

trong đánh giá bệnh lý hẹp, tắc động mạch chi dưới. Với khả năng tái tạo hình ảnh đa mặt phẳng, độ phân giải không gian cao và thời gian thực hiện nhanh, CLVT cho phép xác định chính xác vị trí, mức độ tổn thương (hẹp, tắc), cũng như phát hiện các đặc điểm đi kèm như vôi hóa, xơ vữa và huyết khối thành mạch.

Thông qua CLVT, bác sĩ có thể khảo sát toàn bộ hệ động mạch từ chỗ xuất phát đến các nhánh nhỏ dưới gối một cách chi tiết, đồng thời đánh giá mức độ lan tỏa của tổn thương. Điều này đặc biệt hữu ích trong việc lập kế hoạch điều trị, lựa chọn phương pháp phù hợp (nội khoa, can thiệp nội mạch hay phẫu thuật), và theo dõi tiến triển bệnh sau điều trị.

So với các phương pháp chẩn đoán khác, CLVT vừa không xâm lấn, vừa dễ tiếp cận, nên là lựa chọn ưu tiên trong tầm soát và chẩn đoán ban đầu bệnh động mạch chi dưới. Việc ứng dụng rộng rãi kỹ thuật này có thể góp phần nâng cao hiệu quả điều trị, cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ biến chứng cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dai L, Zhou Q, Zhou H, et al.** Deep learning-based classification of lower extremity arterial stenosis in computed tomography angiography. *European journal of radiology*. Mar 2021;136:109528. doi:10.1016/j.ejrad.2021.109528

2. **Nguyễn Thị Thu Hiền, Trần Minh Hoàng và cs** (2021). Đặc điểm hình ảnh của chụp cắt lớp vi tính mạch máu trong hẹp tắc động mạch chi dưới, *Tap chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 25 (1).
3. **Dương Đức Hoàng** (2006). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và siêu âm Doppler ở bệnh nhân động mạch chi dưới mạn tính. Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Dương Văn Nghĩa, Phan Kim Toàn** (2018), "Nghiên cứu một số đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân bệnh động mạch chi dưới mạn tính" *Y - Dược Quân sự*, 6(43):73-79.
5. **Rahul JS, Aathish S, Chenthan TK** (2015), "Role of MDCT in Evaluation of Peripheral Vascular Disease of the Lower Limb Arteries and Comparison with Colour Doppler" *Journal of Evolution of Medical and Dental Science*, 4(54):9336-9346.
6. **In Sook Kang, Wonkyung Lee**, "Semiquantitative assessment of tibial artery calcification by computed tomography angiography and its ability to predict infrapopliteal angioplasty outcomes", *Journal of Vascular Surgery*, Volume 64, Issue 5, 1335-1343, DOI: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2016.04.047>.
7. **Phạm Hồng Đức, Nguyễn Thị Cẩm Nhung** (2016), "Vai trò của siêu âm trong đánh giá hẹp động mạch chi dưới ở bệnh nhân đái tháo đường", *Y học Việt Nam*, 1(1):44-48.
8. **Mohammed M.Chowdhury**, "Lower limb arterial calcification (LLAC) scores in patients with symptomatic peripheral arterial disease are associated with increased cardiac mortality and morbidity", *PLoS ONE* 12(9):e0182952, DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0182952>

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN SỬ DỤNG NHÓM THUỐC ỨNG CHẾ SGLT-2 Ở BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024

Nguyễn Việt Khánh¹, Nguyễn Hùng Trấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF) chiếm khoảng 50% tổng số ca suy tim toàn cầu. Mặc dù nhóm ức chế đồng vận chuyển natri-glucose típ 2 (SGLT-2i) được khuyến cáo điều trị HFrEF, tỷ lệ sử dụng tại Việt Nam việc sử dụng chưa đạt mức tối ưu. **Mục tiêu:** Khảo sát một số yếu tố liên quan đến sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhập viện điều trị tại

Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ. **Kết quả:** Phần lớn đối tượng là nam giới (56,0%) với độ tuổi trung bình từ 60 – 79 tuổi (62,9%). Trung bình nồng độ NT-proBNP và LVEF lần lượt là 7582 ± 8544 pg/ml và 35,6 ± 4,2%. Trong phân tích đơn biến, giới tính nữ, thừa cân béo phì, mắc đái tháo đường típ 2, sử dụng ARB/ACEI/ARNI hoặc MRA có liên quan đến việc sử dụng thuốc SGLT-2i ($p < 0,05$). Trong phân tích đa biến, giới tính nữ, đồng mắc đái tháo đường típ 2 và rung nhĩ là các yếu tố độc lập liên quan đến sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i ($p < 0,05$). **Kết luận:** Giới tính nữ, đồng mắc đái tháo đường típ 2 và rung nhĩ là các yếu tố độc lập liên quan với việc sử dụng nhóm thuốc ức chế SGLT-2 ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm. **Từ khóa:** SGLT2i, suy tim, phân suất tổng máu giảm, yếu tố liên quan.

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Khánh

Email: vietkhanh120394@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.8.2025

Ngày duyệt bài: 12.9.2025

SUMMARY

FACTORS ASSOCIATED WITH THE USE OF SGLT-2 INHIBITORS IN HOSPITALIZED PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH

REDUCED EJECTION FRACTION AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Background: Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) accounts for approximately 50% of all heart failure cases worldwide. Although sodium-glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT-2i) are strongly recommended for the treatment of HFrEF, their utilization in Vietnam—particularly in Can Tho—remains limited. **Objectives:** To investigate factors associated with the use of SGLT-2 inhibitors among hospitalized patients with HFrEF at Can Tho City General Hospital in 2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 patients with HFrEF admitted for treatment at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The majority of patients were male (56.0%), with most aged between 60 and 79 years (62.9%). The mean NT-proBNP level and left ventricular ejection fraction (LVEF) were 7582 ± 8544 pg/mL and $35.6 \pm 4.2\%$, respectively. In univariate analysis, female gender, overweight/obesity, type 2 diabetes mellitus, and the use of ARB/ACEI/ARNI or MRA were significantly associated with SGLT-2i use ($p < 0.05$). In multivariate analysis, female gender, comorbid type 2 diabetes, and atrial fibrillation were independently associated with SGLT-2i use ($p < 0.05$). **Conclusion:** Female gender, comorbid type 2 diabetes mellitus, and atrial fibrillation were independent factors associated with the use of SGLT-2 inhibitors in patients with HFrEF.

Keywords: SGLT-2i, heart failure, reduced ejection fraction, associated factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim hiện là một vấn đề y tế toàn cầu với gánh nặng ngày càng gia tăng, ảnh hưởng đến ít nhất 26 triệu người trên toàn thế giới. Mặc dù tỷ lệ mắc mới đã có xu hướng giảm ở một số quốc gia phát triển nhờ những tiến bộ trong quản lý bệnh tim mạch, tổng tỷ lệ mắc suy tim vẫn tiếp tục tăng do dân số đang già hóa nhanh chóng. Tại châu Âu, tỷ lệ mắc suy tim ước tính và lên tới khoảng 3/1000 người-năm ở mọi lứa tuổi và lên tới khoảng 5/1000 người-năm ở nhóm người trưởng thành. Đáng chú ý, trong số các bệnh nhân suy tim, khoảng 50% được chẩn đoán suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF), trong khi 50% còn lại thuộc nhóm suy tim phân suất tống máu bảo tồn hoặc trung gian hoặc giảm nhẹ, chủ yếu được xác định từ các nghiên cứu trên bệnh nhân nhập viện.^{1,2} Các hướng dẫn lâm sàng hiện nay khuyến cáo mạnh mẽ việc sử dụng thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose típ 2 (SGLT-2i) trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF), nhằm giảm nguy cơ tử vong do tim mạch và các biến cố suy tim tiến triển.^{1,3} Mặc dù cơ chế tác động chính xác vẫn chưa được xác định rõ, các nghiên cứu hiện tại cho thấy SGLT-2i có thể ảnh hưởng đến nhiều đích chuyển hóa và sinh học phân tử, góp

phần tạo nên hiệu ứng toàn diện trên tim, thận và chuyển hóa. Việc triển khai điều trị SGLT-2i một cách hợp lý ở bệnh nhân HFrEF được xem là thiết yếu nhằm kéo dài thời gian sống không biến cố và giảm chi phí chăm sóc y tế.⁴ Tuy nhiên, tại Việt Nam, một số nghiên cứu báo cáo tỷ lệ sử dụng SGLT-2i trên các bệnh nhân HFrEF chưa đạt mức tối ưu.^{5,6} Đặc biệt, tại khu vực Cần Thơ, dữ liệu liên quan vẫn còn hạn chế, và chưa có nghiên cứu nào khảo sát đầy đủ các yếu tố liên quan đến việc sử dụng SGLT-2i trong thực hành lâm sàng. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm khảo sát một số yếu tố liên quan đến sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhập viện tại bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhập viện điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân trên 18 tuổi và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim mạn theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu với triệu chứng cơ năng ± thực thể của suy tim và có phân suất tống máu thất trái (LVEF) dưới 40%.¹

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có thời gian điều trị nội trú tại bệnh viện nhỏ hơn 24 giờ.

Bệnh nhân không có đủ thông tin cần thu thập trên hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: Chọn mẫu thuận tiện, tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi đã tuyển chọn được 106 đối tượng phù hợp.

Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể, bệnh đồng mắc, các thuốc đang sử dụng (ức chế men chuyển [ACEi], ức chế thụ thể [ARB], ARNI, chẹn beta [BB], đối kháng thụ thể mineralocorticoid [MRA]) và các đặc điểm cận lâm sàng (NT-proBNP [pg/ml], LVEF [%]).

Khảo sát các yếu tố liên quan đến sử dụng thuốc SGLT-2i: tuổi, giới, thừa cân, béo phì, một số bệnh đồng mắc và thuốc đang sử dụng.

Xử lý và phân tích dữ liệu: Số liệu thu thập được mã hoá và xử lý bằng phần mềm SPSS 27.0. Thống kê mô tả tần số, tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình và độ lệch chuẩn. Sử

dụng hồi quy logistic đơn biến và đa biến để khảo sát các yếu tố liên quan. Giá trị $p < 0,05$ được xem như có ý nghĩa thống kê. Kết quả được trình bày dưới dạng bảng và biểu đồ.

2.3. Vấn đề y đức. Đề tài đã được thông qua bởi Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh, Trường Đại học Võ Trường Toàn thông qua.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, đã có tổng cộng 106 đối tượng thỏa tiêu chuẩn với đa phần thuộc độ tuổi từ 69 – 79 tuổi (62,6%) và nam giới chiếm gần 3/5 (56%) trong tổng số bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Chi số khối cơ thể	Gầy	14	13,2
	Bình thường	74	69,8
	Thừa cân	17	16,0
	Béo phì	1	1,0
Bệnh đồng mắc	Tăng huyết áp	95	89,6
	Đái tháo đường típ 2	23	21,7
	Rối loạn lipid máu	10	9,4
	Bệnh mạch vành	62	58,5
Thuốc đang sử dụng	Rung nhĩ	12	11,3
	SGLT-2i	48	45,3
	ACEi	10	9,4
	ARBs	89	84,0
	ARNI	25	23,6
	BB	7	6,6
	MRA	71	67,0
Lợi tiểu quai	26	24,5	

Nhận xét: Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu có chỉ số khối ở mức bình thường (69,8%) và bệnh đồng mắc thường gặp nhất là tăng huyết áp (89,6%) và bệnh mạch vành (58,5%).

Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng ở đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Trung bình	Độ lệch chuẩn
NT-proBNP (pg/ml)	7582	8544
LVEF (%)	35,6	4,2

Nhận xét: Trung bình nồng độ NT-proBNP và LVEF lần lượt là 7582 ± 8544 pg/ml và $35,6 \pm 4,2\%$.

Bảng 3. Hồi quy logistic đơn biến các yếu tố liên quan đến sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi ≥ 80 tuổi	0,28	0,06 – 1,37	0,116
Nữ giới	2,97	1,02 – 8,67	0,046
Thừa cân, béo phì	1,28	1,05 – 1,56	0,013
Đái tháo đường típ 2	10,80	2,80 – 42,10	0,001

Bệnh mạch vành	2,25	0,99 – 5,11	0,052
Rung nhĩ	0,34	0,08 – 1,54	0,161
Sử dụng ARB/ACEi/ARNI	2,65	1,14 – 6,19	0,024
Sử dụng MRA	3,69	1,06 – 12,86	0,041
Sử dụng BB	0,90	0,38 – 2,11	0,803

Nhận xét: Trong hồi quy đơn biến, giới tính nữ, có thừa cân béo phì, mắc đái tháo đường típ 2, sử dụng ARB/ACEi/ARNI hoặc MRA có liên quan đến việc sử dụng thuốc SGLT-2i với $p < 0,05$.

Bảng 4. Hồi quy logistic đa biến các yếu tố liên quan đến sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i

Yếu tố	OR	KTC 95%	p
Tuổi ≥ 80 tuổi	0,26	0,05 – 1,20	0,083
Nữ giới	5,02	1,47 – 17,12	0,010
Thừa cân, béo phì	2,24	0,75 – 7,76	0,138
Đái tháo đường típ 2	5,13	1,23 – 21,35	0,025
Bệnh mạch vành	2,90	0,95 – 8,85	0,061
Rung nhĩ	0,20	0,06 – 0,71	0,012
Sử dụng ARB/ACEi/ARNI	2,40	0,80 – 7,21	0,120
Sử dụng MRA	1,33	0,42 – 3,84	0,611

Nhận xét: Trong hồi quy đa biến, giới tính nữ, đồng mắc đái tháo đường típ 2 là các yếu tố liên quan với tỷ lệ dùng SGLT-2i cao hơn và rung nhĩ liên quan đến sử dụng nhóm thuốc ức chế SGLT-2 thấp hơn với khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ 01/2024 đến 12/2024, tổng cộng có 106 đối tượng tham gia nghiên cứu với phần lớn là nam giới thuộc độ tuổi từ 60 đến 79 tuổi. Kết quả phân tích cho thấy giới tính nữ, đồng mắc đái tháo đường típ 2, rung nhĩ là các yếu tố liên quan độc lập với việc sử dụng nhóm thuốc SGLT-2i ở các bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân thừa cân béo phì chiếm 17% và tăng huyết áp và bệnh mạch vành là các bệnh lý đồng mắc thường gặp nhất ở các bệnh nhân điều trị phân suất tổng máu giảm. Điều này phản ánh đặc điểm dịch tễ học thường gặp trong nhóm bệnh nhân HFrEF như các báo cáo khác, khi các yếu tố nguy cơ tim mạch cổ điển như tăng huyết áp và xơ vữa động mạch vẫn chiếm ưu thế.^{6,7} Hơn nữa, nghiên cứu cũng ghi nhận trung bình nồng độ NT-proBNP và LVEF lần lượt là 7582 ± 8544 pg/ml và $35,6 \pm 4,2\%$ phù hợp với đặc điểm sinh lý bệnh của HFrEF với tình trạng đặc trưng bởi sự suy giảm chức năng cơ bóp thất trái và tăng hoạt hóa hệ thần kinh – nội tiết, phản ánh qua nồng độ peptide lợi niệu natri tăng cao.¹ Kết quả này mặc dù tương đồng với xu hướng

giảm LVEF và gia tăng nồng độ NT-proBNP nhưng vẫn có chút khác biệt với các nghiên cứu trước đó. Ví dụ nghiên cứu của Nguyễn Văn Nhựt và cộng sự báo cáo LVEF trung bình ở mức $37,1 \pm 5,8\%$ và NT-proBNP cao hơn chúng tôi ở mức $16210 \pm 43293\text{pg/ml}$.⁸ Nghiên cứu khác của Hà Thị Hường và cộng sự lại cho thấy giá trị LVEF và NT-proBNP thấp hơn chúng tôi, lần lượt ở mức $29,27 \pm 6,8\%$ và $1152 \pm 1287\text{pg/ml}$.⁹ Những khác biệt này có thể xuất phát từ sự không đồng nhất về cỡ mẫu, tiêu chuẩn chọn bệnh, thời điểm đo NT-proBNP, hoặc sự khác biệt trong phương pháp điều trị nền và mức độ kiểm soát triệu chứng giữa các trung tâm. Cụ thể trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ sử dụng nhóm MRA cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Nhựt và cộng sự với $67,0\%$ so với $45,8\%$ mặc dù tỷ lệ sử dụng các thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosteron tương đương giữa hai nghiên cứu.⁸ Tuy nhiên, tỷ lệ sử dụng nhóm ức chế SGLT-2 của chúng tôi chỉ đạt $45,8\%$ trong ghi tác giả ghi nhận 100% bệnh nhân đều được sử dụng dapagliflozin. Điều này có thể giải thích bởi sự khác nhau trong phương pháp chọn mẫu, tuy nhiên vẫn có nhiều yếu tố liên quan đến việc sử dụng nhóm thuốc này.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân tích đơn biến cho thấy giới tính nữ, thừa cân béo phì, mắc đái tháo đường típ 2, sử dụng ARB/ACEI/ARNI hoặc MRA có liên quan đến việc sử dụng thuốc SGLT-2. Tuy nhiên trong phân tích đa biến, chỉ còn giới tính nữ, mắc đái tháo đường típ 2 và rung nhĩ là các yếu tố liên quan với sử dụng SGLT-2 ở các bệnh nhân. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân có nguy cơ tim mạch cao hơn hoặc đã có rối loạn chuyển hóa, rối loạn nhịp thường được cân nhắc chỉ định SGLT-2 nhiều hơn trong thực hành lâm sàng. Nghiên cứu của Pierce và cộng sự cũng ghi nhận kết quả tương đồng với chúng tôi, trong đó các bệnh nhân đái tháo đường típ 2 sẽ có khả năng được kê đơn nhóm thuốc này nhiều hơn ($p < 0,001$).² Mặc dù vậy, kết quả này vẫn không đồng nhất với một số báo cáo khác trước đây. Nghiên cứu của Mai Xuân Tiến và cộng sự không cho thấy mối liên quan giữa tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể hay các bệnh đồng mắc như đái tháo đường, rung nhĩ, bệnh mạch vành với việc sử dụng thuốc SGLT-2. Tuy nhiên tác giả ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa việc sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 với tăng huyết áp, bệnh thận mạn.⁶ Ngược lại, nghiên cứu của Lê Đình Triều Giang và cộng sự lại không ghi nhận mối liên quan giữa bất kỳ bệnh lý đồng mắc nào với việc sử dụng thuốc SGLT-2i mặc dù tác giả cũng

ghi nhận nhóm sử dụng ARB và ARI có tỷ lệ sử dụng SGLT-2i cao hơn tương đồng với chúng tôi hay nghiên cứu của Zaghoul và cộng sự lại ghi nhận nam giới được kê đơn thuốc SGLT-2i nhiều hơn với $OR = 1,69$ (KTC95%: $1,02 - 2,82$).^{3,5} Sự khác biệt giữa các nghiên cứu có thể được lý giải bởi sự không đồng nhất về cỡ mẫu, thời điểm thu thập dữ liệu, đặc điểm dân số và đòi hỏi cần được xác nhận thêm qua các nghiên cứu đa trung tâm với quy mô lớn hơn và kiểm soát tốt hơn các yếu tố gây nhiễu. Tuy nhiên, mặc dù các bệnh nhân HFrEF được hưởng lợi từ việc sử dụng thuốc SGLT-2i nhưng khi khởi trị cần cân nhắc các chống chỉ định và tác dụng phụ của thuốc như nguy cơ hạ huyết áp, nhiễm khuẩn hệ tiết niệu, tổn thương thận cấp, nhiễm toan,...¹⁰.

Tuy nhiên, cũng cần thừa nhận rằng nghiên cứu hiện tại còn một số hạn chế nhất định, đặc biệt là thiết kế cắt ngang đơn trung tâm và cỡ mẫu chưa lớn, có thể ảnh hưởng đến tính khái quát của kết luận. Do đó, các nghiên cứu tiếp theo với quy mô đa trung tâm, cỡ mẫu lớn hơn và thiết kế dọc sẽ cần được thực hiện để xác nhận và mở rộng các phát hiện hiện tại, đồng thời cung cấp bằng chứng vững chắc hơn cho việc cá thể hóa chiến lược sử dụng thuốc SGLT-2i trong thực hành lâm sàng.

V. KẾT LUẬN

Giới tính nữ, đồng mắc đái tháo đường típ 2 và rung nhĩ là các yếu tố liên quan độc lập với việc sử dụng nhóm thuốc ức chế SGLT-2 ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm.

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. *Eur Heart J.* 2021;42(36): 3599-3726. Doi: 10.1093/eurheartj/ehab368.
2. **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 Cardiol.* 2023; 8(7): 652-661. Doi: 10.1001/jamacardio.2023.1266.
3. **Zaghoul N, Awaisu A, Mahfouz A, Ali Z, Alyafei S, Elewa H.** Evaluating the appropriateness and the factors associated with sodium-glucose co-transporter 2 inhibitors prescribing in a Middle Eastern country: a cross-sectional study. *Int J Clin Pharm.* 2025;47(2):314-324. Doi: 10.1007/s11096-024-01828-5.
4. **Talha KM, Anker SD, Butler J.** SGLT-2 Inhibitors in Heart Failure: A Review of Current Evidence. *Int J Heart Fail.* 2023;5(2):82-90. Doi: 10.36628/ijhf.2022.0030.
5. **Giang LĐT, Trang TK.** Sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 ở người suy tim nhập viện. *Tạp chí Y học*

- Việt Nam. 2024;539(1):296-300. Doi: 10.51298/vmj.v539i1.9749.
6. **Tiến MX, Trang TK, Nhân VM.** Sử dụng thuốc ức chế SGLT-2 ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tổng máu giảm theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt Nam 2022. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;546(3):325-330. Doi: 10.51298/vmj.v546i3.12767.
 7. **Pugliese NR, Buralli S, Taddei S.** Hypertension and heart failure: A dangerous relationship with clinical implications. Eur J Intern Med. 2025;131:44-45. Doi: 10.1016/j.ejim.2024.11.019.
 8. **Nhật NV, ThịDiễm N, Thăng VV, et al.** Đánh giá hiệu quả điều trị suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm bằng phối hợp thuốc Dapagliflozin tại Bệnh viện Đa khoa Bạc Liêu năm 2023-2024. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2024;77:15-22. Doi: 10.58490/ctump.2024i77.2696.
 9. **Hường HT, Hương KN.** Giá trị tiên lượng của một số chỉ số chức năng thất phải trên siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu giảm. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2021;99:76-92. Doi: 10.58354/jvc.99.2022.11.
 10. **Pittampalli S, Upadyayula S, Mekala HM, Lippmann S.** Risks vs Benefits for SGLT2 Inhibitor Medications. Fed Pract. 2018;35(7):45-48.

SÀNG LỌC BỆNH PHỔI TẮC NGHẼN MẠN TÍNH Ở BỆNH NHÂN CÓ NGUY CƠ CAO BẰNG THANG ĐIỂM PUMA

Đỗ Thị Tường Oanh¹, Lê Như Thụy Khanh², Dương Nguyễn Hồng Trang²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định điểm cắt tối ưu của thang điểm PUMA trong tầm soát bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính trên đối tượng bệnh nhân đến khám tại phòng khám nội khoa. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu trên bệnh nhân có nguy cơ mắc BPTNMT tại phòng khám nội, bệnh viện Trưng Vương thành phố Hồ Chí Minh. Sử dụng bảng câu hỏi PUMA để sàng lọc, và dùng tiêu chuẩn FEV1/FVC sau nghiệm pháp giãn phế quản < 0,7 trên hô hấp ký để chẩn đoán BPTNMT. Phân tích đường cong ROC, độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương tính và âm tính để chọn điểm cắt tối ưu. **Kết quả:** Trong số 131 bệnh nhân thu dung vào nghiên cứu có 16 bệnh nhân (12,2%) được chẩn đoán BPTNMT. Với điểm cắt ≥ 5 của thang điểm PUMA, độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 23,50%, giá trị tiên lượng dương 15,40%, giá trị tiên lượng âm 100%. diện tích dưới đường cong AUC là 0,674 (KTC 95%: 0,554 – 0,795), $p = 0,024$. **Kết luận:** Thang điểm PUMA với điểm cắt ≥ 5 là công cụ tốt giúp tầm soát sớm bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính tại Việt Nam. **Từ khóa:** Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, chẩn đoán sớm, thang điểm PUMA, yếu tố nguy cơ, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu.

SUMMARY

SCREENING FOR CHRONIC OBSTRUCTIVE PULMONARY DISEASE IN HIGH-RISK PATIENTS USING THE PUMA SCORE

Objective: To determine the optimal cut-off point of the PUMA score in COPD screening for patients visiting the internal medicine clinic. **Method:** Prospective cross-sectional descriptive study on

patients at risk of COPD at the internal medicine clinic, Trung Vuong hospital, Ho Chi Minh city. Using the PUMA questionnaire for screening, and using the FEV1/FVC standard after bronchodilator test < 0.7 on spirometry to diagnose COPD. Analyzing ROC curve, sensitivity, specificity, positive and negative predictive value to choose the optimal cut-off point. **Results:** Of the 131 patients enrolled in the study, 16 patients (12.2%) were diagnosed with COPD. With a cut-off point ≥ 5 points of the PUMA score, the area under the ROC curve (AUC) was 0.68, sensitivity 100%, specificity 23.50%, positive predictive value 15.40%, negative predictive value 100%. **Conclusion:** The PUMA score with a cut-off point ≥ 5 points is a good tool for early screening of chronic obstructive pulmonary disease in Vietnam. **Keywords:** Chronic Obstructive Pulmonary Disease, early diagnosis, PUMA, risk factors, cut-off point, sensitivity, specificity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (BPTNMT), đặc trưng bởi tình trạng hạn chế luồng khí không hồi phục hoàn toàn và thường tiến triển, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và bệnh tật trên thế giới. BPTNMT có gánh nặng kinh tế và xã hội nặng nề và ngày càng tăng dần, do vậy việc chẩn đoán sớm BPTNMT là điều rất cần thiết⁵. Bệnh nhân BPTNMT được chẩn đoán và điều trị sớm có thể giúp cải thiện suy giảm chức năng phổi, làm chậm tiến triển của bệnh đến giai đoạn muộn và kết cục xấu. Tuy nhiên, tỷ lệ chẩn đoán bỏ sót BPTNMT là tình trạng khá phổ biến ở nhiều quốc gia và có đến 1/3 bệnh nhân mắc BPTNMT được phát hiện trong chăm sóc ban đầu không có triệu chứng hoặc chỉ có các triệu chứng nhẹ⁴. Những bệnh nhân này có thể không tìm kiếm chăm sóc y tế cho đến khi tình trạng bệnh trở nên nặng hơn. Việc sàng lọc bệnh nhân trong các cơ sở y tế là rất quan trọng, giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ mắc BPTNMT để tiến hành

¹Trường Đại học Văn Lang

²Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Thị Tường Oanh

Email: oanh.do@vlu.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.8.2025

Ngày duyệt bài: 11.9.2025