

kết quả PHCN chung theo Sander đạt trung bình và kém trong nghiên cứu của chúng tôi cũng là những trường hợp có hạn chế vận động gấp gối đã bàn luận ở trên, việc vận động khớp gối hạn chế kéo theo nhiều hệ quả về kết quả phục hồi chức năng chung của khớp gối, ảnh hưởng lớn tới đời sống, sinh hoạt và công việc của bệnh nhân. Do đó, việc cải thiện tâm vận động, PHCN khớp gối sau phẫu thuật kết xương gãy đầu dưới xương đùi là rất quan trọng.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi tại bệnh viện Bãi Cháy cho thấy rằng phẫu thuật kết hợp xương bằng nẹp khóa cho gãy đầu dưới xương đùi là lựa chọn hiệu quả cho gãy kín đầu dưới xương đùi loại A, C đặc biệt các trường hợp gãy phức tạp nhiều mảnh rời, gãy xương ở người cao tuổi có thừa xương, loãng xương. Các BN đạt kết quả phục hồi giải phẫu và chức năng khớp gối tốt sau 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **S. M.** (2001). "Distal femoral fractures: current treatment, results and problems," *Injury*, p. 32 Suppl 3:SC3-S13, 2001.
2. **W. K. Kolmert L** (1982). "Epidemiology and treatment of distal femoral fractures in adults," *Acta Orthop Scand*, p. 53:957-962, 1982.
3. **Dang K H** (2019). "Outcomes of distal femur fractures treated with the Synthes 4.5 mm VA-LCP Curved Condylar Plate," *Int Orthop*, pp. 1709-1714, 2019.
4. **Martinet O** (2000). "The epidemiology of fractures of the distal femur," *Injury*, pp. C62-63, 2000.
5. **Saini R A** (2018). "Functional outcome of distal femoral fractures treated with DF-LCP [Distal femur locking compression plate]," *International Journal of Orthopaedics Sciences*, pp. 439-444, 2018.
6. **Trần Chí Khôi** (2014). "Điều trị gãy đầu dưới xương đùi bằng nẹp vít khóa với kĩ thuật ít xâm lấn," Luận Văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2014.
7. **Hoàng Ngọc Minh** (2020). "Nghiên cứu khả năng cố định ổ gãy trên thực nghiệm và kết quả điều trị gãy kín đầu dưới xương đùi người lớn bằng nẹp khóa," Luận án Tiến sĩ y học, Học Viên Quân Y, 2020.

KHẢO SÁT ĐIỀU TRỊ SUY TIM THEO KHUYẾN CÁO CỦA HỘI TIM CHÂU ÂU 2021 Ở CÁC MỨC PHÂN SUẤT TỔNG MÁU KHÁC NHAU

Trần Đại Cường^{1,2}, Phạm Dương Lành³, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Điều trị nội khoa bệnh nhân suy tim với các mức phân suất tổng máu khác nhau đã được cập nhật nhiều hơn trong các hướng dẫn quản lý suy tim gần đây. Tuy nhiên, tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim trên các phân nhóm với phân suất tổng máu khác nhau, đặc biệt là nhóm thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i). **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân được điều trị các thuốc nền tảng theo khuyến cáo của Hội tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tổng máu khác nhau. **Đối tượng:** Những bệnh nhân suy tim được chẩn đoán tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 342 bệnh nhân suy tim có độ tuổi trung vị là 65 (54-72), tỉ lệ Nam giới ưu thế (55,0%). Tỉ lệ phân nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm,

EF giảm nhẹ và EF bảo tồn lần lượt là 70,8%, 13,2% và 16,1%. Bệnh đi kèm thường gặp nhất là bệnh mạch vành (79,8%), tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường típ 2 (32,2%). Bệnh mạch vành ưu thế ở nhóm suy tim EF giảm và rung nhĩ ưu thế ở nhóm suy tim EF bảo tồn ($p < 0,05$). Trong phân nhóm suy tim EF giảm, tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone (RAAS), kháng Aldosterone (MRA), chẹn beta và SGLT2i lần lượt là 83,9%, 74,8%, 52,1% và 37,6%. Trong đó có 19,8% bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng đầy đủ 4 nhóm thuốc nền tảng và 93,8% bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 trong 4 nhóm thuốc nền tảng. Tỉ lệ sử dụng ARNI (38,8%) trong suy tim EF giảm là cao hơn ACEI và ARBs. Trong phân nhóm suy tim EF giảm nhẹ, nhóm thuốc ức chế hệ RAAS được sử dụng nhiều nhất (82,2%), nhóm SGLT2i được dùng thấp nhất (20,0%). Trong phân nhóm suy tim EF bảo tồn, nhóm thuốc ức chế hệ RAAS và MRA được dùng nhiều nhất (54,6%), nhóm SGLT2i được sử dụng thấp nhất (10,9%). **Kết luận:** Tỉ lệ bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng đầy đủ 4 thuốc nền tảng còn thấp. Nhóm thuốc ức chế hệ RAAS được sử dụng nhiều nhất ở các phân nhóm suy tim, trong khi tỉ lệ sử dụng SGLT2i còn thấp ở các phân nhóm. **Từ khóa:** suy tim, thuốc điều trị theo khuyến cáo.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

³Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

SUMMARY

HEART FAILURE MANAGEMENT ACCORDING TO EUROPEAN SOCIETY OF CARDIOLOGY'S 2021 GUIDELINE ON VARIOUS LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION LEVELS

Introduction: The medical therapy of heart failure in patients with different levels of ejection fraction has been more extensively updated in recent heart failure management guidelines. However, in Vietnam, there have not been many studies examining the usage rates of heart failure treatment drug classes in subgroups with different ejection fractions, especially the sodium-glucose co-transporter 2 inhibitor (SGLT2i) drug class. **Objective:** To identify the proportion of patient treated with heart failure treatment drug classes according to the European Society of Cardiology's 2021 guideline on different levels of ejection fraction. **Subjects:** Patients diagnosed with heart failure at the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital from January 2022 to December 2022. **Study design:** Cross-sectional retrospective study description. **Results:** The study observed 342 heart failure patients with a median age of 65 (range 54-72), with a male predominance (55.0%). The distribution of heart failure patients into reduced ejection fraction (EF), mildly reduced EF, and preserved EF was 70.8%, 13.2%, and 16.1%, respectively. The most common comorbidities were coronary artery disease (79.8%), hypertension (46.2%), and type 2 diabetes mellitus (32.2%). Coronary artery disease was predominant in the heart failure with reduced EF group, while atrial fibrillation was prevalent in the heart failure with preserved EF group ($p < 0.05$). In the heart failure with reduced EF subgroup, the proportion of patients treated with Renin-Angiotensin-Aldosterone System (RAAS) inhibitors, mineralocorticoid receptor antagonists (MRA), beta-blockers, and sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors (SGLT2i) was 83.9%, 74.8%, 52.1%, and 37.6%, respectively. Notably, only 19.8% of patients were using all four main drug classes, while 93.8% were using at least one of the four main drugs. The usage of angiotensin receptor neprilysin inhibitor (ARNI) (38.8%) was higher in heart failure with reduced EF compared to angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEI) and angiotensin receptor blockers (ARBs). In the heart failure with mildly reduced EF subgroup, RAAS inhibitors were most frequently used (82.2%), with SGLT2i being the least utilized (20.0%). In the heart failure with preserved EF subgroup, RAAS inhibitors and MRA were the most commonly used (54.6%), while SGLT2i had the lowest usage (10.9%). **Conclusion:** The proportion of heart failure patients with reduced ejection fraction using all four main drug classes is still low. The class of drugs inhibiting the Renin-Angiotensin-Aldosterone System (RAAS) is most commonly used across the heart failure subgroups, while the usage rate of sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors (SGLT2i) remains low in these subgroups. **Keywords:** Heart failure, recommended pharmacological treatments.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một vấn đề sức khỏe cộng đồng. Ước tính có khoảng hơn 60 triệu người trên thế giới mắc suy tim và đây cũng là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở bệnh nhân trên 65 tuổi và tỉ lệ tử vong trong vòng 5 năm được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm lên đến 50%.¹ Dù có một số khác biệt về bệnh sinh, biểu hiện lâm sàng, tuy nhiên tử vong ở các nhóm suy tim vẫn còn cao, đặc biệt là sau biến cố nhập viện, và các phân nhóm suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ và bảo tồn cũng ngày càng được quan tâm.

Ngày nay, với một số nhóm thuốc mới, đã được nghiên cứu và cho thấy cải thiện về tiên lượng cũng như chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim. Trong một phân tích gộp của nhóm tác giả Vaduganathan M đăng trên tạp chí Lancet cho thấy việc điều trị tích cực với 4 nhóm thuốc ARNI, chẹn beta, MRA và SGLT2i cho thấy giảm tỉ lệ tử vong và nhập viện do suy tim 38%, giảm tử vong tim mạch 50% và tử vong do mọi nguyên nhân 53% so với nhóm điều trị ACEi/ARB và chẹn beta.² Chính vì vậy, việc tối ưu hoá điều trị suy tim nên được tiến hành sớm để bệnh nhân có thể đạt được lợi ích cao nhất và nên được đánh giá và bổ sung các nhóm thuốc này ngay từ khi bệnh nhân còn nằm viện hoặc ngay trước khi xuất viện.

Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng các thuốc nền tảng này trong các nghiên cứu vẫn còn nhiều khác biệt, đặc biệt là các nhóm thuốc như chẹn beta, lợi tiểu kháng aldosterone. Trong nghiên cứu CHAMP-HF (2019),³ CHECK-HF (2019)⁴ và ASIAN-HF (2018)⁵ tiến hành tại Hoa Kỳ, châu Âu và châu Á trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm cho thấy tỉ lệ sử dụng nhóm ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone là 62,2 – 84%, trong đó nhóm sử dụng ARNI ở nghiên cứu CHAMP-HF chỉ 12,8%, sử dụng kháng Aldosterone chỉ 31,5%, sử dụng chẹn beta là 82,7%. Điều này cho thấy thực tế ở các nước phát triển, việc sử dụng các nhóm thuốc theo khuyến cáo, nhất là các nhóm thuốc mới vẫn chưa cao. Tại Việt Nam, hiện vẫn chưa có nhiều nghiên cứu khảo sát thuốc điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tống máu khác nhau.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu hồi cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng

thời gian từ tháng 01 năm 2022 đến tháng 12 năm 2022. Nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim theo khuyến cáo Hội tim châu Âu 2021. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm các đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới tính), đặc điểm lâm sàng (hình thức nhập viện, bảo hiểm y tế) và đặc điểm điều trị (thuốc điều trị suy tim, tên thuốc, liều lượng).

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim dựa trên hướng dẫn chẩn đoán suy tim của Hội Tim châu Âu 2021 và hồ sơ bệnh án có chẩn đoán xuất viện là suy tim với mã ICD10 là I50.

Tiêu chuẩn loại trừ: gồm một các tiêu chí sau (1) Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin nghiên cứu, (2) Phụ nữ mang thai

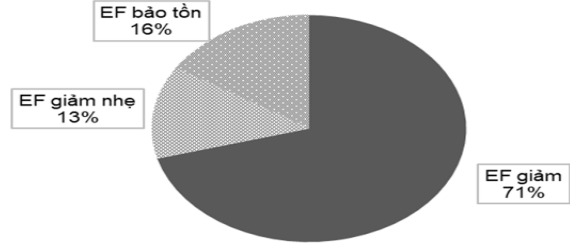
Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Biến số nghiên cứu. Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới tính), đặc điểm lâm sàng (hình thức nhập viện, tiền căn bệnh lý, tình trạng bảo hiểm y tế), đặc điểm sử dụng các thuốc nền tảng suy tim lúc xuất viện gồm nhóm thuốc ức chế hệ RAAS, MRA, chẹn beta và SGLT2i.

Xử lý thống kê. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình \pm độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). Các biến chỉ danh và thứ hạng được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann-Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến chỉ danh bằng phép kiểm Chi bình phương (X^2) hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận 342 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Trong đó, phân nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm chiếm ưu thế (70,8%) (Biểu đồ 1)



Biểu đồ 2. Tỷ lệ phân nhóm suy tim lúc xuất viện (n=342)

Đặc điểm chung dân số nghiên cứu và bệnh lý đi kèm được trình bày trong **Bảng 1** và **Bảng 2**. Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung vị là 65 (54-72) với ưu thế nam giới (55,0%). Đa số hình thức nhập viện là bệnh viện khác chuyển đến (65,5%) và có tham gia bảo hiểm y tế (94,4%). Bệnh lý đi kèm có tần suất cao nhất là bệnh mạch vành (79,8%), tiếp theo là tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường típ 2 (32,2%). Trong đó bệnh mạch vành chiếm tỉ lệ cao ở nhóm suy tim EF giảm, rung nhĩ chiếm tỉ lệ cao ở nhóm suy tim EF bảo tồn.

Bảng 1. Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (N=342)
Tuổi, trung vị (khoảng tứ phân vị)	65 (54-72)
Giới tính	
Nam giới, n (%)	188 (55,0)
Nữ giới, n (%)	154 (45,0)
Hình thức nhập viện	
Từ phòng khám, n (%)	8 (2,3)
Tự đến cấp cứu, n (%)	110 (32,2)
Bệnh viện khác chuyển đến, n (%)	224 (65,5)
Bảo hiểm y tế	
Có, n (%)	323 (94,4)
Không, n (%)	19 (5,6)

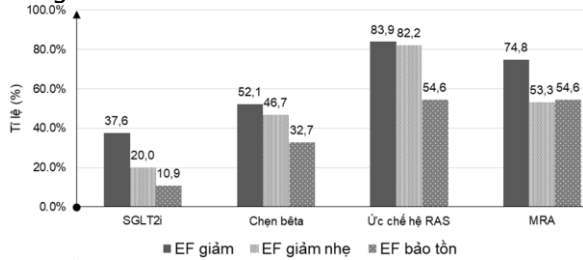
Bảng 2. Đặc điểm bệnh đi kèm trong nghiên cứu

Bệnh đồng mắc	Dân số chung N=342	EF giảm N=242	EF giảm nhẹ N=45	EF bảo tồn N=55	Giá trị p
Bệnh mạch vành, n (%)	273 (79,8)	212 (87,6)	35 (77,8)	26 (47,3)	<0,001^b
Tăng huyết áp, n (%)	158 (46,2)	115 (47,5)	18 (40,0)	25 (45,5)	0,645 ^b
Đái tháo đường, n (%)	110 (32,2)	85 (35,1)	13 (28,9)	12 (21,8)	0,143 ^b
RL lipid máu, n (%)	33 (9,6)	21 (8,7)	5 (11,1)	7 (12,7)	0,616 ^b
Bệnh thận mạn, n (%)	72 (21,1)	56 (23,1)	9 (20,0)	7 (12,7)	0,228 ^b
Rung nhĩ, n (%)	64 (18,7)	36 (14,9)	9 (20,0)	19 (34,6)	0,003^p
Hen, n (%)	1 (0,3)	1 (0,4)	0 (0,0)	0 (0,0)	0,813 ^b

COPD, n (%)	9 (2,6)	4 (1,7)	1 (2,2)	4 (7,3)	0,062 ^b
Đột quy, n (%)	5 (1,5)	4 (1,7)	0 (0,0)	1 (1,8)	0,678 ^b

^b Phép kiểm χ^2

Đặc điểm thuốc điều trị nền tảng trên bệnh nhân suy tim với các phân suất tổng máu khác nhau. Tỷ lệ sử dụng các thuốc nền tảng trên bệnh nhân suy tim được trình bày trong Biểu đồ 2.



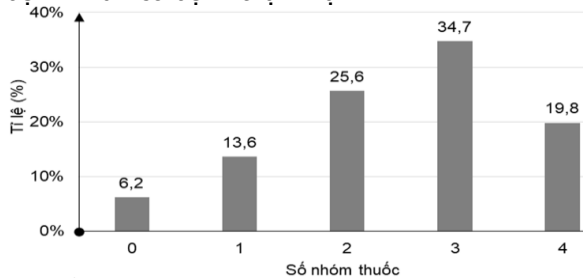
Biểu đồ 2. Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trên bệnh nhân suy tim với các phân suất tổng máu khác nhau (N=342)

Trong nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm (N=242), nhóm thuốc ức chế hệ RAS có tỷ lệ dùng cao nhất với 83,9%, tiếp theo là MRA với 74,8%. Nhóm SGLT2i có tỷ lệ dùng thấp nhất với 37,6%.

Trong nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ (N=45) và EF bảo tồn (N=55), nhóm thuốc ức chế hệ RAS cũng có tỷ lệ dùng cao nhất với tỷ lệ lần lượt là 82,2% và 54,6%, nhóm thuốc SGLT2i có tỷ lệ thấp nhất với tỷ lệ lần lượt là 20,0% và 10,9%.

Trong nhóm bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ, có 9 bệnh nhân được sử dụng SGLT2i, trong đó 9 bệnh nhân đều có đái tháo đường típ 2 và chỉ 1 bệnh nhân có bệnh thận mạn.

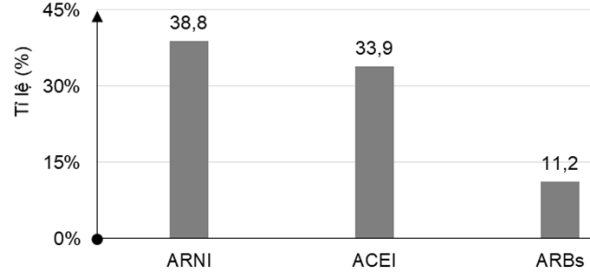
Trong nhóm bệnh nhân suy tim EF bảo tồn, có 6 bệnh nhân được sử dụng SGLT2i, trong đó 5 bệnh nhân có đái tháo đường típ 2 và chỉ 1 bệnh nhân có bệnh thận mạn.



Biểu đồ 3. Số nhóm thuốc trong 4 thuốc nền tảng trên bệnh nhân suy tim EF giảm (N=242)

Đa số bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng 3 nhóm thuốc nền tảng (34,7%), 19,8% được sử dụng đầy đủ 4 nhóm thuốc và 93,8% bệnh nhân được sử dụng ít nhất 1 trong 4 nhóm thuốc nền tảng. (Biểu đồ 3). Có 94 bệnh nhân

được sử dụng ARNI chiếm 38,8%, cao hơn nhóm ACEI và ARBs. (Biểu đồ 4)



Biểu đồ 4. Tỷ lệ các thuốc ức chế hệ RAS trong dân số suy tim EF giảm (N=242)

IV. BÀN LUẬN

Trong khoảng thời gian hồi cứu từ tháng 01/2022 đến tháng 12/2022 tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi ghi nhận 342 bệnh nhân suy tim thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Độ tuổi trung vị là 65 (54-72) trong đó tỷ lệ giới tính Nam chiếm ưu thế với 55,0%. Tỷ lệ bệnh nhân suy tim EF giảm, EF giảm nhẹ và EF bảo tồn lần lượt là 70,8%, 13,2% và 16,1%.

Bệnh lý đi kèm thường gặp nhất trong nghiên cứu là bệnh mạch vành (79,8%), tăng huyết áp (46,2%) và đái tháo đường (32,2%). Bệnh mạch vành và rung nhĩ là 2 bệnh đồng mắc có liên quan đến thể suy tim ($p < 0,05$) với bệnh mạch vành có tỷ lệ cao trong nhóm suy tim EF giảm và rung nhĩ có tỷ lệ cao trong nhóm suy tim EF bảo tồn. Kết quả này tương tự trong nghiên cứu số bộ SwedeHF⁶ khi đều cho thấy bệnh nhân suy tim EF giảm có tỷ lệ bệnh mạch vành cao hơn, trong khi bệnh nhân suy tim EF bảo tồn có tỷ lệ rung nhĩ cao hơn.

Trong 242 bệnh nhân suy tim EF giảm lúc xuất viện, nhóm thuốc ức chế hệ RAAS có tỷ lệ sử dụng cao nhất với 83,9%, kết quả cũng tương đồng với Nguyễn Ngọc Thanh Vân⁷ năm 2021 là 86,5%, Thái Trường Nhà⁸ năm 2022 là 93,6%. Tương đồng với các nghiên cứu lớn như CHECK HF⁴ (84%) và cao hơn nghiên cứu CHAMP HF³ (62,2%), ASIAN-HF⁵ (77%). Tỷ lệ sử dụng thuốc MRA trong các nghiên cứu tại Việt Nam của chúng tôi (74,8%), Nguyễn Ngọc Thanh Vân⁷ (71,2%), Thái Trường Nhà⁸ (77,6%) là cao hơn các nghiên cứu trên thế giới với CHAMP-HF³ (33,4%), CHECK-HF³ (56%) và ASIAN-HF⁵ (58%). Tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn beta của chúng tôi là 52,1% cao hơn tác giả Thái Trường Nhà⁸ (30,4%), và thấp hơn nhiều so với

Nguyễn Ngọc Thanh Vân⁷ (65,2%) và CHAMP-HF³ (67%), CHECK-HF³ (86%) và ASIAN-HF⁵ (79%). Điều này có thể do dân số nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Thái Trường Nhà là bệnh nhân suy tim EF giảm nội trú được xuất viện, trong khi các nghiên cứu còn lại là nghiên cứu trên bệnh nhân suy tim ngoại trú.

Trong nhóm suy tim EF giảm, có 94 bệnh nhân được sử dụng ARNI (38,8%), 82 bệnh nhân được sử dụng thuốc ACEI (33,9%) và 27 bệnh nhân được sử dụng ARBs (11,2%). Tỷ lệ sử dụng ARNI của chúng tôi là cao hơn với tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân⁷ và cộng sự (2021) là 4,6%, tác giả Thái Trường Nhà và cộng sự⁸ (2022) là 2,4%, nghiên cứu CHAMP HF⁴ (2018) là 12,8%. Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể do khác nhau về năm thực hiện nghiên cứu và địa điểm lấy mẫu. Dữ liệu hồi cứu trong nghiên cứu là trong năm 2022, là thời điểm đã có nhiều khuyến cáo nhấn mạnh vai trò của ARNI trong quản lý suy tim EF giảm, ngoài ra Bệnh viện Chợ Rẫy là trung tâm tim mạch lớn nên việc sẵn có thuốc ARNI trong bệnh viện sẽ tăng tỷ lệ sử dụng nhiều hơn. Tác giả Thái Trường Nhà nhận thấy tỷ lệ ARNI thấp (2,4%) có thể do các yếu tố sau ARNI chưa được bảo hiểm Y tế chi trả, việc kê toa cũng hạn chế và còn tùy thuộc vào điện kinh tế của bệnh nhân.

Đối với nhóm thuốc mới SGLT2i, tỷ lệ sử dụng trong nghiên cứu là 37,6%, cao hơn tác giả Pierce và cộng sự⁹ (2023) nghiên cứu 489 bệnh viện tại Hoa Kỳ (20%). Tuy nhiên tác giả Pierce nhận thấy có sự khác biệt rõ giữa các bệnh viện khác nhau với gần 75% bệnh viện có tỷ lệ sử dụng SGLT2i xuất viện dưới 25%. Tuy nhiên kết quả chúng tôi thấp hơn tác giả Thái Trường Nhà với 61,6%. Sự khác biệt có thể đến từ khác nhau trong phương pháp nghiên cứu, dân số nghiên cứu với chúng tôi là nghiên cứu hồi cứu trên hồ sơ bệnh án, còn tác giả Thái Trường Nhà là cắt ngang tiến cứu.

Ngoài ra, trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 19,8% bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm lúc xuất viện được sử dụng 4 nhóm thuốc nền tảng trong suy tim cao hơn tác giả Thái Trường Nhà⁸ tại An Giang (15,2%). Tiếp cận mới trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm với chiến lược sử dụng càng nhiều thuốc nền tảng càng tốt, liều thấp của nhiều thuốc nền tảng hơn là đạt đích của ít thuốc và việc phối hợp thuốc sớm ngay khi bệnh nhân suy tim ổn định và cần tối ưu hóa theo từng cá thể bệnh nhân. Tuy nhiên vẫn còn nhiều yếu tố ảnh hưởng đến việc sử dụng 4 nhóm thuốc nền tảng

như tình trạng tuổi cao, suy thận, bệnh đồng mắc hen, COPD, rối loạn điện giải.

Trong 45 bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ, thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế hệ RAS với 82,2%, sau đó là MRA với 53,3% và chẹn β với 46,7% và nhóm thuốc mới SGLT2i thấp nhất với 20,0%. Chúng tôi nhận thấy, tỷ lệ thuốc ức chế hệ RAS khá tương đồng với nhóm suy tim EF giảm, tuy nhiên các tỷ lệ nhóm thuốc khác đều thấp hơn đáng kể. Điều này cũng dễ hiểu vì vai trò của các thuốc nền tảng trong suy tim EF giảm chưa có bằng chứng mạnh trên nhóm suy tim EF giảm nhẹ. SGLT2i được sử dụng trong 9 bệnh nhân suy tim EF giảm nhẹ, trong đó tất cả đều có đái tháo đường.

Trong 55 bệnh nhân suy tim EF bảo tồn, thuốc được sử dụng nhiều nhất là nhóm ức chế hệ RAS và MRA đều có tỷ lệ 54,6%, chẹn β là 32,7% và nhóm thuốc mới SGLT2i là 10,9%. Tỷ lệ thuốc ức chế hệ RAS và MRA thấp hơn nhiều so với dân số suy tim EF giảm, điều này cũng dễ hiểu vì vai trò 2 nhóm thuốc này trên dân số suy tim EF bảo tồn không mạnh. Nhóm SGLT2i được dùng ở 6 bệnh nhân suy tim EF bảo tồn, trong đó 5 bệnh nhân có đái tháo đường. Qua tỷ lệ sử dụng SGLT2i trong dân số suy tim EF giảm nhẹ và EF bảo tồn, chúng tôi nhận thấy SGLT2i vẫn chưa được sử dụng theo cách tiếp cận theo hướng bảo vệ tim mạch mà vẫn đang tiếp cận tập trung vào kiểm soát đường huyết.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân suy tim EF giảm được sử dụng đầy đủ 4 thuốc nền tảng còn thấp. Nhóm thuốc ức chế hệ RAAS được sử dụng nhiều nhất ở các phân nhóm suy tim, trong khi tỷ lệ sử dụng SGLT2i còn thấp ở các phân nhóm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *Revista espanola de cardiologia (English ed)*. Jun 2022;75(6):523. doi:10.1016/j.rec.2022.05.005
2. **Vaduganathan M, Fonarow GC, Greene SJ, et al.** Contemporary Treatment Patterns and Clinical Outcomes of Comorbid Diabetes Mellitus and HFrEF: The CHAMP-HF Registry. *JACC Heart failure*. Jun 2020;8(6): 469-480. doi:10.1016/j.jchf.2019.12.015
3. **Greene SJ, Butler J, Albert NM, et al.** Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry. *Journal of the*

- American College of Cardiology. Jul 24 2018; 72(4): 351-366. doi:10.1016/ j.jacc.2018. 04.070
4. **Brunner-La Rocca HP, Linszen GC, Smeele FJ, et al.** Contemporary Drug Treatment of Chronic Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHECK-HF Registry. JACC Heart failure. Jan 2019;7(1):13-21. doi:10.1016/ j.jchf. 2018.10.010
 5. **Teng TK, Tromp J, Tay WT, et al.** Prescribing patterns of evidence-based heart failure pharmacotherapy and outcomes in the ASIAN-HF registry: a cohort study. The Lancet Global health. Sep 2018;6(9):e1008-e1018. doi:10.1016/s2214-109x (18)30306-1
 6. **Koh AS, Tay WT, Teng THK, et al.** A comprehensive population-based characterization of heart failure with mid-range ejection fraction. European journal of heart failure. 2017/12/01 2017;19(12):1624-1634. doi:https://doi.org/10.1002/ejhf.945
 7. **Nguyễn Ngọc Thanh Vân, Nguyễn Đình Quốc Anh, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa.** Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Âu 2016. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):35-41.
 8. **Thái Trường Nhà, Trần Trọng Quốc Trường, Điều Thanh Hùng.** Khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm tại bệnh viện tim mạch An Giang. Bệnh viện tim mạch An Giang. http://benhvientimmachangiang.vn/DesktopModules/NEWS/DinhKem/1494_16.-TMLH--Ks-Sd-thuoc-DT-suy-tim-PS-tong-mau-giam.pdf
 9. **Pierce JB, Vaduganathan M, Fonarow GC, et al.** Contemporary Use of Sodium-Glucose Cotransporter-2 Inhibitor Therapy Among Patients Hospitalized for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction in the US: The Get With The Guidelines–Heart Failure Registry. JAMA Cardiology. 2023;8(7): 652-661. doi:10.1001/jamacardio.2023.1266

TÁC DỤNG HỖ TRỢ ĐIỀU TRỊ BIẾN CHỨNG THẦN KINH NGOẠI VI CỦA THỰC PHẨM BẢO VỆ SỨC KHỎE VƯƠNG ĐƯỜNG KHANG TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2

Vũ Minh Hoàn¹, Nguyễn Thị Thanh Tú²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá hiệu quả hỗ trợ điều trị biến chứng thần kinh ngoại vi của thực phẩm bảo vệ sức khỏe Vương Đường Khang trên bệnh nhân đái tháo đường typ 2. **Phương pháp:** Can thiệp lâm sàng mở, so sánh trước và sau điều trị. 50 bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có biến chứng thần kinh ngoại vi được uống Vương Đường Khang và thuốc hạ glucose máu. **Kết quả:** sau 90 ngày điều trị, nhóm nghiên cứu đạt 70% hiệu quả tốt, 16% hiệu quả khá, 10% hiệu quả trung bình và 4% hiệu quả kém. **Kết luận:** Thực phẩm bảo vệ sức khỏe Vương Đường Khang có tác dụng hỗ trợ cải thiện các triệu chứng của biến chứng thần kinh ngoại vi trên người bệnh đái tháo đường typ2. **Từ khóa:** Đái tháo đường typ 2, Biến chứng thần kinh ngoại vi, Vương Đường Khang

SUMMARY

EFFECTS OF SUPPORTIVE IN TREATING OF PERIPHERAL NERVE DAMAGE DUE TO TYPE 2 DIABETES PATIENTS OF VUONG DUONG KHANG FUNCTIONAL FOODS

¹Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Minh Hoàn

Email: hoandnc.yhcthn@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.12.2023

Ngày duyệt bài: 8.01.2024

Objectives: Evaluate the effectiveness in supporting the treatment of peripheral nerve damage due to type 2 diabetes by Vuong Duong Khang functional foods. **Methods:** Clinical intervention study, comparing results of before and after treatments. Fifty patients with peripheral nerve damage due to type 2 diabetes were treated by Vuong Duong Khang functional foods and blood glucose-lowering drugs. **Results:** After 90 days, the study group had 70% of good results, 16% of rather good results, 10% of average results and 4% of poor results. **Conclusion:** Vuong Duong Khang functional foods had improve peripheral nerve damage due to type 2 diabetes.

Keywords: Type 2 diabetes, Peripheral nerve damage, Vuong Duong Khang.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường (ĐTĐ) là bệnh rối loạn chuyển hoá đặc trưng bằng tình trạng tăng đường huyết mạn tính phối hợp với rối loạn chuyển hóa carbohydrat, lipid và protein [1]. Bệnh ĐTĐ nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời có thể gây ra nhiều biến chứng. Trong các biến chứng của bệnh ĐTĐ, biến chứng thần kinh ngoại vi (TKNV) là một biến chứng phổ biến. Biến chứng TKNV không chỉ mang lại gánh nặng bệnh tật mà còn làm giảm chất lượng cuộc sống của người bệnh. Tại Vương quốc Anh, nghiên cứu về sự phổ biến của bệnh thần kinh ngoại vi do ĐTĐ trên 6487 bệnh nhân ĐTĐ thì tỷ