

Tổng quan

CẬP NHẬT HƯỚNG DẪN ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ HUYẾT ÁP THẤP

Trương Minh Khánh¹, Âu Dương Trung Hào¹, Ninh Hoàng Phong¹, Nguyễn Ngọc Phương Dung², Đào Duy Lương², Nguyễn Văn Tân^{1,2,*}

1. Bộ môn Lão khoa, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

2. Khoa Tim mạch cấp cứu – can thiệp, Bệnh viện Thống Nhất, TP. Hồ Chí Minh, Việt Nam

*Tác giả liên hệ: PGS.TS.BS. Nguyễn Văn Tân ✉ nguyenvtan10@ump.edu.vn

TÓM TẮT: Suy tim phân suất tổng máu giảm (STPSTMG) là gánh nặng y tế toàn cầu với tỷ lệ mắc, nhập viện và tử vong cao, đặc biệt ở người cao tuổi. Huyết áp (HA) thấp là tình trạng thường gặp trong nhóm bệnh nhân này, vừa liên quan tiên lượng xấu, vừa gây khó khăn trong tối ưu hóa điều trị theo hướng dẫn (GDMT: Guideline-Directed Medical Therapy). Các thử nghiệm lâm sàng và dữ liệu thực hành cho thấy lợi ích của GDMT vẫn duy trì ngay cả khi huyết áp thấp, trong đó thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i: Sodium–Glucose Cotransporter-2 Inhibitor) và thuốc đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA: Mineralocorticoid Receptor Antagonist) ít ảnh hưởng huyết áp và có thể khởi trị sớm, còn thuốc ức chế thụ thể angiotensin – neprilysin (ARNi: Angiotensin Receptor–Neprilysin Inhibitor), thuốc ức chế men chuyển (ACEi: Angiotensin-Converting Enzyme Inhibitor) và thuốc chẹn beta (BB: Beta-Blocker) cần bắt đầu với liều thấp và tăng dần. Tại Việt Nam, tỷ lệ kê đơn thuốc nền tảng còn hạn chế; tuy nhiên, bằng chứng hiện tại cho thấy việc duy trì GDMT ở mức tối đa có thể đạt được là cần thiết, đồng thời phải đánh giá nguyên nhân thứ phát gây hạ huyết áp và cá thể hóa điều trị. Bài viết này tổng hợp các bằng chứng mới, phân tích đặc điểm dược lực học và đề xuất chiến lược tiếp cận lâm sàng ở bệnh nhân STPSTMG cao tuổi có huyết áp thấp, nhấn mạnh vai trò của đánh giá lão khoa toàn diện trong tối ưu hóa điều trị an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: người cao tuổi, suy tim phân suất tổng máu giảm, huyết áp thấp

UPDATED GUIDELINE-BASED MANAGEMENT OF HEART FAILURE WITH REDUCED EJECTION FRACTION IN ELDERLY PATIENTS WITH LOW BLOOD PRESSURE

Trương Minh Khanh, Âu Dương Trung Hào, Ninh Hoàng Phong, Nguyễn Ngọc Phương Dung, Đào Duy Lương, Nguyễn Văn Tân

Abstract Heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF) represents a major global health burden, characterized by high rates of morbidity, hospitalization, and mortality, particularly among elderly patients. Low blood pressure is a common condition in this population, associated with worse prognosis and challenges in optimizing guideline-directed medical therapy (GDMT). Evidence from randomized controlled trials and real-world studies demonstrates that the benefits of GDMT persist even in patients with low blood pressure. Among the foundational therapies, sodium–glucose cotransporter-2 inhibitors (SGLT2i) and mineralocorticoid receptor antagonists (MRA) have minimal hemodynamic effects and can be initiated early, whereas angiotensin receptor–neprilysin inhibitors (ARNi), angiotensin-converting enzyme inhibitors (ACEi), and beta-blockers (BB) should be started at low doses and carefully up-titrated. In Vietnam, prescription rates of GDMT remain limited; however, current evidence highlights the importance of maintaining GDMT to the maximum tolerated extent, alongside evaluating secondary causes of hypotension and tailoring therapy to individual patients. This review summarizes updated evidence, discusses pharmacodynamic considerations, and proposes clinical strategies for managing elderly patients with HFrEF and low blood pressure, emphasizing the role of comprehensive geriatric assessment in achieving safe and effective therapy.

Keywords: elderly patients, heart failure with reduced ejection fraction, low blood pressure

1. DỊCH TỄ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Suy tim là một vấn đề y tế toàn cầu của thế kỷ 21, với tỷ lệ mắc và lưu hành ngày càng gia tăng, đặc biệt trong bối cảnh dân số thế giới đang già hóa nhanh chóng [1]. Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người mắc bệnh suy tim, chiếm 1-1,5% dân số, trong đó STPSTMG chiếm hơn 50% tổng số trường hợp suy tim. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, đây vẫn là một bệnh lý có tiên lượng kém với tỷ lệ nhập viện trong 30 ngày là 8% tại Việt Nam [2,3]. Trong đó, các bệnh lý tim mạch, bao gồm suy tim, là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tại Việt Nam, với khoảng 200.000 người tử vong mỗi năm, chiếm 33% tổng số ca tử vong. Riêng ở người cao tuổi, tỷ lệ hiện mắc suy tim là 10 – 12% và chiếm 15% tổng số ca nhập viện tại Việt Nam, tạo ra một thách thức không hề nhỏ cho hệ thống y tế nước nhà.

2. DỮ LIỆU VỀ TÍNH AN TOÀN KHI TỐI ƯU HOÁ ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI CÓ HUYẾT ÁP THẤP

Huyết áp thấp được định nghĩa khi huyết áp tâm thu <90mmHg hay huyết áp động mạch trung bình <65mmHg; hoặc khi huyết áp tâm thu <90-100mmHg nhưng bệnh nhân có kèm theo các triệu chứng lâm sàng như chóng mặt, ngất, đau đầu, rối loạn thị giác, nôn [4]. Đây là một tình trạng không phải hiếm gặp ở bệnh nhân STPSTMG, chiếm tỉ lệ khoảng 10–15%. Trong thực hành lâm sàng, tỷ lệ này thậm chí còn cao hơn, đặc biệt ở bệnh nhân ≥70 tuổi. Tình trạng hạ huyết áp tư thế cũng thường gặp ở nhóm tuổi này, với tỷ lệ lên đến hơn 30% tùy theo định nghĩa và tiêu chuẩn đo lường [5]. Huyết áp thấp không chỉ là yếu tố dự báo tiên lượng xấu mà còn là rào cản lớn trong việc tối ưu hóa điều trị suy tim. Dữ liệu từ các nghiên cứu lớn đã cho thấy mối liên quan nghịch giữa huyết áp tâm thu và biến cố tim mạch, tử vong do tim mạch hoặc nhập viện vì suy tim sẽ tăng 2,5 lần nếu huyết áp tâm thu <80 mmHg và 1,5 lần nếu con số này <100 mmHg khi so sánh với nhóm bệnh nhân có huyết áp tâm thu là 120mmHg. Tuy nhiên, các dữ liệu “thế giới thực” cho thấy lợi ích của GDMT vẫn hiện hữu ngay cả khi huyết áp thấp, hiệu ứng bất lợi của huyết áp thấp dường như giảm đi rõ rệt nếu bệnh nhân đã được GDMT. Việc kê đơn GDMT lúc ra viện liên quan giảm 26% nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện so với không dùng, nhấn mạnh rằng huyết áp thấp không nên là lý do trì hoãn điều trị nếu đã loại trừ giảm thể tích và theo dõi sát. [6] Do đó, kể cả trong bối cảnh huyết áp thấp, các thuốc GDMT vẫn nên được duy trì hoặc khởi đầu nếu có thể với sự điều chỉnh phù hợp về liều và tốc độ tăng liều [1].

Thêm nữa, phân tích SwedeHF cho thấy nguy cơ bất lợi do SBP thấp giảm đi ở những người dùng liều cao hơn/đủ thành phần GDMT, gợi ý “điều trị mạnh đúng cách” có thể làm mờ hiệu ứng có hại của huyết áp thấp [7]. Việc tăng liều nhanh chóng và đồng thời GDMT, cùng với theo dõi chặt chẽ và đánh giá dấu ấn sinh học (NT-proBNP), đã được chứng minh là giảm đáng kể tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện do suy tim trong nghiên cứu STRONG-HF [8]. Cần phải cân bằng giữa lợi ích của việc tối ưu hóa liều điều trị và nguy cơ hạ huyết áp, đặc biệt là hạ huyết áp tư thế, vốn có thể dẫn đến té ngã và chấn thương nghiêm trọng ở người cao tuổi.

3. THỰC TRẠNG ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI VIỆT NAM

Trong thập kỷ qua, việc điều trị STPSTMG đã đạt được những bước tiến quan trọng với phác đồ điều trị theo hướng dẫn (GDMT), dựa trên bốn trụ cột, bao gồm ức chế hệ renin–angiotensin–aldosterone (ACEi/ARB/ARNI), chẹn beta (BB), kháng aldosterone (MRA) và thuốc ức chế đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i). Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên quy mô lớn đều cho thấy giảm tử vong và tái nhập viện do suy tim, đồng thời cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân STPSTMG. Tuy nhiên, phần lớn quần thể trong các thử nghiệm này tương đối trẻ hơn, có huyết áp nền trung bình hoặc cao, do đó việc ngoại suy trực tiếp cho nhóm người cao tuổi có huyết áp thấp cần được cân nhắc thận trọng [6]. Dù đã có nhiều dữ liệu về tính an toàn khi tối ưu điều trị suy tim ở bệnh nhân cao tuổi huyết áp thấp nhưng thực tế chỉ khoảng 60% bệnh nhân

suy tim có có huyết áp thấp nhập viện được tối ưu điều trị, nhấn mạnh khoảng cách lớn giữa bằng chứng và thực hành hiện nay. Tại Việt Nam, các nghiên cứu gần đây cho thấy tỷ lệ kê đơn các thuốc nền tảng còn khá khiêm tốn ở bệnh nhân ≥ 60 tuổi STPSTMG (đặc biệt BB), cùng sự gia tăng gánh nặng chi phí và tái nhập viện [9]. Đáng lưu ý, đến thời điểm hiện tại chưa có số liệu nghiên cứu ở Việt Nam về tỷ lệ STPSTMG kèm huyết áp thấp ở bệnh nhân cao tuổi, cũng như chưa có các phân tích phân theo nhóm tuổi để khảo sát tần suất hạ huyết áp (bao gồm hạ huyết áp tư thế), mức liều đạt được của GDMT và các biến cố liên quan trong bối cảnh thực tế lâm sàng trong nước. Khoảng trống bằng chứng này làm hạn chế khả năng cá thể hóa phác đồ, khiến người cao tuổi mắc STPSTMG có nguy cơ không nhận được trọn vẹn lợi ích cũng như an toàn của các liệu pháp đã được chứng minh.

4. DƯỢC LỰC HỌC CÁC NHÓM THUỐC ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM

Xét về dược lực, các nhóm thuốc này có ảnh hưởng khác nhau lên huyết động. Trong đó, ARNi và ACEi có khả năng gây hạ huyết áp mạnh nhất trong 4 nhóm thuốc, chiếm tới 13.4% bệnh nhân, chính hạ huyết áp là nguyên nhân đứng hàng thứ hai khiến bệnh nhân bỏ trị. Do đó chúng thường gây lo ngại khi được sử dụng ở bệnh nhân có huyết áp nền thấp. Tuy nhiên, trong thực tế, dù ARNi làm giảm huyết áp, tỷ lệ hạ HA nặng (huyết áp tâm thu < 90 mmHg và có triệu chứng) vẫn thấp chỉ ~2-3% trong thử nghiệm PARADIGM-HF và chủ yếu xảy ra trong thời gian đầu khởi trị hoặc tăng liều nhanh. Thứ hai, nhóm thuốc chẹn beta (đặc biệt là nhóm chọn lọc thụ thể beta như carvedilol) có thể gây hạ HA ở một số bệnh nhân. Trong phân tích kinh điển, carvedilol có tần suất hạ HA cao hơn giả dược (khoảng 9% so với 4%) bởi tác động dẫn mạch kèm theo trong khi bisoprolol hoặc metoprolol ít gây hạ áp hơn. Ngược lại, MRA và SGLT2i là hai nhóm thuốc ít ảnh hưởng lên huyết áp, tần suất hạ huyết áp có triệu chứng do hai nhóm này rất thấp, và phần lớn bệnh nhân dung nạp tốt, kể cả với huyết áp nền thấp. Trong các thử nghiệm nền tảng, tình trạng hạ huyết áp không thường xuyên xảy ra ở nhóm MRA so với giả dược bất kể mức huyết áp nền. Đặc biệt, nhóm thuốc SGLT2i, ở đây empaliflozin và dapaliflozin gần như không ảnh hưởng lên huyết áp trung bình và không gây phản xạ giao cảm, nên được xem là nhóm thuốc ưu tiên trong bối cảnh huyết áp thấp [2]. Bên cạnh bốn trụ cột GDMT, một số nhóm thuốc bổ trợ khác cũng được cân nhắc trong điều trị STPSTMG có huyết áp thấp. Ivabradine – một thuốc ức chế kênh If tại nút xoang – giúp kiểm soát nhịp tim mà không ảnh hưởng đến huyết áp do đó rất hữu ích để phối hợp khi không thể tăng liều chẹn beta do tụt huyết áp. Digoxin cũng là một lựa chọn khi cần cải thiện co bóp cơ tim, đặc biệt ở bệnh nhân có rung nhĩ hoặc nhịp tim nhanh, mà không gây giãn mạch hoặc tụt huyết áp. Bên cạnh đó, trong những trường hợp bệnh nhân có tình trạng sung huyết, lợi tiểu quai là lựa chọn đầu tay nhưng nếu dùng quá mức cũng có thể gây tụt huyết áp do giảm thể tích tuần hoàn từ đó sẽ làm cản trở trong việc sử dụng các nhóm thuốc điều trị STPSTMG ở bệnh nhân huyết áp thấp [10].

Bảng 1. Tóm tắt ưu - nhược điểm của các nhóm thuốc GDMT khi huyết áp thấp

Nhóm thuốc	Ưu điểm	Nhược điểm khi HA thấp	Cách sử dụng
SGLT2i (dapagliflozin, empagliflozin)	Không ảnh hưởng nhiều đến HA, cải thiện triệu chứng và tiên lượng	Hiếm khi gây hạ HA	Có thể khởi trị sớm, kể cả khi HA thấp
MRA (spironolactone, eplerenone)	Ít ảnh hưởng HA, cải thiện tử vong	Tăng K+, suy thận	Khởi đầu liều thấp, theo dõi điện giải
Beta-blocker (bisoprolol, carvedilol, metoprolol succinate)	Cải thiện tiên lượng lâu dài	Có thể gây hạ HA và làm nặng triệu chứng ban đầu	Khởi đầu liều rất thấp, tăng chậm, tránh nếu đang sung huyết

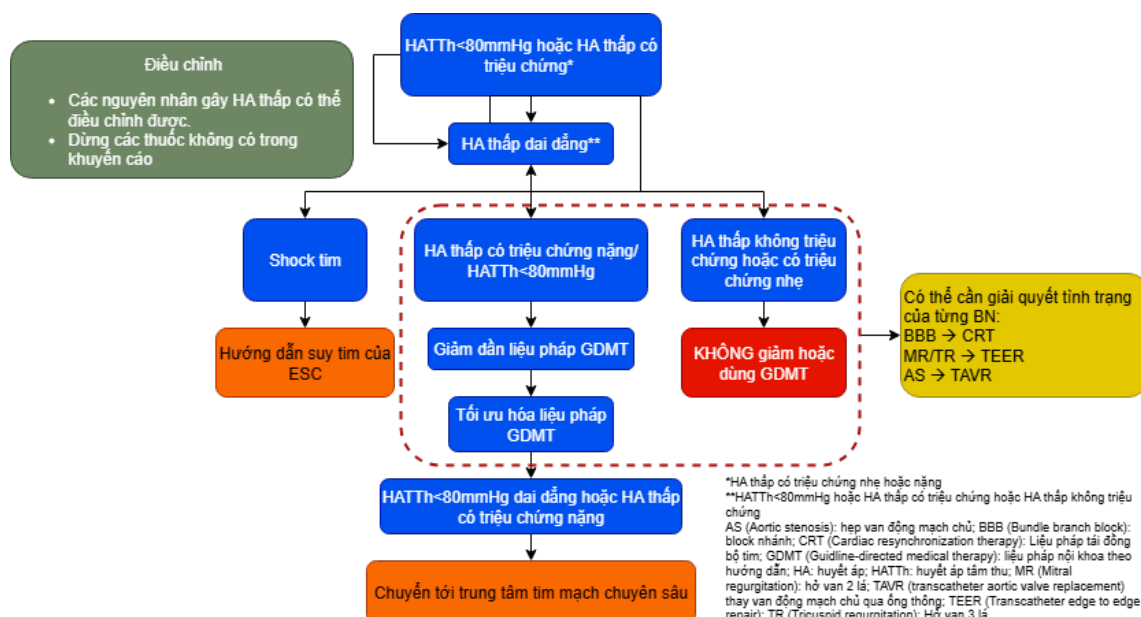
Nhóm thuốc	Ưu điểm	Nhược điểm khi HA thấp	Cách sử dụng
ARNi (sacubitril/valsartan)	Cải thiện mạnh tiên lượng	Gây hạ HA đáng kể	Cân nhắc sau khi huyết động ổn định, bắt đầu liều thấp
ACEi/ARB	Giảm tử vong và nhập viện	Hạ HA, ho khan, tăng K+	Xem xét thay bằng ARNi nếu dung nạp kém
Ivabradine	Giảm nhịp mà không ảnh hưởng HA	Cần nhịp xoang >70 bpm	Dùng khi cần giảm nhịp mà HA thấp, có thể kết hợp với beta-blocker liều thấp

Nguồn: Hadi Skouri, ESC 2024 [11]

5. TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM Ở NGƯỜI CAO TUỔI CỔ HUYẾT ÁP THẤP

Việc tiếp cận bệnh nhân STPSTMG có huyết áp thấp đòi hỏi một đánh giá toàn diện và có hệ thống. Dưới đây, chúng tôi đề xuất một phương án tiếp cận theo bốn bước. Đầu tiên, cần xác định mức độ ổn định huyết động và tưới máu cơ quan: các dấu hiệu như lạnh chi, tiểu ít, tăng lactate máu hoặc rối loạn tri giác là gợi ý cho tình trạng sốc tim cần can thiệp khẩn cấp. Nếu bệnh nhân trong các trường hợp ổn định, bước 2 cần đo huyết áp ở cả tư thế nằm và đứng để phát hiện hạ huyết áp tư thế đồng thời hỏi bệnh nhân về các triệu chứng liên quan hạ huyết áp như hoa mắt, chóng mặt, ngất, yếu cơ, buồn nôn khi thay đổi tư thế. Các triệu chứng này phải được xác minh là liên quan đến HA thấp. Nếu không có triệu chứng, HA tâm thu ≥ 100 mmHg thì vẫn có thể duy trì các thuốc nền trong khi SBP <90 mmHg và có triệu chứng rõ do tư thế, cần xem xét thay đổi điều trị [4]. Bước 3, cần rà soát các nguyên nhân thứ phát thường gặp gây tụt huyết áp, bao gồm giảm thể tích do lợi tiểu quá mức, tiêu chảy hoặc ăn uống kém; nhiễm trùng; loạn nhịp tim nhanh hoặc chậm; hay tương tác thuốc,...(Bảng 2). Sau khi loại trừ nguyên nhân thứ phát, bước cuối cùng là đánh giá lại toàn bộ phác đồ điều trị. Cần ngừng hoặc giảm liều các thuốc không có lợi ích đã được chứng minh trên tiên lượng suy tim (ví dụ: thuốc hạ áp không cần thiết như amlodipin, alfuzosin, thuốc an thần hoặc nitrate liều cao). Lợi tiểu quai cũng cần được xem xét giảm liều nếu không còn dấu hiệu sung huyết. Xác định lại tiền sử và các bệnh đồng mắc của bệnh nhân để cá thể hoá các thuốc GDMT điều trị trong từng trường hợp cụ thể, trong trường hợp hết hạ huyết áp thì xem xét tăng liều quay về liều dung nạp tối đa cho bệnh nhân. Về phần GDMT, các thuốc nên được duy trì tối đa có thể, với sự ưu tiên cho các nhóm có lợi ích rõ và ít ảnh hưởng huyết động.

Khi khởi đầu điều trị STPSTMG, nên ưu tiên khởi trị với nhóm thuốc SGLT2i và MRA bởi tác động tối thiểu đến huyết áp nhưng vẫn mang lại lợi ích sớm. BB liều thấp nếu nhịp tim >70 bpm, ưu tiên BB chọn lọc trên thụ thể β_1 ít gây hạ huyết áp hơn so với các thuốc không chọn lọc hoặc có thêm tác dụng giãn mạch. Có thể dùng ivabradine thay thế, hoặc phối hợp với BB liều thấp để hỗ trợ lên liều dần. Sacubitril/valsartan liều thấp (50 mg x 2 lần/ngày) hoặc rất thấp (25 mg x 2 lần/ngày), sau đó tăng dần nếu dung nạp được. Nếu không dung nạp với sacubitril/valsartan, có thể cân nhắc ACEi liều thấp, hoặc ARB nếu chống chỉ định ACEi. Trong trường hợp cần thiết phải điều chỉnh, nên giảm liều từng bước theo thứ tự: đầu tiên là ARNi hoặc ACEi nếu không dung nạp, sau đó mới đến beta-blocker, và cuối cùng là MRA nếu không còn lựa chọn khác (Lưu đồ1). Đặc biệt, SGLT2i nên được giữ lại nếu có thể vì hiệu quả điều trị tốt và rất ít nguy cơ gây tụt huyết áp [4].



Lưu đồ 1. Tóm tắt chiến lược quản lý bệnh nhân STPSTMG có huyết áp thấp

Nguồn: Hadi Skouri, ESC 2024 [11]

Ở bệnh nhân cao tuổi, có đến 45% bệnh nhân suy tim có suy yếu và điều này tăng đáng kể nguy cơ tử vong và tái nhập viện. Vì vậy, một điểm cần lưu ý là cần đánh giá lão khoa toàn diện để nhận biết những đối tượng nguy cơ của việc tăng liều thuốc điều trị suy tim và phát hiện các vấn đề đi kèm ở người cao tuổi nhằm quản lý một cách toàn diện. Những bệnh nhân này có nguy cơ cao gặp tác dụng phụ do thuốc, thường đang dùng nhiều loại thuốc (đa thuốc) và có nhiều yếu tố tiên lượng xấu như suy thận, rối loạn nhận thức, nguy cơ té ngã và suy dinh dưỡng. Ở nhóm bệnh nhân này, việc tăng liều điều trị cần thực hiện chậm hơn. Liều khởi đầu của tất cả các nhóm thuốc chỉ nên là ¼ liều mục tiêu, trừ SGLT2i có thể dùng ngay liều đầy đủ. Khoảng cách giữa mỗi lần tăng liều nên là 1–2 tuần, và mỗi lần chỉ tăng ¼ liều cho đến khi đạt liều tối ưu trong vòng 1 tháng khởi trị. Cuối cùng, liều điều trị tối ưu ở người cao tuổi thường thấp hơn liều đích được khuyến cáo trong các hướng dẫn, trừ SGLT2i phụ thuộc vào khả năng dung nạp của từng bệnh nhân [12].

Bảng 2. Các nguyên nhân gây hạ huyết áp ở người cao tuổi

Nguyên nhân đảo ngược/điều chỉnh được	Nguyên nhân khó/không đảo ngược ngay
- Giảm thể tích: mất nước (lợi tiểu quá mức, sốt, tiêu chảy), chảy máu cấp/tiềm ẩn - Thuốc ngoài GDMT hoặc dùng chưa tối ưu: CCB, chẹn α, thuốc tác động TKTW, nitrate thường quy, thiazide; tăng liều lợi tiểu gần đây; khởi/tăng nhanh ACEi/ARB/ARNI/β-blocker - Nhiễm trùng (NT tiết niệu, nhiễm khuẩn huyết) - Rối loạn nội tiết–chuyển hoá: hạ đường huyết, suy giáp, suy thượng thận - Thiếu máu/vi chất: thiếu sắt, vitamin B12/folate - Hạ HA tư thế do bất động/giảm điều hoà - Ngất phản xạ (trung gian thần kinh) - Đợt cấp COPD/hypoxia - Dị ứng/phản vệ	- Suy tim tiến triển (NYHA IIIb–IV, cung lượng thấp, hạ natri máu) - Bệnh van tim có ý nghĩa (hẹp van ĐMC khít; hở 2 lá/3 lá nặng) (TAVI/TEER/phẫu thuật) - Rối loạn dẫn truyền/nhịp chậm cố định (block AV, bệnh nút xoang) - Bệnh thận mạn (CKD) - Rối loạn TK tự chủ do ĐTĐ, Parkinson, sa sút trí tuệ - Tuổi cao, suy yếu/đa - Bệnh gan mạn (xơ gan)

Nguồn: Hadi Skouri, ESC 2024 [11]

6. KẾT LUẬN

Huyết áp thấp ở bệnh nhân STPSTMG, đặc biệt ở nhóm bệnh nhân cao tuổi là một thách thức thường gặp đối với bác sĩ Tim mạch trong thực hành lâm sàng. Các bằng chứng hiện tại cho thấy lợi ích của GDMT vẫn vượt trội ngay cả trong bối cảnh huyết áp thấp, với điều kiện bệnh nhân được đánh giá đầy đủ và cá thể hóa liệu dùng. MRA và SGLT2i có ít tác động trên huyết áp và an toàn sử dụng trên bệnh nhân STPSTMG có huyết áp thấp và có thể khởi đầu điều trị một cách an toàn. Trong khi các thuốc như ARNi, ACEi hay chẹn beta nên khởi đầu theo sau và điều chỉnh liều thận trọng. Cần tăng dần liều các thuốc GDMT theo nguyên tắc "Start low go slow" dần đạt được mức tối đa có thể dung nạp và hạn chế sử dụng các thuốc không có lợi ích trên tiên lượng của STPSTMG. Ngoài ra đánh giá lão khoa toàn diện là một phần không thể thiếu ở nhóm bệnh nhân cao tuổi có STPSTMG. Bước đánh giá này giúp bác sĩ lâm sàng có thể nhận biết những bệnh nhân có nguy cơ khi tăng liều GDMT cũng như các vấn đề đi kèm trên người cao tuổi, từ đó đưa ra chiến lược điều trị phù hợp và hạn chế nguy cơ hạ huyết áp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Montalto M, D'Ignazio F, Camilli S, et al. Heart Failure in Older Patients: An Update. *J Clin Med*. 2025;14(6):1982.
- [2] Lâm VL, Huỳnh KP, Nguyễn VH. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ THEO KHUYẾN CÁO HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM NĂM 2022 Ở BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM SAU 6 THÁNG KHỞI TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRIỀU AN NĂM 2023-2024. *VMJ [Internet]*. 2024 [cited 2025 Aug 19];543(1).
- [3] Do TNP, Do QH, Cowie MR, et al. Effect of the Optimize Heart Failure Care Program on clinical and patient outcomes – The pilot implementation in Vietnam. *IJC Heart & Vasculature*. 2019;22:169–173.
- [4] Cautela J, Tartiere J-M, Cohen-Solal A, et al. Management of low blood pressure in ambulatory heart failure with reduced ejection fraction patients. *Eur J Heart Fail*. 2020;22(8):1357–1365.
- [5] Saedon NI, Pin Tan M, Frith J. The Prevalence of Orthostatic Hypotension: A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2020;75(1):117–122.
- [6] Girerd N, Coiro S, Benson L, et al. Hypotension in heart failure is less harmful if associated with high or increasing doses of heart failure medication: Insights from the Swedish Heart Failure Registry. *Eur J Heart Fail*. 2024;26(2):359–369.
- [7] Izumi K, Kohno T, Goda A, et al. Low blood pressure and guideline-directed medical therapy in patients with heart failure with reduced ejection fraction. *International Journal of Cardiology*. 2023;370:255–262.
- [8] Mebazaa A, Davison B, Chioncel O, et al. Safety, tolerability and efficacy of up-titration of guideline-directed medical therapies for acute heart failure (STRONG-HF): a multinational, open-label, randomised, trial. *Lancet*. 2022;400(10367):1938–1952.
- [9] Van Nguyen T, Nguyen HTK, Wong WJ, et al. The prescription of beta-blockers in older patients with heart failure with reduced ejection fraction: an observational study in Vietnam. *Sci Rep*. 2024;14(1):12923.
- [10] Chun K-H, Kang S-M. Blood pressure and heart failure: focused on treatment. *Clin Hypertens*. 2024;30(1):15.
- [11] Skouri H, Girerd N, Monzo L, et al. Clinical management and therapeutic optimization of patients with heart failure with reduced ejection fraction and low blood pressure. A clinical consensus statement of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European J of Heart Fail*. 2025;27(4):707–722.
- [12] Girerd N, Leclercq C, Hanon O, et al. Optimisation of treatments for heart failure with reduced ejection fraction in routine practice: a position statement from a panel of experts. *Revista Española de Cardiología (English Edition)*. 2023;76(10):813–820.