định tính để phát hiện rào cản khi kê đơn thuốc dựa trên bằng chứng.

#### V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu được kê đơn các thuốc theo khuyến cáo nhưng tính tiếp nối trong kê đơn còn thấp. Có tỷ lệ lớn các bệnh nhân chưa được tăng đến liều tối đa dung nạp không rõ lý do. Nhóm nghiên cứu kiến nghị nên hạn chế thay đổi các thuốc trong cùng nhóm và nên tăng các thuốc ACEI/ARB và BB đến liều đích hoặc liều tối đa dung nạp để giảm nguy cơ tử vong và nhập viện do suy tim.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2020), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính.
2. Gheorghiadu M., Albert N. M., et al. (2012), "Medication dosing in outpatients with heart failure after implementation of a practice-based performance improvement intervention: findings from IMPROVE HF", *Congest Heart Fail*, 18(1), pp. 9-17.
3. Peters-Klimm Frank, Natanzon Iris, et al. (2012), "Barriers to guideline implementation and educational needs of general practitioners regarding heart failure: a qualitative study", *GMS Zeitschrift für Medizinische Ausbildung*, 29(3), pp. 46.
4. Ponikowski P., Voors A. A., et al. (2016),

"2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure", Eur J Heart Fail, 18(8), pp. 891-975

5. Komajda M., Cowie M. R., et al. (2017), "Physicians' guideline adherence is associated with better prognosis in outpatients with heart failure with reduced ejection fraction: the QUALIFY

international registry", Eur J Heart Fail, 19(11), pp. 1414-1423.

6. Chang H. Y., Wang C. C., et al. (2017), "Gap between guidelines and clinical practice in heart failure with reduced ejection fraction: Results from TSOE-HFrEF registry", J Chin Med Assoc, 80(12), pp. 750-757.

## ẢNH HƯỞNG CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA ĐẾN KÍCH THƯỚC VÀ CHỨC NĂNG NHĨ TRÁI Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI $\geq 40\%$

Vũ Thị Trang<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Bạch Yến<sup>2</sup>, Trịnh Việt Hà<sup>3</sup>,  
Phạm Tuấn Việt<sup>3</sup>, Lê Thanh Bình<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu quan sát mô tả loạt ca bệnh, có so sánh với nhóm chứng được thực hiện tại bệnh viện Bạch Mai trên 97 bệnh nhân bị suy tim có phân suất tổng máu thất trái  $\geq 40\%$  (có và không có hội chứng chuyển hóa) và 32 người thuộc nhóm chứng. Kết quả nghiên cứu ghi nhận: Các thông số siêu âm về thất trái, thất phải, chức năng tâm thu, chức năng tâm trương của các bệnh nhân có và không có HCCH tương đương nhau. Bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu  $\geq 40\%$  kèm HCCH thì chỉ số thể tích nhĩ trái tối thiểu có xu hướng lớn hơn những bệnh nhân không bị HCCH. Các phân suất làm rỗng nhĩ trái ở nhóm có HCCH thấp hơn nhóm không có HCCH. Chức năng dẫn máu, tổng máu và chứa máu của nhĩ trái có xu hướng thấp hơn ở nhóm có phân độ NYHA trầm trọng hơn. Khi thất trái càng giãn và càng dày, chỉ số đường kính nhĩ trái và các chỉ số thể tích nhĩ trái có xu hướng tăng lên. Có mối tương quan tuyến tính nghịch biến giữa chức năng chứa máu nhĩ trái với chỉ số khối cơ thể (BMI) theo phương trình:  $Y = -0.91 \cdot \text{BMI} + 78.91$ .

**Từ khóa:** kích thước – chức năng nhĩ trái, hội chứng chuyển hóa, suy tim phân suất tổng máu  $\geq 40\%$

### SUMMARY

#### EFFECTS OF THE TRANSFORMATION SYMPTOMS ON SMALL LEFT SIZE AND FUNCTION IN PATENTS WITH HEART FAILURE WITH LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION $\geq 40\%$

A descriptive observational study of a case series, with comparison with a control group, was performed at Bach Mai hospital on 97 patients with heart failure with left ventricular ejection fraction  $\geq 40\%$  (with and

without the syndrome) and 32 in the control group. Results: The ultrasound parameters of left ventricle, right ventricle, systolic function, diastolic function of patients with and without HCCH were similar. In patients with heart failure with an ejection fraction  $\geq 40\%$  with atrial fibrillation, the left atrial volume index tends to be greater than in patients without atrial fibrillation. The fractions of left atrial emptying in the group with HCCH were lower than in the group without HCCH. The function of blood flow, ejection, and blood storage of the left atrium tended to be lower in the group with more severe NYHA class. As the left ventricle is dilated and thickened, the left atrial diameter index and the left atrial volume index tend to increase. There is a negative linear correlation between left atrial blood storage function and body mass index (BMI) according to the equation:  $Y = -0.91 \cdot \text{BMI} + 78.91$ .

**Key words:** size – left atrial function, metabolic syndrome, heart failure ejection fraction  $\geq 40\%$

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim (ST) là hội chứng thường gặp trong lâm sàng, là hậu quả của nhiều bệnh lý tim mạch. Tình trạng suy tim có mối liên quan đáng kể với sự thay đổi kích thước và chức năng nhĩ trái (NT)<sup>(1)</sup>. Hội chứng chuyển hóa (HCCH)<sup>(2)</sup> là một nhóm các tình trạng bao gồm tăng huyết áp (THA), thừa mỡ quanh vòng eo, tăng lipid máu, ... Hội chứng chuyển hóa ảnh hưởng lớn đến cấu trúc và chức năng tim mạch, trong đó có kích thước và chức năng nhĩ trái<sup>(3)</sup>.

Các nghiên cứu chỉ ra rằng khi có hội chứng chuyển hóa, tình trạng biến đổi cấu trúc và chức năng nhĩ trái ở các bệnh nhân suy tim trở nên trầm trọng hơn. Chính vì vậy, chúng tôi đặt vấn đề nghiên cứu "Ảnh hưởng của hội chứng chuyển hóa đến kích thước và chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu thất trái  $\geq 40\%$  với 2 mục tiêu:

1. *Tìm hiểu đặc điểm kích thước, chức năng nhĩ trái ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng*

<sup>1</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp Hải Phòng,

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Tâm Anh

<sup>3</sup>Viện Tim mạch Việt Nam-Bệnh viện Bạch Mai.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Thị Trang

Email: vuthitrang.vthp@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.9.2021

Ngày phản biện khoa học: 3.11.2021

Ngày duyệt bài: 15.11.2021