

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỶ LỆ TỬ VONG TRONG 30 NGÀY CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Phạm Duy Quang¹, Lê Tự Phương Thuý¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim cấp là tình trạng diễn tiến của các triệu chứng nhanh chóng, đe dọa tính mạng và cần điều trị tích cực. Bất chấp các tiến bộ trong quản lý và điều trị suy tim, tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp vẫn không giảm đáng kể. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, thực hiện trên 138 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ ngày 01/03/2024 – 31/08/2024. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tử vong trong 30 ngày được ghi nhận thông qua hồ sơ bệnh án, bệnh án điện tử, phỏng vấn qua điện thoại. **Kết quả nghiên cứu:** 138 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu được đưa vào nghiên cứu, tuổi trung vị của bệnh nhân được ghi nhận là 67, nữ chiếm 52,9%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp là 73,2%, rối loạn lipid máu 89%, bệnh mạch vành mạn 40,6%, bệnh thận mạn 16,7%, đột quy 8,7%, rung nhĩ 20,3%. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày kể từ lúc nhập viện là 14,5%. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở ($p < 0,001$), SpO₂ ($p = 0,040$), huyết áp tâm thu ($p = 0,011$), huyết áp tâm trương ($p = 0,008$), chỉ số Barthel ($p < 0,001$), NYHA IV tại thời điểm nhập viện ($p < 0,001$), hội chứng vành cấp ($p = 0,001$), nồng độ NT-proBNP ($p = 0,033$), nồng độ troponin I ($p = 0,002$), nồng độ creatinine ($p = 0,034$), ST chênh xuống ($p = 0,001$) giữa nhóm tử vong và không tử vong trong 30 ngày. **Kết luận:** Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp còn cao. Các yếu tố tần số thở, SpO₂, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, chỉ số Barthel, NYHA IV tại thời điểm nhập viện, hội chứng vành cấp, NT-proBNP, nồng độ troponin I, nồng độ creatinine, ST chênh xuống có liên quan đến tử vong trong 30 ngày.

Từ khóa: Suy tim cấp, tử vong trong 30 ngày.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTIC AND THIRTY-DAY MORTALITY OF PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

Background: Acute heart failure is a progressive, life-threatening condition requiring appropriate treatment. Despite advances in the management of acute heart failure, the 30-day mortality rate of these patients has not decreased

significantly. **Objectives:** To describe the clinical characteristics and the 30-day mortality rate of patients with acute heart failure. **Methods:** A cross sectional study. **Results:** A total of 138 patients were recruited for our study. The median age of the patients was 67 years, and 52.9% were female. The major comorbidities were hypertension (73.2%), diabetes mellitus (42%), dyslipidemia (64%), chronic coronary artery disease (40.6%), atrial fibrillation (20.3%), and chronic kidney disease (16.7%). The 30-day mortality rate was 14.5%. There were significant differences in heart rate ($p < 0.001$), SpO₂ ($p = 0.04$), systolic blood pressure ($p = 0.011$), diastolic blood pressure ($p = 0.008$), Barthel index ($p < 0.001$), NYHA class IV ($p < 0.001$), acute coronary syndrome ($p = 0.001$), serum NT-proBNP ($p = 0.033$), serum creatinine ($p = 0.034$), and ST depression ($p = 0.001$) between the two groups, with and without 30-day death. **Conclusions:** The 30-day mortality rate remains high. Heart rate, SpO₂, systolic blood pressure, diastolic blood pressure, Barthel index, NYHA class IV, acute coronary syndrome, serum NT-proBNP, serum creatinine, and ST depression were associated factors with 30-day death.

Keywords: Acute heart failure, 30-day mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim được xem như là một đại dịch của toàn cầu, theo số liệu báo cáo "Thống kê bệnh Tim mạch và Đột quy" của Hội Tim mạch Hoa Kỳ vào năm 2019, số bệnh nhân suy tim trên thế giới là 56,2 triệu người¹. Tại Việt Nam, theo số liệu thống kê của Thống kê gánh nặng bệnh tật năm 2019, tỷ suất mới mắc suy tim được ghi nhận là 687,12 người trên 100.000 dân². Suy tim cấp là tình trạng diễn tiến của các triệu chứng nhanh chóng, đe dọa tính mạng và cần điều trị tích cực. Bất chấp các tiến bộ trong quản lý và điều trị suy tim, tỷ lệ tử vong trong vòng 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp vẫn không giảm đáng kể. Nghiên cứu của tác giả Giancarlo Marenzi và cộng sự³ trên 414.164 bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp ghi nhận tỷ lệ tử vong trong 30 ngày ở giai đoạn 2003 – 2006 là 12,4%. Tỷ lệ này không giảm theo thời gian, thậm chí còn tăng lên trong giai đoạn 2015 – 2018 là 14,5%. Do đó việc phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân suy tim cấp là một bước đánh giá quan trọng nhằm giúp các bác sĩ lâm sàng phát hiện sớm những bệnh nhân có nguy cơ cao, từ đó có biện pháp điều trị và theo dõi phù hợp góp phần cải thiện tỷ lệ tử vong. Chúng tôi thực hiện

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Lê Tự Phương Thuý

Email: thuyletu@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2025

Ngày duyệt bài: 24.2.2025

nghiên cứu này với mục tiêu:

- Xác định tỷ lệ tử vong trong 30 ngày kể từ lúc nhập viện của bệnh nhân suy tim cấp.
- Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhóm có biến cố tử vong trong 30 ngày và nhóm không có biến cố tử vong trong 30 ngày.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Cắt ngang, mô tả.

Cỡ mẫu: 138 trường hợp được chọn thỏa tiêu chí chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán suy tim cấp nhập viện tại khoa nội tim mạch bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 01/03/2024 – 31/08/2024.

Kỹ thuật chọn mẫu: Thuận tiện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy thất phải đơn độc, bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, bệnh nhân có bệnh lý van tim có chỉ định phẫu thuật, bệnh nhân được chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn cuối cần chạy thận nhân tạo, không thể liên lạc được bệnh nhân trong quá trình theo dõi (mất mẫu).

Biến số nghiên cứu chính: Suy tim cấp: chẩn đoán suy tim cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch học Việt Nam 2022⁴.

Hội chứng vành cấp: chẩn đoán hội chứng vành cấp dựa vào khuyến cáo của Hội tim châu Âu 2021⁵.

Các đặc điểm lâm sàng: tuổi, giới tính, bệnh lý nền, mạch, huyết áp, tần số thở, NYHA, chỉ số Barthel, hội chứng vành cấp, triệu chứng của giảm cung lượng tim (được xác định khi bệnh nhân có từ các triệu chứng giảm tưới máu ngoại biên, thiếu niệu, vô niệu, nồng độ lactate > 2 mmol/L).

Các đặc điểm cận lâm sàng: NT-proBNP, troponin I, creatinine, ST chênh xuống, phân suất tổng máu thất trái đo theo phương pháp Simpson.

Tiến hành nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ tại khoa nội Tim mạch bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 01/03/2024 đến tháng 31/08/2024 được thu thập thông tin lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục tử vong vào phiếu thu thập số liệu thông qua hồ sơ bệnh án, bệnh án điện tử, sổ khám bệnh và phỏng vấn qua điện thoại. Bệnh nhân sẽ được thông báo về lợi ích và nguy cơ của việc tham gia nghiên cứu và tự nguyện ký vào giấy đồng ý tham gia nghiên cứu.

Thu thập và xử lý số liệu: Xử lý và phân tích bằng phần mềm R phiên bản 4.2.1 cho hệ điều hành Windows. Các biến định tính sẽ được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh

biến định tính dùng kiểm định χ^2 (Pearson's Chi-Squared) hay kiểm định Fisher's exact (được sử dụng khi có quá 20% số ô trong bảng có tần số mong đợi nhỏ hơn 5). Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung bình và độ lệch chuẩn (trong trường hợp các giá trị có phân phối chuẩn). Đối với các trường hợp có phân phối không chuẩn khi đó, các biến định lượng sẽ được mô tả bằng giá trị trung vị và tứ phân vị 25%, 75%. Để xác định biến có phân phối chuẩn chúng tôi dựa vào biểu đồ phân phối và kiểm định Shapiro. So sánh biến định lượng ở chúng tôi dùng kiểm định Welch Two Sample t (nếu phân phối chuẩn), phép kiểm Wilcoxon (nếu không phải phân phối chuẩn). Với độ tin cậy 95%, $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch theo Quyết định số 942/TĐHYKPN-TĐĐĐ của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch ban hành ngày 04 tháng 12 năm 2023 và Hội đồng đạo đức trong Nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Nguyễn Tri Phương số 426/NTP-HĐĐĐ ngày 04 tháng 03 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian thực hiện nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ tháng 3 năm 2024 đến tháng 8 năm 2024, chúng tôi thu thập được 138 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ. Tuổi trung vị được ghi nhận là 67, nữ chiếm 52,9%. Tăng huyết áp (73,2%), rối loạn lipid máu (64,5%) và đái tháo đường (42,0%) là ba bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất. Đặc điểm bệnh lý nền được ghi nhận ở bảng 1. Huyết áp tâm thu tại thời điểm nhập viện có giá trị trung vị là 140 mmHg, SpO₂ là 94,5%, phù ghi nhận ở 60,1% bệnh nhân. Đặc điểm lâm sàng được ghi nhận ở bảng 2. Giá trị trung vị của NT-proBNP là 7567,9 pg/mL, ST chênh xuống ghi nhận ở 51,4% bệnh nhân. 61,6% bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm. Đặc điểm cận lâm sàng được ghi nhận ở bảng 3. Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày kể từ lúc nhập viện là 14,5%.

Bảng 1. Bệnh lý nền

Bệnh lý nền	n (%)
Tăng huyết áp	101 (73,2)
Đái tháo đường	58 (42,0)
Rối loạn lipid máu	89 (64,5)
Đột quỵ	12 (8,7)
Bệnh mạch vành mạn	56 (40,6)
Rung nhĩ	28 (20,3)
Bệnh thận mạn	23 (16,7)

Nhận xét: Tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất. Tỷ lệ đái tháo đường, bệnh mạch vành có tỷ lệ gần bằng nhau.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Biến số	Giá trị
Tần số thở (lần/phút) [TV (KTV 25% - 75%)]	26 (22-28)
Tần số tim (lần/phút) [TB (ĐLC)]	96 (21)
SpO2 (%) [TV (KTV 25% - 75%)]	94,5 (88,0-97,0)
Huyết áp tâm thu (mmHg) [TV (KTV 25% - 75%)]	140,0 (120,0-160,0)
Huyết áp tâm trương (mmHg) [TV (KTV 25% - 75%)]	80,0 (70,0-90,0)
Chỉ số Barthel [TV (KTV 25%-75%)]	40,0 (11,3-75,0)
NYHA IV [n (%)]	61 (44,2)
Phù [n (%)]	83 (60,1)
Tĩnh mạch cổ nổi [n (%)]	77 (55,8)
Tiếng tim T3 [n (%)]	70 (50,7)
Âm thổi tim [n (%)]	61 (44,2)
Ran phổi [n (%)]	131 (94,9)
Triệu chứng của giảm cung lượng tim [n (%)]	11 (8,0)

Nhận xét: Tại thời điểm nhập viện, hầu hết bệnh nhân có ran ở phổi, hơn một nửa số bệnh nhân có tĩnh mạch cổ nổi và tiếng tim T3.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng

Biến số (n=138)	Kết quả
Sinh hóa máu	
NT-proBNP (pg/mL) [TV (KTV 25% - 75%)]	7567,9 (3767,4-13969,9)

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng giữa nhóm có và không có biến cố tử vong trong 30 ngày

	Tử vong trong 30 ngày		Giá trị p
	Không (n=118)	Có (n=20)	
Tần số thở (lần/phút) [TV (KTV 25% - 75%)]	24(22-28)	29 (26-32)	<0,001 ^a
Tần số tim (lần/phút) [TB (ĐLC)]	97(22)	95(18)	>0,900 ^b
SpO2 (%) [TV (KTV 25% - 75%)]	95,0(89,0-97,0)	89,0(87,5-95)	0,040 ^a
Huyết áp tâm thu (mmHg) [TV (KTV 25% - 75%)]	140,0(120,0-170,0)	115,0(100,0-142,5)	0,011 ^a
Huyết áp tâm trương (mmHg) [TV (KTV 25% - 75%)]	80,0(70,0-90,0)	70,0(60,0-82,5)	0,008 ^a
Chỉ số Barthel [TV (KTV 25% - 75%)]	45,0(20,0-80,0)	12,5(3,8-31,3)	<0,001 ^a
NYHA IV [n (%)]	44 (37,3)	17 (85,0)	<0,001 ^c
Phù [n (%)]	70 (59,3)	13 (65,0)	0,600 ^c
Tĩnh mạch cổ nổi [n (%)]	65 (55,1)	12 (60,0)	0,600 ^c
Tiếng tim T3 [n (%)]	59 (50,0)	11 (55,0)	0,700 ^c
Âm thổi tim [n (%)]	49 (41,5)	12 (60,0)	0,120 ^c
Ran phổi [n (%)]	111 (94,1)	20 (100,0)	0,600 ^c
Triệu chứng của giảm cung lượng tim [n (%)]	8 (6,8)	3 (15,0)	0,200 ^d
Được chẩn đoán hội chứng vành cấp tại thời điểm nhập viện [n (%)]	8 (6,8)	7 (35,0)	0,001 ^c

^aPhép kiểm Wilcoxon, ^bPhép kiểm Welch Two Sample t-test, ^cPhép kiểm Pearson's Chi-squared, ^dPhép kiểm Fisher's exact

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nhịp thở, SpO2, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, NYHA IV, chỉ số Barthel, được chẩn đoán hội chứng vành cấp tại thời điểm nhập viện

Troponin I (ng/mL) [TV (KTV 25% - 75%)]	0,036 (0,021-0,104)
Creatinine (μmol/L) [TV (KTV 25% - 75%)]	105,2 (85,5- 145,4)
Điện tâm đồ	
Phi đại thất trái [n (%)]	36 (26,1)
Rung nhĩ [n (%)]	40 (29,0)
ST chênh xuống [n (%)]	71 (51,4)
Siêu âm tim	
Phân suất tổng máu (%) [TV (KTV 25% - 75%)]	37,0 (27,3-48,0)
Đường kính nhĩ trái (mm) [TV (KTV 25% - 75%)]	40,0 (36,0-44,3)
Phân bố người bệnh theo phân suất tổng máu	
Bảo tồn [n (%)]	33 (23,9)
Giảm nhẹ [n (%)]	20 (14,5)
Giảm [n (%)]	85 (61,6)

Nhận xét: Nồng độ NT-proBNP trong nghiên cứu tương đối cao (7567,9 pg/mL). Bệnh nhân có phân suất tổng máu giảm chiếm hơn một nửa dân số nghiên cứu.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần số thở (p < 0,001), SpO2 (p = 0,040), huyết áp tâm thu (p = 0,011), huyết áp tâm trương (p = 0,008), chỉ số Barthel (p < 0,001), NYHA IV tại thời điểm nhập viện (p < 0,001), hội chứng vành cấp (p = 0,001), nồng độ NT-proBNP (p = 0,033), nồng độ troponin I (p = 0,002), nồng độ creatinine (p = 0,034), ST chênh xuống (p = 0,001) giữa nhóm tử vong và không tử vong trong 30 ngày.

giữa nhóm không có và có biến cố tử vong trong 30 ngày.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng giữa nhóm có và không có biến cố tử vong trong 30 ngày

	Tử vong trong 30 ngày		Giá trị p
	Không (n=118)	Có (n=20)	
Sinh hóa máu			
NT-proBNP (pg/mL)[TV (KTV 25%-75%)]	7010,0(3582,1-12561,0)	9612,4(7289,0-20000,0)	0,033 ^a
Troponin I (ng/mL)[TV (KTV 25%-75%)]	0,033(0,003-0,133)	0,243(0,023-0,893)	0,002 ^a
Creatinine (μmol/L)[TV (KTV 25%-75%)]	102,6(84,9-136,8)	130,0(92,7-190,3)	0,034 ^a
Điện tâm đồ (n=138)			
Phì đại thất trái [n (%)]	30 (25,4)	20 (30,0)	0,700 ^b
Rung nhĩ [n (%)]	35 (29,7)	20 (25,0)	0,700 ^b
ST chênh xuống [n (%)]	54 (45,8)	17 (85,0)	0,001 ^b
Siêu âm tim			
Phân suất tổng máu (%) [TV (KTV 25%-75%)]	44,0(32,3-56,8)	37,0(32,0-54,8)	0,600 ^a
Đường kính nhĩ trái (mm) [TV (KTV 25%-75%)]	40,0(36,0-44,9)	40,0(33,5-43,0)	0,300 ^a
Phân bố người bệnh theo phân suất tổng máu (n=138)			0,400 ^d
Bảo tồn [n (%)]	29 (24,6)	4 (20,0)	
Giảm nhẹ [n (%)]	19 (16,1)	1 (5,0)	
Giảm [n (%)]	70 (59,3)	15 (75,0)	

^aPhép kiểm Wilcoxon, ^bPhép kiểm Pearson's Chi-squared, ^cPhép kiểm Welch Two Sample t-test, ^dPhép kiểm Fisher's exact

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về nồng độ NT-proBNP, creatinine, nồng độ troponin, ST chênh xuống giữa nhóm không có và có biến cố tử vong trong 30 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tuổi có giá trị trung vị là 67, thấp hơn so với nghiên cứu Như trong nghiên cứu của tác giả Xavier Rossello⁶ và Oscar Miró⁷ tuổi trung bình được ghi nhận lần lượt là 80,5 ± 10,2 và 80,8 ± 10,2. Sự khác biệt này có thể do thấp tuổi khác nhau giữa các quốc gia khác nhau.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp, kế đến là rối loạn lipid máu và đái tháo đường tương tự nghiên cứu của tác giả Triệu Khánh Vinh và cộng sự⁸ với tăng huyết áp là bệnh lý đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất (55,6%), kế đến là rối loạn lipid máu (51,9%), đái tháo đường (33,3%).

Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là 14,5% cao hơn so với nghiên cứu của tác giả Xavier Rossello⁶ (10,1%). Sự khác biệt trên có thể do bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có bệnh cảnh lâm sàng nặng hơn với NT-proBNP cao hơn (7567,9 so với 3705 pg/mL), tần số thở cao hơn (26 lần/phút so với 22 lần/phút).

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các yếu tố tần số thở, SpO₂, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, chỉ số Barthel, NYHA IV tại thời điểm nhập viện, hội chứng vành cấp, NT-

proBNP, troponin I, creatinine, ST chênh xuống có liên quan đến tử vong trong 30 ngày. Tương tự với nghiên cứu của chúng tôi, tác giả Oscar Miró và cộng sự⁷ ghi nhận tần số thở, SpO₂, huyết áp tâm thu, chỉ số Barthel, NYHA IV tại thời điểm nhập viện, hội chứng vành cấp, NT-proBNP, sự gia tăng nồng độ troponin, nồng độ creatinine là những yếu tố có liên quan đến kết cục tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân suy tim cấp.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ phân tích những yếu tố riêng lẻ nhằm đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố này với tử vong trong 30 ngày trên bệnh nhân suy tim cấp. Trong khi đó, những yếu tố tiên lượng truyền thống như phân suất tổng máu thất trái, các thuốc được sử dụng, phân loại NYHA, các chỉ dấu sinh hóa không đánh giá đầy đủ tiên lượng của từng cá thể. Một cách giải thích cho tình trạng này là do suy tim là một hội chứng lâm sàng có nhiều cơ chế sinh bệnh học và các chỉ dấu sinh học đơn thuần không thể đánh giá được toàn bộ tiến trình của bệnh⁹.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong trong 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp cao. Các yếu tố tần số thở, SpO₂, huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, chỉ số Barthel, NYHA IV tại thời điểm nhập viện, hội chứng vành cấp, NT-proBNP, nồng độ troponin I, nồng độ creatinine, ST chênh xuống có liên quan đến tử vong trong 30 ngày

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. S. S. Martin, A. W. Aday, Z. I. Almarzooq, et al. 2024 Heart Disease and Stroke Statistics: A

- Report of US and Global Data From the American Heart Association. *Circulation*. 2024;149(8):e347-e913. doi:10.1161/cir.0000000000001209
- Tao Yan, Shijie Zhu, Xiujie Yin, et al.** Burden, Trends, and Inequalities of Heart Failure Globally, 1990 to 2019: A Secondary Analysis Based on the Global Burden of Disease 2019 Study. *JAHA*. 2023;12(6): e027852. doi:10.1161/JAHA.122.027852
 - Giancarlo Marenzi, Nicola Cosentino, Livio Imbarato, et al.** Temporal trends (2003–2018) of in-hospital and 30-day mortality in patients hospitalized with acute heart failure. *International journal of cardiology*. 2025;419:132693. doi: <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2024.132693>
 - Khuyến cáo của Hội Tim mạch Quốc gia về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và suy tim mạn (Hội Tim mạch học Việt Nam) (2022).**
 - J. P. Collet, H. Thiele, E. Barbato, et al.** 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *European heart journal*. 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
 - Xavier Rossello, Héctor Bueno, Víctor Gil, et al.** MESSI-AHF risk score performance to predict multiple post-index event and post-discharge short-term outcomes. *European heart journal*. 2020; 10(2): 142-152. doi: 10.1177/2048872620934318
 - D. Wussler, N. Kozuharov, Z. Sabti, et al.** External Validation of the MESSI Acute Heart Failure Risk Score: A Cohort Study. *Annals of internal medicine*. 2019;170(4):248-256. doi:10.7326/m18-1967
 - Hoàng Văn Sỹ, Triệu Khánh Vinh, Trương Phi Hùng, et al.** 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2023;524(1B):doi:10.51298/vmj.v524i1B.4801
 - Gurmehar Singh, Hyma Bamba, Pugazhendi Inban, et al.** The role of biomarkers in the prognosis and risk stratification in heart failure: A systematic review. *Disease-a-Month*. 2024;101782. doi:<https://doi.org/10.1016/j.disamonth.2024.101782>

UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO THẬN GIAI ĐOẠN PT3A ĐƯỢC PHẪU THUẬT ROBOT CẮT THẬN TẬN GỐC: KINH NGHIỆM QUA 8 TRƯỜNG HỢP

Nguyễn Hoàng Luông¹, Trần Vĩnh Hưng¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Đánh giá và phân tích kinh nghiệm về phương pháp phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn pT3a tại Bệnh viện Bình Dân. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả hàng loạt trường hợp, chúng tôi chọn tất cả các bệnh nhân bị bướu thận giai T3a được chẩn đoán hình ảnh hoặc giải phẫu bệnh sau mổ tại Bệnh viện Bình Dân được thực hiện phẫu thuật robot cắt thận tận gốc trong thời gian từ 12/2023 đến 12/2024. **Kết quả:** Gồm 8 bệnh nhân (5 nam, 3 nữ), trung bình 60,5 tuổi từ 49 đến 70. Kích thước bướu trung bình là 84 mm. Tổng thời gian phẫu thuật và lắp cánh tay robot trung bình lần lượt là 159 và 17 phút. Lượng máu mất ước tính trung bình là 112 ml và không có trường hợp cần truyền máu. Trong thời gian chu phẫu, không có biến chứng chính (Clavien \geq 3), thời gian nằm viện khoảng 3,5 ngày. Kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tế bào thận pT3aN0M0 ghi nhận: 3 trường hợp có chồi bướu trong tĩnh mạch thận, 3 trường hợp xâm lấn mỡ quanh thận, 2 trường hợp xâm lấn mỡ xoang thận. **Kết luận:** Chúng tôi bước đầu nhận thấy rằng phẫu thuật robot cắt thận tận gốc cho bướu thận giai đoạn

pT3a là phương thức an toàn và hiệu quả. Với kết quả chu phẫu từ những kinh nghiệm ban đầu có thể được coi là thuận lợi. Nghiên cứu này giúp củng cố thêm chứng cứ về phẫu thuật robot cắt thận tận gốc là khả thi, ứng dụng tốt và có thể là một giải pháp thay thế đầy hứa hẹn cho phẫu thuật nội soi cổ điển hay mổ mở trong điều trị ung thư biểu mô tế bào thận giai đoạn pT3a hay bướu thận lớn.

Từ khóa: Phẫu thuật robot cắt thận tận gốc, bướu thận giai đoạn pT3a, ung thư biểu mô tế bào thận, bướu thận có chồi bướu trong tĩnh mạch thận.

SUMMARY

RENAL CELL CARCINOMA STAGE pT3a IN ROBOT - ASSISTED RADICAL NEPHRECTOMY: EXPERIENCE THROUGH 8 CASES

Introduction: To evaluate and analyze experience with robotic radical nephrectomy in the treatment of stage pT3a renal cell carcinoma at Binh Dan Hospital. **Patients and methods:** Designing a study to describe a series of cases, we selected all patients with stage T3a kidney tumors who were diagnosed by imaging or post - operative pathology at Binh Dan Hospital and underwent robotic radical nephrectomy during the period from December 2023 to December 2024. **Results:** Including 8 patients (5 men, 3 women), average age 60.5 years from 49 to 70. Average tumor size is 84 mm. Mean total surgery and docking times were 159 and 17 minutes, respectively. The average estimated blood loss was 112 ml and there were no cases requiring blood transfusion. During the peri - operative time, there

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Luông

Email: 22.05.104.02@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 18.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.01.2025

Ngày duyệt bài: 25.2.2025