DOI: https://doi.org/10.59294/HIUJS2025095

Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị nội trú suy tim mạn tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2024

Nguyễn Thị Ngọc Yến[1], Nguyễn Thị Thu Hương[1], Trần Thị Thu Hằng[1,*], Nguyễn Văn Bé Hai[2], Phạm Thị Ngọc Mai[1]

[1]Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng

[2]Bệnh viện Thống Nhất

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim là hội chứng lâm sàng phức tạp, tỷ lệ bệnh và tử vong cao. Thực tế dùng thuốc trong điều trị so với khuyến cáo vẫn còn khác biệt, cần có phân tích cụ thể ở từng cơ sở điều trị để tối ưu hoá sử dụng thuốc. Mục tiêu nghiên cứu: Phân tích tình hình sử dụng thuốc điều trị suy tim mạn tại Bệnh viện Thống Nhất (2024). Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả cắt ngang hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn, điều trị nội trú tại Khoa nội tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024. Kết quả: Trong 123 bệnh án, 51.2% là nam, tuổi trung vị là 72 (61 - 84). 100% có bệnh mắc kèm, bệnh tăng huyết áp là cao nhất (88.6%). Thuốc lợi tiểu quai dùng nhiều nhất (86.2%), thấp nhất là thuốc ức chế men chuyển (ACEi) 0.8%. Thuốc chẹn thụ thể beta (BB) là 32.5%, thuốc ức chế kép angiotensin và neprilysin (ARNI) là 4.9%. Tất cả các thuốc có chỉ định, liều dùng và số lần dùng hợp lý, không có tương tác chống chỉ định. Có 17.1% tương tác nghiêm trọng liên quan đến việc phối hợp với digoxin. Kết luận: Các nhóm thuốc nền tảng như ACEi, ARNI, BB sử dụng điều trị suy tim mạn còn hạn chế. Cần theo dõi và giám sát chặt chẽ quá trình sử dụng digoxin để bảo bảo an toàn trong sử dụng thuốc.

***Từ khóa**: suy tim mạn, sử dụng thuốc, nội trú*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao, ước tính hơn 64 triệu người trên toàn thế giới mắc bệnh suy tim trong năm 2017 [1]. Suy tim ảnh hưởng đến khả năng hoạt động hàng ngày, chi phí điều trị và chất lượng của sống của người bệnh [1]. Nguyên nhân suy tim thường do người bệnh mắc một hay nhiều nguyên nhân tiềm ẩn hay các bệnh lý ảnh hưởng đến tim như bệnh tim thiếu máu cục bộ, tăng huyết áp, bệnh cơ tim hay bệnh tim bẩm sinh … [1, 2]. Các nghiên cứu đã cho thấy điều trị suy tim có phân suất tống máu giảm bằng thuốc làm giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ nhập viện [2]. Có bốn nhóm thuốc nền tảng được Bộ Y tế khuyến cáo sử dụng bao gồm: Nhóm thuốc ức chế men chuyển/ ức chế kép angiotensin và neprilysin /chẹn thụ thể angiotensin, nhóm chẹn beta, nhóm đối kháng thụ thể aldosteron và nhóm ức chế kênh đồng vận chuyển natri - glucose 2 [3]. Chưa có nghiên cứu ngẫu nhiên đánh giá hiệu quả của các thuốc trên nhóm bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm nhẹ hoặc bảo tồn [3]. Thực tế sử dụng thuốc trong điều trị suy tim mạn so với các khuyến cáo vẫn còn sự khác biệt, cần có các phân tích cụ thể ở từng cơ sở điều trị để tối ưu hoá việc sử dụng thuốc. Nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu khảo sát tình hình sử dụng thuốc điều trị suy tim mạn và đánh giá tính hợp lý, an toàn trong chỉ định thuốc điều trị suy tim mạn ở bệnh nhân nội trú tại Bệnh viện Thống Nhất.

Tác giả liên hệ: Trần Thị Thu Hằng

Email: hangttt@hiu.vn

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Hồ sơ bệnh án của bệnh nhân điều trị suy tim mạn nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Bệnh án có chẩn đoán xác định là suy tim mạn.
- Bệnh án được ghi mã ICD10: I50 (mã bệnh theo bảng phân loại Quốc tế bệnh tật và những vấn đề liên quan đến sức khoẻ).
- Bệnh án của bệnh nhân có độ tuổi ≥ 18 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh án của bệnh nhân suy tim cấp.
- Bệnh án có bệnh nhân chuyển viện, tự ý bỏ về và tử vong.
- Bệnh án của bệnh nhân suy tim nguyên do một bệnh khác hay do sử dụng thuốc có tác dụng phụ gây suy tim.
- Hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang, hồi cứu, lấy mẫu thuận tiện, dựa trên các số liệu và thông tin thu thập từ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có chẩn đoán xác định suy tim mạn điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024.

Cỡ mẫu: Toàn bộ hồ sơ bệnh án của bệnh nhân có chẩn đoán xác định suy tim mạn (mã ICD10: I50) điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 6/2023 đến tháng 6/2024 thỏa tiêu chuẩn lựa chọn và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Nội dung nghiên cứu:

Khảo sát đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu: Tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, phân độ suy tim theo phân suất tống máu, NT-proBNP, eGFR, Na^+, K^+, tình trạng ra viện.

Khảo sát tình hình sử dụng các thuốc điều trị suy tim mạn theo khuyến cáo của Bộ Y tế (2022) [3]. Khảo sát tính hợp lý và an toàn trong chỉ định thuốc điều trị suy tim mạn ở bệnh nhân nội trú: Tính hợp lý (*) chỉ khảo sát chỉ định hợp lý, liều dùng hợp lý, số lần dùng hợp lý các thuốc điều trị suy tim mạn và tính an toàn dựa vào tương tác các thuốc trong hồ sơ bệnh án (**).

(*) Nghiên cứu sử dụng trực tiếp các khuyến cáo chính thức của Bộ Y tế và Hội Tim mạch học Việt Nam giúp đảm bảo tính chuẩn hóa, cập nhật và có giá trị tham khảo rộng rãi. Đánh giá tính hợp lý về chỉ định, liều dùng, số lần dùng dựa trên các nguồn tài liệu: (1) Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn" của Bộ Y tế (2022); (2) "Khuyến cáo về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn" của Hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam năm 2022; (3) Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022.

(**) Tương tác thuốc chống chỉ định và tương tác nghiêm trọng trong hồ sơ bệnh án được xác định dựa vào kết quả tra cứu bằng các phần mềm như sau: Tương tác thuốc của Bộ Y tế (tuongtacthuoc.ehealth.gov.vn), Drugs.com, Medscape. Mức độ đồng thuận trong nghiên cứu này dựa trên kết luận mức độ tương tác cao nhất dựa theo độ tin cậy và cập nhật của cơ sở dữ liệu.

Phân tích thống kê: Dữ liệu được lưu trữ bằng phần mềm Microsoft Excel 2016 và được phân tích với phần mềm thống kê IBM SPSS Statistics 25. Với các biến định tính đề tài tiến hành thống kê tần số và tỷ lệ phần trăm, với các biến định lượng thống kê giá trị trung bình độ lệch chuẩn (biến định lượng phân phối chuẩn) hay khoảng tứ phân vị (biến định lượng phân phối không chuẩn).

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi được sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng số 33/PCT-HĐĐĐ-ĐT (20/9/2024).

3. KẾT QuẢ

3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Mẫu nghiên cứu thu thập trên 123 hồ sơ bệnh án của bệnh nhân suy tim mạn điều trị nội trú. Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 51.2%, có tuổi trung vị là 72 (61 - 84). 100% bệnh nhân đều có bệnh mắc kèm. Bệnh mắc kèm có tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp với 88.6%, rối loạn lipid huyết là 74.8%, đái tháo đường và rung nhĩ có tỷ lệ tương đương nhau là 35.8%. Trong 123 bệnh nhân suy tim mạn có 46.3% là suy tim phân suất tống máu giảm (EF ± 40%), 43.9% là suy tim phân suất tống máu bảo tồn (EF 50%) và 9.8% là suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ (EF 41 - 49%), Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu được trình bày tại Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu (n = 123)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	63	51.2
	Nữ	60	48.8
Tuổi (năm)	Trung vị (Q1 - Q3)	72 (61 - 84)	
Bệnh mắc kèm	Không	0	0
	Có	123	100
	Tăng huyết áp	109	88.6

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Bệnh mắc kèm	Rối loạn lipid huyết	92	74.8
	Đái tháo đường	44	35.8
	Rung nhĩ	44	35.8
	Bệnh mạch vành	36	29.3
	Hở van tim	34	27.6
	Di chứng nhồi máu cơ tim	30	24.4
	Bệnh tim thiếu máu cục bộ	28	22.8
	Bệnh thận mạn	24	19.5
	Đau thắt ngực	14	11.4
	Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	7	5.7
	Cơ tim giãn nở	3	2.4
Bảo hiểm y tế	Có	120	97.6
	Không	3	2.4
Phân độ suy tim theo phân suất tống máu	Phân suất tống máu giảm (EF ≤ 40%)	57	46.3
	Phân suất tống máu giảm nhẹ (EF 41 - 49%)	12	9.8
	Phân suất tống máu bảo tồn (EF ≥ 50%)	54	43.9
Phân loại suy thận theo eGFR (mL/phút/1.73m^2 da) (n = 119)	Giai đoạn 1 (eGFR ≥ 90 mL/phút)	11	9.2
	Giai đoạn 2 (eGFR 60 - 89 mL/phút)	33	27.7
	Giai đoạn 3 (eGFR 30 - 59 mL/phút)	62	52.1
	Giai đoạn 4 (eGFR 15 - 29 mL/phút)	12	10.1
	Giai đoạn 5 (eGFR < 15 mL/phút)	1	0.8

NT-proBNP (pg/mL) của mẫu nghiên cứu là 4,153 (2,034 - 9,000), eGFR (mL/phút/1.73m^2 da) có giá trị trung bình 55.29 ± 24.5. Nồng độ trung bình của Na^+ (mmol/L) là 136.8 ± 5.7 và của K^+ (mmol/L) là 3.9 ± 0.6. Đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu được trình bày tại Bảng 2.

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng của mẫu nghiên cứu (n = 123)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
eGFR (mL/phút/1.73m^2 da) (n = 119)	TB ± SD	55.29 ± 24.5	
NT-proBNP (pg/mL) (n = 123)	Trung vị (Q1 - Q3)	4,153 (2,034 - 9,000)	
Na^+ (mmol/L) (n = 121)	TB ± SD	136.8 ± 5.7	
K^+ (mmol/L) (n = 121)	TB ± SD	3.9 ± 0.6	

3.2. Tình hình sử dụng các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú

Các thuốc sử dụng điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú được trình bày tại Bảng 3.

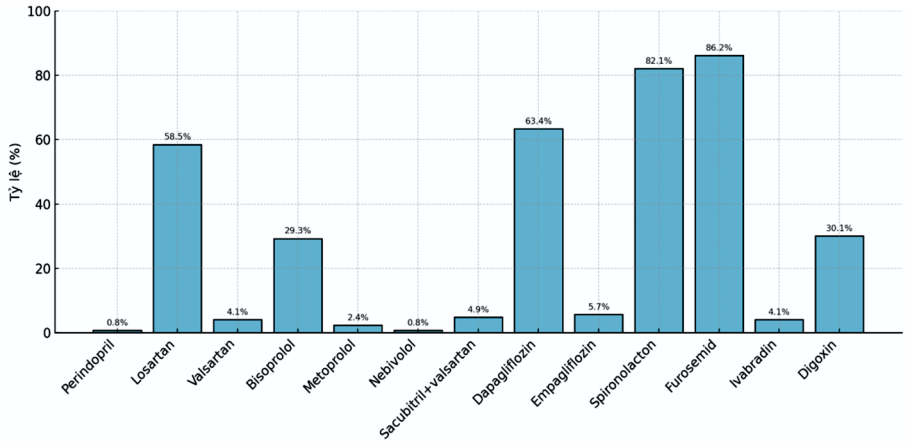
Bảng 3. Các thuốc sử dụng điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú (n = 123)

Đặc điểm			Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm thuốc	**Thuốc ức chế men chuyển**		**1**	**0.8**
		Perindopril	1	0.8
	Thuốc chẹn thụ thể angiotensin		**77**	**62.6**
		Losartan	72	58.5
		Valsartan	5	4.1
	Thuốc chẹn thụ thể beta		**40**	**32.5**
		Bisoprolol	36	29.3
		Metoprolol	3	2.4
		Nebivolol	1	0.8
	Thuốc ức chế kép angiotensin và neprilysin		**6**	**4.9**
		Sacubitril + valsartan (Uperio)	6	4.9

Đặc điểm			Tần số	Tỷ lệ (%)
Nhóm thuốc	**Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Na-glucose 2**		**85**	**69.1**
		Dapagliflozin	78	63.4
		Empagliflozin	7	5.7
	Thuốc đối kháng thụ thể aldosteron		**101**	**82.1**
		Spironolacton	101	82.1
	Thuốc lợi tiểu quai		**106**	**86.2**
		Furosemid	106	86.2
	Ivabradin		**5**	**4.1**
	Digoxin		**37**	**30.1**

Trong số các thuốc sử dụng điều trị suy tim mạn trên bệnh nhân điều trị nội trú, thuốc lợi tiểu quai có tỷ lệ sử dụng cao nhất với 86.2% và thuốc ức chế men chuyển (ACEi) có tỷ lệ sử dụng thấp nhất với 0.8%. Ngoài ra, thuốc đối kháng thụ thể aldosteron (MRA) có tỷ lệ sử dụng cao thứ hai với 82.1%, tiếp theo đó là thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Na-glucose 2 (SGLT2) với 69.1%, thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB) là 62.6%, và thuốc chẹn thụ thể beta (BB) là 32.5%, digoxin (30.1%), thuốc ức chế kép angiotensin và neprilysin (ARNI) là 4.9% và ivabradin là 4.1%. Hình 1 trình bày tình hình sử dụng sử dụng các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú.

Có 98.4% được chỉ định phối hợp các thuốc điều trị suy tim trong điều trị, chỉ có 1.6% là đơn trị. Đa phần được phối hợp từ 3 nhóm thuốc (27.6%) đến 4 nhóm thuốc (35%), chỉ có 3.3% phối hợp 6 nhóm thuốc. Tỷ lệ phối hợp các nhóm thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhân điều trị nội trú được trình bày trong Bảng 4.



Hình 1. Tình hình sử dụng các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú

Bảng 4. Tỷ lệ phối hợp các nhóm thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú (n = 123)

Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Đơn trị	**2**	**1.6**
Phối hợp	**121**	**98.4**
Phối hợp 2 nhóm thuốc	16	13.2
Phối hợp 3 nhóm thuốc	34	27.6
Phối hợp 4 nhóm thuốc	43	35.0
Phối hợp 5 nhóm thuốc	24	19.8
Phối hợp 6 nhóm thuốc	4	3.3

3.3. Tính hợp lý và an toàn trong chỉ định các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú

Tất cả các thuốc có chỉ định, liều dùng và số lần dùng hợp lý, không có tương tác chống chỉ định giữa các thuốc trong đơn (Bảng 5). Có 17.1% tương tác nghiêm trọng.

Liều dùng các thuốc điều trị suy tim mạn tính trên

bệnh nhận điều trị nội trú so với khuyến cáo của Bộ Y tế được trình bày tại Bảng 6. Trong 123 bệnh nhân sử dụng thuốc điều trị suy tim mạn nội trú thì đa số là sử dụng với liều dùng nằm trong khuyến cáo, không có trường hợp nào sử dụng cao hơn liều khuyến cáo. Nhóm ARB và ARNI có tỷ lệ bệnh nhân sử dụng với liều thấp hơn liều khuyến cáo có tỷ lệ lần lượt là 26.8%, và 4.9%.

Bảng 5. Tính hợp lý và an toàn trong chỉ định thuốc điều trị suy tim mạn ở bệnh nhân nội trú trên từng tiêu chí (n = 123)

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Chỉ định hợp lý	Có	123	100
	Không	0	0
Liều dùng hợp lý	Có	123	100
	Không	0	0
Số lần dùng hợp lý	Có	123	100
	Không	0	0
Tương tác thuốc chống chỉ định	Có	0	0
	Không	123	100
Tương tác thuốc nghiêm trọng	Có	21	17.1
	Không	98	82.9

Bảng 6. Liều dùng các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú so với khuyến cáo của Bộ Y tế (n = 123)

Đặc điểm		Tần số, tỷ lệ (%) Thấp hơn khuyến cáo	Tần số, tỷ lệ (%) Trong khuyến cáo	Tần số, tỷ lệ (%) Cao hơn khuyến cáo
ACEI	Peridopril	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)
ARB	Losartan	29 (23.5)	43 (35.0)	0 (0)
	Valsartan	4 (3.3)	1 (0.8)	0 (0)
BB	Bisoprolol	0 (0)	36 (29.3)	0 (0)
	Metoprolol	0 (0)	3 (2.4)	0 (0)
	Nebivolol	0 (0)	1 (0.8)	0 (0)
ARNI	Sacubitril/ Valsartan	6 (4.9)	0 (0)	0 (0)
SGLT2	Dapagliflozin	0 (0)	78 (63.4)	0 (0)
	Empagliflozin	0 (0)	7 (5.7)	0 (0)
MRA	Spironolacton	0 (0)	101 (82.1)	0 (0)
Thuốc lợi tiểu quai	Furosemid	0 (0)	106 (86.2)	0 (0)
Ivabradin		2 (1.7)	3 (2.4)	0 (0)
Digoxin		0 (0)	37 (30.1)	0 (0)

Trong 17.1% (21 trường hợp) tương tác nghiêm trọng, thì có 14.6% tương tác liên quan đến việc phối hợp digoxin và các thuốc dùng chung. Tỷ lệ các cặp tương tác thuốc nghiêm trọng được trình bày tại Bảng 7.

Bảng 7. Tương tác nghiêm trọng giữa các thuốc trong mẫu nghiên cứu (n = 123)

Cặp thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Digoxin và bisoprolol	8	6.5
Digoxin và pantoprazol	7	5.7
Digoxin và nebivolol	1	0.8
Digoxin và colchicin	1	0.8
Digoxin và metoprolol	1	0.8
Spironolacton và kali clorid	1	0.8
Perindopril và meloxicam	1	0.8

Cặp thuốc	Tần số	Tỷ lệ (%)
Atorvastatin và colchicin	1	0.8
Tổng	21	17.1

4. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm bệnh nhân của mẫu nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập dữ liệu trên 123 bệnh nhân suy tim mạn điều trị nội trú, bệnh nhân nam có tỷ lệ 51.2%, có tuổi trung vị là 72 (61 - 84). Nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ giới tính nam thấp hơn nghiên cứu của tác giả Trần Đại Cường (2024) có tỷ lệ nam là 55% nhưng lại có tuổi trung vị là 65 (54 - 72) thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi [4]. Các nghiên cứu cho thấy giới tính nam, tuổi cao là những yếu tố nguy cơ mắc bệnh suy tim. Suy tim xuất hiện sớm hơn ở nam giới, đặc biệt ở bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên [2, 5]. Bên cạnh đó, các bệnh lý mắc kèm như tăng huyết áp, rối loạn lipid huyết, đái tháo đường, rung nhĩ cũng là những căn nguyên gây suy tim [5]. Hai bệnh lý trong nghiên cứu chiếm tỷ lệ cao nhất trong các bệnh lý mắc kèm là bệnh tăng huyết áp và rối loạn lipid huyết có tỷ lệ lần lượt là 88.6% và 74.8%.

Trong nghiên cứu có 46.3% bệnh nhân suy tim phân tống máu giảm (EF ≤ 40%), 43.9% bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn (EF ≥ 50%) và 9.8% bệnh nhân suy tim suất tống máu giảm nhẹ (EF 41 - 49%). Phân độ suy tim giúp định hướng trong việc điều trị và sử dụng thuốc. Hầu hết các nghiên cứu tập trung chủ yếu trên bệnh nhân có suy tim phân suất tống máu giảm và cũng đã chứng minh hiệu quả làm giảm triệu chứng, giảm tỷ lệ nhập viện và giảm tỷ lệ tử vong của các thuốc trong điều trị suy tim mạn [2]. Cho tới nay, chưa có nghiên cứu ngẫu nhiên nào đánh giá hiệu quả của các thuốc trên nhóm bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu giảm nhẹ hoặc bảo tồn [3]. Việc sử dụng thuốc cho bệnh nhân thuộc 2 nhóm này chủ yếu điều trị tối ưu các bệnh lý tim mạch đi kèm theo khuyến cáo: Tăng huyết áp, bệnh động mạch vành, đái tháo đường, rung nhĩ... [3].

NT-proBNP là marker sinh học đặc hiệu giúp chẩn đoán và đánh giá mức độ của suy tim đồng thời giúp theo dõi hiệu quả điều trị trong suy tim. Suy tim được chẩn đoán khi NT-proBNP ≥ 125 pg/mL kèm theo dấu hiệu bất thường tromg siêu âm tim [3]. Bên cạnh đó các chỉ số xét nghiệm về tốc độ lọc cầu thận (eGFR), Na^+, K^+ cũng cần được theo dõi và đánh giá để có biện pháp tối ưu trong việc sử dụng thuốc an toàn. Trong nhiên cứu, NT-proBNP (pg/mL) có kết quả là 4,153 (2,034 - 9,000), eGFR là 55.29 ± 24.5. Na^+(mmol/L), K^+ (mmol/L) lần lượt là 137.4 (134 - 140) và 3.9 (3.5 - 4.3). Kết quả NT-proBNP thấp hơn nhiều so nghiên cứu của Thái Trường Nhã (11,227.5 ± 6,249.3) nhưng gần như tương đồng về nồng độ Na^+(137.3 ± 3.7) và K^+(3.73 ± 0.7) của đồng tác giả [6]. Việc khác nhau giá trị NT-proBNP có thể là do đối tượng nghiên cứu của tác giả Thái Trường Nhã là những bệnh nhân có suy tim phân suất tống máu giảm còn đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là trên bệnh nhân suy tim mạn. Bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ chiếm tỷ lệ 46.3%. Nghiên cứu cho thấy những bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm có NT-proBNP cao hơn so với bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn [7]. Tuy nhiên, nếu bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn có NT-proBNP cao bất thường cũng có thể là dấu hiệu nguy cơ tiên lượng xấu, đặc biệt nếu kèm theo suy thận hoặc rung nhĩ [3, 7].

4.2. Tình hình sử dụng các thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú

Kết quả nghiên cứu cho thấy thuốc được sử dụng cho bệnh nhân suy tim mạn điều trị nội trú chiếm tỷ lệ cao nhất là lợi tiểu quai (furosemid) có tỷ lệ 86.2%, thuốc có tỷ lệ sử dụng cao thứ hai là MRA (spironolacton) có tỷ lệ là 82.1%. Tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của tác giả Võ Quang Trung (2022), thuốc lợi tiểu cũng là thuốc điều trị suy tim được sử dụng nhiều nhất nhưng với tỷ lệ là 78.2% và thuốc MRA là 72.1% [8]. Việc sử dụng thuốc lợi tiểu quai với tỷ lệ cao phản ánh nhu cầu kiểm soát triệu chứng ứ dịch ở bệnh nhân suy tim nhập viện. Lợi tiểu quai là thuốc chủ yếu để kiểm soát triệu chứng ở giai đoạn mất bù, dù không có bằng chứng cải thiện tiên lượng sống [3]. Bên cạnh đó, spironolacton không chỉ có tác dụng lợi tiểu mà còn hạn chế tác dụng thái quá của tăng aldosteron trong suy tim nặng, thuốc làm giảm tỷ lệ tử vong và nhập viện ở những bệnh nhân suy tim nặng [3]. Điều này có thể phản ánh xu hướng lâm sàng tại cơ sở nghiên cứu trong việc nhấn mạnh kiểm soát tái phân bố dịch đặc biệt trên bệnh nhân nội trú bị sung huyết nặng.

Ngược lại, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế men chuyển (ACEi) trong nghiên cứu lại rất thấp (0.8%). Các hướng dẫn khuyến cáo ACEi là nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm, có vai trò cải thiện tiên lượng và giảm triệu chứng ở bệnh nhân suy tim mạn [2, 3]. Tỷ lệ này thấp hơn rất nhiều so với nghiên cứu của tác giả Trần Đại Cường (2024) với tỷ lệ 33.9% [4]. Nguyên nhân có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu có thể không dung nạp được hay bị chống chỉ định với ACEi, hoặc do mô hình kê đơn có thiên hướng ưu tiên sử dụng ARB hơn. Cụ thể tỷ lệ ARB trong nghiên cứu được sử dụng là 62.6% cao hơn rất nhiều so với ACEi, trong khi ARB được khuyến cáo sử dụng khi bệnh nhân không dung nạp với thuốc ACEi hoặc không có khả năng điều trị với ARNI [3]. Các nghiên cứu trong nước gần đây cho thấy tỷ lệ sử dụng ARB có xu hướng tăng hơn tỷ tệ sử dụng ACEi trong điều trị suy tim như trong nghiên cứu của Võ Quang Trung và cộng sự tại một bệnh viện hạng I ở Thành phố Hồ Chí Minh (2022) có tỷ lệ sử dụng ARB - ACEi lần lượt là 54.5% - 26.9% [8], hay trong nghiên cứu Lê Thanh Phú trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ (2024) có tỷ lệ sử dụng ARB lên đến 92.2%, trong khi ACEi được sử dụng với tỷ lệ 7.8% [9]. Điều này có thể phản ánh sự khác biệt trong thực hành kê đơn tại bệnh viện so với các khuyến cáo.

Bên cạnh đó, tỷ lệ sử dụng thuốc BB trong nghiên cứu đạt 32.5%. Tỷ lệ này thấp hơn so nghiên cứu của Trần Đại Cường (2022) có tỷ lệ sử dụng thuốc BB trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm được dùng là 52.1%, suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ là 46.7% và suy tim phân suất tống máu bảo tồn là 32.7%) [4]. Với tỷ lệ 32.5% cho thấy vẫn chưa đạt mức tối ưu như kỳ vọng trong các khuyến cáo [2, 10].

Việc sử dụng thuốc ức chế SGLT2i trong điều trị suy tim theo các khuyến cáo ngày càng cao sau khi các nghiên cứu DAPA-HF và EMPEROR-Reduced đã chứng minh lợi ích rõ rệt của SGLT2i trong điều trị suy tim trên bệnh nhân có hay không có bệnh đái tháo đường mắc kèm [11, 12]. Dapagliflozin hay empagliflozin không chỉ giảm tỷ lệ tử vong do tim mạch và tái nhập viện do suy tim, thuốc còn chứng minh hiệu quả làm giảm các biến cố thận cấp và ngăn ngừa sự suy giảm chức năng thận khi dùng dài hạn [3]. Trong nghiên cứu CHAMP-HF (Mỹ), vào thời điểm năm 2015 - 2017 tỷ lệ này chỉ đạt 2.5% [13]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Võ Quang Trung (2022) tỷ lệ này lên đến 30.4% [8]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sử dụng SGLT2i là 69.1%. Kết quả cho thấy tại cơ sở nghiên cứu đã cập nhật và áp dụng các khuyến cáo trong thực hành lâm sàng khá nhanh chóng.

Việc sử dụng các thuốc mới như ARNI (4.9%) và ivabradin (4.1%) có tỷ lệ sử dụng thấp. Ngoài việc bị hạn chế chỉ định do yêu cầu khắt khe về nhịp tim, EF, và triệu chứng ... [3], nguyên nhân cũng có thể là do thuốc có chi phí cao, không nằm trong danh sách chế độ bảo hiểm y tế nên việc chỉ định tuỳ thuộc vào điều kiện kinh tế của bệnh nhân.

Digoxin là một glycosid tim truyền thống, được sử dụng ở tỷ lệ 30.1% cao hơn so với nghiên cứu Võ Quang Trung (19.6%) [8]. Điều này cho thấy thuốc vẫn có vai trò nhất định trong trường hợp bệnh nhân nhập viện do suy tim đặc biệt tim có kèm rung nhĩ hay cuồng nhĩ với đáp ứng tần số thất nhanh, hoặc cần cải thiện khả năng co bóp tim ở bệnh nhân không đáp ứng với các nhóm thuốc khác.

Phần lớn bệnh nhân được chỉ định phối hợp các thuốc điều trị suy tim (98.4%). Có 2 bệnh nhân (1.6%) trong nghiên cứu dùng đơn trị, trong đó có 1 bệnh nhân dùng nhóm thuốc nền tảng (ARB) điều trị suy tim, và 1 bệnh nhân dùng thuốc lợi tiểu quai (furosemid) điều trị triệu chứng đơn thuần. Đa phần bệnh nhân được phối hợp từ 3 nhóm thuốc (27.6%) đến 4 nhóm thuốc (35%). Đã có nghiên cứu chứng minh trong suy tim phân suất tống máu giảm khi phối hợp nhiều loại thuốc nền tảng ở liều thấp ban đầu sẽ cho kết quả tốt hơn so với việc chỉ sử dụng một loại thuốc đơn trị ở liều đích [14]. Vì vậy mà Bộ Y tế khuyến cáo nên cân nhắc kết hợp sớm đầy đủ các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị suy tim nhằm mang lại lợi ích tối đa cho người bệnh, bên cạnh đó cũng phải luôn lưu ý trong việc cá thể hóa và đảm bảo an toàn cho người bệnh [3].

4.3. Tính hợp lý và an toàn trong chỉ định thuốc điều trị suy tim mạn trên bệnh nhận điều trị nội trú

Về lựa chọn thuốc trong điều trị suy tim mạn có tỷ lệ hợp lý 100%. Về liều lượng, bệnh nhân suy thận có độ lọc cầu thận eGFR dưới 30 mL/phút và trên 65 tuổi có 2 trường hợp dùng digoxin với liều 0.0625 mg/ngày phù hợp theo khuyến cáo trong Tiêu chí Beers của Hội Lão khoa Hoa Kỳ (viết tắt AGS Beers) năm 2023 và Dược thư Quốc gia Việt Nam

(2022). Tuy nhiên, việc sử dụng digoxin trên đối tượng bệnh nhân này đòi hỏi sự thận trọng tối đa vì digoxin có chỉ số điều trị hẹp và được thải trừ chủ yếu qua thận (> 50%). Ở bệnh nhân suy thận nặng, nguy cơ tích lũy thuốc và ngộ độc tăng lên đáng kể nên tuyệt đối không dùng liều nạp digoxin. Khuyến cáo của AGS Beers tránh sử dụng hoặc giảm liều digoxin ở bệnh nhân suy thận giai đoạn 4 hoặc 5 (tương đương eGFR < 30 mL/phút), đặc biệt lưu ý không nên dùng liều digoxin > 0.125 mg/ngày điều trị suy tim cho bệnh nhân ≥ 65 tuổi [15]. Dược thư Quốc gia Việt Nam cũng khuyến cáo về việc phải giảm liều digoxin ở người suy thận hoặc dùng cách ngày liều thông thường (0.125 mg/ngày). Mọi liều lượng digoxin trên 0.125 mg/ngày đều bị coi là không hợp lý. Vì vậy bác sĩ lâm sàng cần theo dõi chặt chẽ tiến triển suy thận, nồng độ K^+ (hạ kali máu là yếu tố nguy cơ ngộ độc digoxin) của bệnh nhân cũng như giám sát các tương tác thuốc có thể làm tăng nồng độ digoxin để ra quyết định sử dụng digoxin cũng như liều dùng cho bệnh nhân một cách hợp lý. Trong nghiên cứu có 83 bệnh nhân ≥ 65 tuổi, trong đó có 20 bệnh nhân sử dụng digoxin với liều đều không vượt quá 0.125 mg/ngày.

Về liều lượng spironolacton, có 7 bệnh nhân ≥ 65 tuổi kèm suy thận giai đoạn 4 được chỉ định spironolacton với liều 25 mg, ngày 1 lần. Ở bệnh nhân có eGFR dưới 30 mL/phút có 9 trường hợp (7.3%) sử dụng liều 25 mg. Tiêu chí AGS Beers không đưa ra một liều lượng cụ thể cho spironolacton ở bệnh nhân suy tim và suy thận mạn, thay vào đó, tài liệu này tập trung vào việc khuyến cáo thận trọng khi sử dụng các thuốc đối kháng aldosterone (bao gồm spironolacton) trên nhóm bệnh nhân này, đặc biệt là người cao tuổi. Khuyến cáo chính là tránh sử dụng spironolacton ở bệnh nhân suy tim có độ thanh thải creatinin (CrCl) < 30 mL/phút do nguy cơ tăng kali máu càng cao. Mặc dù không có liều lượng cụ thể được AGS Beers đề xuất cho bệnh nhân có chức năng thận suy giảm nhẹ hơn, nguyên tắc chung là nên bắt đầu với liều thấp nhất có thể và theo dõi chặt chẽ nồng độ kali máu cũng như chức năng thận. Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022 cung cấp hướng dẫn về liều lượng của spironolacton cụ thể và rõ ràng hơn trong điều trị suy tim mạn với liều khởi đầu là 12.5 - 25 mg/ngày (liều tối đa 50 mg/ngày, uống một lần) với điều kiện chỉ nên chỉ định spironolacton khi nồng độ kali huyết thanh ≤ 5.0 mEq/L và creatinin huyết thanh ≤ 2.5 mg/dL. Tương tự với khuyến cáo AGS Beers, Dược thư Quốc gia Việt Nam cũng lưu ý nên bắt đầu với liều rất thấp cho người cao tuổi và tăng dần để đạt được hiệu quả tối đa trong khi vẫn đảm bảo an toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, những bệnh nhân đều được theo dõi nồng độ K^+ và tất cả đều có nồng độ K^+ nằm trong giới hạn từ 3.5 - 5 mmol/L. Mặc dù vậy, tiêu chí AGS Beers 2023 khuyến cáo ở bệnh nhân ≥ 65 tuổi dễ tăng K^+ khi có suy thận vì vậy nếu đang sử dụng spironolacton cần theo dõi nồng độ K^+, cần cân nhắc giảm liều hoặc ngừng thuốc khi K^+ tăng > 5.5 mmol/L [15]. Trên cơ sở xét tính hợp lý về liều dùng spironolacton theo Dược thư Quốc gia Việt Nam 2022 trong nghiên cứu này được xem là phù hợp, tuy nhiên trong thực hành lâm sàng cần phải theo dõi chặt chẽ điện giải đồ và chức năng thận của bệnh nhân cao tuổi để đảm bảo việc sử dụng spironolacton hợp lý và an toàn.

Không có trường hợp nào xảy ra tương tác thuốc chống chỉ định. Tuy nhiên, vẫn còn 21 trường hợp có tương tác thuốc nghiêm trọng (chiếm 17.1%). Đây cũng là tỷ lệ cần lưu ý, vì các tương tác nghiêm trọng có thể làm tăng nguy cơ biến cố bất lợi như rối loạn điện giải hoặc tăng độc tính của các thuốc khi dùng chung. Nghiên cứu 17.1% tương tác nghiêm trọng, các cặp tương tác chiếm tỷ lệ nhiều nhất liên quan đến việc phối hợp digoxin và các thuốc dùng chung. Trong đó có 8.1% digoxin phối hợp với thuốc BB, điều này có thể làm tăng nguy cơ nhịp tim chậm, block nhĩ - thất, suy tim nặng hơn do tác dụng hiệp đồng ức chế dẫn truyền nhĩ - thất. Bên canh đó digoxin phối hợp với pantoprazol hoặc colchicin, sẽ có nguy cơ tương tác làm tăng nồng độ của digoxin trong máu. Vì vậy cần cân nhắc và thận trọng trong quá trình điều trị phối hợp hoặc cân nhắc giảm liều các thuốc, thường xuyên theo dõi mạch, ECG và theo dõi độc tính digoxin. Mặc dù nghiên cứu đã chứng minh digoxin có vai trò hiệu quả trong việc làm giảm tỷ lệ nhập viện vì suy tim nhưng lại tăng tỷ lệ nhập viện vì ngộ độc do digoxin [16]. Điều đó cho thấy việc sử dụng digoxin cần hết sức thận trọng vì thuốc có cửa sổ trị liệu hẹp và càng thận trọng hơn trong việc phối hợp digoxin với các thuốc có tương tác nghiệm trọng. Trong quá trình sử dụng cần phải theo dõi nồng độ digoxin trong máu, theo dõi nồng độ K^+, Mg^+... để bảo bảo an toàn trong sử dụng thuốc.

5. KẾT LUẬN

Tình hình sử dụng thuốc điều trị suy tim mạn tính

trên bệnh nhân nội trú tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất có tỷ lệ dùng lợi tiểu quai (furosemid) và thuốc đối kháng thụ thể aldosteron (spironolacton) cao. Các nhóm thuốc nền tảng như thuốc ức chế men chuyển (ACEi), thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARB) và thuốc chẹn thụ thể beta (BB) sử dụng còn hạn chế. Tất cả các thuốc có chỉ định, liều dùng và số lần dùng hợp lý, không có trường hợp nào xảy ra tương tác thuốc chống chỉ định. Hầu hết tương tác thuốc nghiêm trọng có liên quan đến việc phối hợp digoxin và các thuốc khác, cần theo dõi và giám sát chặt chẽ trong quá trình sử dụng thuốc này để bảo bảo an toàn trong sử dụng thuốc.

LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu này được Trường Đại học Quốc tế Hồng Bàng cấp kinh phí thực hiện dưới mã số đề tài GVTC18.45.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

[1] G. Savarese, P. M. Becher, L. H. Lund, P. Seferovic, G. M. C. Rosano, and A. J. S. Coats, "Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology," *Cardiovasc Res,* vol. 118, no. 17, pp. 3272-3287, Jan 18, 2023.

[2] T. A. McDonagh, M. Metra, M. Adamo, R. S. Gardner, A. Baumbach, …and E. S. D. Group, "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," *European Heart Journal,* vol. 42, no. 36, pp. 3599-3726, 2021.

[3] Bộ Y tế, "Quyết định 1857/QĐ-BYT về việc ban hành tài liệu chuyên môn: Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn," 2022.

[4] Đ. C. Trần, D. L. Phạm, and V. S. Hoàng, "Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim Châu Âu 2021 ở các mức phân suất tống máu khác nhau," *Tạp chí Y học Việt Nam,* vol. 534, no. 1B, 01/30, 2024.

[5] V. L. Roger, A. S. Go, D. M. Lloyd-Jones, E. J. Benjamin, J. D. Berry, …and M. B. Turner, "Heart disease and stroke statistics--2012 update: a report from the American Heart Association," *Circulation,* vol. 125, no. 1, pp. e2-e220, Jan 3, 2012.

[6] T. N. Thái, T. D. M. Mai, and V. B. Nguyễn, "Khảo sát sử dụng thuốc trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm tại bệnh viện tim mạch An Giang," *Nhà Xuất bản Y học*, pp. 244-258, 2023.

[7] S. Kasahara, Y. Sakata, K. Nochioka, T. Yamauchi, T. Onose,…and H. Shimokawa, "Comparable prognostic impact of BNP levels among HFpEF, Borderline HFpEF and HFrEF: a report from the CHART-2 Study," *Heart Vessels,* vol. 33, no. 9, pp. 997-1007, Sep, 2018.

[8] T. V. Quang, Q. V. Văn, P. N. Văn, N. N. Đình, N. N. H. Yến, và V. N. Thành, "Tình hình sử dụng thuốc điều trị suy tim năm 2022: Nghiên cứu tại một Bệnh viện hạng I, Thành Phố Hồ Chí Minh," *Tạp chí Y học Việt Nam,* vol. 550, no. 1, 06/24, 2025.

[9] M. H. N. T. P. Lê, V. P. Dương, H. N. T. Dương, N. N. Ý Lê, và G. Huỳnh, "Khảo sát tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc nền tảng trong điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Đa khoa Thành Phố Cần Thơ," *Tạp chí Y học Việt Nam,* vol. 545, no. 2, 12/20, 2024.

[10] P. A. Heidenreich, B. Bozkurt, D. Aguilar, L. A. Allen, J. J. Byun,…and C. W. Yancy, "2022 AHA/ACC/HFSA Guideline for the Management of Heart Failure," *JACC,* vol. 79, no. 17, pp. e263-e421, 2022.

[11] J. J. V. McMurray, S. D. Solomon, S. E. Inzucchi, L. Køber, M. N. Kosiborod,… and A.-M. Langkilde, "Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction," *New England Journal of Medicine,* vol. 381, no. 21, pp. 1995-2008, 2019.

[12] M. Packer, S. D. Anker, J. Butler, G. Filippatos, S. J. Pocock,…and F. Zannad, "Cardiovascular and Renal Outcomes with Empagliflozin in Heart Failure," *New England Journal of Medicine,* vol. 383, no. 15, pp. 1413-1424, 2020.

[13] S. J. Greene, J. Butler, N. M. Albert, A. D. DeVore, P. P. Sharma,… and G. C. Fonarow, "Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHAMP-HF Registry," *J Am Coll Cardiol,* vol. 72, no. 4, pp. 351-366, Jul 24, 2018.

[14] D. D'Amario, D. Rodolico, G. M. C. Rosano, U. Dahlström, F. Crea, L. H. Lund, and G. Savarese, "Association between dosing and combination use of medications and outcomes in heart failure with

reduced ejection fraction: data from the Swedish Heart Failure Registry," *Eur J Heart Fail,* vol. 24, no. 5, pp. 871-884, May, 2022.

[15] The American Geriatrics Society, "American Geriatrics Society 2023 updated AGS Beers Criteria® for potentially inappropriate medication use in older adults," *J Am Geriatr Soc,* vol. 71, no. 7, pp. 2052-2081, Jul, 2023.

[16] "The Effect of Digoxin on Mortality and Morbidity in Patients with Heart Failure," *New England Journal of Medicine,* vol. 336, no. 8, pp. 525-533, 1997.

Analysis of drugs used in patients with chronic heart failure at Thong Nhat Hospital in 2024

Nguyen Thi Ngoc Yen, Nguyen Thi Thu Huong, Tran Thi Thu Hang, Nguyen Van Be Hai, Pham Thi Ngoc Mai

ABSTRACT

Background: Heart failure is a complex clinical syndrome associated with high morbidity and mortality rates. In real-world clinical practice, medication use in the inpatient management of chronic heart failure (CHF) often deviates from guideline recommendations. Therefore, detailed evaluations at individual healthcare facilities are necessary to optimize pharmacological therapy. Objective: To analyze the utilization of medications in the inpatient treatment of chronic heart failure at Thong Nhat Hospital (2024). Methods: A retrospective, cross-sectional descriptive study was conducted using medical records of patients diagnosed with chronic heart failure and hospitalized at the Department of Cardiology, Thong Nhat Hospital, from June 2023 to June 2024. Results: Among 123 medical records, 51.2% of patients were male, with a median age of 72 years (interquartile range: 61 - 84). All patients had comorbidities, with hypertension being the most prevalent (88.6%). Loop diuretics were the most commonly prescribed medications (86.2%), while angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEIs) were the least used (0.8%). The utilization rate for beta-blockers (BBs) was 32.5%, and for angiotensin receptor-neprilysin inhibitors (ARNIs) was 4.9%. All prescribed medications have appropriate indications, dosages, and frequencies of administration, with no contraindicated drug interactions identified. There were 17.1% of prescriptions involved serious drug interactions which were associated with digoxin co-administration. Conclusion: The use of foundational drug classes such as ACEIs, ARNIs, and BBs remains limited. Close monitoring is essential for ensuring medication safety during digoxin therapy.

Keywords: *chronic heart failure, medication utilization, inpatient care*

Received: 5/8/2025
Revised: 20/9/2025
Accepted for publication: 15/10/2025