

SURVEY OF HEART FAILURE TREATMENT STATUS ACCORDING TO VIETNAM HEART ASSOCIATION GUIDELINES AT TRUNG VƯƠNG HOSPITAL

Tran Thanh Tuan*, Phan Tan Tai

Department of Cardiology, Trung Vuong Hospital - 266 Ly Thuong Kiet, Dien Hong Ward, Ho Chi Minh City, Vietnam

Received: 27/12/2025

Revised: 09/01/2026; Accepted: 23/02/2026

ABSTRACT

Objective: To determine the adherence to the Vietnam Heart Association's heart failure treatment guidelines at Trung Vương Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 heart failure with reduced ejection fraction outpatients. Logistic and linear regression analyses were utilized to identify factors associated with left ventricular ejection fraction classification and the total number of foundational medication classes prescribe.

Results: High prescription rates were recorded for foundational classes: renin-angiotensin system inhibitors (92.4%), SGLT2 inhibitors (90.7%), mineralocorticoid receptor antagonists (84.8%), and beta-blockers (82.4%). Notably, 61.3% of patients achieved the “four-pillar” combination therapy. SGLT2 inhibitors achieved an optimal target dose rate of 89,9%. Conversely, target dose achievement for ACEi/ARB/ARNI, beta-blockers, and MRAs remained below 1%. Chronic kidney disease was the only statistically significant barrier reducing the number of combined medication classes ($B = -0.670$; $p < 0.001$).

Conclusion: Trung Vuong Hospital has achieved success in implementing early multi-therapy for heart failure patients, highlighting the advantages of SGLT2i in patients with smaller body habitus. However, the low rate of target dose achievement for conventional therapies necessitates individualized titration strategies.

Keywords: Heart failure with reduced ejection fraction, renin-angiotensin system inhibitors, SGLT2 inhibitors, aldosterone antagonist diuretics, beta-blockers.

*Corresponding author

Email: bstranthantuan@gmail.com Phone: (+84) 983984893 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4367

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ SUY TIM THEO KHUYẾN CÁO HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM TẠI BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG

Trần Thanh Tuấn*, Phan Tấn Tài

Khoa Tim Mạch, Bệnh viện Trưng Vương - 266 Lý Thường Kiệt, P. Diên Hồng, Tp. Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận: 27/12/2025

Ngày sửa: 09/01/2026; Ngày đăng: 23/02/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định việc điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam tại Bệnh viện Trưng Vương.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân suy tim điều trị ngoại trú. Phân tích hồi quy logistic và hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến phân loại EF và tổng số nhóm thuốc sử dụng.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân được tiếp cận với các nhóm thuốc trụ cột ở mức rất cao: ức chế hệ renin (92,4%), ức chế SGLT2 (90,7%), kháng aldosterone (84,8%) và chẹn beta (82,4%). Có 61,3% bệnh nhân đạt chuẩn phối hợp “tứ trụ”. Nhóm SGLT2i đạt tỷ lệ liều đích tối ưu (89,9%). Ngược lại, các nhóm ACEi/ARB/ARNI, chẹn beta và MRA có tỷ lệ đạt liều đích dưới 1%. Bệnh thận mạn là yếu tố cản trở duy nhất có ý nghĩa thống kê làm giảm số lượng nhóm thuốc phối hợp ($B = -0,670$; $p < 0,001$).

Kết luận: Bệnh viện Trưng Vương đã đạt được thành công trong việc triển khai đa trị liệu sớm cho bệnh nhân suy tim, đặc biệt là ưu thế của SGLT2i trên bệnh nhân thể trạng nhỏ. Tuy nhiên, tỷ lệ đạt liều đích các thuốc truyền thống còn thấp, đòi hỏi chiến lược chỉnh liều cá thể hóa.

Từ khóa: Suy tim phân suất tống máu giảm, thuốc ức chế hệ renin-angiotensin, thuốc ức chế SGLT2i, thuốc lợi tiểu kháng aldosteron, thuốc ức chế beta.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim hiện ảnh hưởng đến khoảng 1,6 triệu người dân Việt Nam với tỷ lệ tái nhập viện và tử vong cao. Nhằm tối ưu hóa việc sử dụng 4 nhóm thuốc nền tảng theo khuyến cáo mới của Hội Tim mạch Việt Nam (2022) [8], chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Trưng Vương để khảo sát thực trạng điều trị nội khoa và những thách thức tồn đọng. Kết quả nghiên cứu sẽ là căn cứ thực tiễn để nâng cao chất lượng quản lý bệnh nhân và định hướng cho các nghiên cứu tiếp theo.

Mục tiêu nghiên cứu:

Xác định việc tuân thủ phác đồ điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam tại Bệnh viện Trưng Vương.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm ($EF \leq 40\%$), điều trị tại Khoa Khám bệnh của Bệnh viện Trưng Vương, thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 7-12 năm 2025.

- Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân suy tim cấp cần nhập viện, bệnh nhân có chống chỉ định tuyệt đối với các nhóm thuốc (có thai, cho con bú, xơ gan mất bù, suy thận giai

đoạn V, suy thận cấp), bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Với các tiêu chí trên, trong thời gian từ tháng 7-12 năm 2025 chúng tôi thu thập được 119 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả tiến cứu.

- Phương pháp lấy mẫu: chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện (lấy tất cả bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ đến hết thời gian nghiên cứu).

- Thu thập số liệu: hỏi bệnh, khám bệnh và thu thập dữ liệu từ hồ sơ; xác định số loại thuốc, liều dùng từng loại thuốc.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu

Nhập số liệu bằng phần mềm Excel, phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định lượng được tính trung bình, độ lệch chuẩn, kiểm định bằng T-test. Các biến định tính được tính tỷ lệ % và kiểm định bằng phép kiểm χ^2 . Mỗi tương quan được kiểm định bằng hồi quy đơn biến và đa biến. Các thống kê y học có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức trong nghiên cứu

*Tác giả liên hệ

Email: bstranhanhluan@gmail.com Điện thoại: (+84) 983984893 DOI: 10.52163/yhc.v67i2.4367

Nghiên cứu này được tiến hành sau khi được sự chấp thuận và thông qua của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Trưng Vương (văn bản số 844/BVTV-HĐĐĐ).

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân nam chiếm ưu thế hơn nữ (72,27% so với 27,73%); tuổi trung bình là 64,1 ± 11,0 tuổi, trong đó bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỉ lệ 72,3%; BMI trung bình là 22,4 ± 3,3 (kg/m²) (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu (n = 119)

Đặc điểm		n	%
Tuổi trung bình (tuổi)		64,1 ± 11,0	
Nhóm tuổi	18-40 tuổi	4	3,4
	41-59 tuổi	29	24,4
	≥ 60 tuổi	86	72,3
	$\bar{X} \pm SD$ (tuổi)	64,1 ± 11,0	
Giới	Nữ	33	27,73
	Nam	86	72,27
BMI (kg/m ²)		22,4 ± 3,3	

Bảng 2. Phân loại nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm theo giới (n = 119)

Nhóm suy tim	Giới		Tổng	Chi-square	Hiệu chỉnh	p
	Nam	Nữ				
EF giảm vừa	53 (44,6%)	23 (19,3%)	76 (63,9%)	0,673	0,369	0,412
EF giảm nặng	33 (27,7%)	10 (8,4%)	43 (36,1%)			0,544

Bảng 3. Tần suất bệnh đi kèm ở đối tượng nghiên cứu (n = 119)

Bệnh	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	111	93,3
Bệnh mạch vành	97	81,5
Đái tháo đường type 2	54	45,4
Bệnh thận mạn	23	19,3
Rối loạn mỡ máu	112	94,1
Rung nhĩ	30	25,2
Hen/COPD	2	1,7

Trong dân số nghiên cứu, rối loạn mỡ máu là bệnh đồng mắc thường gặp nhất, với tỷ lệ 94,1% dân số; tiếp theo là tăng huyết áp và bệnh mạch vành với tỷ lệ lần lượt là 93,3% và 81,5%. Đái tháo đường là bệnh đồng mắc đứng hàng thứ tư với tỷ lệ là 45,4% (Bảng 3).

Nghiên cứu ghi nhận có 110/119 bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế hệ renin-angiotensin (ACEI/ARB/ARNI), chiếm tỉ lệ cao nhất với 92,4%; tiếp đến là thuốc ức chế SGLT2i (Sodium-Glucose Cotransporter-2 inhibitors) với tỷ lệ 90,7%. Thuốc lợi tiểu kháng aldosteron (MRA) và ức chế beta (BB) chiếm vị trí tiếp theo với tỷ lệ lần lượt là 84,8% và 82,4%. Trong từng nhóm thuốc nền điều trị nền tảng, chỉ có nhóm SGLT2i đạt liều đích theo khuyến cáo với tỷ lệ 89,9%. Các thuốc còn lại bao gồm thuốc ức chế hệ renin-angiotensin, thuốc lợi tiểu kháng aldosteron và ức chế beta gần như đều không đạt liều đích (tỷ lệ đạt liều đích dưới 1%) (Bảng 4).

Bảng 4. Đặc điểm sử dụng 4 nhóm thuốc điều trị nền tảng (n = 119)

Thuốc	Có dùng		Không dùng
	Đạt liều đích	Không đạt	
ACEI/ARB/ARNI	1 (0,8%)	109 (91,6%)	9 (7,6%)
BB	0	98 (82,4%)	21 (17,6%)
MRA	1 (0,8%)	100 (84,0%)	18 (15,1%)
SGLT2i	107 (89,9%)	1 (0,8%)	11 (9,2%)

Bệnh nhân có phân suất tổng máu giảm vừa nhiều hơn bệnh nhân có phân suất tổng máu giảm nặng, chiếm 63,9%. Giới tính không ảnh hưởng đến độ nặng của suy tim (Bảng 2).

Bảng 5. Số lượng nhóm thuốc điều trị nền tảng được sử dụng (n = 119)

Số lượng thuốc dùng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
1 thuốc	3	2,5
2 thuốc	8	6,7
3 thuốc	35	29,4
4 thuốc	73	61,3

Trong 119 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận có 73 bệnh nhân được sử dụng đủ 4 nhóm thuốc điều trị nền tảng theo khuyến cáo, chiếm tỷ lệ cao nhất với 61,3%. Bệnh nhân được sử dụng 3 nhóm thuốc đứng vị trí tiếp theo với 35 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 29,4% (Bảng 5).

Bảng 6. Hồi quy đa biến - ảnh hưởng của các yếu tố dân số, bệnh nền lên việc sử dụng thuốc

Yếu tố	Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa (B)	Sai số chuẩn (Std. Error)	Hệ số hồi quy chuẩn hóa (beta)	p	KTC 95% của B
Giới tính	-0,172	0,156	-0,105	0,272	[-0,482; 0,137]
Nhóm tuổi	-0,015	0,136	-0,011	0,910	[-0,286; 0,255]
Thể trạng	0,000	0,070	0,000	0,997	[-0,139; 0,38]
Tăng huyết áp	-0,070	0,275	-0,024	0,801	[-0,616; 0,476]
Bệnh mạch vành	0,037	0,197	0,020	0,852	[-0,354; 0,428]
Đái tháo đường	0,070	0,143	0,048	0,623	[-0,212; 0,353]
Bệnh thận mạn	-0,670	0,175	-0,361	0,000	[-1,016; -0,321]
Rối loạn mỡ máu	0,078	0,290	0,025	0,787	[-0,496; 0,652]
Rung nhĩ	-0,104	0,169	-0,062	0,539	[-0,440; 0,231]
Hen/COPD	0,383	0,518	0,067	0,462	[-0,644; 1,409]

Bảng 7. Hồi quy đơn biến - ảnh hưởng của bệnh thận mạn lên việc sử dụng thuốc

Đặc điểm	Hệ số hồi quy chưa chuẩn hóa (B)	Sai số chuẩn (Std. Error)	Hệ số hồi quy chuẩn hóa (beta)	p	KTC 95% của B
Bệnh thận mạn	-0,615	0,162	-0,332	< 0,001	[-0,935; -0,294]

Kết quả hồi quy đa biến cho thấy các bệnh đi kèm như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, rung nhĩ và hen/COPD cũng như giới tính, nhóm tuổi, thể trạng của bệnh nhân không ảnh hưởng đến số nhóm thuốc được sử dụng.

Kết quả hồi quy đa biến và đơn biến cho thấy tình trạng bệnh thận mạn là yếu tố dự báo có ý nghĩa cho số lượng thuốc điều trị ($p < 0,001$). Với hệ số hồi quy $B = -0,615$, nghiên cứu ghi nhận xu hướng giảm số lượng nhóm thuốc được sử dụng rõ rệt ở nhóm bệnh nhân này.

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là $64,1 \pm 11,0$ tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 35 tuổi và cao tuổi nhất là 88 tuổi. Khi chia phân nhóm tuổi, nhóm người cao tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất với 72,3%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lê Minh Trí ($63,4 \pm 13,92$ tuổi) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,471$) [4]. Trong nghiên cứu của Lê Minh Trí, nhóm người cao tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất, với tỷ lệ 64,44%.

Bảng 8. Bệnh đồng mắc trong các nghiên cứu suy tim

Nghiên cứu				
Tăng huyết áp	Bệnh mạch vành	Đái tháo đường	Bệnh thận mạn	Rung nhĩ
Của chúng tôi				
93,3%	81,5%	45,4%	19,3%	25,2%
Lê Minh Trí [4]				
65,19%	60%	34,07%	28,89%	-

Nghiên cứu				
Tăng huyết áp	Bệnh mạch vành	Đái tháo đường	Bệnh thận mạn	Rung nhĩ
Nguyễn Ngọc Thanh Vân [6]				
65,23%	65,2%	23,5%	26,5%	3,3%
Nghiên cứu CHAMP-HF [2]				
93%	79%	38%	33%	42%
Nghiên cứu CHECK-HF [3]				
65%	59%	25%	45%	50%
Nghiên cứu PHARM-HF [7]				
61,7%	79,8%	33,3%	30%	25%

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp là 93,3% và bệnh mạch vành là 81,5%. So với các nghiên cứu trong nước của Lê Minh Trí [4] (tăng huyết áp 65,19%; bệnh mạch vành 60%) và Nguyễn Ngọc Thanh Vân [6] (tăng huyết áp 65,23%; bệnh mạch vành 65,2%), các tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt. Thậm chí, tỷ lệ này còn tương đương hoặc vượt qua các nghiên cứu quốc tế lớn như CHAMP-HF [2] (tăng huyết áp 93%; bệnh mạch vành 79%). Tỷ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm 45,4%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân [6] (23,5%) hay nghiên cứu PHARM-HF [7] (33,3%). Ngược lại với xu hướng cao của các bệnh chuyển hóa, tỷ lệ bệnh thận mạn (19,3%) và rung nhĩ (25,2%) trong nghiên cứu của chúng tôi có phần thấp hơn so với các nghiên cứu như CHECK-HF [3] (bệnh thận mạn 45%; rung nhĩ 50%). Lý do của sự khác biệt này có thể nằm ở mô hình thu dung bệnh nhân. Do Bệnh viện Trưng Vương nổi bật với can thiệp cấp cứu mạch vành và không có phẫu thuật thay van tim, các nhóm bệnh nhân suy tim do bệnh van tim (thường kèm rung nhĩ) thường tự

tim đến các trung tâm chuyên khoa khác hoặc suy tim do bệnh thận có xu hướng được phân vào phòng khám chuyên khoa thận. Do đó, dân số nghiên cứu của chúng

tôi mang đặc điểm của một nhóm suy tim “do căn nguyên mạch máu và chuyển hóa” điển hình.

4.2. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 4 thuốc nền tảng

Bảng 9. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng 4 thuốc nền tảng của các nghiên cứu

Chỉ số so sánh	Chúng tôi	Lê Minh Trí [4]	Mai Xuân Tiến [5]	Bùi Thị Mỹ Lệ [1]	Nguyễn Ngọc Thanh Vân [6]	CHAMP-HF2/ ASIAN-HF	CHECK- HF3/ PHARM-HF7
Ức chế hệ renin	92,4%	92,59%	-	-	86,5%	-	-
Chẹn beta	82,4%	79,26%	-	-	65,2%	-	-
Kháng aldosterone	84,8%	85,93%	-	-	71,2%	-	-
Ức chế SGLT2	90,7%	75,56%	87,9%	90,27%	-	29-30	-
Ít nhất 3 thuốc	90,7%	88,15%	85,0%	-	-	-	39,2-57,6%
Đủ 4 thuốc (“tứ trụ”)	61,3%	47,41%	60,3%	-	-	-	< 1-21,3%

Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng tại Bệnh viện Trưng Vương đạt mức rất cao: ức chế hệ renin (92,4%), ức chế SGLT2 (90,7%), kháng aldosterone (84,8%) và chẹn beta (82,4%). Đặc biệt, tỷ lệ sử dụng SGLT2i của chúng tôi vượt xa các nghiên cứu quốc tế như CHAMP-HF [2] (29%) hay ASIAN-HF [9] (30%) và cao hơn các tác giả trong nước như Lê Minh Trí [4] (75,56%) hay Mai Xuân Tiến [5] (87,9%). Việc 61,3% bệnh nhân đạt chuẩn phối hợp cả 4 nhóm thuốc - cao hơn hẳn so với Lê Minh Trí [4] (47,41%) hay nghiên cứu PHARM-HF [7] (21,3%) - minh chứng cho sự cập nhật nhanh chóng các khuyến cáo mới bệnh viện đa khoa chuyên sâu hạng I.

Sự chênh lệch cực lớn so với các nghiên cứu quốc tế (CHAMP-HF [2], ASIAN-HF [9]) chủ yếu do yếu tố thời điểm:

- Các nghiên cứu CHAMP-HF [2] và ASIAN-HF [9] được thực hiện từ nhiều năm trước, khi SGLT2i chưa chính thức trở thành khuyến cáo nhóm IA trong điều trị suy tim. Trước khi khuyến cáo của ESC (2021) và Hội Tim mạch Việt Nam (2022) [8] ra đời, MRA thường được xem là “điều trị bổ sung”. Theo quy trình cũ, bác sĩ thường bắt đầu với ức chế men chuyển và chẹn beta, chỉ khi bệnh nhân còn triệu chứng mới bổ sung thêm MRA.

- Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong giai đoạn hiện nay, khi lợi ích của SGLT2i đã được chứng minh rõ rệt và thuốc đã trở thành chỉ định bắt buộc ngay từ giai đoạn sớm. Các khuyến cáo mới của ESC (2021) và Hội Tim mạch Việt Nam (2022) nhấn mạnh việc phối hợp sớm “tứ trụ” (ức chế men chuyển/ARNI, chẹn beta, MRA, SGLT2i) ngay từ đầu cho tất cả bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm. Việc cập nhật nhanh chóng các hướng dẫn này vào thực hành lâm sàng tại đơn vị đã giúp tỷ lệ bệnh nhân tiếp cận MRA tăng vọt lên 84,8%.

Mặc dù tỷ lệ tiếp cận thuốc rất cao, nhưng khả năng đạt đến liều đích theo khuyến cáo của các thử nghiệm lâm sàng vẫn là một thách thức lớn (bảng 4). Đối với các nhóm thuốc cần chỉnh liều (titration), tỷ lệ đạt liều đích ở mức cực kỳ khiêm tốn: nhóm ức chế hệ renin và MRA cùng đạt 0,8% (1 bệnh nhân), trong khi nhóm chẹn beta ghi nhận

0% bệnh nhân đạt liều đích. Ngược lại, nhóm SGLT2i cho thấy ưu thế vượt trội với 89,9% bệnh nhân đạt liều đích. Sự đối lập này được giải thích bởi đặc điểm kỹ thuật của thuốc và đặc thù nhân trắc học của đối tượng nghiên cứu.

SGLT2i có liều dùng cố định, không yêu cầu chỉnh liều phức tạp, giúp bệnh nhân dễ dàng đạt ngưỡng điều trị tối ưu ngay từ khi khởi trị. SGLT2i tác động lên huyết áp rất nhẹ nhàng (giảm trung bình 2-4 mmHg huyết áp tâm thu) và không làm thay đổi nhịp tim. Hơn nữa, mặc dù có cơ chế lợi tiểu thẩm thấu, nhưng SGLT2i lại có đặc tính bảo vệ thận dài hạn và không gây hạ kali máu hay tăng kali máu cực đoan. Điều này giúp duy trì liều đích ổn định ngay cả trên bệnh nhân có bệnh thận mạn.

Trong khi đó, với các nhóm thuốc còn lại, chẹn beta gây giảm nhịp tim mạnh; MRA và ACEi/ARB/ARNI gây tăng kali máu và nguy cơ làm sụt giảm mức lọc cầu thận (eGFR). Với đặc tính thuốc kèm thể trạng nhỏ (BMI thấp) và tuổi trung bình cao của bệnh nhân Việt Nam, bác sĩ lâm sàng phải thận trọng trong việc tăng liều tối đa để tránh các tác dụng phụ như tụt huyết áp hay chậm nhịp tim.

Việc có tới hơn 60% bệnh nhân phối hợp đủ cả 4 nhóm thuốc mặc dù ở liều thấp cho thấy Bệnh viện Trưng Vương đang áp dụng hiệu quả chiến lược “đa trị liệu sớm” thay vì tập trung tăng liều tối đa từng loại thuốc. Đây là cách tiếp cận phù hợp với điều kiện thực tế, giúp tận dụng lợi ích cộng hưởng của các nhóm thuốc lên nhiều cơ chế bệnh sinh khác nhau, từ đó ổn định chức năng thất trái và cải thiện chất lượng sống cho bệnh nhân sau biến cố mạch vành cấp.

4.3. Ảnh hưởng của bệnh thận mạn lên việc sử dụng thuốc

Việc xác định các yếu tố ảnh hưởng đến số lượng nhóm thuốc trong phác đồ điều trị là rất quan trọng để tối ưu hóa liệu pháp nội khoa cho bệnh nhân suy tim. Kết quả phân tích hồi quy đa biến và đơn biến của chúng tôi (bảng 7, bảng 8) ghi nhận những điểm đáng chú ý sau:

- Trong mô hình hồi quy đa biến, bệnh thận mạn là yếu tố duy nhất có ý nghĩa thống kê ảnh hưởng đến tổng số

nhóm thuốc được sử dụng (Sig. = 0,000). Hệ số hồi quy B = -0,670 cho thấy sự hiện diện của bệnh thận mạn làm giảm đáng kể số lượng nhóm thuốc điều trị nền tảng mà bệnh nhân có thể tiếp nhận. Điều này tiếp tục được khẳng định qua mô hình hồi quy đơn biến, nơi bệnh thận mạn giải thích được khoảng 10,2% (Adjusted R Square = 0,102) sự biến thiên của tổng số thuốc sử dụng. Điều này có thể được lý giải: bệnh thận mạn thường là rào cản lớn nhất khi khởi trị hoặc duy trì các thuốc trụ cột như ức chế hệ renin (ACEi/ARB/ARNI) và kháng aldosterone (MRA) do lo ngại về tình trạng tăng kali máu và sụt giảm mức lọc cầu thận.

- Ngược lại với bệnh thận mạn, các yếu tố như giới tính (p = 0,272), nhóm tuổi (p = 0,910) và BMI (p = 0,997) không cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với tổng số thuốc sử dụng trong mô hình đa biến. Điều này gợi ý rằng tại Bệnh viện Trưng Vương, việc chỉ định phác đồ “tứ trụ” hay phối hợp thuốc chủ yếu dựa trên tình trạng bệnh lý và chức năng cơ quan (đặc biệt là thận) hơn là các đặc điểm về thể chất hay tuổi của bệnh nhân.

- Đáng chú ý, mặc dù tỷ lệ tăng huyết áp (93,3%) và bệnh mạch vành (81,5%) trong nghiên cứu rất cao, nhưng chúng không đóng vai trò là yếu tố thúc đẩy tăng số lượng nhóm thuốc suy tim (p > 0,05). Điều này có thể do các thuốc điều trị suy tim nền tảng vốn đã bao hàm cả mục tiêu điều trị huyết áp và bệnh mạch vành.

- Kết quả hồi quy cho thấy mức độ giảm EF cũng không ảnh hưởng có ý nghĩa đến tổng số thuốc được chỉ định (p = 0,450). Điều này phản ánh xu hướng điều trị hiện đại: phác đồ “tứ trụ” nên được khởi trị sớm cho tất cả bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm, bất kể mức EF khởi điểm là giảm nặng hay giảm nhẹ, miễn là bệnh nhân không có các chống chỉ định về chức năng thận hoặc huyết động.

5. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bao phủ các nhóm thuốc nền tảng tại Bệnh viện Trưng Vương đạt mức rất cao: ức chế hệ renin (92,4%), ức chế SGLT2 (90,7%), kháng aldosterone (84,8%) và chẹn beta (82,4%). Hiệu quả phối hợp thuốc rất tích cực với 90,7% bệnh nhân dùng ít nhất 3 nhóm thuốc và 61,3% bệnh nhân đạt chuẩn “tứ trụ”. Đặc biệt, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế SGLT2 đạt liều đích rất cao (89,9%), cho thấy sự cập nhật nhanh chóng các khuyến cáo mới vào thực hành lâm sàng của bác sĩ cũng như sự ưu việt của nhóm thuốc. Tuy nhiên, thách thức lớn nhất hiện nay vẫn là việc duy trì và nâng liều thuốc đạt ngưỡng tối ưu do các rào cản về chi phí và sự lo ngại về chức năng thận hoặc huyết áp thấp, nhịp tim chậm ở bệnh nhân cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Bùi Thị Mỹ Lệ, Đinh Thị Chi và cộng sự. Khảo sát thực trạng sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm điều trị nội trú tại Bệnh viện Hữu Nghị. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 552 (3): 267-270. doi: 10.51298/vmj.v552i3.15132.
- [2] Greene S.J, Butler J, Albert N.M et al. Medical therapy for heart failure with reduced ejection fraction: the CHAMP-HF registry. Journal of the American College of Cardiology, 2018, 72 (4): 351-366. doi: 10.1016/j.jacc.2018.04.070.
- [3] Linssen G.C, Van der Meer P. Regional variations in heart failure care: Evidence from the CHECK-HF registry. JACC: heart failure, 2022, 10 (4), 278-287. doi: 10.1016/j.jchf.2022.01.003.
- [4] Lê Minh Trí. Điều trị suy tim phân suất tống máu giảm theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2023.
- [5] Mai Xuân Tiến, Trần Kim Trang, Vũ Mạnh Nhân. Sử dụng thuốc ức chế SGLT2 ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam 2022. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 546 (3): 325-329. doi: 10.51298/vmj.v546i3.12767.
- [6] Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 2021, 25 (2): 35-41. doi: 10.34810/vjs2021206.
- [7] Patil T, Ali S, Kaur A et al. Impact of pharmacist-led heart failure clinic on optimization of guideline-directed medical therapy (PHARM-HF). Journal of Cardiovascular Translational Research, 2022, 15 (6): 1424-1435. doi: 10.1007/s12265-022-10262-9.
- [8] Bộ Y tế. Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2022: Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn”.
- [9] MacDonald M.R, Tay W.T et al. Regional variation of mortality in heart failure with reduced and preserved ejection fraction across Asia: Outcomes in the ASIAN-HF registry. Journal of the American Heart Association, 2020, 9 (1): e012199. doi: 10.1161/JAHA.119.012199.