

hiều. Chúng tôi nhận thấy số lượng hạch nạo vét được sẽ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: tuổi, giới tính, vị trí khối u, phương pháp phẫu thuật, giai đoạn bệnh, kỹ năng của phẫu thuật viên và quy trình giải phẫu bệnh.

Đánh giá chất lượng mô bệnh phẩm sau mổ, chúng tôi không ghi nhận trường hợp chất lượng mô bệnh phẩm kém (diện cắt đến lớp thanh cơ đại tràng). Chất lượng mô bệnh phẩm tốt là 38 trường hợp (76%), chất lượng trung bình là 12 trường hợp (24%). Việc đảm bảo độ nguyên vẹn của mạc treo có ý nghĩa tiên lượng lớn, theo nghiên cứu của West và cộng sự, nhóm có mạc treo đại tràng còn nguyên vẹn có tỷ lệ sống thêm 5 năm cao hơn 15% so với các nhóm còn lại [8]. Điều này một lần nữa khẳng định vai trò của kỹ thuật CME không chỉ giúp tối ưu hóa diện cắt mạc treo để thu được số lượng hạch tối đa mà còn đảm bảo tính nguyên khối của bệnh phẩm, từ đó nâng cao độ chính xác trong phân chia giai đoạn và tiên lượng sau mổ.

V. KẾT LUẬN

Dù cỡ mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế và chưa đánh giá được kết quả ung thư học dài hạn, nhưng bước đầu cho thấy phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm cắt toàn bộ mạc treo trong điều trị ung thư đại tràng trái là phương pháp an toàn, hiệu quả với tỷ lệ tai biến và biến chứng sớm thấp, thời gian nằm viện ngắn, đạt kết quả mô bệnh học tốt và đảm bảo tính triệt căn với 100% diện cắt R0. Do đó, có thể áp dụng hiệu quả trong thực hành lâm sàng tại các cơ sở có đủ điều kiện và kinh nghiệm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Minh Thảo, Đào Thị Minh Hà, Giáp Bạch Kim Tuyên và cộng sự (2023). Kết quả sơ bộ phẫu thuật nội soi cắt đại tràng kèm toàn bộ mạc treo trong điều trị bệnh lý ung thư đại tràng. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 163(2), 89-99.
2. Trần Văn Minh Tuấn, Lý Minh Hùng, Bùi Minh Tín và cộng sự (2022). Phẫu thuật nội soi cắt toàn bộ mạc treo đại tràng trong điều trị ung thư đại tràng trái. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 515(1), 275-279.
3. Bray F, Laversanne M, Sung H et al (2024). Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA: a cancer journal for clinicians*, 74(3), 229-263.
4. Hohenberger W, Weber K, Matzel K et al (2009). Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. *Colorectal Disease*, 11(4), 354-364.
5. National comprehensive cancer network Version (NCCN) (2022). Clinical Practical Guidelines in Oncology: Colon Cancer. *The Journal of the Medical Library Association*.
6. Negoii I, Hostiuc S, Negoii R.I et al (2017). Laparoscopic vs open complete mesocolic excision with central vascular ligation for colon cancer: A systematic review and meta-analysis. *World Journal of Gastrointestinal Oncology*, 9(12), 475.
7. Sarli L, Lusco D.R, Regina G et al (2006). Predicting Conversion to Open Surgery in Laparoscopic Left Hemicolectomy. *Surgery Laparoscopy Endoscopy & Percutaneous Techniques*, 16(4), 212-216.
8. West N.P, Morris E.J, Rotimi O et al (2008). Pathology grading of colon cancer surgical resection and its association with survival: a retrospective observational study. *The Lancet Oncology*, 9(9), 857-865.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG CÁC THUỐC ĐIỀU TRỊ NỀN TẢNG TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Thế Anh¹, Nguyễn Hồng Cường¹, Lê Thị Thắng¹, Hồ Thanh Thủy^{1,2}, Dương Quang Hiệp^{1,2}, Lê Văn Cường³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Trường đại học Y Hà Nội, phân hiệu Thanh Hóa

³Sở Y tế Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Dương Quang Hiệp

Email: Duongquanghieptm@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 9.3.2026

Mục tiêu: (1) Mô tả thực trạng bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm đang điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Đa khoa (BVĐK) tỉnh Thanh Hóa. (2) Đánh giá kết quả sử dụng các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tổng máu giảm tại phòng khám ngoại trú của BVĐK tỉnh Thanh Hóa. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang 1100 bệnh nhân suy tim trong đó có 50 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm đang điều trị ngoại trú từ

tháng 3/2025 đến 9/2025. **Kết quả:** Trong 1100 bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú: tỉ lệ NYHA II (46,1%), NYHA IV (6,6%), các bệnh lý đi kèm: bệnh động mạch vành (ĐMV) (54,6%), Tăng huyết áp (THA) (42,5%); trong 50 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm được điều trị bằng 4 thuốc nền tảng: Có 43 bệnh nhân có NYHA III (86%), NYHA I (0%) và NYHA IV 90%), EF trung bình $30,8 \pm 6,4$ (%), ProBNP trung bình $4364,1 \pm 548,1$ (pg/ml). Sau 3 tháng không còn bệnh nhân NYHA III, sau 6 tháng có 90% bệnh nhân NYHA I, chỉ số ProBNP và EF cải thiện ($p < 0,05$), không có ghi nhận tác dụng không mong muốn khi theo dõi trong 6 tháng. **Kết luận:** Sử dụng các thuốc nền tảng trong nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm trong nghiên cứu cho thấy cải thiện mức độ suy tim theo NYHA, chỉ số EF và nồng độ ProBNP huyết thanh, không ghi nhận các tác dụng phụ của thuốc trong quá trình nghiên cứu. **Từ khoá:** Suy tim phân suất tống máu giảm, các thuốc điều trị nền tảng, điều trị ngoại trú

ABSTRACT

DESCRIPTION OF THE CURRENT STATUS OF OUTPATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION (HFREF) AND EVALUATION OF THE USE OF FOUNDATIONAL THERAPIES IN HFREF OUTPATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Objectives: (1) Describe the characteristics of outpatients with heart failure with reduced ejection fraction (HFREF) treated at Thanh Hoa General Hospital. (2) Evaluate the outcomes of using foundational therapies in the treatment of HFREF at the outpatient clinic of Thanh Hoa General Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 1,100 heart failure patients, including 50 patients with HFREF treated as outpatients from March 2025 to September 2025. **Results:** the 1,100 heart failure outpatients: NYHA class II was 46.1%, NYHA class IV was 6.6%, coronary artery disease (54.6%), hypertension (42.5%). the 50 HFREF patients treated with the four pillars, NYHA class III (86%), no patients in NYHA class I or IV. The mean ejection fraction (EF) was $30.8 \pm 6.4\%$, the mean proBNP level was 4364.1 ± 548.1 pg/mL. After 3 months, no patients remained in NYHA class III; after 6 months, 90% of patients were classified as NYHA class I. Both EF and proBNP levels showed significant improvement over the 6-month follow-up period ($p < 0.05$). No adverse drug reactions were recorded during the study period. **Conclusion:** The four pillars therapies in patients with HFREF in this study resulted in significant improvements in NYHA functional class, EF, and serum proBNP levels, with no adverse effects reported during the study period. **Key words:** Heart failure (HF), Heart failure with reduced ejection fraction (HFREF), pillar drugs, out-patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo các khuyến cáo của Hội tim mạch Châu Âu (ESC 2023); Trường môn tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC 2022), Bộ Y tế Việt Nam (2022) khuyến cáo 4 thuốc nền tảng điều trị suy tim là: Ức chế hệ Neprilysin và Angiotensin (ARNI)/Ức chế men chuyển (UCMC)/Ức chế thụ thể Angiotensin II(UCTT); Ức chế đồng vận chuyển Natri – Glucose 2 (SGLT2); chẹn beta giao cảm; kháng thụ thể Aldosterone (MRA), cho thấy giảm được tỉ lệ tử vong chung, tử vong tim mạch, nhập viện do suy tim, cải thiện được chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm ($EF \leq 40\%$) [1], [2].

Hằng năm, bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hoá tiếp nhận và điều trị ngoại trú cho khoảng 4000-5000 bệnh nhân tim mạch trong đó số lượng bệnh nhân điều trị suy tim tại BVĐK tỉnh Thanh Hoá chiếm từ 40-50%. Tuy nhiên, chưa có một nghiên cứu hệ thống áp dụng phác đồ sử dụng bốn thuốc nền tảng điều trị suy tim phân suất tống máu giảm tại tỉnh Thanh Hoá. Do vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này với hai mục tiêu:

1. *Mô tả thực trạng bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm đang điều trị ngoại trú tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa.*

2. *Đánh giá kết quả sử dụng các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm tại phòng khám ngoại trú của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm ($EF \leq 40\%$) đang điều trị ngoại trú tại phòng khám tim mạch – BVĐK tỉnh Thanh Hoá

2.2. Thời gian nghiên cứu:

Từ tháng 3/2025 đến tháng 9/2025

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả cắt ngang, theo dõi dọc, so sánh trước và sau điều trị

Cỡ mẫu: 1100 Bệnh nhân

Phương pháp chọn mẫu

- Tiêu chuẩn lựa chọn:
 - Bệnh nhân trên 18 tuổi
 - Các bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm ($EF \leq 40\%$) đang điều trị ngoại trú tại phòng khám tim mạch – BVĐK tỉnh Thanh Hoá.
 - Bệnh nhân được sử dụng đầy đủ 4 thuốc điều trị nền tảng trong suốt quá trình nghiên cứu
 - Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu
- Tiêu chuẩn loại trừ

- Suy tim cấp
- Bệnh cơ tim chu sinh, Takotsubo
- Bệnh nhân thay tim hoặc mang thiết bị hỗ trợ thất trái.
- Bệnh nhân xơ gan Child-Pugh C/D
- Bệnh nhân suy thận với eGFR < 20 ml/ph/1,73 m² da

Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ

3.1. Thực trạng bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm đang điều trị ngoại trú tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa

Trong 03 phòng khám ngoại trú tim mạch chúng tôi có 1100 bệnh nhân điều trị suy tim trong 3325 bệnh nhân tim mạch được theo dõi ngoại trú, tỉ lệ bệnh nhân điều trị suy tim là 33,1%. Có 50 bệnh nhân tiếp tục được đưa vào nghiên cứu theo dõi dọc.

3.1.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm của nhóm suy tim

Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD$	65,4 ± 4,5
BMI	$\bar{x} \pm SD$	22,1 ± 3,2
Giới (nam)	%	87,5
EF ≤ 40%	%	57,8

Nhận xét: tuổi trung bình 65,4 ± 4,5, thấp nhất là 41 tuổi, cao nhất là 96 tuổi. Nam giới chiếm tỉ lệ cao (87,5%), tỉ lệ bệnh nhân EF < 40% là 57,8%

Bảng 3.2. Đặc điểm lâm sàng và bệnh lý đi kèm

	Tỉ lệ (%)	
Phân loại NYHA	NYHA I	12,6
	NYHA II	46,1
	NYHA III	34,7
	NYHA IV	6,6
Tăng huyết áp (THA)	42,5	
Đái tháo đường (ĐTĐ)	26,7	
Rối loạn chuyển hóa Lipid (RLCH)	32,6	
Bệnh ĐMV	54,6	
Suy thận mạn	11,2	
Bệnh lý van tim	20,4	

Nhận xét: NYHA II chiếm tỉ lệ cao nhất (46,1%), NYHA IV chiếm tỉ lệ 6,6%, các bệnh lý đi kèm nhiều nhất là bệnh ĐMV (54,6%), bệnh THA (42,5%).

3.1.2. Các thuốc điều trị

Bảng 3.3. Các thuốc điều trị

Thuốc điều trị	Tỉ lệ (%)
UCMC/UCTT	96,2
ARNI	13,1
Chẹn beta giao cảm	67,3

Thuốc điều trị	Tỉ lệ (%)
Lợi tiểu viên	89,4
Ức chế SGLT2	10,2
Kháng kết tập tiểu cầu	54,6
Thuốc chống đông đường uống	20,4

Nhận xét: Đa số các bệnh nhân điều trị có sử dụng thuốc UCMC/UCTT (tỉ lệ 96,2%), tỉ lệ được sử dụng thuốc nhóm ARNI và ức chế SGLTt2 chiếm tỉ lệ thấp nhất (tỉ lệ lần lượt là 13,1% và 10,2%)

3.2. Kết quả sử dụng các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm tại phòng khám ngoại trú của Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

Trong 57,8% bệnh nhân có EF < 40%, chúng tôi lựa chọn được 50 bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu sử dụng các thuốc nền tảng điều trị suy tim.

3.2.1. Đặc điểm chung

Bảng 3.4. Đặc điểm của nhóm bệnh nhân EF giảm

Tuổi (năm)	$\bar{x} \pm SD$	68,9 ± 12,4
Giới (nam)	%	74,0
BMI	$\bar{x} \pm SD$	21,0 ± 2,3
EF ≤ 40%	$\bar{x} \pm SD$	30,8 ± 6,4
Creatinin (μmol/l)	$\bar{x} \pm SD$	93,6 ± 25,2
ProBNP (pg/ml)	$\bar{x} \pm SD$	4364,1 ± 548,1

Nhận xét: Tuổi trung bình 68,9 ± 12,4, cao nhất là 96 tuổi, thấp nhất là 40 tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ cao (74,0%), tỉ lệ EF trung bình 30,8 ± 6,4 (%), ProBNP trung bình 4364,1 ± 548,1 (pg/ml).

Bảng 3.5. Các bệnh lý đi kèm của nhóm bệnh nhân EF giảm

	Tỉ lệ (%)	
Phân loại NYHA	NYHA I	0
	NYHA II	14
	NYHA III	86
	NYHA IV	0
THA	28,8	
ĐTĐ	18,4	
RLCH Lipid	10,3	
Bệnh ĐMV	38,0	
Suy thận mạn	6,0	
Bệnh lý van tim	5,4	
Số bệnh đi kèm trung bình	2,6 ± 1,0	

Nhận xét: Có 43 bệnh nhân có NYHA III (tỉ lệ 86%), không có bệnh nhân NYHA I và NYHA IV trong nghiên cứu, các bệnh lý đi kèm nhiều nhất là các bệnh lý ĐMV (38,0%), sau đấy đến bệnh lý THA (28,8%), trung bình 1 bệnh nhân có 2,6 ± 1,0 bệnh đi kèm, nhiều nhất là 6 bệnh lý đi kèm.

3.2.2. Các thuốc điều trị**Bảng 3.6. Các thuốc điều trị nền tảng ở nhóm bệnh nhân EF giảm**

Danh mục thuốc	Tỉ lệ (%)
ARNI	100
Chẹn beta	100
Ức chế SGLT2	100
Lợi tiểu kháng Aldosteron	100

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân EF giảm đều được sử dụng đầy đủ các thuốc nền tảng.

3.2.3. Kết quả theo dõi dọc 6 tháng**Bảng 3.7. Liều lượng thuốc điều trị nền tảng**

Thuốc	Bắt đầu điều trị	3 tháng	6 tháng	
ARNI (mg)	51,0 ± 0,1	103,0 ± 0,3	141,0 ± 0,4	
Chẹn beta giao cảm (mg)	Bisoprolol	2,3 ± 0,2	2,6 ± 0,1	2,9 ± 0,2
	Metoprolol Succinat	24,5 ± 0,1	27,4 ± 0,1	32,4 ± 0,3
Ức chế SGLT2 (mg)	10	10	10	
Lợi tiểu kháng Aldosteron (mg)	25,0 ± 0,1	29,2 ± 0,2	22,1 ± 0,1	

Nhận xét: Các thuốc điều trị nền tảng khởi đầu với liều thấp và tăng dần theo các tháng, đa số các thuốc trong nhóm ARNI được tối ưu hoá liều sau 6 tháng.

Bảng 3.8. Thay đổi NYHA

NYHA	Bắt đầu điều trị	3 tháng	6 tháng
NYHA I	0	21 (42%)	45 (90%)
NYHA II	7 (14,0%)	29 (58,0%)	5 (10%)
NYHA III	43 (86,0%)	0	0
NYHA IV	0	0	0

Nhận xét: Bắt đầu điều trị tỉ lệ bệnh nhân NYHA III chiếm tỉ lệ cao (86,0%) sau 3 tháng và 6 tháng điều trị không có bệnh nhân NYHA III, sau 6 tháng có 90% bệnh nhân NYHA I.

Bảng 3.9. Thay đổi các xét nghiệm cận lâm sàng

	Bắt đầu điều trị	3 tháng	6 tháng	p
Creatinin	93,6 ± 6,4	83,6 ± 3,6	97,3 ± 8,4	< 0,001
ProBNP	4364,1 ± 775,2	1724,1 ± 623,3	883,9 ± 483,7	0,003
EF	30,1 ± 6,4	46,7 ± 10,2	52,6 ± 7,2	< 0,001

Nhận xét: Chỉ số ProBNP và EF cải thiện khi theo dõi dọc trong 06 tháng (p < 0,05), không có biến đổi về chỉ số Creatinin

Bảng 3.10. Tỉ lệ tái nhập viện và tử vong

	Bắt đầu điều trị	3 tháng	6 tháng
Tái nhập viện	0	0	1
Tử vong	0	0	0

Nhận xét: Có 01 trường hợp tái nhập viện trong vòng 6 tháng do đợt cấp suy tim, không có trường hợp nào tử vong trong thời gian theo dõi.

3.2.4. Các tác dụng không mong muốn**Bảng 3.11. Tỉ lệ tác dụng không mong muốn**

Tác dụng không mong muốn	n (%)
Hạ HA	0
Tăng Kali máu	0
Ho khan	0
Phù mạch	0
Nhịp tim chậm	0
Nhiễm trùng sinh dục	0

Nhận xét: Trong 50 bệnh nhân không có ghi nhận tác dụng không mong muốn khi theo dõi trong 6 tháng.

IV. BÀN LUẬN**4.1. Thực trạng bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm đang điều trị ngoại trú tại BVĐK tỉnh Thanh Hóa**

Trong tổng số 3325 bệnh nhân tim mạch được theo dõi ngoại trú, có 1100 bệnh nhân điều trị suy tim, chiếm tỷ lệ 33,1%, tuổi trung bình 65,4 ± 4,5, thấp nhất là 41 tuổi, cao nhất là 96 tuổi, nam giới chiếm tỉ lệ cao 87,5%, độ tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Mai Thị Huyền (2025) là 64,97 ± 14,37 (năm); Nam giới chiếm tỷ lệ cao (87,5%), chỉ số BMI trung bình là 22,1 ± 3,2 [3]. Điều này phù hợp với các nghiên cứu quốc tế, như hướng dẫn ESC 2021, cho thấy suy tim phân suất tống máu giảm thường gặp ở người lớn tuổi, đặc biệt nam giới do tỷ lệ bệnh mạch vành cao hơn [2].

Trong toàn bộ nhóm nghiên cứu, NYHA II chiếm cao nhất (46,1%), trong khi nhóm EF ≤ 40% có 86% ở NYHA III, phản ánh mức độ suy tim nặng hơn, tương tự nghiên cứu của Trương Phi Hùng và cs (2025) tỉ lệ bệnh nhân suy tim theo dõi ngoại trú NYHA II cũng chiếm tỉ lệ cao nhất (59,7%), tỉ lệ bệnh nhân NYHA III là 17,3% [4].

Các thuốc điều trị cho thấy (Bảng 3.4) tỷ lệ sử dụng thuốc UCMC/UCTT cao (96,2%) và thuốc lợi tiểu viên (89,4%), phản ánh việc tuân thủ các liệu pháp trong điều trị suy tim theo các khuyến cáo trước đây. Thuốc chẹn beta được sử dụng ở 67,3% bệnh nhân, mức độ trung bình so với khuyến cáo của các hướng dẫn [2]. Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng thuốc ARNI (13,1%) và thuốc ức chế SGLT2 (10,2%) rất thấp, trong một số nghiên cứu tại Việt Nam gần đây cũng cho kết quả tương tự như nghiên cứu của chúng tôi, phản ánh trung thực thực trạng điều trị suy tim

tại Việt Nam, như nghiên cứu của Trương Phi Hùng (2025) tỉ lệ bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy được sử dụng thuốc ARNI chiếm tỉ lệ thấp (33,3%) [4].

4.2. Đánh giá kết quả sử dụng các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm

Nghiên cứu theo dõi dọc 50 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm được điều trị đầy đủ các thuốc nền tảng theo khuyến cáo của ESC 2021 [2] và VNHA 2022 [5] chúng tôi ghi nhận một số điểm nổi bật như sau:

Các nhóm thuốc nền tảng đã được khởi trị liều thấp và tăng dần theo thời gian. Thuốc SGLT2i chỉ có một liều điều trị đích duy nhất nên tất cả bệnh nhân đều đạt liều tối ưu theo khuyến cáo; trong khi đó các nhóm thuốc còn lại đa phần đạt quanh 50% liều tối ưu. Sau 6 tháng, liều ARNI trung bình đạt được $141,0 \pm 0,4$ mg xu hướng nâng dần liều theo thời gian điều trị nhưng chưa đạt được liều tối ưu là 200 mgx2 lần/ngày, nguyên nhân có thể do thể trạng và tài chính tốt hơn. Đối với nhóm thuốc chẹn beta giao cảm, liều Metoprolol và Bisoprolol đạt được gần giống như so với thử nghiệm MERIT- HF [6] nghiên cứu với thuốc Metoprolol và CIBIS – II [7] nghiên cứu với thuốc Bisoprolol.

Nghiên cứu cho thấy sự cải thiện rõ rệt về triệu chứng lâm sàng theo phân độ NYHA, sau 6 tháng điều trị đầy đủ các thuốc nền tảng không còn bệnh nhân có biểu hiện lâm sàng nặng NYHA III trong khi đó 90% đạt được mức NYHA I.

Sau 6 tháng điều trị với các thuốc nền tảng, NT – ProBNP giảm từ $4364,1 \pm 775,2$ pg/ml xuống $883,9 \pm 483,7$ pg/ml có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$; EF cải thiện rõ từ $30,1 \pm 6,4$ % lên $52,6 \pm 7,2$ % có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều trị ngoại trú dựa trên sự thay đổi NT- ProBNP đã được chứng minh cho thấy có liên quan đến việc giảm nguy cơ tử vong và nhập viện do suy tim [8].

Những tác dụng không mong muốn như làm nặng lên tình trạng suy thận, hạ huyết áp, tăng kali máu, ho khan, phù mạch, nhịp tim chậm hay nhiễm khuẩn tiết niệu không có ghi nhận trong nhóm nghiên cứu trong vòng 6 tháng. Điều này khác biệt hơn so với nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Trần Đại Cường [9] và nghiên cứu ASIAN – HF [10]. Tuy nhiên, có sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn các nghiên cứu khác và thời gian theo dõi ngắn hơn. Nghiên cứu cũng không ghi nhận trường hợp tử vong và chỉ có một bệnh nhân phải nhập viện sau 6 tháng, như vậy cũng thêm

dữ kiện ủng hộ cho tính an toàn và hiệu quả trong điều trị các thuốc nền tảng.

V. KẾT LUẬN

Suy tim là bệnh lý phổ biến trong thực hành lâm sàng, trong nghiên cứu này tỷ lệ suy tim chiếm 33,7% các bệnh nhân được theo dõi ngoại trú. Trong số đó có 57.7% là suy tim có EF giảm. Tuổi trung bình $65,4 \pm 4,5$ (năm), các bệnh lý kèm theo: ĐMV (54,6%), THA (42,5%) RLCH Lipid (32,6%); ĐTĐ (26,7%).

Bệnh nhân điều trị có sử dụng thuốc UCMC/UCTT (tỉ lệ 96,2%), tỉ lệ được sử dụng thuốc nhóm ARNI là 13,1% và thuốc ức chế SGLT2 tỉ lệ 10,2%.

Trong 50 bệnh nhân có $EF \leq 40\%$ được sử dụng 4 thuốc điều trị nền tảng và theo dõi, có 43 bệnh nhân có NYHA III (86%), không có bệnh nhân NYHA I và NYHA IV, tỉ lệ EF trung bình $30,8 \pm 6,4$ (%), ProBNP trung bình $4364,1 \pm 548,1$ (pg/ml).

Sau 3 tháng điều trị các thuốc nền tảng không có bệnh nhân NYHA III, sau 6 tháng có 90% bệnh nhân NYHA I, chỉ số ProBNP và EF cải thiện khi theo dõi dọc trong 06 tháng ($p < 0,05$), không có biến đổi về chỉ số Creatinin.

Trong 50 bệnh nhân không có ghi nhận tác dụng không mong muốn khi theo dõi trong 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Heidenreich P.A., Bozkurt B., Aguilar D. và cộng sự. (2022). 2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. *Circulation*, **145**(18), e895–e1032.
2. McDonagh T.A., Metra M., Adamo M. và cộng sự. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*, **44**(37), 3627–3639.
3. Mai, T. H., Nguyễn, N. Q., Trần, T. N. A., Phạm, T. T. H., Trình, T. T. H., & Trương, T. B. (2025). Thực trạng chất lượng cuộc sống của người bệnh suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai năm 2023 và một số yếu tố liên quan. *Tạp Chí Tim mạch học Việt Nam*, (113). <https://doi.org/10.58354/jvc.113.2025.897>.
4. Trương Phi H. và Trần Đình H. (2025). Khảo sát tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân suy tim mạn tại phòng khám suy tim, khoa nội tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **549**(2).
5. Phạm Nguyễn Vinh, Phạm Mạnh Hùng, Khuyến cáo của Hội tim mạch Quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. 2022.

6. (1999). **Effect of metoprolol CR/XL in chronic heart failure:** Metoprolol CR/XL Randomised Intervention Trial in Congestive Heart Failure (MERIT-HF). *Lancet Lond Engl*, **353(9169)**, 2001–2007.
7. (1999). **The Cardiac Insufficiency Bisoprolol Study II (CIBIS-II):** a randomised trial. *Lancet Lond Engl*, **353(9146)**, 9–13.
8. **De Vecchis R., Esposito C., Di Biase G. và cộng sự. (2014).** B-type natriuretic peptide-guided versus symptom-guided therapy in outpatients with chronic heart failure: a systematic review with meta-analysis. *J Cardiovasc Med Hagerstown Md*, **15(2)**, 122–134.
9. **Trần Đ.C., Phạm D.L., và Hoàng V.S. (2024).** Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tổng máu khác nhau. *Tạp Chí Học Việt Nam*, **534(1B)**.
10. **MacDonald M.R., Tay W.T., Teng T.-H.K. và cộng sự. (2020).** Regional Variation of Mortality in Heart Failure With Reduced and Preserved Ejection Fraction Across Asia: Outcomes in the ASIAN-HF Registry. *J Am Heart Assoc*, **9(1)**, e012199.

ỨNG DỤNG QUAN SÁT CHUYỂN ĐỘNG NHÃN CẦU (VNG) VÀ BÀI KIỂM TRA LẮC ĐẦU CÓ GHI HÌNH (vHIT) TRONG CHẨN ĐOÁN NGUYÊN NHÂN CHÓNG MẶT TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Đoàn Văn Anh Vũ¹, Huỳnh Đăng Lộc¹, Huỳnh Thị Như Ý¹, Phan Xuân Uy Hùng¹, Nguyễn Minh Đức², Hoàng Tiến Trọng Nghĩa¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm trên hệ thống quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG) và bài kiểm tra lắc đầu có ghi hình (vHIT) ở các nguyên nhân chóng mặt khác nhau, từ đó làm rõ giá trị phân biệt của các khảo sát này. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 người bệnh chóng mặt tại Bệnh viện Quân y 175 từ tháng 7/2024 đến tháng 10/2025. Người bệnh được thăm khám lâm sàng, đánh giá bằng hệ thống VNG (VisualEyes 525) và vHIT (Eyesecam). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 46.92 ± 12.25 , tỷ lệ nam giới chiếm 50.7%. Chóng mặt tư thế kịch phát lành tính (BPPV) là nguyên nhân thường gặp nhất (45%), tiếp theo là bệnh thần kinh tiền đình một bên (31.51%) và các nguyên nhân khác (23.21%). Phân tích đặc điểm chức năng tiền đình cho thấy: Nhóm BPPV (n=33) đặc trưng bởi 100% dương tính với nghiệm pháp tư thế trên VNG. Trên vHIT, VOR gain trung bình được bảo tồn (1.10 ± 0.15) và không ghi nhận saccade. Nhóm bệnh thần kinh tiền đình một bên (n=23) thể hiện sự suy giảm chức năng nghiêm trọng trên cả hai hệ thống. Caloric test có tỷ lệ bất thường cao (91.3%). Trên vHIT, VOR gain giảm rõ rệt (0.62 ± 0.28) và tỷ lệ xuất hiện saccade rất cao (21/23 trường hợp, chiếm 91.3%). Nhóm Meniere (n=12) ghi nhận sự phân ly rõ rệt giữa hai phương pháp. Tỷ lệ bất thường trên caloric test rất cao (91.67%), trong khi tỷ lệ giảm VOR gain trên vHIT thấp (16.67%). **Kết luận:** Sự kết hợp giữa VNG và vHIT giúp nhận diện các kiểu hình tổn thương đặc trưng. Trong khi VNG ưu thế trong chẩn đoán BPPV và phát hiện tổn thương tần số thấp, vHIT có giá trị cao trong định lượng tổn thương tần số cao

và phát hiện saccade bù trừ. **Từ khóa:** quan sát chuyển động nhãn cầu (VNG), bài kiểm tra lắc đầu có ghi hình (vHIT), chóng mặt.

ABSTRACT

APPLICATION OF VIDEONYSTAGMOGRAPHY (VNG) AND VIDEO HEAD IMPULSE TEST (vHIT) IN THE ETIOLOGICAL DIAGNOSIS OF VERTIGO AT MILITARY HOSPITAL 175

Objective: To describe the characteristics of Videonystagmography (VNG) and Video Head Impulse Test (vHIT) across different etiologies of vertigo, thereby clarifying the differential diagnostic value of combining these assessments. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 73 patients presenting with vertigo at Military Hospital 175 from July 2024 to October 2025. All patients underwent clinical examination and vestibular function assessment using VNG and vHIT systems. **Results:** The mean age of the study population was 46.92 ± 12.25 years, with males accounting for 50.7%. Benign Paroxysmal Positional Vertigo (BPPV) was the most common cause (45%), followed by unilateral vestibulopathy (31.51%) and other causes (23.21%). Vestibular function analysis revealed distinct patterns: BPPV Group (n=33) characterized by 100% positive positional maneuvers on VNG. On vHIT, the mean VOR gain was preserved (1.10 ± 0.15) with no recorded saccades. Unilateral Vestibulopathy Group (n=23) showed severe functional impairment on both systems. The Caloric test revealed a high abnormality rate (91.3%). On vHIT, the mean lateral VOR gain was significantly reduced (0.62 ± 0.28), and the prevalence of compensatory saccades was very high (91.3%). Meniere's Disease Group (n=12) demonstrated a clear dissociation between the two methods. While the abnormality rate on the Caloric test was very high (91.67%), the rate of reduced VOR

¹Khoa Nội Thần Kinh, Bệnh Viện Quân Y 175

²Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Văn Anh Vũ

Email: wayneanhvu@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

Ngày duyệt bài: 10.3.2026