5. **Bolajoko O Olusanya, Adrian C Davis, Howard J Hoffman** (2019), "Hearing loss grades and the International classification of functioning, disability and health", Bull World Health Organ, 97 pp. 725–728.
6. **Dipesh Shakya, Ajit Nepal, MBBS, MS** (2020), "Total Endoscopic Perichondrium Reinforced Cartilage Myringoplasty for Anterior Perforation", Ear, Nose & Throat Journal, pp. 1-7.
7. **Figure, Elsevier** (2016), "The Middle Ear", [cited Available from: https://healthlifemedia.com/healthy/the-anatomy-of-the-human-ear-the-middle-ear/.
8. **Huang T Y, Ho K Y, Wang L F, Chien C Y** (2016), "A Comparative Study of Endoscopic and Microscopic Approach Type 1 Tympanoplasty for Simple Chronic Otitis Media", J Int Adv Otol, 12 (1), pp. 28-31.

ĐẶC ĐIỂM VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN CỦA NGƯỜI BỆNH NHẬP VIỆN VÌ SUY TIM MẤT BÙ CẤP TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Quang Trung[1], Nguyễn Hoàng Anh[1], Đinh Tấn Quỳnh[1], Nguyễn Hoàng Hải[1]

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim là nguyên nhân dẫn đến nhập viện hàng đầu ở người trưởng thành. Việc xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh suy tim có ý nghĩa quan trọng trong việc làm giảm nguy cơ tái nhập viện và tử vong tim mạch. **Mục tiêu**: Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp mất bù và đánh giá tỉ lệ tử vong nội viện, thời gian trung bình nằm viện và tỉ lệ tái nhập viện. **Phương pháp**: Nghiên cứu khảo sát cắt ngang, tiến cứu, lấy mẫu liên tục bao gồm các trường hợp nhập viện vì suy tim cấp, thời gian từ tháng 01 năm 2023 đến tháng 10 năm 2023 tại khoa nội tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Phân tích đơn biến, chi bình phương, Student t và Mann Whitney tests được sử dụng trong phân tích dữ liệu nghiên cứu. Phân tích đa biến, hồi quy logistic được sử dụng. **Kết quả**: Dữ liệu thu nhận được gồm 213 bệnh nhân trong thời gian nghiên cứu, với tuổi trung bình là 66,8 (± 14,5), và 45,5% là nam giới. Các bệnh đồng mắc thường gặp, phổ biến ở người bệnh suy tim là tăng huyết áp (93%), rối loạn lipid máu (83,1%), đái tháo đường (59%), bệnh mạch vành (33,3%) và rung nhĩ (30%). Yếu tố nguy cơ thúc đẩy nhập viện ở người bệnh suy tim là nhiễm trùng (45%), không tuân thủ điều trị (26%), hội chứng vành cấp (15%), tăng huyết áp không kiểm soát (12%) và rối loạn nhịp (12%). Chức năng tâm thu thất trái trung bình (EF) là 37%, 56% là suy tim EF giảm và 34% là suy tim có EF bảo tồn (HFpEF). Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là 6 ngày, tỉ lệ tử vong nội viện và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện là 15% và 32%. **Kết luận**: Những bệnh nhân suy tim mất bù cấp nhập khoa tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định có tỉ lệ tử vong nội viện và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện còn cao. 56% các trường hợp suy tim mất bù cấp nhập viện là suy tim có phân suất tống máu giảm và 34% trường hợp là suy tim có phân suất tống máu bảo tồn. ***Từ khóa:*** Suy tim mất bú cấp, tử vong nội viện, tái nhập viện.

[1]*Bệnh viện Nhân Dân Gia Định*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung
Email: bsnguyentrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
Ngày duyệt bài: 6.9.2024

SUMMARY

CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM OUTCOMES OF PATIENTS HOSPITALIZED FOR ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE IN NHAN DAN GIA DINH HOSPITAL

Background: Heart failure is a leading cause of hospitalization for adults. Identifying the clinical and subclinical characteristics of heart failure patients is essential for reducing mortality and hospital readmission rate. **Objectives**: To determine clinical and subclinical features in patients hospitalized due to DHF and to assess the in-hospital mortality, hospital length of stay and hospital readmission rate. **Methods**: A prospective study of incident acute heart failure at NDGD hospital, from 01/2023 to 10/2023. For univariate analysis, the chi-square, Student t and Mann Whitney tests were used. For multivariate analysis, logistic regression was used. **Results**: 213 patients were recruited during the study period. The mean age was 66,8 (± 14.5), and 45,5% were men. The most common comorbid conditions were hypertension (93%), dyslipidemia (83,1%), diabetes (59%), coronary artery disease (33,3%) and atrial fibrillation (30%). The major exacerbating factors were infection (45%), noncompliance (26%), acute syndrome coronary (15%), uncontrolled hypertension (12%) and arrhythmias (12%). Mean left ventricular systolic function (EF) was 37%. 56% were the heart failure with reduced EF and 34% were the heart failure with preserved EF (HFpEF). The median hospital length of stay was 6 days. In-hospital mortality and 30 day readmission rate were 15% and 32%. **Conclusions**: Patients with acute decompensated heart failure hospitalized at the Cardiology Department of Nhan Dan Gia Dinh hospital had high rates of in-hospital death and 30 day hospital readmission. 56% was the heart failure with reduced ejection fraction and 34% was the heart failure with preserved ejection fraction.

Keywords: Acute decompensated heart failure, in-hospital Mortality, hospital readmission.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim được xem là một vấn đề sức khỏe toàn cầu, với tỉ lệ mắc phải hiện hành khoảng 1% đến 2% ở người lớn [1]. Suy tim mất bù cấp làm tăng tỉ lệ tái nhập viện và tử vong, là nguyên nhân dẫn đầu nhập viện ở những người > 65 tuổi, Người bệnh suy tim nhập viện trung bình một lần mỗi năm, và phần lớn các trường hợp không phải do nguyên nhân tim mạch [2].

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chăm sóc và điều trị người bệnh suy tim và các bệnh đồng mắc, nhưng tỉ lệ tử vong ở người bệnh suy tim còn cao, tử vong nội viện dao động từ 4% đến 10% [3]. Tỉ lệ tử vong sau xuất viện 1 năm có thể dao động từ 25-30% hay lên đến 45% bao gồm cả tử vong và tái nhập viện [4] . Tỉ lệ tử vong sau 1 năm và 5 năm chẩn đoán suy tim là 20% và 53% theo phân tích đoàn hệ Olmsted County.

Việc xác định đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ bệnh tật đi kèm ở người bệnh nhập viện vì suy tim mất bù cấp có ý nghĩa quan trong trong tiên lượng nằm viện, tử vong ngắn hạn và tái nhập viện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu.

Mục tiêu nghiên cứu được đánh giá gồm:

– *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim mất bù cấp*

– *Đặc điểm yếu tố thúc đẩy nhập viện của bệnh nhân suy tim mất bù cấp*

– *Kết cục ngắn hạn của bệnh nhân suy tim mất bù cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: quan sát tiến cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

– Thời gian chọn mẫu: từ 01/2023 đến 10/2023.

– Địa điểm nghiên cứu: khoa tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

– Dân số mục tiêu: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim mất bù cấp.

– Dân số chọn mẫu: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim mất bù cấp, nhập viện tại khoa nội tim mạch Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 01/2023 đến 10/2023.

– Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tục

– ***Tiêu chuẩn chọn bệnh:*** Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim mất bù cấp, nhập viện tại khoa nội tim mạch Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 01/2023 đến 10/2023 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

– ***Tiêu chuẩn loại trừ:*** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, không trả lời, được các câu hỏi, xơ gan child C, bệnh thận mạn nặng/đang điều trị thay thế thận, , có bệnh lý ngoại khoa cần can thiệp cấp cứu, có thai hoặc cho con bú.

2.4. Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, không có tiêu chuẩn loại trừ, và tự nguyện đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. 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.

2.6. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu đã được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Nhân Dân Gia Định chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 213 trường hợp người bệnh nhập viện vì suy tim mất bù cấp, nhập khoa nội tim mạch, bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian nghiên cứu từ tháng 01 đến tháng 10 năm 2023. Đặc điểm dân số nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1. Tuổi trung bình là 66,8 ± 14,5 và 54,5% là nữ. Chức năng co bóp thất trái và giá trị NT-pro BNP trung bình là 37% và 5527,2 pg/ml. Tỉ lệ sung huyết trên lâm sàng là 94%, trong đó trên hình ảnh của X-quang ngực thẳng lúc nhập viện có 75,6% bệnh nhân có dấu sung huyết tăng tuần hoàn phổi và 13,6% có hình ảnh phù phổi. Bệnh đồng mắc đi kèm hay gặp nhất là tăng huyết áp (93%), rối loạn lipid máu (83,1%), đái tháo đường (59,2%).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng dân số suy tim mất bù cấp

Biến số	% (n=213) hoặc trung bình (độ lệch chuẩn) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị)
Tuổi (năm)	66,8 (14,5)
Giới Nữ (%)	54,50%
NYHA III-IV	81%
EF (%)	37%
NT-pro BNP (pg/ml)	5527,20
Creatinine (mmol/l)	124,10
Natri máu (meq/l)	138,00
AST/ALT (UI/l)	31,5/23,85
Hemoglobin g/l	115,3
X-quang - tăng tuần hoàn phổi	75,6%
Sung huyết	94%

Đái tháo đường	59,20%
Tăng Huyết Áp	93,00%
Bệnh thận mạn	27,20%
Bệnh mạch vành mạn	33,30%
Bệnh van tim	23,5%
Ung thư	6,6%
Rối loạn lipid máu	83,10%
Rung nhĩ	30,00%
Thuốc lá	41,30%

Bảng 2: Yếu tố thúc đẩy nhập viện của người bệnh suy tim mất bù cấp

Giá trị	Kết quả (n=213)
Hội chứng vành cấp	15%
Không tuân thủ điều trị	26%
Xuất huyết	4%
Tổn thương thận cấp	7%
Nhiễm trùng	45%
THA nặng	12%
Rối loạn nhịp	12%
Thuyên tắc phổi	1%
Không xác định	16%

Nhận xét: Yếu tố thúc đẩy người bệnh suy tim mạn nhập viện sớm, không mong muốn và đòi hỏi phải có xử lý nhanh trong nghiên cứu hàng đầu là nhiễm trùng chiếm 45% các trường hợp, chủ yếu là nhiễm trùng hệ hô hấp. Các yếu tố thúc đẩy khác có thể kể đến là không tuân thủ điều trị thuốc chiếm 26%, hội chứng mạch vành cấp chiếm 15%, rối loạn nhịp tim và tăng huyết áp không kiểm soát chiếm 12% và tổn thương thận cấp chiếm 7%.

Bảng 3: Kết cục của người bệnh suy tim mất bù cấp trong nghiên cứu

Giá trị	Kết quả
Thời gian nằm viện trung bình (ngày)	6,00 (5.5–7.0)
Tử vong nội viện	15,02%
Tái nhập viện trong vòng 30 ngày	32,04%

Nhận xét: Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh là 6 ngày, tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ± 7 ngày sau xuất viện và tỉ lệ tử vong nội viện trong đợt nhập viện đầu tiên được ghi nhận lần lượt là 32,04% và 15,02%.

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thu thập được 213 trường hợp người bệnh nhập viện vì suy tim mất bù cấp, nhập khoa nội tim mạch, bệnh viện Nhân Dân Gia Định. Trong đó 56% là suy tim có phân suất tống máu giảm, 10% là suy tim có phân suất tống máu giảm nhẹ và 34% là suy tim có phân suất tống máu bảo tồn. Thể lâm sàng suy tim mạn mất bù chiếm 80%, kế đến là phù phổi cấp (14%). Kết quả về đặc điểm lâm sàng, yếu tố thúc đẩy nằm viện và kết cục nhập viện có những điểm sau:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu: Tuổi trung bình là 66,8 ± 14,5, gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự (65,9 tuổi) tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định năm 2021, Hoàng Văn Sỹ và cộng sự (63,7 ± 16,2 tuổi) [5] tại bệnh viện Chợ Rẫy và của tác giả Cuffe MS và cộng sự [6] trong nghiên cứu OPTIME (66 tuổi). Tỉ lệ nam chiếm tỉ lệ là 45% gần tương đồng với nghiên cứu lớn ADHERE [7] của tác giả Adams và cộng sự (48%).

Các bệnh đồng mắc đi kèm ở người bệnh suy tim cấp thường gặp là tăng huyết áp (93%) và đái tháo đường (59%) trong nghiên cứu chúng tôi có tỉ lệ mắc cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự về bệnh đồng mắc của bệnh nhân suy tim ngoại trú năm 2021 (76% và 25%), trong các nghiên cứu VMAC là 70% và 47%, nghiên cứu OPTIME là 68% và 44%, nghiên cứu ADHERE là 73% và 44%. Khác biệt này do nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên người bệnh suy tim mạn mất bù cấp nhập viện, không phải trên đối tượng ngoại trú. Việc người bệnh suy tim mất bù ngày càng lớn tuổi và có nhiều bệnh đi kèm chiếm tỉ lệ ngày càng cao so với các nghiên cứu trước đây. Đây là một tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe của người bệnh suy tim, nhưng cũng là một thách thức trong điều trị.

Một bệnh đồng mắc khác hay gặp ở người bệnh suy tim, có mối quan hệ hai chiều là rung nhĩ. Tỉ lệ rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi là 30%. Tỉ lệ rung nhĩ này tương tự như trong nghiên cứu Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự là 21,1% ở nhóm suy tim EF giảm và 44,6% ở nhóm suy tim EF bảo tồn, và cũng tương đồng như trong nghiên cứu suy tim OPTIME là 32% và trong nghiên cứu ADHERE là 31%.

Người bệnh nhập viện là suy tim mất bù cấp chiếm 80% và phù phổi cấp chiếm 14%, với mức độ khó thở trước nhập viện NYHA III-IV là 81%. Điều này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự về mức độ khó thở của người bệnh suy tim mạn ngoại trú trong là 67%. Tình trạng sung huyết, dư dịch và NT-pro BNP ở người bệnh nhập viện là 94% và 5527 pg/ml, trong khi tình trạng sung huyết của người bệnh đang điều trị ngoại trú tại bệnh viện trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự là 46% và 9070,4 pg/ml. Nghiên cứu cho thấy, phần lớn người bệnh điều suy tim ngoại trú vẫn còn tình trạng sung huyết, khó thở và NT-pro BNP ở mức cao. Điều này góp phần làm tăng tỉ lệ tái nhập viện và tử vong của người

bệnh, đặc biệt ở các đối tượng phụ thuộc, có khó khăn trong chăm sóc sức khỏe.

Phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình của nghiên cứu là 37%, với phần lớn là phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ (56% và 10%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Thanh Vân và cộng sự về người bệnh suy tim ngoại trú (69% là suy tim EF giảm). Dù có những tiến bộ trong chăm sóc sức khỏe, nhưng suy tim phân suất tống máu giảm vẫn chiếm tỉ lệ lớn, gần hai phần ba các trường hợp suy tim ngoại trú và suy tim mất bù nhập viện.

Mức creatinine huyết thanh trong nghiên cứu chúng tôi là 1.40 mg/dl, kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu OPTIME [10] là 1.4 mg/dl và có thấp hơn so với nghiên cứu ADHERE [11] là 1.8 mg/dl. Nồng độ natri máu và hemoglobin trung bình trong nghiên cứu cũng tôi là 138.0 mEq/l và 115,3 g/l, kết quả này tương đồng với nghiên cứu OPTIMIZE-HF là 137.7 mEq/l và 119 g/l.

Các yếu tố thúc đẩy nhập viện. Yếu tố thúc nhập viện sớm, của người bệnh suy tim trong nghiên cứu là nhiễm trùng (45%), không tuân thủ điều trị (26%), hội chứng vành cấp (15%), tăng huyết áp chưa kiểm soát (12%) và rối loạn nhịp (12%). Trong các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hữu Nghĩa, tác giả Đoàn Thị Thanh và cộng sự ghi nhận không tuân thủ điều trị (36% và 30%), rối loạn nhịp (27% và 20%), tăng huyết áp chưa kiểm soát (19%), nhiễm trùng (17%) và hội chứng vành cấp (11%). Tỉ lệ các yếu tố thúc đẩy nhập viện chúng tôi ghi nhận có khác với nghiên cứu OPTIMIZE-HF registry (n=48621) [1], với hội chứng vành cấp (14,7%), rối loạn nhịp (13,5%), tăng huyết áp không kiểm soát (10,7%) và không tuân thủ điều trị (14,1%). Sự khác biệt này có lẽ do sự hiểu biết và hoàn cảnh của người bệnh khác nhau, hạn chế trong nhận thức, còn những khó khăn trong tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe.

Kết cục ngắn hạn của người bệnh suy tim mất bù cấp. Thời gian nằm viện trung bình của người bệnh suy tim mất bù cấp trong nghiên cứu là 6 ngày, của Kirkwood và cộng sự [7] là 4.3 ngày và Hoàng Văn Sỹ và cộng sự [5] là 8 ngày. Sự khác biệt này tôi nghĩ do mẫu nghiên cứu và đặc điểm dân số nghiên cứu khác nhau, nghiên cứu của tác Hoàng Văn Sỹ và cộng sự [5] có mẫu là 111 bệnh nhân, của chúng tôi là 213 bệnh nhân và trong nghiên cứu ADHERE của tác giả Kirkwood và cộng sự [7] là 105.388 bệnh nhân.

Về tử vong nội viện, chúng tôi có 32 trường hợp (15%) tử vong và bệnh nặng xin về trong đợt nhập viện. Theo Hội tim mạch Châu Âu, tỉ lệ tử vong nội viện là 4-10%, và tử vong trong năm đầu tiên có thể từ 25-30% đến 45%. Khác biệt này theo tôi do có khác nhau trong chăm sóc sức khỏe y tế giữa các quốc gia và vùng miền. Điều kiện chăm sóc sức khỏe và nhận thức điều trị khác nhau sẽ dẫn đến các kết cục khác nhau.

Chúng tôi có 32% người bệnh tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Tỉ lệ tái nhập viện của tác giả Hoàng Văn Sỹ [5] là 24,3%, của tác giả A. Discoll (2022) là 24,1% [8]. Tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 60 đến 90 ngày sau xuất viện trong nghiên cứu OPTIMIZE-HF registry là 30%. Theo Hội tim mạch Châu Âu thì tỉ lệ tái nhập viện có thể lên đến 45% trong năm đầu. Yếu thúc thúc đẩy tái nhập viện của người bệnh suy tim được ghi nhận có khác nhau giữa các nghiên cứu, theo vùng miền, quốc gia, hay chương trình chăm sóc sức khỏe y tế và nhận thức của người bệnh như đã đề cập.

Về mặt hạn chế, do thiết kế nghiên cứu quan sát nên không can thiệp điều trị tối ưu hoá suy tim trong thời gian nằm viện và 30 ngày đầu sau xuất viện.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định có đặc điểm lớn tuổi (> 65 tuổi), nữ giới và nhiều bệnh đồng mắc đi kèm, chủ yếu là tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid và rung nhĩ. Hơn phân nữa các trường hợp là người bệnh có suy tim phân suất tống máu giảm. Yếu tố thúc đẩy nhập viện được ghi nhận gồm nhiễm trùng, không tuân thủ điều trị, tăng huyết áp không kiểm soát và hội chứng vành cấp. Thời gian nằm viện trung bình của đợt suy tim mất bù cấp là 6 ngày, tỉ lệ tử vong nội viện là 15% và tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện là 32%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Conrad N, Judge A, Tran J, Mohseni H, Hedgecott D, Crespillo AP, Allison M,** "Temporal trends and patterns in heart failure incidence: a population-based study of 4 million individuals," Lancet, no. 391, pp. 571-580, 2018.
2. **"A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010,"** JAMA Intern Med, no. 175, pp. 996-1004, 2015.
3. **Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP, Hochadel M, Komajda M, Lassus J, Lopez-Sendon JL, Ponikowski P, Tavazzi L,** "EuroHeart Survey Investigators, Heart Failure Association of the EuropeanSociety of Cardiology. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population," Eur Heart J, no. 27, pp. 2725-2736, 2006.
4. **Wehner GJ, Jing L, Haggerty CM, Suever JD,**

Leader JB, Hartzel DN, KirchnerHL, Manus JNA, James N, Ayar Z, Gladding P, Good CW, Cleland JGF,Fornwalt BK, "Routinely reported ejection fraction and mortality in clinical practice: where does the nadir of risk lie?," Eur Heart J, no. 41, pp. 1249-1257, 2020.

5. **Hoàng Văn Sỹ, Triệu Khánh Vịnh, Trương Phi Hùng, Lý Văn Chiêu, Nguyễn Trị Thức,** ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN CÓ BIẾN CỐ TỬ VONG VÀ TÁI NHẬP VIỆN 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN, HCM: Tạp chí Y Học Việt Nam, 2023.
6. **"Short-term intravenous milrinone for acute exacerbation of chronic heart failure: a randomized controlled trial,"** JAMA, no. 287, pp. 1541 - 8, 2002.
7. **Kirkwood F. Adams, Jr, Gregg C. Fonarow, Charles L. Emerman, Thierry H. LeJemtel et al,** "Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: Rationale, design,and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE)," American Heart Journal, no. 149, pp. 209-16, 2005.
8. **"Clinical risk prediction model for 30-day all-cause rehospitalisation or mortality in patients hospitalised with heart failure,"** Int J Cardiol, no. 350, pp. 69-76, 2022.
9. **Nguyễn Hữu Nghĩa, Nguyễn Thị Diễm,** "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ," Tạp chí tim mạch học Việt Nam, no. 93, pp. 158-164, 2021.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CĂN NGUYÊN VI KHUẨN VÀ BIẾN CHỨNG CỦA VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM KHUẨN TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH – BỆNH VIỆN E

Vũ Phương Nga[1], Nguyễn Công Hựu[1], Tạ Thị Diệu Ngân[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, căn nguyên gây bệnh và biến chứng của Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn (VNTMNK) tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 84 bệnh nhân được chẩn đoán và điều trị VNTMNK tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E từ tháng 01/2019 đến tháng 3/2024. **Kết quả:** Có 52,4% VNTMNK xảy ra trên van tự nhiên và 27,4% trên van nhân tạo. Dấu hiệu lâm sàng thường gặp là sốt (90,5%), tiếng thổi tại tim (82,1%), khó thở (50%), đau ngực (44%). Có 96,4% bệnh nhân phát hiện thấy khối sùi trên siêu âm tim qua thành ngực và qua thực quản. Tỷ lệ cấy máu dương tính là 37 ca (44%) gồm Streptococcus (22 ca; 59,5%), Staphylococcus (10 ca; 27%), Enterococcus (4 ca; 10,8%), Enterobacter (1 ca; 2,7%). Các biến chứng trong quá trình điều trị gồm: hở van tim do sùi (72,6%), suy tim cấp (50%), đứt dây chằng van tim (26,2%), nhồi máu não (11,9%), tắc mạch chi (9,5%), xuất huyết não (6%), nhồi máu lách (6%). Tỷ lệ bệnh nhân nặng xin về là 4,8%. **Kết luận:** Tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E, VNTMNK thường gặp trên van tim tự nhiên với căn nguyên hay gặp nhất là Streptococcus và Staphylococcus. Các biến chứng gặp với tỷ lệ cao nhất là hở van tim do sùi, suy tim cấp và tắc mạch. Xuất huyết não là biến chứng gặp với tỷ lệ thấp nhưng lại là biến chứng nặng, nguy cơ tử vong cao. Phát hiện sớm và điều trị kịp thời các biến chứng có thể cứu sống được bệnh nhân.

Từ khoá: Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, căn nguyên, biến chứng.

[1]*Bệnh viện E*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Tạ Thị Diệu Ngân
Email: dr.dieungan@gmail.com
Ngày nhận bài: 25.6.2024
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024
Ngày duyệt bài: 10.9.2024

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, ETIOLOGIES AND COMPLICATIONS OF INFECTIVE ENDOCARDITIS AT THE CARDIOLOGY CENTER OF E HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, etiology, and complications of infective endocarditis (IE) at the Cardiology Center of E Hospital. **Material and methods:** A retrospective cross-sectional study of 84 patients who was diagnosed of IE and treated at the Cardiology Center of E Hospital from January 2019 to March 2024. **Result:** Infective endocarditis on native valves and on prosthetic valves were 52.4% and 27.4% respectively. Common clinical presentations were fever (90.5%), cardiac murmurs (82.1%), shortness of breath (50%) and chest pain (44%). Vegetations were detected in 96.4% of patients on transthoracic and transesophageal echocardiography. Blood cultures were positive in 37 cases (44%), including Streptococcus (22 cases; 59.5%), Staphylococcus (10 cases; 27%), Enterococcus (4 cases, 10.8%), Enterobacter (1 cases; 2.7%). Complications included valvular regurgitation due to vegetations (72.6%), acute heart failure (50%), ruptured chordae tendineae (26.2%), cerebral infarction (11.9%), limb embolism (9.5%), cerebral hemorrhage (6%), and splenic infarction (6%). The proportion of serious illness patients who could not be cured was 4.8%.**Conclusion:** At the Cardiology Center of E Hospital, infective endocarditis was most commonly in native valves with Streptococcus and Staphylococcus