

6. Neuschulz J., Schaefer I., Scheer M., Christ H., Braumann B. (2013), "Maxillary reaction patterns identified by three-dimensional analysis of casts from infants with unilateral cleft lip and palate". J Orofac Orthop, 74 (4), pp. 275-86.
7. Rousseau Pascal, Metzger Marc, Frucht Sibylle, Schupp Wipke, Hempel Mareike, et al. (2013), "Effect of lip closure on early maxillary

growth in patients with cleft lip and palate". 15 (5), pp. 369-373.

8. Braumann Bert, Keilig Ludger, Bourauel Christoph, Niederhagen Bernd, Jäger Andreas %J Annals of Anatomy-Anatomischer Anzeiger (1999), "3-dimensional analysis of cleft palate casts". 181 (1), pp. 95-98.

## KHẢO SÁT TỶ LỆ SỬ DỤNG CÁC THUỐC ỨNG CHẾ HỆ RENIN-ANGIOTENSIN-ALDOSTERON Ở NGƯỜI SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI GIẢM THEO HƯỚNG DẪN NĂM 2020 CỦA BỘ Y TẾ VIỆT NAM

Nguyễn Tấn Đạt\*, Trần Kim Trang\*

### TÓM TẮT

**Vấn đề:** Nhóm thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosteron (RAA) là một trong những chỉ định điều trị cho người suy tim phân suất tổng máu thất trái (ST PSTMTT) giảm theo phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định và liều trung bình của thuốc ức chế men chuyển (UCMC), ức chế thụ thể (UCTT), kháng Aldosteron (MRA) và thuốc ức chế kép thụ thể Angiotensin Nephilysin (ARNI) là Sacubitril/Valsartan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả trên 164 người suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm điều trị nội trú tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Chợ Rẫy từ tháng 3- 6/2022. **Kết quả:** Có 99,4% bệnh nhân được điều trị với ít nhất một trong những thuốc ức chế hệ RAA, 72,6% bệnh nhân sử dụng đồng thời một trong ba thuốc UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế men chuyển là 56,7%, thuốc ức chế thụ thể 4,3%, thuốc kháng Aldosteron 84,1% và Sacubitril/Valsartan là 26,8%. Số bệnh nhân dùng thuốc gần đạt liều đích cao nhất với nhóm kháng Aldosteron: 53,6% người đạt 50-<75% liều đích, 46,5% đạt ≥75% liều đích; và thấp nhất với thuốc ARNI: 22,7% người bệnh đạt <25% liều đích, 59,1% đạt 25-<50% liều đích, 18,2% đạt 50-<75% liều đích, không trường hợp nào đạt ≥75% liều đích. **Kết luận:** Tỷ lệ sử dụng các thuốc nhóm ức chế hệ RAA cao nhưng đa số chưa đạt liều đích.

**Từ khóa:** suy tim phân suất tổng máu thất trái giảm, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, lợi tiểu kháng Aldosterone, ARNI

### SUMMARY

#### SURVEYING RATE OF USING RENIN-

\*Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tấn Đạt

Email: ntdyct@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 30.6.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022

### ANGIOTENSIN-ALDOSTERON SYSTEM INHIBITORS IN HEART FAILURE PATIENTS WITH REDUCED LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION ACCORDING TO THE VIETNAMESE MINISTRY OF HEALTH'S GUIDANCE IN 2020

**Background:** RAASi are one of the indications for treatment of heart failure patients with reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) recommended by Vietnam Ministry of Health in 2020. **Objectives:** To determine the rate of patients prescribed and the average dose of Angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACE inhibitors), angiotensin receptor blockers (ARB), mineralocorticoid receptor antagonists (MRAs) and angiotensin receptor–nephilysin inhibitor (ARNI) drug. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study on 164 heart failure patients with reduced LVEF at the Cardiology Department of Cho Ray Hospital from March to June 2022. **Results:** 99.4% of patients were treated with at least 1 out of 4 RAASi drugs. 72.6% of patients were used both ACEI/UCTT/ARNI and MRA. The percentage of patients using ACE inhibitors was 56.7%, ARB inhibitors 4.3%, MRA 84.1% and ARNI 26.8%. The rate of patient using medication dose close to target dose was highest with MRA: 53.6% of patients reached 50-<75% of the target dose, 46.5% reached ≥75% of the target dose; and lowest with ARNI: 22.7% of patients reached <25% of target dose, 59.1% reached 25-<50% of target dose, 18.2% reached 50-<75% of target dose, none of them reached ≥75% of target dose. **Conclusion:** The prescribed proportion of RAA inhibitors was high but almost under target dose.

**Keywords:** heart failure, reduced left ventricular ejection fraction, ACE inhibitors, angiotensin receptor blockers, mineralocorticoid receptor antagonist, angiotensin receptor–nephilysin inhibitor, Sacubitril/Valsartan

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề sức khỏe cộng đồng, ảnh

hưởng đến khoảng 26 triệu người trên thế giới [2, 3]. Tiên lượng sống còn sau chẩn đoán suy tim không khả quan hơn so với bệnh ung thư. 50% bệnh nhân tử vong trong vòng 5 năm, 25% bệnh nhân tử vong trong vòng một năm [5]. Theo khuyến cáo Hội Tim Châu Âu 2016 và Bộ Y tế Việt Nam năm 2020, suy tim được chia thành 3 nhóm, tương ứng với mức phân suất tống máu thất trái giảm (<40%), giảm vừa (40-49%) và bảo tồn ( $\geq 50\%$ ) [1]. Trong đó, suy tim phân suất tống máu thất trái giảm đã được nghiên cứu từ lâu, và có nhiều bằng chứng trong điều trị cải thiện tỷ lệ tử vong cũng như chất lượng cuộc sống. Các khuyến cáo về điều trị suy tim, được thống nhất giữa Hội Tim Châu Âu 2016 và Trường môn Tim Hoa Kỳ 2017 đã công nhận nhóm thuốc ức chế hệ Renin- Angiotensin-Aldosterol (RAA) là tiêu chuẩn vàng trong điều trị suy tim và được khuyến cáo đầu tay, càng sớm càng tốt nếu tình trạng bệnh nhân cho phép và dung nạp được [4].

Tại Việt Nam, hướng dẫn điều trị suy tim của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020 cũng đã đề cập nhóm thuốc ức chế hệ RAA[1]. Tuy nhiên, những nghiên cứu về sự sử dụng nhóm thuốc này thường thực hiện ở những bệnh nhân điều trị ngoại trú và trước thời điểm ARNI được khuyến cáo. Với mong muốn đánh giá sự sử dụng nhóm thuốc này cho đến hiện tại có tiệm cận các khuyến cáo hay không nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ sử dụng và liều trung bình của các thuốc nhóm ức chế hệ RAA ở người suy tim phân suất tống máu thất trái (PSTMTT) giảm trước khi xuất viện.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**1. Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán xuất viện là suy tim phân suất tống máu thất trái giảm tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 03/2022 đến tháng 6/2022.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi được chẩn đoán ST PSTMTT giảm qua điều trị nội trú có chỉ định xuất viện với ít nhất một kết quả siêu âm tim trong vòng 12 tháng có EF < 40% (theo phương pháp Simpson) và trị số NTproBNP  $\geq 125$  pg/ml.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Có chống chỉ định và/hoặc thận trọng khi dùng nhóm thuốc ức chế hệ RAA: tiền sử phù mạch với thuốc UCMC, UCTT, eGFR <15 ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da, Kali máu >5,2 mmol/l, hẹp động mạch thận hai bên, phụ nữ có thai hoặc đang cho con bú.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu

cắt ngang mô tả. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, không có tiêu chuẩn loại trừ và đồng ý tham gia nghiên cứu Các dữ liệu về tiền căn, triệu chứng cơ năng theo phiếu thu thập số liệu thiết kế. Các đo lường và đánh giá về triệu chứng thực thể theo bác sĩ điều trị. Các cận lâm sàng nếu thực hiện trong 6 tháng gần đây thì không phải thực hiện lại.

**3. Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập được xử lý bằng phần mềm SPSS 25.0.

**4. Đạo đức nghiên cứu.** Nghiên cứu được thông qua bởi hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại Học Y Dược TP.HCM, số 625/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 22 tháng 11 năm 2021.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

164 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, cao nhất là 97 tuổi, thấp nhất là 18 tuổi.

**1. Đặc điểm của bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm trong nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng**

Biến số	n (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Trị số nhỏ nhất	Trị số lớn nhất
Tuổi (năm)	62,32 $\pm$ 16,8	18	97
Nam (%)	99 (60,4)		
Chỉ số khối cơ thể (kg/m <sup>2</sup> )	21,4 $\pm$ 2,8	13,6	31,0
<b>Hút thuốc lá (%)</b>			
Đã ngưng	45 (27,4)		
Đang hút	19 (11,6)		
EF (%)	29,29 $\pm$ 7,47	10	39
Huyết áp tâm thu (mmHg)	115,4 $\pm$ 14,9	80	160
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70,0 $\pm$ 8,9	50	90
Tần số tim (lần/phút)	86,2 $\pm$ 13,9	51	140
<b>NYHA</b>			
I	4 (2,4)		
II	94 (57,3)		
III	61 (37,2)		
IV	5 (3,1)		
<b>Nguyên nhân suy tim (%)</b>			
Bệnh mạch vành	109 (66,5)		
Tăng huyết áp không kiểm soát $\geq 10$ năm	5 (3,0)		
Bệnh cơ tim	24 (14,6)		
Bệnh van tim	20 (12,2)		

nặng			
Khác	6 (3,7)		
<b>Bệnh đồng mắc (%)</b>			
Tăng huyết áp < 5 năm	97 (59,1)		
Đái tháo đường	62 (37,8)		
Rối loạn lipid máu	25 (15,2)		
Bệnh thận mạn	48 (29,3)		
Rung nhĩ	23 (14)		
Hen/COPD	8 (4,9)		
Đột quy	10 (6,1)		
<b>Điều trị suy tim trước nhập viện</b>			
Đang điều trị	58 (35,4)		
Chưa điều trị	106 (64,6)		

Bệnh mạch vành là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim.

**Bảng 2: Đặc điểm cận lâm sàng**

Biến số	Trung bình ± độ lệch chuẩn	Trị số nhỏ nhất	Trị số lớn nhất
Glucose máu (mg/dL)	148,3±71,8	74,0	376,0
BUN (mg/dL)	25,3 ± 13,4	8,0	76,0
Creatinin huyết thanh (mg/dL)	1,3 ± 0,7	0,3	5,0
eGFR(ml/phút/1,73 m <sup>2</sup> da)	66,5 ± 28,1	15,1	137,5
NT-ProBNP (pmol/L)	106,9 <sup>a</sup>	464,8 <sup>b</sup>	2229,2 <sup>c</sup>
Natri (mmol/L)	136,86 ± 5,5	118,0	159,0
Kali (mmol/L)	3,9 ± 0,6	2,5	5,7
Cholesterol (mg/dL)	158,9 ± 50,4	78,0	296,0

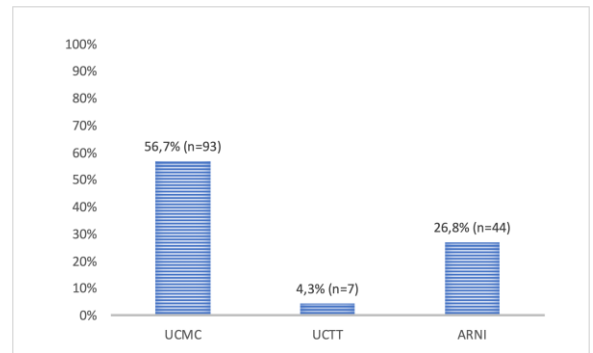
HDL (mg/dL)	31,1 ± 10,9	8,0	62,0
LDL (mg/dL)	100,8 ± 40,8	39,0	202,4
Triglycerid (mg/dL)	137,1 ± 86,4	32,0	471,0
Hb (g/L)	120,7 ± 22,0	69,0	178,0
ALT (U/L)	38,0 <sup>a</sup>	22,0 <sup>b</sup>	70,0 <sup>c</sup>
AST (U/L)	51,0 <sup>a</sup>	34,0 <sup>b</sup>	79,0 <sup>c</sup>
Troponin I (ng/mL)	73,0 <sup>a</sup>	1,2 <sup>b</sup>	642,8 <sup>c</sup>

a: Trung vị; b: Giá trị ứng với 25%; c: Giá trị ứng với 75%

**2. Sự sử dụng các thuốc ức chế hệ RAA**

**Bảng 3: Tỷ lệ sử dụng các thuốc nhóm ức chế hệ RAA**

Phác đồ thuốc nhóm ức chế hệ RAA	n (%)
Sử dụng thuốc ức chế hệ RAA nói chung	163 (99,4)
UCMC hoặc UCTT hoặc ARNI đơn thuần	25 (15,2)
MRA đơn thuần	19 (11,6)
MRA kết hợp UCMC/UCTT/ARNI	119 (72,6)



**Biểu đồ 1: Phân bố điều trị các thuốc ức chế men chuyển, ức chế thụ thể, ARNI**

**Bảng 4: Liều trung bình của các thuốc ức chế hệ RAA**

Nhóm thuốc	Thuốc	n (%)	Liều trung bình (mg/ngày)	Đạt % so liều đích theo khuyến cáo (mg/ngày)
Thuốc ức chế men chuyển (n=93)	Lisinopril	22 (13,4)	5,8	29
	Enalapril	71 (43,2)	4,8	48
Thuốc ức chế thụ thể (n=7)	Valsartan	6 (3,7)	93,3	58,3
	Losartan	1 (0,6)	50	100
Thuốc kháng Aldosteron (n=138)	Spirolacton	138 (84,1)	36,6	73,2
Thuốc ức chế thụ thể Angiotensin/ Nephilysin (n=44)	Sacubitril/ Valsartan	44 (26,8)	53,4	26,7

Spirolacton được chỉ định nhiều nhất, chiếm 84,1% so với các thuốc ức chế hệ RAA khác.

Ngoại trừ 1 trường hợp dùng Losartan ở liều đích, còn lại cho thấy thuốc kháng Aldosteron có liều

dùng gần với liều đích nhất (đạt 73,2% liều đích), nhóm ARNI thấp xa liều đích (đạt 26,7% liều đích).

**Bảng 5: Phân bố liều dùng so với liều đích theo khuyến cáo điều trị suy tim của Bộ Y tế Việt Nam năm 2020**

Liều dùng so với liều đích	<25%	25-<50%	50-<75%	≥75%
UCMC, n (%)	3 (3,2)	39 (41,9)	42 (45,2)	9 (9,7)
UCTT, n (%)	0 (0)	2 (28,6)	2 (28,6)	3 (42,6)
MRA, n (%)	0 (0)	0 (0)	74 (53,6)	64 (46,4)
ARNI, n (%)	10 (22,7)	26 (59,1)	8 (18,2)	0 (0)

#### IV. BÀN LUẬN

Trong 3 tháng, chúng tôi thu nhận 164 bệnh nhân vào nghiên cứu. Để so sánh với các dân số khác, chúng tôi sử dụng dữ liệu ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm từ 2007- 2018, của tác giả Stephen J Greene (2020) [6], với cùng đối tượng bệnh nhân nội trú, và trước các hướng dẫn điều trị mới đây, nhằm đánh giá những thay đổi chỉ định điều trị theo thời gian qua các khuyến cáo.

**1. Một số đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.** Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $62,32 \pm 16,8$  tuổi thấp hơn dân số nghiên cứu của các tác giả Stephen J Greene (2020) 69,8 tuổi. Tuổi cao là một trong những yếu tố tiên lượng nặng của người suy tim nằm viện.

Tỷ lệ bệnh nhân chưa điều trị suy tim trước nhập viện 64,6%, tương tự tác giả Stephen J Greene (2020) là 62%. Điều này thể hiện tầm quan trọng của việc kiểm soát các yếu tố thúc đẩy suy tim cũng như tiếp cận điều trị suy tim từ giai đoạn sớm.

Về nguyên nhân suy tim, chiếm tỷ lệ cao nhất là bệnh mạch vành 66,5%, tiếp đến là bệnh cơ tim 14,6%, bệnh van tim 12,2% và chiếm tỷ lệ ít nhất là tăng huyết áp 3%. Về bệnh lý đi kèm, trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh thận mạn lần lượt chiếm 59,1%, 37,8% và 29,3% tương tự kết quả nghiên cứu của Stephen J Greene (2020) lần lượt là 67,9%, 37,6% và 33,1%. Số liệu này cho thấy sự chuyển biến mô hình bệnh tật của nước ta, suy tim vì nguyên nhân tim mạch-chuyển hoá thay dần cho nguyên nhân van tim hậu thấp.

Huyết áp tâm thu trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là  $115,4 \pm 14,9$  mmHg thấp hơn kết quả của tác giả Stephen J Greene (2020) là 125,5 mmHg. Tần số tim trung bình lúc nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi là  $86,2 \pm 13,9$  lần/phút, tương tự nghiên cứu của Stephen J Greene (2020) là 85,3 lần/phút. Các trị số này đòi hỏi sự kiểm soát tốt theo các mức được khuyến cáo trong thời gian điều trị nội viện.

**2. Một số đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu chúng tôi, với mức phân suất tống máu thất trái  $29,29 \pm 7,47\%$ . Do nhiều lý do khác nhau, như giai đoạn dịch bệnh Covid chưa ổn định, hoàn cảnh tài chính, điều kiện thân nhân chăm sóc..., nên bệnh nhân thường chỉ nhập viện khi suy tim nặng, có nhiều triệu chứng.

Các chỉ số sinh hóa máu lúc nhập viện là Hemoglobin  $120,67 \pm 22,02$  g/L, thiếu máu trong suy tim là vấn đề đang được quan tâm hiện nay nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân có mức Hemoglobin bình thường, điều này có thể do bệnh nhân có mức NYHA II- III chiếm >90% và việc kiểm soát thiếu máu được thực hiện tốt.

Mức lọc cầu thận của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi  $66,5 \pm 28,1$  ml/phút/1,73 m<sup>2</sup> da, phù hợp khi chỉ định nhóm thuốc ức chế hệ RAA.

NTproBNP 1064,98 (464, 2229) pmol/L thấp hơn kết quả của tác giả Stephen J Greene (2020) 2887,55, do NTproBNP trong nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trong thời gian bệnh nhân nằm viện, còn Stephen J Greene (2020) thực hiện ngay khi nhập viện nên có kết quả cao hơn. Ngoài ra, 57% bệnh nhân của chúng tôi suy tim NYHA II nên trị số NTproBNP thấp hơn, đây cũng là một chỉ dấu tiên lượng tốt hơn cho người bệnh.

**3. Sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin- Aldosteron ở bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm.**

Nghiên cứu ghi nhận tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế men chuyển là 56,1%, thuốc ức chế thụ thể là 4,3%, thuốc kháng Aldosteron 84,1%, ARNI là 26,8% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Stephen J Greene (2020) lần lượt là 49,8% (chung cho tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế men chuyển và thuốc ức chế thụ thể), 26,5% và 1,5% điều này là do trong nghiên cứu của tác giả Stephen J Greene (2020) có tỷ lệ cao bệnh nhân có chống chỉ định sử dụng nhóm thuốc ức chế hệ RAA như eGFR thấp (11,1% eGFR ≤ 30ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da, 30,7% eGFR 30-59ml/phút/1,73m<sup>2</sup> da).

Sau 2 năm khi phác đồ của Bộ Y tế Việt Nam

năm 2020 được phát hành, tỷ lệ sử dụng thuốc ức chế hệ Renin-Angiotensin-Aldosterone cao, chiếm 99,4% ở bệnh nhân suy tim nội viện trong đó có 72,6% bệnh nhân sử dụng đồng thời một trong ba thuốc UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA. Việc thực hiện sớm từ nội viện 4 trụ cột điều trị suy tim phân suất tống máu thất trái giảm chưa đạt tuyệt đối cũng như đa số liều dùng các thuốc còn thấp hơn liều đích trong khuyến cáo có thể do 64,6% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi mới khởi trị suy tim lần đầu và mức huyết áp lúc nhập viện trung bình là 114/70 mmHg, tương đối thấp nên các bác sĩ đã thận trọng bắt đầu từng loại thuốc và khởi đầu liều thấp, rồi sẽ thêm thuốc và chỉnh liều dần qua theo dõi điều trị ngoại trú sau đó. Ngoài ra, nhóm ARNI có mức liều trung bình thấp nhất là do bệnh nhân phải ngưng các thuốc UCMC 36 giờ trước khi khởi trị, khoảng liều rộng giữa liều bắt đầu và liều đích, hoặc giá thành cao.

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 164 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu thất trái giảm nội trú trước xuất viện tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy tỷ lệ sử dụng các thuốc

nhóm ức chế hệ RAA và sự phối hợp cả UCMC/UCTT/ARNI kết hợp MRA chưa đạt tuyệt đối, liều dùng chưa cao. Bên cạnh sự thận trọng, nên có chỉ định và liều dùng tích cực hơn theo khuyến cáo nhằm giúp bệnh nhân có kết cục tốt hơn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim mạn** tính Bộ Y Tế Việt Nam. 2020: 11-20.
2. **Emelia J. Benjamin, Salim S. Virani, Clifton W. Callaway, et al.** Heart disease and stroke statistics- 2018 update: a report from the American Heart Association. *Circulation*. 2018; 137(12): 67-492.
3. **Gianluigi Savarese, Lars H Lund, et al.** Global public health burden of heart failure. *Cardiac failure review*. 2017; 3(1): 7.
4. **Mariell Jessup, Thomas H. Marwick, Piotr Ponikowski, et al.** 2016 ESC and ACC/AHA/HFSA heart failure guideline update- what is new and why is it important?. *Nature Reviews Cardiology*. 2016; 13(10): 623-628.
5. **Philip Jong, Erika Vowinckel, Peter P. Liu, et al.** Prognosis and determinants of survival in patients newly hospitalized for heart failure: a population-based study. *Archives of internal medicine*. 2002; 162(15): 1689-1694.
6. **Stephen J. Greene, Taylor S. Triana, et al.** In-hospital therapy for heart failure with reduced ejection fraction in the United States. *Heart Failure*. 2020; 8(11): 943-953.

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU ĐIỀU TRỊ U TUYẾN TIỀN LIỆT THỂ TÍCH LỚN BẰNG KỸ THUẬT BÓC NHÂN QUA NIỆU ĐẠO VỚI DAO ĐIỆN LỬNG CỰC

Trần Đức<sup>1</sup>, Đỗ Ngọc Thế<sup>1</sup>, Phạm Thanh Hải<sup>2</sup>, Nguyễn Việt Hiếu<sup>1</sup>, Phạm Tiến Đạt<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** nhận xét kết quả bước đầu áp dụng phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo với dao điện lưỡng cực trong điều trị u lành tuyến tiền liệt có thể tích lớn. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca bệnh được thực hiện trên các trường hợp u lành tuyến tiền liệt có chỉ định điều trị ngoại khoa với thể tích tuyến tiền liệt từ 60 – 120ml, được phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao lưỡng cực, tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, từ tháng 8/2021 đến tháng 2/2022. **Kết quả:** 12 bệnh nhân tuổi trung bình 68,1 và với thể tích tuyến tiền liệt

81,6 ml; thời gian bóc nhân trung bình là 66,2 phút; thời gian xay mô tuyến 33,7 phút; không xuất hiện các dấu hiệu của hội chứng nội soi trong mổ; không truyền máu trong mổ, không trường hợp nào chảy máu sau mổ; không có sự khác biệt có ý nghĩa về nồng độ Natri trong máu trước và sau mổ; thể tích tuyến tiền liệt không thấy có liên quan đến thời gian mổ cũng như sự mất máu trong mổ. **Kết luận:** Phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực an toàn đối với u tuyến tiền liệt có thể tích lớn.

**Từ khóa:** u lành tuyến tiền liệt thể tích lớn, phẫu thuật bóc nhân qua niệu đạo bằng dao điện lưỡng cực.

## SUMMARY

### INITIAL RESULT OF BIPOLAR TRANSURETHRAL ENUCLEATION OF THE PROSTATE IN THE TREATMENT OF LARGE-VOLUME BENIGN PROSTATIC HYPERPLASIA

**Objective:** to evaluate the initial result of bipolar transurethral enucleation of the prostate in the treatment of large-volume benign prostatic

<sup>1</sup>Trung tâm Tiết niệu-Nam khoa, Bệnh viện TỰ QUÂN 108

<sup>2</sup>Bệnh viện Việt Tiệp

<sup>3</sup>Đại học Y Dược Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Thế

Email: tietnieu108@gmail.com

Ngày nhận bài: 26.5.2022

Ngày phản biện khoa học: 1.7.2022

Ngày duyệt bài: 11.7.2022