Vietnam Journal of Community Medicine, Vol. 67, Special Issue 3, 177-181

SURVEY ON THE STATUS OF HEART FAILURE TREATMENT ACCORDING TO THE MINISTRY OF HEALTH GUIDELINES (2022) AT TRUNG VUONG HOSPITAL

Tran Thanh Tuan*, Phan Tan Tai

Trung Vuong Hospital - 266 Ly Thuong Kiet, Dien Hong ward, Ho Chi Minh city, Vietnam

Received: 03/01/2026
Reviced: 03/02/2026; Accepted: 27/03/2026

ABSTRACT

Objective: To evaluate the adherence to heart failure treatment guidelines issued by the Ministry of Health at Trung Vuong Hospital.

Methods: A cross-sectional descriptive study was conducted on 119 heart failure patients. Logistic and linear regression analyses were utilized to identify factors influencing reduced ejection fraction and the total number of medication classes prescribed.

Results: The proportion of patients receiving foundational medication classes was very high: renin-angiotensin system inhibitors (92.4%), sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (90.8%), mineralocorticoid receptor antagonists (84.8%), and beta-blockers (82.4%). Notably, 61.3% of patients achieved the standard quadruple therapy. Sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors reached an optimal target dose rate of 89.9%. In contrast, renin-angiotensin system inhibitors, beta-blockers, and mineralocorticoid receptor antagonists had target dose achievement rates of less than 1%. Chronic kidney disease was the only statistically significant barrier that reduced the number of combined medication classes (regression coefficient B = -0.670; $p < 0.001$).

Conclusion: Trưng Vương Hospital has successfully implemented early multidrug therapy for heart failure patients, particularly with the prominent use of sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors. However, the target dose achievement rate for conventional medications remains low, necessitating individualized dose titration strategies.

Keywords: Heart failure, ejection fraction, renin-angiotensin system inhibitors, beta-blockers, mineralocorticoid receptor antagonists.

*Corresponding author
Email: bstranthanhtuan@gmail.com **Phone**: (+84) 983984893 **Http**s://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4734

KHẢO SÁT TÌNH HÌNH ĐIỀU TRỊ SUY TIM THEO HƯỚNG DẪN CỦA BỘ Y TẾ (2022) TẠI BỆNH VIỆN TRƯNG VƯƠNG

Trần Thanh Tuấn*, Phan Tấn Tài

Bệnh viện Trưng Vương - 266 Lý Thường Kiệt, phường Diên Hồng, thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 03/01/2026
Ngày chỉnh sửa: 03/02/2026; Ngày duyệt đăng: 27/03/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định việc điều trị suy tim theo hướng dẫn của Bộ Y tế tại Bệnh viện Trưng Vương.

Phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 119 bệnh nhân suy tim. Phân tích hồi quy logistic và hồi quy tuyến tính được sử dụng để xác định các yếu tố ảnh hưởng đến phân suất tống máu giảm 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-angiotensin (92,4%), ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (90,8%), kháng aldosterone (84,8%) và chẹn bêta (82,4%). Có 61,3% bệnh nhân đạt chuẩn phối hợp 4 thuốc trụ cột. Nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 đạt tỷ lệ liều đích tối ưu (89,9%). Ngược lại, các nhóm ức chế hệ renin-angiotensin, chẹn bêta và kháng aldosterone 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 (hệ số hồi quy 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 nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2. 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, ức chế hệ renin-angiotensin, chẹn bêta, kháng aldosterone.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim hiện ảnh hưởng đến 1,6 triệu người dân Việt Nam với tỷ lệ tái nhập viện và tử vong cao [1]. Nhằm tối ưu hóa việc sử dụng 4 nhóm thuốc nền tảng điều trị suy tim theo hướng dẫn của Bộ Y tế (2022) [2], chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Trưng Vương để khảo sát thực trạng điều trị nội khoa bệnh suy tim phân suất tống máu (ejection fraction - EF) giảm 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 nhằm xác định việc tuân thủ phác đồ điều trị suy tim theo hướng dẫn của Bộ Y tế 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 EF giảm, điều trị tại Khoa Khám bệnh, 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.

Theo các tiêu chuẩn trên, trong thời gian từ tháng 7-12 năm 2025 chúng tôi thu thập được 119 bệnh nhân suy tim EF giảm đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- 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.

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 và độ lệch chuẩn ($\bar{X} \pm SD$), kiểm định bằng T-test. Các biến định tính được tính tỷ lệ và kiểm định bằng phép kiểm χ^2. Mối 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

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

*Tác giả liên hệ
Email: bstranthanhtuan@gmail.com **Điện thoại**: (+84) 983984893 **Https**://doi.org/10.52163/yhc.v67iCD3.4734

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

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

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	$\bar{X}$ ± SD (tuổi)	64,1 ± 11,0	
	Min-max (tuổi)	33-88	
	18-40 tuổi	4	3,4
	41-59 tuổi	29	24,4
	≥ 60 tuổi	86	72,3
Giới	Nữ	33	27,7
	Nam	86	72,3
BMI (kg/m^2)		22,4 ± 3,3	

Trong nghiên cứu chúng tôi, nhóm nam chiếm ưu thế hơn nữ (72,3% so với 27,7%). Tuổi trung bình là 64,1 ± 11,0, trong đó bệnh nhân ≥ 60 tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (72,3%). BMI trung bình là 22,4 ± 3,3 (kg/m^2).

Bảng 2. Phân loại nhóm suy tim EF giảm theo giới

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

Bệnh nhân có EF giảm vừa (63,9%) nhiều hơn bệnh nhân có EF giảm nặng (36,1%). Giới tính không ảnh hưởng đến độ nặng của suy tim.

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

Bệnh	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	111	93,3
Bệnh mạch vành	97	81,5
Đái tháo đường type II	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%; tiếp theo là tăng huyết áp và bệnh mạch vành với tỷ lệ lần lượt là 93,3% và 81,5%. Đái tháo đường type II là bệnh đồng mắc đứng hàng thứ tư với tỷ lệ 45,4%.

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

Nhóm thuốc	Có dùng		Không dùng
	Đạt liều đích	Không đạt	
Ức chế hệ renin-angiotensin	1 (0,8%)	109 (91,6%)	9 (7,6%)
Ức chế bêta	0	98 (82,4%)	21 (17,6%)
Kháng aldosterone	1 (0,8%)	100 (84,0%)	18 (15,1%)
Ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2	107 (89,9%)	1 (0,8%)	11 (9,2%)

Nghiên cứu ghi nhận có 110/119 bệnh nhân được sử dụng thuốc ức chế hệ renin-angiotensin, chiếm tỷ lệ cao nhất với 92,4%. Tiếp đến là thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 với tỷ lệ là 90,7%. Thuốc lợi tiểu kháng aldosteron và ức chế bêta lần lượt 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 ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 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 bêta gần như đều không đạt liều đích (tỷ lệ đạt liều đích dưới 1%).

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

Số lượng thuốc dùng	Tần số (n)	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 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%. Nhóm bệnh nhân được sử dụng 3 nhóm thuốc đứng vị trí tiếp theo với 35 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 29,4%.

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 (bêta)	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]
BMI	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 (bêta)	p	KTC 95% của B
Bệnh thận mạn	-0,615	0,162	-0,332	0,45	[-0,935; -0,294]

(Thông số mô hình: R = 0,332; R^2 = 0,110; R^2 hiệu chỉnh = 0,102; F = 14,452; p < 0,001).

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 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 ± 11,0 tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất là 35 tuổi và cao tuổi nhất là 88 tuổi. Khi 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 ± 13,92 tuổi) với sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (p = 0,471) [2]. Trong nghiên cứu của Lê Minh Trí, nhóm người cao tuổi cũng chiếm tỷ lệ cao nhất với tỷ lệ 64,44%.

Nghiên cứu của chúng tôi 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 (tăng huyết áp: 65,19%; bệnh mạch vành: 60%) [3], Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự (tăng huyết áp: 65,23%; bệnh mạch vành: 65,2%) [4], các con số 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 (tăng huyết áp: 93%; bệnh mạch vành: 79%) [5].

Tỷ lệ đái tháo đường type II trong nghiên cứu này chiếm 45,4%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự (23,5%) [3] hay nghiên cứu PHARM-HF (33,3%) [6]. 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 (bệnh thân mạn: 45%; rung nhĩ: 50%) [7]. 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 tìm 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

Tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong nghiên cứu của chúng tôi đạt mức rất cao: ức chế hệ renin (92,4%), ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (90,8%), kháng aldosterone (84,8%) và ức chế bêta (82,4%). Đặc biệt, tỷ lệ sử dụng nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 của chúng tôi vượt xa các nghiên cứu quốc tế như CHAMP-HF (29%) [5] hay ASIAN-HF (30%) [8] và cao hơn nghiên cứu của các tác giả trong nước như Lê Minh Trí (75,56%) [3] hay Mai Xuân Tiến và cộng sự (87,9%) [9]. Việc 61,3% bệnh nhân của chúng tôi đạt chuẩn phối hợp cả 4 nhóm thuốc cao hơn hẳn so với Lê Minh Trí [3] (47,41%) hay nghiên cứu PHARM-HF (21,3%) [6], 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, ASIAN-HF) chủ yếu do yếu tố thời điểm: các nghiên cứu CHAMP-HF [5] và ASIAN-HF [8] được thực hiện từ nhiều năm trước, khi ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 chưa chính thức trở thành khuyến cáo nhóm IA trong điều trị suy tim. Trước khi khuyến cáo của Hiệp hội Tim mạch châu Âu (2021) và Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (2022) [2] ra đời, kháng aldosterone thường được xem là "điều trị bổ sung". Theo quy trình cũ, bác sĩ thường bắt đầu với ức chế men chuyển và chẹn bêta, chỉ khi bệnh nhân còn triệu chứng mới bổ sung thêm kháng aldosterone.

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong giai đoạn hiện nay, khi lợi ích của thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 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 Hiệp hội Tim mạch châu Âu (2021) và Hướng dẫn của Bộ Y tế Việt Nam (2022) nhấn mạnh việc phối hợp sớm "tứ trụ" (ức chế hệ renin, chẹn bêta, kháng aldosterone, ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2) ngay từ đầu cho tất cả bệnh nhân suy tim EF 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 kháng aldosterone 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, tỷ lệ đạt liều đích ở mức cực kỳ khiêm tốn: nhóm ức chế hệ hệ renin-angiotensin và kháng aldosterone cùng đạt 0,8% (1 bệnh nhân), trong khi nhóm chẹn bêta ghi nhận 0% bệnh nhân đạt liều đích. Ngược lại, nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 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.

Ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 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. Ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 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 ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 lại có đặc tính bảo vệ thận dài hạn và không gây hạ 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 bêta gây giảm nhịp tim mạnh; kháng aldosterone và ức chế hệ renin-angiotensin gây tăng kali máu và nguy cơ làm sụt giảm mức lọc cầu thận. 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 EF giảm. Kết quả phân tích hồi quy đa biến và đơn biến của chúng tôi (bảng 6, bảng 7) 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 (p = 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% (R^2 hiệu chỉnh = 0,102) sự biến thiên của tổng số thuốc sử dụng. Điều này có thể được lý giải là: bệnh thận mạn thường là rào cản lớn nhất khi khởi trị hoặc duy trì các thuốc trụ cột như ức chế hệ renin và kháng aldosterone 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 tác của bệnh nhân.

Đáng chú ý, mặc dù tỷ lệ tăng huyết áp (93,3%) và bệnh mạch vành (81,5%) trong nghiên cứu này 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 = 0,45). 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 EF 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 trong điều trị suy tim EF giảm tại Bệnh viện Trưng Vương đạt mức rất cao: nhóm ức chế hệ renin-angiotensin (92,4%), nhóm ức chế ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (90,8%), kháng aldosterone (84,8%) và chẹn bêta (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 kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 đạt liều đích rất cao (89,9%), cho thấy sự cập nhật nhanh chóng cập nhật các khuyến cáo mới vào thực hành lâm sàng của bệnh viện 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.

6. TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] Bộ Y tế. Quyết định số 1857/QĐ-BYT ngày 05 tháng 7 năm 2022 về việc ban hành tài liệu chuyên môn "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn".

[2] Đỗ Doãn Lợi. Suy tim trong kỷ nguyên y học cá thể hóa và chuyển đổi số. Tài liệu Hội nghị Khoa học toàn quốc Phân hội Suy tim (Hội Tim mạch Việt Nam) lần thứ II, thành phố Hồ Chí Minh, 13/12/2025.

[3] Lê Minh Trí. Điều trị suy tim phân suất tống máu giảm theo khuyến cáo hội Tim Mạch Việt Nam tại Bệnh viện Tâm Đức. Luận văn bác sĩ chuyên khoa II, Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, 2023.

[4] 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 2016, 2021, 25 (2): 35-41. doi: 10.34810/vjs2021206.

[5] Greene S.J 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.

[6] Patil T 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.

[7] Linssen G.C et al. 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.

[8] 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.

[9] Mai Xuân Tiến và cộng sự. 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. Tạp chí Y học Việt Nam, 2025, 546 (3): 325-329. doi: 10.51298/vmj.v546i3.12767.