

7. Verhoef LM, Tweehuysen L, Hulscher ME, Fautrel B, den Broeder AA. bDMARD Dose Reduction in Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review with Systematic Literature Search.

Rheumatol Ther 2017; 4(1):1-24.
8. Yip RML, Yim CW. Role of Interleukin 6 Inhibitors in the Management of Rheumatoid Arthritis. J Clin Rheumatol 2021; 27(8):e516-e524.

GIÁ TRỊ THANG ĐIỂM H2FPEF VÀ HFA-PEFF Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI TĂNG HUYẾT ÁP CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI (EF) ≥50%

Nguyễn Đức Tiến^{1,2}, Đỗ Doãn Lợi², Phạm Minh Tuấn^{2,3}, Nguyễn Đình Quân¹, Hoàng Lê Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tỷ lệ suy tim có phân suất tổng máu thất trái trong giới hạn bình thường EF ≥ 50%, Hai thang điểm HFA-PEFF (ESC 2019) và H2FPEF (ACC/AHA 2018) được thiết kế nhằm ước đoán khả năng mắc HFpEF ở các đối tượng nghi ngờ, nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá giá trị của thang điểm HFA-PEF và H2FPEF trên các bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp tại Viện Tim mạch Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 9/2023 đến tháng 9/2024. **Kết quả:** Trong 130 bệnh nhân có tỷ lệ nam/nữ: 1/1, nhóm tuổi 65 – 80 tuổi chiếm ưu thế với 64,7%. Điểm HFA-PEF trung bình: 3,96 ± 1,49 điểm với điểm cao nhất: 6 điểm, thấp nhất: 0 điểm, tỷ lệ điểm trung bình: 54,9%, tỷ lệ điểm cao: 42,1%. Điểm H2F-PEF: 3,2 ± 1,71 điểm với điểm cao nhất 9 điểm, thấp nhất: 1 điểm, tỷ lệ điểm trung bình: 76,7%, tỷ lệ điểm cao: 12,8%, phân bố điểm giữa 2 thang điểm khác nhau có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. 2 thang điểm cũng không cho thấy sự phù hợp trong mức độ chẩn đoán HFpEF với hệ số Kappa: 0,035 với p < 0,05. **Kết luận:** Hai thang điểm H2FPEF và HFA-PEF có thể dùng trong sàng lọc tình trạng HFpEF ở các bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp, tuy nhiên sự phù hợp trong chẩn đoán 2 thang điểm này còn tương đối thấp.

Từ khóa: suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, điểm H2PEF, điểm HFA-PEF.

SUMMARY

VALUES OF THE H2FPEF AND HFA-PEFF SCORE IN ELDERLY HYPERTENSION PATIENTS WITH LEFT VENTRICULAR EJECTION FRACTION (EF) ≥50%

Objective: The rate of heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) EF ≥ 50%, The scales HFA-PEFF (ESC 2019) and H2FPEF (ACC/AHA 2018) were designed to estimate the possibility of

HFpEF in suspected subjects, the study was conducted to evaluate the value of the HFA-PEF and H2FPEF scales in elderly patients with hypertension. **Method:** Cross-sectional descriptive study on elderly patients with hypertension at the National Heart Institute - Bach Mai Hospital from September 2023 to September 2024. **Results:** 130 patients were involved in which male/female ratio was 1/1, the age group 65 - 80 years old was accounted for the majority with 64.7%. The mean HFA-PEF score: 3.96 ± 1.49 points with the highest score: 6 points, the lowest: 0 points, the mild score ratio: 54.9%, high score ratio: 42.1%. The mean H2F-PEF score: 3.2 ± 1.71 points with the highest score: 9 points, the lowest: 1 point, the mild score ratio: 76.7%, high score ratio: 12.8%, the score distribution between the 2 different scales was statistically significant with p < 0.05. The 2 scales did not show agreement in the level of diagnosis of HFpEF with Kappa coefficient: 0.035 with p < 0.05. **Conclusion:** The two scales H2FPEF and HFA-PEF can be used to screen for HFpEF status in elderly patients with hypertension, however, the diagnostic agreement of these two scales is still relatively low.

Keywords: heart failure with preserved ejection fraction, HFA-PEFF, H2FPEF score

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng huyết áp (THA) là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất đối với gánh nặng bệnh tim mạch và tử vong trên toàn thế giới.¹ Năm 2019, THA là nguyên nhân gây tử vong số 1 ở phụ nữ và nguyên nhân tử vong số 2 ở nam giới, chiếm gần 20% số ca tử vong (~ 11 triệu) trên toàn cầu. THA không được điều trị và kiểm soát tốt sẽ dẫn đến tổn thương nặng cơ quan đích và các biến chứng nguy hiểm. Suy tim (HF) là nguyên nhân chính gây bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới với nguy cơ suốt đời ở tuổi 40 là khoảng 20%. Hơn 50% suy tim có phân suất tổng máu thất trái trong giới hạn bình thường EF ≥ 50%, hay còn gọi là suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF), tỉ lệ này đang ngày càng gia tăng. HFpEF phổ biến hơn ở các bệnh nhân lớn tuổi, phụ nữ, người mắc bệnh đi kèm như THA, bệnh tim thiếu máu cục bộ, đái tháo đường, rung nhĩ. Chẩn đoán HFpEF vẫn còn là thách thức, chưa được hiểu rõ hết, chưa có “tiêu chuẩn vàng”,

¹Bệnh viện Lão Khoa Trung Ương

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Tiến

Email: bsductien@gmail.com

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

phụ thuộc vào đánh giá lâm sàng kỹ lưỡng, xét nghiệm dấu ấn sinh học, siêu âm Doppler tim và đánh giá huyết động xâm lấn².

Hai thang điểm HFA-PEFF (ESC 2019) và H2FPEF (ACC/AHA 2018) thiết kế, ước đoán khả năng mắc HFpEF ở các đối tượng nghi ngờ. Với tổng hợp nhiều yếu tố liên quan đến lâm sàng, cơ chế bệnh sinh, đánh giá về hình thái, chức năng và xét nghiệm dấu ấn sinh học. Sự kết hợp các thông số không chỉ dùng để chẩn đoán mà còn đánh giá rối loạn chức năng tâm trương, đánh giá tiên lượng, cũng như liên quan với các thông số lâm sàng, cận lâm sàng khác. Ở Việt Nam, chưa có nghiên cứu khảo sát hai thang điểm này ở người bệnh cao tuổi có THA. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: "*Giá trị thang điểm H2FPEF và HFA-PEFF ở người bệnh cao tuổi THA có phân suất tống máu thất trái (EF) ≥ 50%*"

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

• **Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân.** Tất cả bệnh nhân khám hoặc điều trị tại Viện Tim mạch Quốc Gia – Bệnh viện Bạch Mai đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân trên 60 tuổi
- Được chẩn đoán tăng huyết áp hoặc đang được điều trị các thuốc tăng huyết áp
- Có một trong các triệu chứng nghi ngờ suy tim (mệt, phù, ho về đêm, khó thở,...)
- Phân suất tống máu thất trái (EF) trên 50% xác định bằng siêu âm tim.

• Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân mắc các bệnh lý kèm theo: bệnh lý van tim nặng, suy tim cấp, hội chứng vành cấp, các bệnh lý màng ngoài tim.
- Bệnh nhân được chẩn đoán suy tim do các nguyên nhân ngoài tim trái, bệnh tim bẩm sinh, suy tim do cường giáp
- Các bệnh nhân không được tiến hành siêu âm tim hoặc không được lấy đủ các triệu chứng trên siêu âm tim

• **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang

• **Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 09/2023 đến 09/2023

• **Địa điểm nghiên cứu:** Viện Tim Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai

• **Cỡ mẫu và phương pháp lấy mẫu:** lấy toàn bộ bệnh nhân đủ điều kiện trong thời gian

Bảng 2: Mức độ phù hợp chẩn đoán 2 thang điểm

N=130

| | Thang điểm HFA-PEFF | Thang điểm H2FPEF | p |
|------------|---------------------|-------------------|-------|
| Thấp | 4 (3%) | 14 (10,5%) | 0,000 |
| Trung bình | 71 (54,9%) | 100 (76,7%) | |
| Cao | 55 (42,1%) | 16 (12,8%) | |

nghiên cứu

• Các bước tiến hành nghiên cứu

- Người bệnh nhập viện được hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng
- Chụp X-quang tim phổi, điện tâm đồ
- Xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết: công thức máu, sinh hoá máu
- Siêu âm tim qua thành ngực thu thập các số liệu
- Đánh giá thang điểm H2FPEF, HFA- PEFF dựa vào các dữ liệu thu được.
- Thông tin thu thập được phân tích theo 2 mục tiêu nghiên cứu.

2.2. Phân tích và xử lý số liệu

- Xử lý số liệu theo các thuật toán thống kê y học.

- Các thuật toán: Tính tỉ lệ %, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, so sánh tỉ lệ %, các kiểm định T- test, Mann- Whitney test. Khoảng tin cậy là 95%, các kết quả có ý nghĩa thống kê khi p< 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được hội đồng nghiên cứu khoa học Bệnh viện Bạch Mai và trường Đại học Y Hà Nội thông qua. Tất cả các đối tượng tham gia đều được giải thích và đồng ý tham gia nghiên cứu. Mọi thông tin của người bệnh đều được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024, có tổng số 130 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn tham gia nghiên cứu với tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 51,9%, tuổi trung vị là 75 tuổi với nhóm tuổi 65 – 80 tuổi chiếm ưu thế với 64,7%, bệnh lý nền hay gặp là rối loạn lipid máu với 74,34% và đái tháo đường với 36,09%, tỷ lệ rung nhĩ là 14,29%

Bảng 1: Tình hình áp dụng thang điểm

| | Trung bình (X±SD) | Trung vị (tứ phân vị) | Giá trị cao nhất | Giá trị thấp nhất |
|--------------------|-------------------|-----------------------|------------------|-------------------|
| Bảng điểm HFA-PEFF | 3,96 ± 1,49 | 4 | 6 | 0 |
| Bảng điểm H2FPEF | 3,2 ± 1,71 | 3 | 9 | 1 |

N=130

Nhận xét: Trong nghiên cứu, điểm trung bình của cả hai bảng điểm đều ở mức trung bình.

| | | Thang điểm HFAPEEFF | | | Hệ số Kappa | p |
|-------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|--------------------|-------------|-------|
| | | Không có HFpEF | Không thể loại trừ HFpEF | Khả năng cao HFpEF | | |
| Thang điểm H2FPEF | Không có HFpEF | 1 | 11 | 2 | 0,035 | 0,046 |
| | Không thể loại trừ HFpEF | 3 | 53 | 43 | | |
| | Khả năng cao HFpEF | 0 | 7 | 10 | | |

Nhận xét: Giữa 2 thang điểm có phân độ điểm khác nhau có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Sự phù hợp trong chẩn đoán của 2 thang điểm là tương đối thấp với hệ số Kappa là 0,035, với $p < 0,05$

Bảng 3: Tỷ lệ điểm thành phần trong thang điểm H2FPEF
N=130

| H2FPEF | Số lượng (n) | Tỷ lệ phần trăm (%) |
|---|--------------|---------------------|
| Chỉ số BMI >30 | 0 điểm | 126 (97%) |
| | 2 điểm | 4 (3%) |
| | | |
| Số lượng thuốc điều trị tăng huyết áp >2 loại | 0 điểm | 46 (35,3%) |
| | 1 điểm | 84 (64,7%) |
| Rung nhĩ kịch phát hoặc dai dẳng | 0 điểm | 104 (79,7%) |
| | 3 điểm | 26 (20,3%) |
| Tăng áp lực động mạch phổi >35 | 0 điểm | 86 (66,2%) |
| | 1 điểm | 34 (33,8%) |
| Tuổi > 60 | 0 điểm | 1 (0,8%) |
| | 1 điểm | 129 (99,2%) |
| Chỉ số E/e' >9 | 0 điểm | 59 (45,1%) |

| | | |
|--------|----|-------|
| 1 điểm | 71 | 54,9% |
|--------|----|-------|

Nhận xét: Trong thành phần điểm, tuổi trên 60 là thành phần điểm gặp nhiều nhất, sau đó là số thuốc điều trị huyết áp và chỉ số E/e'.

Bảng 4: Tỷ lệ điểm thành phần trong Bảng điểm HFA-PEFF
N=130

| HFA-PEFF | Số lượng (n) | Tỷ lệ phần trăm (%) |
|------------|--------------|---------------------|
| Chức năng | 2 điểm | 121 (92,5%) |
| | 1 điểm | 1 (0,8%) |
| | 0 điểm | 8 (6,8%) |
| Hình thái | 2 điểm | 40 (27,1%) |
| | 1 điểm | 56 (42,9%) |
| | 0 điểm | 34 (27,1%) |
| Xét nghiệm | 2 điểm | 62 (47,4%) |
| | 1 điểm | 21 (16,5%) |
| | 0 điểm | 47 (36,1%) |

Nhận xét: Trong các rối loạn, rối loạn chức năng phổ biến nhất gặp ở gần như toàn bộ bệnh nhân, sau đó là thay đổi về xét nghiệm NT-proBNP

Bảng 5: Thay đổi cấu trúc và chức năng với thang điểm HFA-PEFF

| | | Thang điểm HFA-PEFF | | | Thang điểm H2FPEF | | | p | |
|-------------------------------|-----------------------|---------------------|-----------------|--------------------|-------------------|------------------|--------------------|-------|-------|
| | | ≤1 điểm (n=4) | 2-4 điểm (n=71) | Trên 5 điểm (n=55) | ≤1 điểm (n=14) | 2-5 điểm (n=100) | Trên 6 điểm (n=16) | p1 | p2 |
| Mức độ tái cấu trúc thất trái | Bình thường | 11 (78,6%) | 48 (47,1%) | 9 (52,9%) | 11 (78,6%) | 48 (47,1%) | 9 (52,9%) | 0,001 | 0,434 |
| | Tái cấu trúc đồng tâm | 1 (7,1%) | 31 (30,4%) | 5 (29,4%) | 1 (7,1%) | 31 (30,4%) | 5 (29,4%) | | |
| | Phì đại đồng tâm | 0 (0%) | 5 (4,9%) | 1 (5,9%) | 0 (0%) | 5 (4,9%) | 1 (5,9%) | | |
| | Phì đại lệch tâm | 2 (14,3%) | 18 (17,6%) | 2 (11,8%) | 2 (14,3%) | 18 (17,6%) | 2 (11,8%) | | |
| Rối loạn chức năng tâm trương | Bình thường | 11 (78,6%) | 63 (63,6%) | 7 (41,2%) | 11 (78,6%) | 63 (63,6%) | 7 (41,2%) | 0,000 | 0,007 |
| | Chưa loại trừ | 3 (21,4%) | 26 (26,3%) | 5 (29,4%) | 3 (21,4%) | 26 (26,3%) | 5 (29,4%) | | |
| | Xác định | 0 | 10 (10,1%) | 5 (29,4%) | 0 | 10 (10,1%) | 5 (29,4%) | | |

N=130; (p1: so sánh trong thang điểm HFA-PEFF, p2 so sánh trong thang điểm H2FPEEFF)

Nhận xét: Ở các mức điểm cao của thang điểm HFA-PEFF, gặp nhiều hơn các tái cấu trúc thất trái, với tỷ lệ gặp cao hơn phì đại đồng tâm, các khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Các rối loạn chức năng tâm trương gặp nhiều hơn ở cá mức điểm cao, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Ở các mức điểm cao của

thang điểm H2FPEF, gặp nhiều hơn các tái cấu trúc thất trái, với tỷ lệ cao hơn gặp các biến đổi đồng tâm, các khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi xét các rối loạn chức năng tâm trương, tỷ lệ rối loạn chức năng tâm trương cao hơn ở các mức điểm cao hơn với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 130 bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp được sàng lọc đồng thời bằng hai thang điểm H2FPEF và HFA-PEF tại Viện Tim mạch Quốc gia – Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 09/2023 đến tháng 09/2024, chúng tôi thu được một số kết quả sau đây. Trong nghiên cứu, thực hiện trên 130 bệnh nhân người cao tuổi mắc tăng huyết áp có tỷ lệ bệnh nhân nam giới và nữ giới gần như tương đương nhau, trong đó số bệnh nhân nam giới có xu hướng cao hơn một chút với 51,9% còn với bệnh nhân nữ giới là 48,1%. Trong nghiên cứu, chúng tôi lấy bệnh nhân cao tuổi, theo định nghĩa của cục dân số Việt Nam là các trường hợp trên 60 tuổi, với đối tượng nghiên cứu như vậy, tuổi trung vị trong nghiên cứu là tương đối cao lên tới 75 tuổi với khoảng trung vị là 70 – 80 tuổi, trong đó nhóm tuổi 65 – 80 tuổi chiếm ưu thế với 64,7%, đứng thứ hai là nhóm tuổi trên 80 tuổi với 24,1%, trong nghiên cứu bệnh nhân cao tuổi nhất ghi nhận được là 93 tuổi. HFpEF thường xuất hiện ở người trưởng thành và người cao tuổi thường là trên 60 tuổi, các bệnh nhân trên 80 tuổi thường có nguy cơ mắc HFpEF rất cao và tỷ lệ này tăng lên rất nhiều trên các bệnh nhân mắc Tăng huyết áp.⁴

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân được áp dụng đồng thời 2 thang điểm H2FPEF và HFA-PEFF, các thang điểm cho các điểm khác nhau về cả giá trị trung bình và mức độ chẩn đoán. Với thang điểm H2FPEF, điểm trung bình trong nghiên cứu là $3,2 \pm 1,71$ điểm với điểm cao nhất là 9 điểm và điểm thấp nhất là 1 điểm, như vậy điểm của thang điểm H2FPEF trải dọc các giá trị điểm của thang điểm. Kết quả này có phần cao hơn trong nghiên cứu của Hoàng Văn Kỳ với điểm trung bình: $2,75 \pm 1,42$ điểm và tương tự với nghiên cứu của Suzuki trên các bệnh nhân Nhật Bản là $3,1 \pm 1,8$ điểm. Khi xét đến phân bố điểm của thang điểm H2FPEF, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ điểm thấp – trung bình – cao lần lượt là 10,5% - 76,7% - 12,8%.⁵ Như vậy phần lớn là mức trung bình tức là dừng ở mức chẩn đoán không thể khẳng định và cũng không thể loại trừ - đây là một thách thức lớn cho các bác sĩ lâm sàng. Khi so sánh với nghiên cứu của Hoàng Văn Kỳ, chúng tôi nhận thấy có sự khác biệt lớn về phân bố điểm trong nghiên cứu, trong nghiên cứu này tỷ lệ phân bố lần lượt là 50%, 42% và 8%. Tuy nhiên, kết quả chúng tôi lại tương đối phù hợp với nghiên cứu của Suzuki và cộng sự với tỷ lệ lần lượt là 17%, 75% và 8%, khác biệt lớn đến từ tỷ lệ điểm cao do tỷ lệ rung nhĩ của chúng tôi cao hơn trong nghiên cứu của Suzuki, đồng thời trong nghiên

cứ này, điểm BMI đã hiệu chỉnh lại theo chỉ số người Châu Á.

Với thang điểm HFA-PEEFF, điểm trung bình trong nghiên cứu là $3,96 \pm 1,49$ với điểm cao nhất trong nghiên cứu là 6 và thấp nhất ghi nhận được là 0 điểm. Thang điểm này chia làm 3 phần bao gồm các thay đổi chức năng, thay đổi hình thái và xét nghiệm marker, mỗi thang điểm được chia từ 0 điểm đến 2 điểm, tùy theo sự hiện diện của các tiêu chí chính và phụ sẽ cho các giá trị điểm tương ứng. Như vậy với “khoảng điểm” trong nghiên cứu từ nhỏ nhất là 0 điểm và cao nhất là 6 điểm, chúng tôi gặp toàn bộ các phân bố điểm, tuy nhiên điểm trung bình là 3,96 điểm có vẻ ở mức trung bình cao. Khi so sánh với các nghiên cứu khác sử dụng điểm HFA-PEF, kết quả của chúng tôi tương đương với nghiên cứu của tác giả Julius Nikorowitsch với điểm trung bình là 3,97 điểm trên các đối tượng được chẩn đoán HFpEF theo ESC 2016, tuy nhiên mức điểm này trên các bệnh nhân không được chẩn đoán HFpEF chỉ là 2,5 điểm.⁶ Trong nghiên cứu của tác giả Kwon Y Lee điểm HFA-PEFF cao hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi với điểm trung vị là 4,8 – khoảng tứ phân vị (3 – 6), tuy nhiên nghiên cứu này thực hiện trên các bệnh nhân được chẩn đoán các bệnh lý mạch vành cấp tính, đây là một trong những yếu tố gây nên các thay đổi lớn về các chỉ số siêu âm tim và xét nghiệm men tim. Như vậy có vẻ như các thay đổi đến chủ yếu chức năng, thay vì xuất phát từ các thay đổi về cấu trúc cơ tim⁷. Nếu xét theo góc độ của quá trình sinh lý bệnh, đó là sự thay đổi về chức năng, sau đó các thay đổi chức năng dẫn đến các thay đổi của cấu trúc, khi các thay đổi về cấu trúc đủ lớn sẽ dẫn đến sự thay đổi cụ thể là sự tăng lên của các dấu dẫn sinh học, điểm không hợp lý ở đây là điểm nồng độ NT-proBNP được 2 điểm là 47,4% trong khi các thay đổi về hình thái được 2 điểm chỉ là 27,1%, chúng ta cũng phải lưu ý rằng các chỉ số trong thang điểm HFA-PEFF đều là các chỉ số trên siêu âm doppler tim – là các chỉ số phụ thuộc rất nhiều “người làm” hay nói chính xác là phụ thuộc và mặt cắt, lát cắt, cách đo, tóm lại đây là các chỉ số phụ thuộc vào trình độ chuyên môn của người thực hiện siêu âm tim, nên có thể có sai khác

Cả 2 thang điểm HFA-PEFF hay H2FPEF đều được xây dựng với mục đích chẩn đoán và sàng lọc tình trạng HFpEF, hiện nay không có tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tình trạng này, trong nghiên cứu chúng tôi cũng không có tiêu chuẩn vàng để đánh giá thang điểm. Từ kết quả nghiên cứu, chúng tôi dễ dàng nhận thấy được sự khác biệt giữa tỷ lệ 3 mức điểm này và thang điểm

HFA-PEFF có mức điểm cao nhiều hơn với thang điểm H2FPEF cụ thể là 42,1% so với 12,8%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chính vì vậy, khi chúng tôi khảo sát tính phù hợp trong chẩn đoán, chúng tôi nhận thấy 2 thang điểm này trong nghiên cứu không có sự phù hợp lẫn nhau với hệ số phù hợp Kappa chỉ có 0,035 với $p < 0,05$, đồng nghĩa với phép toán này có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của tác giả Julius Nikorowitsch cũng cho thấy một kết quả phù hợp giữa 2 thang điểm này là tương đối tệ với hệ số Kappa chỉ là 0,13 với $p < 0,05$, tuy nhiên trong nghiên cứu này sử dụng tiêu chuẩn ESC như một công cụ chẩn đoán, thì nhận thấy thang điểm HFA-PEF có vẻ cho kết quả phù hợp hơn so với H2FPEF với hệ số Kappa là 0,38 và 0,27.

V. KẾT LUẬN

Hai thang điểm H2FPEEF và HFA-PEF có thể dùng trong sàng lọc tình trạng HfpEF ở các bệnh nhân cao tuổi mắc tăng huyết áp, tuy nhiên sự phù hợp trong chẩn đoán 2 thang điểm này còn tương đối thấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Minh HV, Poulter NR, Viet NL, et al. Blood pressure screening results from May

- Measurement Month 2019 in Vietnam. Eur Heart J Suppl. 2021; 23(Supplement_B):B154-B157. doi: 10.1093/eurheartj/suab035
2. Tromp J, Teng T, Tay WT, et al. Heart failure with preserved ejection fraction in Asia. Eur J Heart Fail. 2019;21(1):23-36. doi:10.1002/ehf.1227
3. Soufi Taleb Bendiab N, Meziame-Tani A, Ouabdesselam S, et al. Factors associated with global longitudinal strain decline in hypertensive patients with normal left ventricular ejection fraction. Eur J Prev Cardiol. 2017;24(14):1463-1472. doi:10.1177/2047487317721644
4. Hoàng Văn Kỳ. Khảo sát thang điểm H2FPEF ở người bệnh tăng huyết áp có Phần suất tổng máu thất trái (ef) $\geq 50\%$. Luận văn Chuyên khoa cấp II - Trường Đại học Y Hà Nội - 2022.
5. Suzuki S, Kaikita K, Yamamoto E, et al. H₂FPEF score for predicting future heart failure in stable outpatients with cardiovascular risk factors. ESC Heart Fail. 2020;7(1):66-75. doi:10.1002/ehf2.12570
6. Nikorowitsch J, Bei Der Kellen R, Kirchhof P, et al. Applying the ESC 2016, H₂FPEF, and HFA-PEFF diagnostic algorithms for heart failure with preserved ejection fraction to the general population. ESC Heart Fail. 2021;8(5):3603-3612. doi:10.1002/ehf2.13532
7. Lee JH, Kim KI, Cho MC. Current status and therapeutic considerations of hypertension in the elderly. Korean J Intern Med. 2019;34(4):687-695. doi:10.3904/kjim.2019.196

ĐẶC ĐIỂM MỘT SỐ CHỈ SỐ HUYẾT HỌC Ở BỆNH NHÂN XƠ GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRÀ VINH

Ngô Anh Duy¹, Trang Thị Hồng Nhung¹, Nguyễn Hoàng Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm một số chỉ số huyết học ở bệnh nhân xơ gan tại Bệnh viện Đa khoa Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có sử dụng số liệu hồi cứu trên 267 hồ sơ bệnh nhân mắc xơ gan đến khám và điều trị tại Bệnh viện đa khoa Trà Vinh từ tháng 01/2023 đến tháng 07/2024. **Kết quả:** Giá trị trung bình các chỉ số RBC, HGB, HCT, PLT thấp hơn giới hạn bình thường so với khoảng tham chiếu sinh học. Cụ thể số lượng hồng cầu giảm dưới $4 \times 10^6/\mu\text{L}$ chiếm 79,4%, nồng độ hemoglobin $\leq 109 \text{ g/L}$ chiếm 67,0%, giá trị hematocrit giảm dưới 34% chiếm tỉ lệ 75,7%. Đặc biệt có tới 73,8% bệnh nhân giảm số lượng tiểu cầu. **Kết luận:** Thiếu máu ở bệnh nhân xơ gan vẫn là vấn đề cấp thiết gây nên nhiều hậu quả

nghiêm trọng. Giảm tiểu cầu ở bệnh nhân xơ gan có thể dẫn đến rối loạn quá trình đông cầm máu, nguy hiểm khi bị chảy máu và khó khăn trong làm phẫu thuật. **Từ khóa:** Xơ gan, chỉ số huyết học, thiếu máu, Trà Vinh

SUMMARY

HEMATOLOGICAL CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH LIVER CIRRHOSIS AT TRAVINH GENERAL HOSPITAL

Objectives: The study aims to describe the characteristics of some hematological indices in patients with cirrhosis at Tra Vinh General Hospital. **Subjects and methods:** Descriptive cross-sectional study using retrospective data on 267 records of patients with cirrhosis who came to Tra Vinh General Hospital for examination and treatment from January 2023 to July 2024. **Results:** The average values of RBC, HGB, HCT, PLT indices were lower than the normal limits compared to the biological reference range. The instrument for measuring red blood cell count reduced below $4 \times 10^6/\mu\text{L}$ uses 79.4%, hemoglobin concentration $\leq 109 \text{ g/L}$ uses 67.0%, hematocrit drops below 34% uses 75.7%. In

¹Trường Y Dược, Trường Đại học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Anh Duy

Email: ngoanhduy@tvu.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.12.2024

Ngày duyệt bài: 20.01.2025