

dậy thì trước 11 tuổi là 21,9%. Dân tộc Kinh, Cân nặng sơ sinh từ 2500-3500 gram, Nơi ở tại các Quận và sinh sống ở nhà lâu là các yếu tố liên quan tình trạng dậy thì trước 11 tuổi ở học sinh nữ.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trần Long Giang** (2017), Nghiên cứu sự thay đổi hình thái tuổi dậy thì làm cơ sở xây dựng các hình thức giáo dục giới tính phù hợp cho học sinh trung học cơ sở Hà Nội, Tạp chí Khoa học Đại học Tân Trào, số 09, tr. 75-78
2. **Nguyễn Thị Hải Hà, Mai Thị Thu Hằng, Nguyễn Thị Tú Anh** (2019), Nghiên cứu về sự thay đổi ở tuổi dậy thì của học sinh trung học cơ sở huyện Vụ Bản, tỉnh Nam Định, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Thái Nguyên, Số 207(14): 231-236
3. **Nguyễn Thị Kiều Oanh** (2008), Tuổi dậy thì và các yếu tố liên quan ở học sinh nữ 8-11 tuổi tại nội thành TP. HCM, Luận văn thạc sỹ y học, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
4. **Nguyễn Thu Nhạn, Cao Quốc Việt, Nguyễn Nguyệt Nga và cộng sự** (1996), Nghiên cứu về tuổi dậy thì của người Việt Nam, Kết quả bước đầu nghiên cứu một số chỉ tiêu sinh học người Việt Nam, NXB y học, Hà Nội.
5. **Bùi Thị Tinh** (2012), Tuổi dậy thì và các yếu tố liên quan ở nữ sinh trung học cơ sở ở tỉnh Vĩnh Long, Luận án chuyên khoa II, Trường Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.
6. **Ông Huy Thanh, Nguyễn Trung Kiên và Nguyễn Tấn Đạt** (2021), Nghiên cứu tình hình dậy thì và một số yếu tố liên quan đến dậy thì trước 11 tuổi ở học sinh nữ lớp 6 ở các trường Trung học cơ sở tại Thành phố Cần Thơ năm 2020-2021, Tạp chí Y dược học Cần Thơ, số 43/2021
7. **Nguyễn Công Thủy Trâm, Trương Thị Thanh Mai** (2014), Tuổi dậy thì và các yếu tố liên quan ở nữ học sinh trung học cơ sở thành phố Đà Nẵng, Tạp chí Khoa học và Công nghệ, Đại học Đà Nẵng, số 4(77)
8. **Alan D Rogol, James N Roemmich, Pamela A Clark** (2002), Growth at puberty, Journal of Adolescent Health, Volume 31, Issue 6, Pages 192-200
9. **X. Deng, W. Li, Y. Luo, S. Liu, Y. Wen and Q. Liu** (2017), "Association between Small Fetuses and Puberty Timing: A Systematic Review and Meta-Analysis", Int J Environ Res Public Health, 14(11)
10. **Mari S. Golub và cộng sự** (2008), Public Health Implications of Altered Puberty Timing, Pediatrics, volume 121, (Supplement\_3): S218-S230

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Đức Khánh<sup>1</sup>, Trương Phi Hùng<sup>1,2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Suy tim cấp là tình trạng bệnh lý gây tử vong cao và gia tăng đáng kể gánh nặng điều trị cho gia đình và cộng đồng. Đánh giá các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng có ý nghĩa quan trọng để có chiến lược điều trị tích cực nhằm giảm thiểu tử vong và tái nhập viện do suy tim. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. **Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu này chọn lựa những hồ sơ có chẩn đoán suy tim cấp hay đợt mất bù cấp suy tim mạn tại bệnh viện Chợ Rẫy có thời gian nằm viện từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2021. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thuốc điều trị sẽ được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và được xử lý bằng phần mềm Stata 15.0. **Kết quả:** Qua khảo sát 478 hồ sơ có chẩn đoán suy tim cấp hay đợt mất bù cấp suy tim mạn nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 01/2021 đến 08/2021, nghiên cứu ghi nhận tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 71 tuổi, 57,7% là nam giới. Tỷ lệ suy tim cấp chẩn đoán lần đầu so với đợt

mất bù cấp suy tim mạn là 33,3% / 66,7%. Tỷ lệ suy giảm chức năng thận là 69%, thiếu máu mạn là 59,2%, tăng huyết áp là 41,8%, đái tháo đường là 28,5% và rối loạn lipid máu là 21,1%. Các triệu chứng phổ biến nhất là khó thở (91,8%), mệt (70,7%), phù (32,9%) rale phổi (52,9%) và tiếng tim T3 (24,7%). Tần số tim trung bình của bệnh nhân là 98±16 nhịp/phút và phân độ NYHA III/IV chiếm ưu thế (76,6%; n = 366). Nồng độ huyết sắc tố trung bình (Hb) là 120,6 ± 23,2 g/L. Nồng độ NT-proBNP 7480,47 ± 485,62 pg/mL. Có 16,3% biểu hiện rung nhĩ. Phân suất tổng máu thất trái trung bình là 42,7 ± 7,1 và 42,1% có phân suất tổng máu giảm. Ba nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành (57,7%), bệnh tim do tăng huyết áp (21,5%) và bệnh cơ tim (14,4%). Các yếu tố thúc đẩy thường gặp là không tuân thủ điều trị thuốc (19,7%), nhiễm trùng (18,4%), hội chứng vành cấp (18%) và THA không kiểm soát (11,1%). **Kết luận:** Nguyên nhân suy tim do bệnh mạch vành là nguyên nhân thường gặp nhất, các yếu tố thúc đẩy thường gặp ở bệnh nhân suy tim cấp chủ yếu là không tuân trị, nhiễm trùng và hội chứng vành cấp. Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có tỷ lệ bệnh đồng mắc cao. **Từ khóa:** Suy tim cấp, Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Khánh

Email: khanh.nguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.7.2024

Ngày duyệt bài: 14.8.2024

#### SUMMARY

#### CLINICAL CHARACTERISTICS OF HOSPITALIZED PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

**Introduction:** Patients hospitalized with acute heart failure (AHF) had very high mortality rate, significantly increasing the burden on families and the community. Clinical factors is crucial for devising aggressive treatment strategies aimed at reducing mortality and rehospitalization due to heart failure.

**Objective:** To identify the clinical characteristics of patients hospitalized with acute heart failure.

**Subjects and Methods:** This retrospective study selected records of patients diagnosed with acute heart failure or acute decompensation heart failure at Cho Ray Hospital, from January 2021 to August 2021. Clinical characteristics, laboratory results, and treatment medications were recorded from medical records. **Results:** A total of 478 records with acute heart failure or acute decompensation heart failure were recorded (mean age of 71 years, 57.7% men). Among these, 33.3% de-novo acute heart failure. Patients with renal dysfunction, chronic anemia, hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia were 69%, 59.2%, 41.8%, 28.5%, and 21.1%, respectively. The most common symptoms were dyspnea (91.8%), fatigue (70.7%), edema (32.9%), pulmonary rales (52.9%), and third heart sound (24.7%). The heart rate was  $98 \pm 16$  bpm, and NYHA class III/IV was 76.6% (n=366). The mean hemoglobin concentration (Hb) was  $120.6 \pm 23.2$  g/L, and the NT-proBNP level was  $7480.47 \pm 4856.2$  pg/mL. Atrial fibrillation was 16.3%. The mean left ventricular ejection fraction was  $42.7 \pm 7.1$ , 42.1% of patients with HFrEF. The three most common causes of heart failure were coronary artery disease (57.7%), hypertensive heart disease (21.5%), and cardiomyopathy (14.4%). Common precipitating factors included non-adherence to medication (19.7%), infection (18.4%), acute coronary syndrome (18%), and uncontrolled hypertension (11.1%). **Conclusion:** Coronary artery disease was the most common cause of heart failure, and precipitating factors in AHF were non-adherence to medication, infection, and acute coronary syndrome. Patients hospitalized with acute heart failure had a high prevalence of comorbidities.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là tình trạng có liên quan đến việc khởi phát nhanh hoặc xấu đi các triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể của suy tim, dẫn tới đe dọa tính mạng và thường cần phải thay đổi kế hoạch chăm sóc hoặc phải nhập viện để đánh giá và điều trị khẩn cấp<sup>1</sup>. Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có tiên lượng xấu với các biến cố làm gia tăng tỷ lệ tử vong cũng như nguy cơ tái nhập viện và tử vong sau khi xuất viện, tỷ lệ tử vong trong quá trình nhập viện dao động khoảng 6%-10%, tỷ lệ tử vong sau 30 ngày và 1 năm sau xuất viện lần lượt là 6,5% và 30%<sup>2,3</sup>. Trong nghiên cứu EVEREST có 46% bệnh nhân suy tim cấp nhập viện vì tình trạng suy tim nặng lên và 41% nguyên nhân tử vong do suy tim và 26% là do đột tử<sup>4</sup>. Điều này cho thấy tỷ lệ tử vong và các biến cố trong giai đoạn nằm viện của bệnh nhân

suy tim cấp còn cao và là thách thức trong thực hành lâm sàng.

Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện là giai đoạn dễ tổn thương với tỷ lệ tử vong và các biến cố cao và gia tăng đáng kể chi phí liên quan đến chăm sóc và điều trị. Việc xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, và thông qua đó xác định cơ chế cũng như tình trạng lâm sàng của suy tim cấp và các yếu tố ảnh hưởng tiên lượng của bệnh nhân suy tim cấp có ý nghĩa to lớn. Điều này giúp ích rất nhiều cho bác sĩ lâm sàng không những trong điều trị mà còn trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân suy tim cấp. Việc xác định cơ chế liên quan sung huyết hay giảm tưới máu các cơ quan tạng trong thực hành lâm sàng suy tim cấp giúp chọn lựa chiến lược điều trị thích hợp và việc phân tầng nguy cơ giúp xác định những bệnh nhân có nguy cơ cao để theo dõi và chăm sóc tích cực sẽ giảm thiểu tỷ lệ tử vong và các biến cố trong giai đoạn nằm viện của bệnh nhân suy tim cấp. Trên thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu xác định các đặc điểm của bệnh nhân suy tim cấp nhập viện nhưng tại Việt Nam hiện chưa có nhiều nghiên cứu về các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của suy tim cấp được công bố.

Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu xác định các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp nhập viện với 2 mục tiêu cụ thể sau:

1. *Mô tả các đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.*
2. *Mô tả các đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân trên 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp và điều trị tại bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 01/2021 – 08/2021.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Hồ sơ bệnh án không đầy đủ. Bệnh nhân có bệnh lý nặng về gan, thận tiên lượng sống dưới 1 năm hoặc có bệnh lý ác tính. Bệnh nhân có bệnh lý hệ thống như lupus hay xơ cứng bì, viêm đa khớp dạng thấp hay xuất huyết đang diễn tiến hay có chấn thương nặng hoặc trải qua phẫu thuật lớn trong vòng 3 tháng. Bệnh nhân đang có thai. Bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch khác như bóc tách động mạch chủ ngực, tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều hoặc chèn ép tim cấp, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, hẹp van hai lá trung bình -nặng.

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, cắt ngang mô tả.

**Cỡ mẫu:** Chọn tất cả hồ sơ thỏa yêu cầu nhận vào và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu

**Phương pháp chọn mẫu:** lấy mẫu liên tiếp

**Phương pháp thu thập số liệu:** Tất cả hồ sơ bệnh án có chẩn đoán suy tim cấp hay đợt mất mát bù cấp suy tim mạn trong thời gian 01/2021 – 08/2021 đều được đưa vào nghiên cứu. Ghi nhận các đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng (bao gồm kết quả NT-proBNP và siêu âm tim). Những thông tin cần thiết cho nghiên cứu sẽ được thu thập bằng cách điền vào bảng câu hỏi soạn sẵn từ hồ sơ bệnh án. Các thông tin chính cần đánh giá: đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân có liên quan đến suy tim cấp, các đặc điểm liên quan tình trạng sung huyết và tưới máu các cơ quan, yếu tố thúc đẩy, nguyên nhân suy tim, phân suất tổng máu thất trái, phân độ chức năng NYHA.

#### Các biến số chính:

- Suy tim cấp (theo ESC 2016): tình trạng khởi phát nhanh hoặc xấu đi các triệu chứng và/hoặc dấu hiệu suy tim, đe dọa tính mạng đòi hỏi đánh giá và điều trị khẩn cấp, điển hình thường dẫn đến cần nhập viện khẩn. Bên cạnh đó bệnh nhân phải có đầy đủ các tiêu chuẩn trong định nghĩa suy tim theo ESC 2016 nhằm để chắc rằng bệnh nhân thật sự có suy tim.<sup>5</sup>

- Suy tim cấp mới xuất hiện: Bệnh nhân suy tim cấp mới chẩn đoán lần đầu (chưa được chẩn đoán suy tim trước lần nhập viện này).

- Đợt mất bù cấp suy tim mạn: Khi triệu chứng và dấu hiệu suy tim thay đổi xấu hơn có thể diễn tiến từ từ hoặc đột ngột và khiến bệnh nhân phải nhập viện.

- Phân suất tổng máu thất trái: được xác định theo siêu âm tim qua thành ngực. Phân loại theo tiêu chuẩn ESC 2016.<sup>5</sup>

**Phương pháp xử lý số liệu.** Nhập liệu bằng phần mềm Excel, xử lý thống kê bằng phần mềm Stata 15.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị thứ nhất -tứ phân vị thứ ba) nếu không có phân phối chuẩn.

**Y đức.** Nghiên cứu đã được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, quyết định số 953/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày chấp thuận: 16/10/2023

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua chọn lọc hồ sơ từ phòng lưu trữ với các hồ sơ có chẩn đoán suy tim cấp hay đợt mất bù

cấp suy tim mãn trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 8/2021. Chúng tôi chọn được 537 hồ sơ, trong đó có 478 hồ sơ có đầy đủ cận lâm sàng cần thiết là siêu âm tim và NT-proBNP và không có tiêu chuẩn loại trừ để đưa vào phân tích. Chúng tôi ghi nhận 1/3 số bệnh nhân là suy tim cấp được chẩn đoán lần đầu và số còn lại (66,7%) là đợt mất bù cấp suy tim mạn. Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 71 tuổi, nam giới nhiều hơn nữ giới. Các bệnh lý đi kèm thường gặp là suy giảm chức năng thận (69%) và thiếu máu mạn (59,2%), các bệnh lý khác cũng thường gặp như tăng huyết áp (41,8%), đái tháo đường (28,5%) và rối loạn lipid máu (21%). Ba dấu hiệu và triệu chứng biểu hiện phổ biến nhất là khó thở (92%), mệt (71%), phù (33%) rale phổi (52,9%) và tiếng tim T3 (25,1%). Các đặc điểm khác được trình bày trong **Bảng 1**. Khi nhập viện, tần số tim trung bình của bệnh nhân là 98 nhịp/phút và phân độ NYHA III/IV chiếm ưu thế (>3/4). **Bảng 2** cho thấy kết quả xét nghiệm, điện tâm đồ (ECG) và siêu âm tim. Nồng độ huyết sắc tố trung bình (Hb) là 120,6 ± 23,2 g/L. 82% bệnh nhân có nhịp xoang và 16,1% có biểu hiện rung nhĩ. Nhìn chung, đa số bệnh nhân (79,9%) có thời gian QRS < 0,12 ms và 14,2% có hình thái block nhánh trái trên ECG. Phân suất tổng máu thất trái trung bình (LVEF) là 42%. Suy tim với phân suất tổng máu giảm (EF < 40%) chiếm gần một nửa số bệnh nhân (42%).

**Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n=478)**

Đặc điểm	n (%)
Tuổi, TB ± ĐLC, năm	71,0 ± 14,8
Giới nam	274 (57,7)
BMI, TB ± ĐLC, kg/m <sup>2</sup>	21,79 ± 4,74
<b>Tiền sử</b>	
THA	200 (41,8%)
BMV	265 (55,4%)
ĐTĐ	136 (28,5%)
RLLM	101 (21,1%)
RN	78 (16,3%)
Bệnh van tim	42 (8,8%)
Bệnh thận mạn	330 (69%)
Đột quy	23 (4,8%)
Hút thuốc lá	34 (7,1%)
Bệnh ĐM ngoại biên	58 (12,1%)
<b>Biểu hiện lâm sàng</b>	
Khó thở	439 (91,8%)
Khó thở khi nằm	345 (72,2%)
Khó thở kịch phát về đêm	252 (52,7%)
Đau ngực	192 (40,2%)
Mệt	338 (70,7%)

Hồi hộp	119 (24,9%)
Tăng cân	147 (30,8%)
Rale phổi	253 (52,9%)
Phù ngoại biên	157 (32,9%)
Gallop T3	118 (24,7%)
Gan to	98 (20,5%)
Bảng bụng	63 (13,2%)
Dấu hiệu TDMP	39 (8,2%)
Tần số tim, TB±ĐLC, nhịp/phút	98 ± 16
HA Tâm thu, TB±ĐLC	108±22 mmHg
HA Tâm trương TB±ĐLC	62±11 mmHg
NYHA I	0 (0%)
NYHA II	112 (23,4%)
NYHA III	281 (58,8%)
NYHA IV	85 (17,8%)
Đợt mất bù cấp ST mạn	319 (66,7%)

**Bảng 2. Các chỉ số cận lâm sàng dân số nghiên cứu**

Thông số	Kết quả
Creatinin máu, TB±ĐLC, mg/dL	1,43 ± 0,54
eGFR, TB±ĐLC, ml/phút/1,73m <sup>2</sup>	54,04±17,95
eGFR <60 ml/phút/1,73m <sup>2</sup> , n(%)	330 (69%)
Natri máu, mmol/L	135,36±4,57
Kali máu mmol/L	3,69±0,65
Đường huyết mg/dL	138,16 ± 66,39
Hemoglobine, g/dL	120,6 ± 23,2
Thiếu máu, n (%)	283 (59,2%)
NT-proBNP, pg/mL	7480,47±485,62
<b>Điện tâm đồ</b>	
Nhịp xoang	392 (82%)
Rung nhĩ	77 (16,1%)
Nhịp máy tạo nhịp	12 (2,5%)
Phi đại thất trái	245 (51,3%)
Sóng Q bệnh lý	30 (6,3%)
ST chênh lên	21 (4,4%)
ST chênh xuống/ T đảo	195 (40,8%)
<b>QRS &gt; 0,12 ms</b>	
Không có	382 (79,9%)
LBBB	68 (14,2%)
RBBB	11 (2,3%)
IVCD	17 (3,6%)
<b>Siêu âm tim</b>	
PSTMTT, TB±ĐLC, %	42,7 ± 7,1
PSTMTT < 40%	201 (42,1%)
ĐK TTTTr, mm	62,5 ± 8,8
ĐK Nhĩ trái, mm	44 ± 6,4
<b>X quang ngực</b>	
Bóng tim to	253 (52,9%)
Tham nhiễm phổi	68 (14,2%)
Tràn dịch màng phổi	30 (6,3%)

Ba nguyên nhân phổ biến nhất của suy tim là bệnh tim thiếu máu cục bộ (57,7%; n = 276), bệnh tim tăng huyết áp (21,5%; n = 103) và bệnh cơ tim vô căn (14,4%; n = 69). Ba yếu tố

thúc đẩy suy tim phổ biến nhất là không tuân thủ điều trị bằng thuốc (n = 94; 19,7%), nhiễm trùng (n = 88, 18,4%) và hội chứng vành cấp (n = 86, 18,0%). Tần suất các nguyên nhân suy tim và yếu tố thúc đẩy được trình bày chi tiết trong **Bảng 3**.

**Bảng 3. Nguyên nhân suy tim và yếu tố thúc đẩy**

Biên số	n (%)
<b>Nguyên nhân suy tim</b>	
Bệnh mạch vành	276 (57,7%)
Bệnh tim tăng huyết áp	103 (21,5%)
Bệnh cơ tim	69 (14,4%)
Bệnh van tim	24 (5,0%)
Bệnh tim bẩm sinh	3 (0,6%)
Viêm cơ tim	2 (0,4%)
<b>Yếu tố thúc đẩy</b>	
Không tuân thủ điều trị thuốc	94 (19,7%)
Nhiễm trùng	88 (18,4%)
Hội chứng vành cấp	86 (18%)
THA không kiểm soát	53 (11,1%)
Rối loạn nhịp không kiểm soát	31 (6,5%)
Không tuân thủ chế độ ăn	29 (6,1%)
Giảm chức năng thận	11 (2,3%)
Thiếu máu gia tăng	13 (2,7%)
Thuyên tắc phổi	3 (0,6%)
Thuốc giữ muối	5 (1,0%)
Không rõ	65 (13,6%)

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu quan sát mô tả hồi cứu bệnh nhân suy tim cấp nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian 8 tháng đầu năm 2021 để đánh giá các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp nhập viện là cơ sở để thiết lập chiến lược chẩn đoán, điều trị và ngăn ngừa suy tim cấp sớm và cải thiện kết quả. Tiến hành đánh giá hồ sơ lưu trữ với thời gian nhập viện từ tháng tháng 1/2021 đến tháng 8/2021, chúng tôi tuyển lựa được 478 hồ sơ để tiến hành phân tích.

Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là 71 tuổi tương tự như dân số trong nghiên cứu trong nước của Vương Anh Tuấn hay Heng-Chen Yao (Trung Quốc) hoặc châu Á – Thái Bình Dương là ADHERE-I (tuổi trung bình là 67).<sup>6-8</sup> Tuổi trung bình trong nghiên cứu thấp hơn dân số của Mỹ và Châu Âu như trong nghiên cứu OPTIMIZE-HF, ESC-HF PILOT với tuổi trung bình lần lượt là 73 và 70 tuổi.<sup>9,10</sup> Nghiên cứu THESUS-HF với dân số Châu Phi lại cho thấy tuổi thấp hơn đáng kể so với dân số nghiên cứu của chúng tôi (52 tuổi). Như vậy có sự thay đổi giữa các khu vực và châu lục về tuổi trung bình mắc suy tim, điều này có thể do các

khác biệt về chủng tộc, gen, điều kiện sống và tình trạng y tế của khu vực đó. Dân số Việt Nam có tuổi mắc suy tim sớm hơn Châu Âu và Mỹ khoảng 5 đến 10 năm. Về giới tính có sự tương đồng lớn trong các nghiên cứu ở châu Âu và châu Á với tỉ lệ dao động 55-60% nam giới, nhưng các nghiên cứu khác ở Mỹ và Châu Phi thì tỷ lệ nam giới dưới 50%.<sup>6,9-10</sup>

Phần lớn bệnh nhân suy tim cấp lớn tuổi và có bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, bệnh van tim và đột quỵ hay bệnh phổi tắc nghẽn mãn tính, cho thấy tình trạng bệnh lý nghiêm trọng không được kiểm soát và các yếu tố thúc đẩy dẫn đến nhập viện hay tái nhập viện do suy tim mất bù. Các bệnh đồng mắc thường gặp cũng là các yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng là THA, ĐTĐ hay RLLM. Riêng bệnh mạch vành là một trong các nguyên nhân quan trọng gây suy tim ở các nước đã và đang phát triển được thấy với tỉ lệ lớn trong dân số nghiên cứu, chiếm hơn một nửa nguyên nhân trực tiếp gây suy tim. Tỉ lệ các bệnh đồng mắc này cũng tương đồng với các dân số suy tim ở Châu Âu, Mỹ và các nước Châu Á.<sup>6,9-10</sup> Cơ cấu bệnh tật này được thấy ở các nước đã và đang phát triển phần nào phản ánh sự thay đổi lối sống liên quan đến nguy cơ mắc các bệnh lý chuyển hóa và bệnh tim mạch do xơ vữa.

Bệnh mạch vành là nguyên nhân suy tim hàng đầu, tiếp đó là bệnh tim do tăng huyết áp phản ánh xu hướng chung ở các nước đã và đang phát triển. Trong nhiều nghiên cứu gần đây cũng cho thấy nguyên nhân suy tim do bệnh van tim hay do bệnh tim bẩm sinh đã giảm đáng kể tại Việt Nam. Nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh tim thiếu máu cục bộ chiếm gần 60%, bệnh van tim chưa đến 10%. Điều này cho thấy mô hình bệnh tim mạch nước ta đã dịch chuyển gần giống với các nước phát triển với tỷ lệ bệnh tim mạch do xơ vữa ngày càng cao cùng với sự phát triển về đời sống kinh tế xã hội.<sup>6,9-11</sup> Suy tim phân suất tống máu bảo tồn và suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ chiếm đến 50% vẫn còn là một thách thức trong thực hành lâm sàng để đi đến tận cùng của chẩn đoán trong điều kiện hiện tại.

Các triệu chứng cơ năng và thực thể của suy tim cấp đều có tần suất cao, đây cũng là sự gia tăng các triệu chứng dẫn đến nhập viện ở bệnh nhân có đợt mất bù cấp của suy tim mạn. Khó thở và mệt là 2 triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, ghi nhận này cũng giống với hầu hết các nghiên cứu khác cho thấy khó thở là triệu chứng chính khiến bệnh nhân phải nhập viện.<sup>6</sup> Phân độ

NYHA III/IV trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm hơn ¾ số bệnh nhân nhập viện, mức tần suất cao này phù hợp với mức triệu chứng của dân số suy tim cấp nhập viện và tương đồng với các nghiên cứu suy tim cấp khác.<sup>6,9-10</sup> Bệnh nhân nhập viện vì có đợt mất bù cấp của suy tim mạn chiếm 2/3 tổng số bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện có chẩn đoán suy tim cấp mới trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự như trong nghiên cứu ADHERE-I (36%) ở dân số châu Á nhưng cao hơn với dân số Châu Âu trong nghiên cứu ESC-HF PILOT (25%).<sup>6,9-10</sup> Không tuân thủ điều trị thuốc, nhiễm trùng và hội chứng vành cấp là các yếu tố thúc đẩy thường gặp ở bệnh nhân suy tim cấp cho thấy vấn đề quản lý bệnh nhân suy tim và giáo dục bệnh nhân để tuân trị cần được quan tâm nhiều hơn nữa.

Thiếu máu mạn và suy giảm độ lọc cầu thận cũng chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện, đây cũng là các tình trạng có thể làm tình trạng suy tim nặng hơn và làm bệnh nhân cần nhập viện. Đa phần các hồ sơ bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có thiếu máu không ghi nhận hay làm rõ hơn tình trạng thiếu máu mạn như sắt huyết thanh, ferritine hay độ bão hòa tranferine. Tương tự như vậy, các hồ sơ của bệnh nhân suy tim cấp có độ lọc cầu thận < 60 ml/phút/1,73m<sup>2</sup> cũng chưa đánh giá đầy đủ về nguyên nhân giảm độ lọc cầu thận hay mức lọc cầu thận cơ bản của người bệnh. Tỷ lệ thiếu máu mạn và suy giảm độ lọc cầu thận ở giai đoạn nhập viện cho thấy chưa có sự quan tâm đúng mức về điều trị các tình trạng đồng mắc ở bệnh nhân suy tim cấp.

## V. KẾT LUẬN

Qua khảo sát 478 hồ sơ bệnh nhân suy tim cấp nhập viện bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian từ 01/2021 đến 08/2021, nghiên cứu ghi nhận khoảng 2/3 số bệnh nhân là đợt mất bù cấp suy tim mạn. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 66 tuổi và nam nhiều hơn nữ. Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có nhiều bệnh lý đi kèm trong đó chủ yếu là suy giảm chức năng thận và thiếu máu mạn. Các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng thường gặp như tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu. Các triệu chứng phổ biến là khó thở, mệt, phù và rale phổi. Phân độ NYHA III/IV ở dân số bệnh nhân suy tim cấp nhập viện chiếm ưu thế (hơn ¾ dân số). Phân suất tống máu thất trái trung bình là 32,1% và khoảng một nửa số bệnh nhân suy tim là phân suất tống máu giảm.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Gheorghiade M, Zannad F, Sopko G, et al.** Acute heart failure syndromes: current state and framework for future research. *Circulation*. Dec 20 2005; 112(25): 3958-68. doi:10.1161/circulationaha.105.590091
- Ambrosy AP, Fonarow GC, Butler J, et al.** The global health and economic burden of hospitalizations for heart failure: lessons learned from hospitalized heart failure registries. *Journal of the American College of Cardiology*. Apr 1 2014; 63(12): 1123-1133. doi:10.1016/j.jacc.2013.11.053
- Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, et al.** European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *European journal of heart failure*. Jun 2016;18(6): 613-25. doi:10.1002/ejhf.566
- Konstam MA, Gheorghiade M, Burnett JC, Jr., et al.** Effects of oral tolvaptan in patients hospitalized for worsening heart failure: the EVEREST Outcome Trial. *Jama*. Mar 28 2007; 297(12): 1319-31. doi:10.1001/jama.297.12.1319
- Ponikowski P, Voors AA, Anker SD, et al.** 2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: The Task Force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) Developed with the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European heart journal*. Jul 14 2016;37(27):2129-2200. doi:10.1093/eurheartj/ehw128
- Atherton JJ, Hayward CS, Wan Ahmad WA, et al.** Patient characteristics from a regional multicenter database of acute decompensated heart failure in Asia Pacific (ADHERE International-Asia Pacific). *J Card Fail*. Jan 2012; 18(1): 82-8. doi:10.1016/j.cardfail.2011.09.003
- Yao HC, Li XY, Han QF, et al.** Elevated serum soluble ST2 levels may predict the fatal outcomes in patients with chronic heart failure. *International journal of cardiology*. 2015;186:303-4. doi:10.1016/j.ijcard.2015.03.269
- Gheorghiade M, Abraham WT, Albert NM, et al.** Systolic blood pressure at admission, clinical characteristics, and outcomes in patients hospitalized with acute heart failure. *Jama*. Nov 8 2006; 296(18):2217-26. doi:10.1001/jama.296.18.2217
- Damasceno A, Mayosi BM, Sani M, et al.** The causes, treatment, and outcome of acute heart failure in 1006 Africans from 9 countries. *Arch Intern Med*. Oct 8 2012;172(18):1386-94. doi:10.1001/archinternmed.2012.3310
- Hoàng Văn Quang, Nguyễn Xuân Vinh.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị suy tim mất bù cấp. *Y học Việt Nam*. 2016; Chuyên đề tháng 4:58-66.

## KẾT QUẢ CỦA HOÁ TRỊ TÂN HỒ TRỢ VỚI PHÁC ĐỒ DOCETAXEL, CISPLATIN, VÀ S-1 THEO SAU BẰNG PHẪU THUẬT TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ DẠ DÀY DI CĂN HẠCH BULKY

Trần Quang Đạt<sup>1</sup>, Nguyễn Viết Hải<sup>1</sup>, Đặng Quang Thông<sup>1</sup>,  
Đoàn Thuỳ Nguyên<sup>1</sup>, Nguyễn Năm Thắng<sup>3</sup>,  
Nguyễn Thị Kim Xuân<sup>1</sup>, Võ Duy Long<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư dạ dày (UTDD) di căn hạch Bulky được coi là giai đoạn không cắt được và tiên lượng sống còn ngắn. Hoá trị tân hỗ trợ theo sau bằng cắt dạ dày có thể cải thiện kết quả sống còn. Nghiên cứu này phân tích hiệu quả của hoá trị tân hỗ trợ với phác đồ DCS, theo sau bằng phẫu thuật cắt dạ dày, nạo hạch triệt để cho UTDD di căn hạch bulky. **Phương pháp nghiên cứu:** 26 bệnh nhân (BN) UTDD di căn hạch Bulky được hoá trị, trong đó 18 BN

được phẫu thuật cắt dạ dày triệt để từ 01/2018 đến 6/2022 tại Khoa Ngoại Tiêu hóa, Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM. Các dữ liệu lâm sàng bao gồm đặc điểm bệnh, tỉ lệ đáp ứng, độc tính, kết quả phẫu thuật và kết quả sống còn được thu thập và phân tích. **Kết quả:** Tỉ lệ đáp ứng sau hoá trị tân hỗ trợ là 22/26 BN (84.6%). Độc tính của hoá trị đa số ở mức độ nhẹ, độ 3-4 bao gồm giảm bạch cầu hạt (3.8%), thiếu máu (7.7%) và giảm tiểu cầu (3.8%). Trong đó, 18 BN được phẫu thuật cắt dạ dày, 17/18 (94.4%) đạt được R0. Không có biến chứng nặng ở tất cả các BN được phẫu thuật. Thời gian sống còn chung 3-năm là 54.8% và sống còn không bệnh 3-năm là 40.9%. **Kết luận:** Hoá trị tân hỗ trợ với phác đồ DCS theo sau bằng phẫu thuật cắt dạ dày triệt để cho độc tính của hoá trị thấp, tỉ lệ đáp ứng lâm sàng cao, phẫu thuật an toàn và cho tỉ lệ sống còn khả quan. **Từ khóa:** Ung thư dạ dày, hạch Bulky, hoá trị tân hỗ trợ

## SUMMARY

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh, TP. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh viện Vùng Tây Nguyên, Buôn Ma Thuột, Daklak

Chịu trách nhiệm chính: Võ Duy Long

Email: long.vd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024