

**NGHIÊN CỨU SỬ DỤNG THUỐC DAPAGLIFLOZIN
TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM EF GIẢM TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC,
BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG**

Từ Minh Tri, Bùi Trọng Nhân*
Bệnh viện Tim mạch An Giang
Email: tmtri050391@gmail.com
Ngày nhận bài: 14/7/2025
Ngày phản biện: 23/8/2025
Ngày duyệt đăng: 25/8/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tống máu giảm là bệnh lý rất thường gặp nhất là ở những bệnh nhân lớn tuổi điều trị tại khoa hồi sức tích cực. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm bằng dapagliflozin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp hồi cứu trên 130 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm được điều trị bằng các phác đồ thuốc nền tiêu chuẩn, được chia thành hai nhóm: nhóm A gồm 65 bệnh nhân được điều trị với dapagliflozin và nhóm B gồm 65 bệnh nhân không sử dụng dapagliflozin. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm điều trị với dapagliflozin và nhóm không điều trị lần lượt là $69,5 \pm 10,2$ và $71,3 \pm 11,5$ tuổi; phân suất tống máu trung bình tương ứng là $28,1 \pm 3,5\%$ và $30,4 \pm 3,9\%$. Tỷ lệ các biến cố bất lợi như nhiễm trùng đường tiểu, tụt huyết áp, tăng kali máu, nhịp chậm, hạ đường huyết và tổn thương thận cấp ở nhóm điều trị thuốc không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không điều trị ($p > 0,05$). Nhóm bệnh nhân được điều trị bằng dapagliflozin có tỷ lệ nhập viện do suy tim (15,3%) thấp hơn nhóm còn lại (41,5%) với $p=0,040$. **Kết luận:** Dapagliflozin thể hiện hiệu quả nhất định trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm, với tỷ lệ các biến cố bất lợi không có sự khác biệt đáng kể so với nhóm không sử dụng thuốc.

Từ khóa: Suy tim EF giảm, Dapagliflozin, hồi sức tích cực.

ABSTRACT

**STUDY ON THE USE OF DAPAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH
HEART FAILURE AND REDUCED EF AT THE INTENSIVE CARE
DEPARTMENT OF AN GIANG CARDIOVASCULAR HOSPITAL**

Tu Minh Tri, Bui Trong Nhan*
An Giang Cardiovascular Hospital

Background: Heart failure with reduced ejection fraction is a very common disease, especially in elderly patients treated in the intensive care unit. **Objective:** To evaluate the clinical and paraclinical characteristics and the effectiveness of treating patients with heart failure with reduced ejection fraction with dapagliflozin in the intensive care unit, An Giang Cardiovascular Hospital in 2024. **Materials and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on 130 patients with heart failure with reduced ejection fraction treated with standard background regimens, divided into two groups: group A of 65 patients treated with dapagliflozin and group B of 65 patients not using dapagliflozin. **Results:** The mean ages of the dapagliflozin-treated and untreated groups were 69.5 ± 10.2 and 71.3 ± 11.5 years, respectively; the mean ejection fractions were $28.1 \pm 3.5\%$ and $30.4 \pm 3.9\%$, respectively. The rates of adverse events such as urinary tract infection, hypotension, hyperkalemia, bradycardia, hypoglycemia, and acute kidney injury were not significantly different in the dapagliflozin-treated group compared with the untreated group ($p >$

0.05). The rate of hospitalization for heart failure in the dapagliflozin-treated group (15.3%) was lower than that of the other group (41.5%) ($p = 0.040$). **Conclusion:** Dapagliflozin demonstrated certain therapeutic benefits in the management of HFrEF, with a comparable incidence of adverse events to that observed in patients not receiving the drug.

Keywords: Heart failure with reduced ejection fraction, dapagliflozin, intensive care unit.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng thường gặp nhất là tại khoa bệnh nặng như hồi sức tích cực. Số người mắc suy tim trên toàn thế giới được ước tính hơn 64 triệu người. Mặc dù tỉ lệ hiện mắc tương đối ổn định, tỉ lệ lưu hành bệnh có xu hướng gia tăng do quá trình già hóa dân số và những tiến bộ trong điều trị, giúp kéo dài thời gian sống của bệnh nhân [1]. Suy tim được phân loại thành ba nhóm dựa trên phân suất tống máu thất trái (EF), bao gồm: và suy tim với phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF, EF \geq 50%), suy tim với phân suất tống máu giảm nhẹ (HFmEF, EF 41–49%) và suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF, EF \leq 40%) [2]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF) vẫn là một bệnh lý có gánh nặng đáng kể, với tỉ lệ tử vong và biến chứng còn ở mức cao [3]. Năm 2020, Bộ Y tế ra ban hành quyết định 1762/QĐ-BYT về việc ban hành “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính” về việc sử dụng tam giác trong điều trị suy tim EF giảm bao gồm thuốc ức chế hệ RAS (RASi), thuốc chẹn beta và thuốc đối kháng mineralocorticoid (MRA) [4]

Tiếp sau đó trong thử nghiệm DAPA-HF, thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2, dapagliflozin, đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ tử vong do tim mạch và đợt đầu tiên của suy tim nặng hơn ở những bệnh nhân suy tim và giảm phân suất tống máu [5]. Trong những năm gần đây, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy dapagliflozin cải thiện các kết cục tim mạch ở bệnh nhân suy tim, bao gồm giảm nguy cơ nhập viện do suy tim, tử vong do nguyên nhân tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân, ngay cả ở những bệnh nhân không mắc đái tháo đường [6]. Dựa trên các bằng chứng lâm sàng hiện có, dapagliflozin đã chính thức được khuyến cáo trong điều trị suy tim với phân suất tống máu giảm tại Việt Nam kể từ năm 2022 [2]. Tuy nhiên, hiện nay các dữ liệu đánh giá việc sử dụng dapagliflozin của nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm vẫn còn hạn chế, đặc biệt trong bối cảnh điều trị tại khoa hồi sức tích cực, nơi tập trung các trường hợp suy tim nặng. Xuất phát từ thực tế đó, nghiên cứu thực hiện nhằm đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và hiệu quả của điều trị bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm bằng dapagliflozin tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Các bệnh nhân được tuyển chọn vào nghiên cứu là những trường hợp nhập viện và được chẩn đoán suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF) tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang. Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang.

- Tiêu chuẩn chọn mẫu:

+ Chọn bệnh nhân nhóm điều trị với dapagliflozin (nhóm A): Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim phân suất tống máu giảm theo hướng dẫn của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2021 [7], bao gồm biểu hiện triệu chứng lâm sàng điển hình kết hợp với siêu âm tim cho thấy phân suất tống máu (EF) \leq 40%. Bệnh nhân có mức lọc cầu thận ước tính (eGFR)

≥ 30 ml/phút/1,73m² và có chỉ định sử dụng thuốc ức chế SGLT2.

+ Chọn bệnh nhân nhóm đối chứng (nhóm B) hồi cứu trên hồ sơ bệnh án năm 2021 của bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm thỏa tiêu chuẩn điều trị của Bộ Y tế [4] tại khoa Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang. Nhóm B có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng tương đồng, được điều trị bằng phác đồ nền tương đương nhưng không sử dụng dapagliflozin.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có chống chỉ định với dapagliflozin liên quan đến các tác dụng phụ đã biết, hoặc có eGFR < 30 ml/phút/1,73m² [7].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả kết hợp hồi cứu.

- **Phương pháp chọn mẫu:** Áp dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện đối với các bệnh nhân đáp ứng tiêu chí lựa chọn. Sau đó, các đối tượng nghiên cứu được phân thành hai nhóm: Nhóm A gồm các bệnh nhân được điều trị bằng thuốc dapagliflozin trong khoảng thời gian từ tháng 3 năm 2023 đến tháng 10 năm 2024 và nhóm B gồm các bệnh nhân hồi cứu trên hồ sơ bệnh án trong năm 2021.

- **Biến số nghiên cứu:**

+ Đặc điểm chung của hai nhóm: bao gồm tuổi, giới, tiền sử bệnh lý, và nhóm thuốc được sử dụng trong điều trị.

+ Các biến số đánh giá trước can thiệp: triệu chứng lâm sàng, mạch, huyết áp, các chỉ số xét nghiệm máu cơ bản (ure, creatinin, điện giải đồ, NT-proBNP) và siêu âm tim.

+ Các biến số đánh giá sau 1 tuần điều trị: huyết áp, NT-proBNP và siêu âm tim.

+ Các biến số đánh giá sau 1 tháng điều trị: các biến cố bất lợi và biến cố tim mạch, bao gồm: nhập viện do suy tim, nhập viện không do suy tim, tử vong do mọi nguyên nhân và tử vong do nguyên nhân tim mạch. Số liệu thu thập thông qua mã số quản lý bệnh nhân điều trị được hẹn tái khám sau 1 tháng khi xuất viện.

- **Thông tin thuốc:** Thuốc được sử dụng trong nghiên cứu là dapagliflozin 10mg (Forxiga®, AstraZeneca, Anh) với liều 10mg mỗi ngày. [8].

- **Xử lý số liệu:** Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 20 (IBM). Biến định tính trình bày dưới dạng tần số và phần trăm; biến định lượng dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn (nếu phân phối chuẩn) hoặc trung vị (nếu không phân phối chuẩn). So sánh hai trung bình sử dụng t-test; biến phân loại so sánh bằng Chi-square test với mức ý nghĩa $p < 0,05$. Nghiên cứu gồm 130 bệnh nhân suy tim EF giảm, chia thành hai nhóm: 65 bệnh nhân điều trị dapagliflozin (nhóm A) và 65 bệnh nhân không điều trị (nhóm B)

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Toàn bộ dữ liệu thu thập được giữ kín. Người tham gia nghiên cứu (nhóm A) được tư vấn và chấp thuận tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua Hội đồng Nghiên cứu khoa học và Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh của Bệnh viện Tim mạch An Giang.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 1. Các đặc điểm lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm A	Nhóm B	p
Tuổi (năm)	69,5 \pm 10,2	71,3 \pm 11,5	0,474
Nam (n, %)	30 (46,1)	33 (42,9)	0,168
Nữ (n, %)	35 (53,9)	32 (57,1)	

Đặc điểm	Nhóm A	Nhóm B	p
BMI (kg/m ²)	20,9 ± 3,6	21,2 ± 3,7	0,560
HATT (mmHg)	124,0 ± 43,3	120,5 ± 42,7	0,326
HATTr (mmHg)	64,8 ± 22,0	66,5 ± 21,6	0,132
Mạch (lần/phút)	103,1 ± 36,9	102,0 ± 36,2	0,297
Tiền sử bệnh (%)			
Đái tháo đường	39 (60,0)	41 (63,0)	0,269
Tăng huyết áp	65 (100)	65 (100)	0,982
Bệnh mạch vành	57 (87,6)	60 (92,3)	0,558
Bệnh lý van tim	41 (63,0)	41 (63,0)	0,470
Bệnh cơ tim	21 (32,3)	22 (33,8)	0,251
Rung nhĩ	21 (32,3)	23 (35,3)	0,219

Nhận xét: Đặc điểm tuổi, giới, BMI, HATT, HATTr, mạch và tiền sử bệnh của 2 nhóm nghiên cứu chưa thấy sự khác biệt ($p>0,05$).

Bảng 2. Các đặc điểm cận lâm sàng của hai nhóm nghiên cứu lúc mới nhập khoa

Đặc điểm	Nhóm A	Nhóm B	p
Ure (mmol/L)	8,9 ± 2,1	8,8 ± 2,2	0,451
Creatinin (μmol/L)	84,5 ± 15,1	83,6 ± 17,3	0,811
Mức lọc cầu thận (mL/phút/1,73m ²)	48,9 ± 17,2	46,3 ± 15,9	0,518
Điện giải đồ (mmol/L)			
Na+	136,5 ± 4,7	136,3 ± 4,8	0,351
K+	3,9 ± 0,6	3,9 ± 0,5	0,158
Cl-	103,3 ± 5,1	100,9 ± 5,5	0,236
NT- proBNP (pg/ml)	23189 (6224 – 35000)	24678 (6752 – 35000)	0,326
Siêu âm tim (LVEF (%))	28,1 ± 3,5	30,4 ± 3,9	0,132

Nhận xét: Các chỉ số ure, creatinin, mức lọc cầu thận, NT-proBNP và EF của 2 nhóm nghiên cứu chưa thấy khác biệt có ý nghĩa ($p>0,05$).

Bảng 3. Đặc điểm sử dụng thuốc của hai nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	Nhóm A n (%)	Nhóm B n (%)	p
Ức chế hệ Renin-Angiotensin (RASi)	60 (92,3%)	59 (90,7%)	0,257
Chẹn beta	21 (32,3%)	23 (35,3%)	0,551
Lợi tiểu quai	58 (89,2%)	58 (89,2%)	0,651
Đối kháng thụ thể Mineralocorticoid (MRA)	65 (100%)	65 (100%)	0,960
Insulin	20 (30,7%)	20 (30,7%)	0,350

Nhận xét: Thuốc RASi và MRA được sử dụng nhiều nhất ở cả nhóm A và B. Không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm sử dụng thuốc giữa hai nhóm nghiên cứu.

3.2. Hiệu quả điều trị của dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim EF giảm

Bảng 4. So sánh cận lâm sàng của hai nhóm sau 1 tuần điều trị

Đặc điểm	Nhóm A	Nhóm B	p
HATT (mmHg)	118,3 ± 33,8	117,5 ± 31,7	0,524
NT- proBNP (pg/ml)	18156 (5015 – 35000)	20454 (6287- 35000)	0,455
Siêu âm tim (LVEF (%))	30,9 ± 4,3	30,6 ± 4,4	0,475

Nhận xét: Không có sự khác biệt giữa 2 nhóm sau 1 tuần điều trị.

Bảng 5. So sánh các cận lâm sàng ở nhóm A trước và sau 1 tuần điều trị dapagliflozin

Đặc điểm ở nhóm A	Trước điều trị	Sau điều trị	p
HATT (mmHg)	124,0 ± 43,3	118,3 ± 33,8	0,565
NT- proBNP (pg/ml)	23189 (6224 – 35000)	18156 (5015 – 35000)	0,042
Siêu âm tim (LVEF (%))	28,1 ± 3,5	30,9 ± 4,3	0,352

Nhận xét: Có sự cải thiện NT- proBNP trước và sau điều trị, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

Bảng 6. So sánh đặc điểm biến cố bất lợi sau 1 tháng điều trị của 2 nhóm A và B

Đặc điểm	Nhóm A n (%)	Nhóm B n (%)	p
Nhiễm trùng đường tiểu	2 (3,0)	0 (0)	0,365
Tụt huyết áp	18 (31,4)	16 (28,5)	0,257
Tăng kali máu	7 (11,4)	6 (11,4)	0,653
Nhịp chậm	2 (3,0)	2 (3,0)	0,538
Hạ đường huyết	4 (6,1)	2 (3,0)	0,256
Tổn thương thận cấp	5 (7,6)	5 (7,6)	0,542

Nhận xét: Sau một tháng điều trị, tỉ lệ gặp các biến cố như nhiễm trùng đường tiểu, tụt huyết áp, tăng kali máu, hạ đường huyết, tổn thương thận cấp và nhịp chậm ở cả hai nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Bảng 7. So sánh biến cố tim mạch sau 1 tháng điều trị của 2 nhóm

Đặc điểm	Nhóm A n (%)	Nhóm B n (%)	p
Tử vong do tim mạch	10 (15,3)	16 (24,6)	0,078
Nhập viện vì suy tim	10 (15,3)	27(41,5)	0,040
Nhập viện không do suy tim	2 (2,8)	4 (6,1)	0,538

Nhận xét: Sau một tháng điều trị, tỉ lệ tử vong ở nhóm B cao hơn so với nhóm A, tuy nhiên sự khác biệt này không đạt mức ý nghĩa thống kê. Trong khi đó, tỉ lệ nhập viện do suy tim giữa hai nhóm có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim EF giảm

Nhóm bệnh nhân suy tim được điều trị dapagliflozin của chúng tôi có độ tuổi trung bình $70,5 \pm 10,8$ tuổi. Độ tuổi trung bình trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với độ tuổi $66,2 \pm 11,0$ trong thử nghiệm DAPA-HF [6], nhưng tương đồng với nghiên cứu của Đoàn Chí Thắng ($69,3 \pm 13,6$ tuổi) [9]. Mặc dù có sự khác biệt về tỉ lệ giới tính mắc suy tim giữa hai nhóm A và B, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tiền sử các bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, bệnh van tim... ở hai nhóm cũng tương đương đồng đều.

Về đặc điểm cận lâm sàng, trung vị nồng độ NT-proBNP ở nhóm A và B trong nghiên cứu lần lượt là 23.189 pg/mL và 24.678 pg/mL, cao hơn đáng kể so với kết quả của Đoàn Chí Thắng với giá trị tương ứng là 3.416,5 pg/mL và 4.957,5 pg/mL [9]. Sự khác biệt này có thể được lý giải do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân nặng đang điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, dẫn đến nồng độ NT-proBNP tăng cao hơn. Phân suất tổng máu (EF) trung bình ở nhóm A và B lần lượt là $28,1 \pm 3,5\%$ và $30,4 \pm 3,9\%$, thấp hơn

so với mức trung bình được báo cáo trong thử nghiệm DAPA-HF [6]

Về đặc điểm điều trị, cả hai nhóm A và B đều được sử dụng các nhóm thuốc nền trong điều trị suy tim theo khuyến cáo hiện hành của từng nhóm. Trong đó, thuốc kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) được sử dụng với tỉ lệ cao nhất, đạt 100% ở cả hai nhóm. Nhóm thuốc ức chế hệ renin–angiotensin (RASi) được sử dụng lần lượt ở 92,3% bệnh nhân nhóm A và 90,7% bệnh nhân nhóm B, cao hơn so với tỉ lệ được báo cáo trong nghiên cứu của Đoàn Chí Thắng (88,6% ở nhóm A và 83,0% ở nhóm B) [9]. Ngược lại, tỉ lệ sử dụng thuốc MRA trong nghiên cứu của tác giả này ở nhóm A chỉ đạt 78,1%. Tuy nhiên, tỉ lệ sử dụng thuốc ức chế beta trong nghiên cứu của chúng tôi còn thấp, lần lượt là 32,3% ở nhóm A và 35,3% ở nhóm B, thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông với tỉ lệ 77,9% [10]. Sự khác biệt này có thể do nghiên cứu của Nguyễn Tá Đông được thực hiện trên các bệnh nhân suy tim ổn định điều trị ngoại trú, trong khi nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện tại khoa Hồi sức tích cực, nơi bệnh nhân thường có tình trạng suy tim chưa ổn định.

4.2. Hiệu quả điều trị của dapagliflozin ở bệnh nhân suy tim EF giảm

Sau một tuần điều trị, chúng tôi tiến hành so sánh hiệu quả điều trị giữa hai nhóm. Ở nhóm sử dụng dapagliflozin, nồng độ NT-proBNP có xu hướng cải thiện, tuy nhiên sự khác biệt so với nhóm không điều trị chưa đạt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tương tự, huyết áp tâm thu và phân suất tống máu (EF) giữa hai nhóm cũng không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Kết quả này có thể bị ảnh hưởng bởi cỡ mẫu nhỏ và thời gian theo dõi ngắn trong nghiên cứu.

Khi so sánh kết quả trước và sau một tuần điều trị dapagliflozin trong cùng nhóm A, chúng tôi ghi nhận sự cải thiện rõ rệt về trung vị nồng độ NT-proBNP với ý nghĩa thống kê ($p = 0,04$). Mặc dù phân suất tống máu (EF) có xu hướng tăng sau điều trị, nhưng sự thay đổi này không đạt mức ý nghĩa thống kê. Do đó, cần có thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hơn để khẳng định hiệu quả lâm sàng của dapagliflozin.

Về biến cố bất lợi, tổn thương thận cấp không phải là biến cố phổ biến, chỉ ghi nhận ở 7,6% bệnh nhân trong nhóm sử dụng dapagliflozin. Mọi lo ngại về nguy cơ tổn thương thận cấp khi dùng dapagliflozin xuất phát từ thực tế rằng nhiều bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm (HFrEF) đồng thời mắc bệnh thận mạn tính và đang được điều trị với các thuốc lợi tiểu như lợi tiểu quai hoặc thuốc kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA). Việc bổ sung Dapagliflozin - một thuốc cũng có tác dụng lợi tiểu thông qua ức chế tái hấp thu natri và glucose ở ống thận có thể làm gia tăng nguy cơ lợi tiểu quá mức, dẫn đến giảm thể tích tuần hoàn và ảnh hưởng đến chức năng thận. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ tổn thương thận cấp ở nhóm sử dụng dapagliflozin không khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sử dụng, mặc dù cao hơn một chút so với tỉ lệ 6,5% được báo cáo trong thử nghiệm DAPA-HF [6]. Đối với các biến cố bất lợi khác như hạ đường huyết, tăng kali máu, nhịp chậm và hạ huyết áp, tỉ lệ ghi nhận đều thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm.

Về kết cục tim mạch bất lợi, sau một tháng theo dõi, nghiên cứu ghi nhận 10 trường hợp tử vong ở nhóm A (điều trị dapagliflozin) và 16 trường hợp ở nhóm B (không điều trị dapagliflozin). So sánh giữa hai nhóm cho thấy dapagliflozin không làm gia tăng tỉ lệ tái nhập viện không do suy tim. Ngược lại, tỉ lệ nhập viện do suy tim ở nhóm sử dụng dapagliflozin thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không sử dụng, cho thấy hiệu quả rõ rệt của thuốc trong việc giảm tái nhập viện do suy tim. Kết quả này phù hợp với dữ liệu

từ thử nghiệm DAPA-HF [6] cũng như phân tích dưới nhóm đánh giá hiệu quả của dapagliflozin trên bệnh nhân châu Á từ thử nghiệm DAPA-HF [11].

Tóm lại, trên đối tượng người Việt Nam với các đặc điểm nhân chủng học riêng biệt, việc sử dụng dapagliflozin liều 10 mg/ngày trong điều trị suy tim phân suất tống máu giảm mang lại hiệu quả tương đương với các nghiên cứu quốc tế, đồng thời các biến cố bất lợi ghi nhận được là không phổ biến.

V. KẾT LUẬN

Thuốc dapagliflozin cho thấy hiệu quả trong việc làm giảm tỉ lệ tái nhập viện do suy tim. Bên cạnh đó, thuốc cũng được đánh giá là an toàn, với tỉ lệ các biến cố bất lợi thấp và không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không sử dụng dapagliflozin.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gianluigi Savarese, Peter Moritz Becher, Lars H Lund, Petar Seferovic, Giuseppe M C Rosano. Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res*. 2023. 118(17),3272-3287, <https://doi.org/10.1093/cvr/cvad026>.
 2. Phạm Nguyễn Vinh. Khuyến cáo của hội tim mạch quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn. Hội tim mạch học quốc gia Việt Nam. 2022. 15-23.
 3. Jones NR, Roalfe AK. Survival of patients with chronic heart failure in the community: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2019. 21(11),1306-1325, <https://doi.org/10.1002/ejhf.1594>.
 4. Bộ Y tế. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn tính. 2020. Quyết định 1762/QĐ-BYT ngày 17/04/2020.
 5. Pardeep Jhund, Piotr Ponikowski, Kieran F. Docherty, Samvel B. Gasparyan, Michael Böhm et al. Dapagliflozin and Recurrent Heart Failure Hospitalizations in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: An Analysis of DAPA-HF. *Circulation*. 2021. 143(20), <https://doi.org/10.1161/circulationaha.121.053659>.
 6. McMurray JJV, Solomon SD. Dapagliflozin in Patients with Heart Failure and Reduced Ejection Fraction. *New England J Med*. 2019. 381(21),1995-2008, <http://10.1056/NEJMoa1911303>.
 7. McDonagh TA, Metra M, Adamo M. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021. 42(36),3599-3726, <https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehab368>.
 8. AstraZeneca. Forxiga. 2023. Available from: <https://www.mims.com/vietnam/drug/forxiga/local-product-insert/230717-proposed%20PI-Forxiga-CKD-vn.pdf>.
 9. Đoàn Chí Thắng, Lê Thị Thu Hương, Trần Tú Nguyên. Nghiên cứu hiệu quả điều trị thuốc dapagliflozin trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm. Y học lâm sàng Bệnh viện Trung ương Huế. 2024. số 96/2024, 100-107, 10.38103/jcmhch.96.14.
 10. Nguyễn Tá Đông, Trần Tú Nguyên, Phạm Quang Tuấn. Results of the Heart Failure Management Program at Hue Central Hospital after 1 year of implementation. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2023. Số 107E/2023, 18-24, <https://doi.org/10.58354/jvc.107E.2023.711>.
 11. Docherty KF, Anand IS, Chiang CE, et al. Effects of dapagliflozin in Asian Patients With Heart Failure and Reduced Ejection Fraction in DAPA-HF. *JACC Asia*. 2022. 2(2),139-153, doi: 10.1016/j.jacasi.2022.02.004.
-