

các cán bộ làm việc tại cửa khẩu không tiếp xúc hoàn toàn với các đối tượng có nguy cơ, thực hiện phân công nhiệm vụ theo nhiều vị trí việc làm và luân phiên nhau điều này cho thấy các cán bộ làm việc tại cửa khẩu thực hành khá tốt các biện pháp phòng chống dịch bệnh COVID-19.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trên 318 cán bộ làm việc tại cửa khẩu Hữu Nghị và Tân Thanh, tỉnh Lạng Sơn đã cung cấp tổng quan về thực trạng kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống COVID-19 của ĐTNC. Tỷ lệ cán bộ có kiến thức, thái độ, thực hành tốt khá cao lần lượt là 79,2%, 98,7% và 65,4%.

VI. KHUYẾN NGHỊ

Cần phải tiếp tục thực hiện các lớp tập huấn để nâng cao kỹ năng thực hành phòng chống dịch bệnh COVID-19 nói riêng và phòng chống bệnh truyền nhiễm nói chung cho các cán bộ cửa khẩu tại tỉnh Lạng Sơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Thu Hà, Lê Ngọc Quang và cộng sự.** Kiến thức, thái độ, thực hành của nhân viên y tế về phòng ngừa lây truyền COVID-19 và một số yếu tố liên quan với thực hành phòng ngừa lây truyền tại Trung tâm Y tế huyện Hải Hà, tỉnh

Quảng Ninh, năm 2022. Tạp chí nghiên cứu Y học 2022, 160 (12V1) tr 309-318.

2. **Trần Đỗ Hùng, Trần Phước Thịnh, Nguyễn Tấn Đạt.** Kiến thức, thái độ, thực hành và một số yếu tố liên quan trong phòng chống COVID-19 của người dân thành phố Cần Thơ. Tạp chí y học Việt Nam 2022, 518 (1) tr 90-95.
3. **Đào Thị Ngọc Huyền.** Kiến thức, thái độ về COVID-19 của sinh viên y đa khoa năm thứ năm và năm thứ sáu tại Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh. Tạp chí Y học Thành Phố Hồ Chí Minh 2021, vol. 25 no. 1, pp. 185-191.
4. **Ferdous MZ, Islam MS, Sikder MT et al.** Knowledge, attitude, and practice regarding COVID-19 outbreak in Bangladesh: An online-based cross-sectional study. PLoS One. 2020 Oct 9.
5. **Huỳnh Giao, Nguyễn Đăng Dung, Nguyễn Thị Ngọc Hân.** Kiến thức, thái độ và thực hành phòng ngừa COVID-19 của người bệnh tại bệnh viện Quận 2, TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Nghiên cứu Y học 2021, 25 (2) tr 103-110
6. **R. Olum, J. Kajjimu ad el.** Perspective of Medical Students on the COVID-19 Pandemic: Survey of Nine Medical Schools in Uganda. JMIR Public Health Surveil. 2020, Vol. 6, no. 2, pp.187-194.
7. **Nguyễn Ngọc Như Khuê, Vũ Thị Quỳnh Hậu, Nguyễn Hữu Huyền.** Kiến thức, thái độ và thực hành phòng chống COVID-19 của người dân trên 18 tuổi tỉnh Đắk Lắk năm 2021, Tạp chí Y học Việt Nam 2021, 510 (1), tr 137-148
8. **Bodrun Naher Siddiquea ad el.** Knowledge, attitude and practice: a systematic review and meta-analysis. Global epidemiology of COVID-19 August 2021.

ĐẶC ĐIỂM VÀ TỈ LỆ TÁI NHẬP VIỆN TRONG VÒNG 30 NGÀY CỦA BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

Nguyễn Cao Chí¹, Lê Tự Phương Thúy¹

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim cấp có nguy cơ tái nhập viện cao, làm gia tăng đáng kể chi phí liên quan đến chăm sóc và điều trị. Với nhiều tiến bộ trong điều trị suy tim hiện nay, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng cũng như tỉ lệ tái nhập viện có thể thay đổi đáng kể so với trước đây. Do đó việc mô tả các đặc điểm này cũng như xác định tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày là cần thiết để cung cấp cái nhìn cập nhật và chính xác hơn về thực trạng bệnh. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả thực hiện trên 120 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp, trong thời gian từ

tháng 2/2024 đến tháng 8/2024 tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện Nguyễn Tri Phương. Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thông tin tái nhập viện được ghi nhận từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn qua điện thoại. **Kết quả:** Trong thời gian từ tháng 2/2024 đến tháng 8/2024 có 120 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với tuổi trung bình là $67,1 \pm 13,8$, nam giới chiếm 53,3%. Ba nguyên nhân suy tim thường gặp là bệnh mạch vành (57,5%), bệnh van tim (18,3%) và bệnh cơ tim (16,7%). Yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất là nhiễm trùng (28,3%). Ba bệnh lý đi kèm và yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu (75,8%), bệnh tim thiếu máu cục bộ (63,3%) và tăng huyết áp (52,5%). Tỉ lệ bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp mới là 31,7%. Phân suất tổng máu trung vị là 37,1%. Hơn 50% bệnh nhân là suy tim phân suất tổng máu giảm, khi xuất viện tỉ lệ bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm được điều trị thuốc ức chế hệ RAAS là 92,7%, thuốc lợi tiểu kháng Aldosterone là 89,7%, nhóm SGLT2i là 85,3%, chẹn beta là 60,3%. Tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày của dân số nghiên cứu là 20,8%. **Kết luận:** Nguyên nhân suy tim do bệnh mạch vành thường gặp nhất.

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Lê Tự Phương thúy
Email: thuytpt@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 20.12.2024
Ngày phản biện khoa học: 23.01.2025
Ngày duyệt bài: 25.2.2025

Yếu tố thúc đẩy suy tim cấp thường gặp nhất là nhiễm trùng. Dù có nhiều tiến bộ trong điều trị suy tim và bệnh nhân được điều trị tích cực tuy nhiên tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện vẫn còn cao (20,8%). **Từ khóa:** Suy tim cấp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tái nhập viện.

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND 30-DAY READMISSION RATE OF ACUTE HEART FAILURE PATIENTS AT NGUYEN TRI PHUONG HOSPITAL

Introduction: Acute heart failure (AHF) carries a high risk of readmission, significantly increasing the costs associated with care and treatment. With advancements in contemporary heart failure management, the clinical and paraclinical characteristics, as well as readmission rates, may differ substantially from previous trends. Therefore, describing these characteristics and determining the 30-day readmission rate is essential to provide an updated and accurate perspective on the disease's current state. **Objective:** To identify the clinical and paraclinical characteristics and the 30-day readmission rate of patients with acute heart failure. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 120 patients diagnosed with acute heart failure between February 2024 and August 2024 at the Cardiology Department of Nguyen Tri Phuong Hospital. Clinical and paraclinical characteristics and readmission information were collected from medical records and telephone interviews. **Results:** From February 2024 to August 2024, 120 patients participated in the study with a mean age of 67.1 ± 13.8 years, and 53.3% were male. The three most common causes of heart failure were coronary artery disease (57.5%), valvular heart disease (18.3%), and cardiomyopathy (16.7%). The most prevalent precipitating factor was infection (28.3%). The three most common comorbidities and cardiovascular risk factors were dyslipidemia (75.8%), ischemic heart disease (63.3%), and hypertension (52.5%). Among the patients, 31.7% were newly diagnosed with acute heart failure. The median ejection fraction was 37.1%. Over half of the patients had heart failure with reduced ejection fraction (HFrEF). At discharge, the prescription rates for evidence-based HFrEF therapies were as follows: RAAS inhibitors (92.7%), aldosterone antagonists (89.7%), SGLT2 inhibitors (85.3%), and beta-blockers (60.3%). The 30-day readmission rate for the study population was 20.8%. **Conclusion:** Coronary artery disease was the most common cause of heart failure, while infection was the most frequent precipitating factor for acute heart failure. Despite advancements in heart failure treatment and active management, the 30-day readmission rate post-discharge remained high at 20.8%. **Keywords:** Acute heart failure, clinical characteristics, paraclinical characteristics, readmission.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề sức khỏe toàn cầu và đang có xu hướng tăng nhanh cùng với sự lão hóa dân

số. Theo NHANES từ năm 2017 đến năm 2020, khoảng hơn 6,7 triệu người Mỹ trên 20 tuổi bị suy tim, mỗi năm có hơn 650.000 người mới mắc suy tim¹. Tại Việt Nam, số lượng bệnh nhân suy tim cũng chiếm một tỉ lệ không nhỏ, theo Niên giám thống kê y tế 2019 – 2020, tỉ lệ mắc suy tim tại khu vực Đồng bằng Sông Cửu Long là 242,4/ 100.000 dân đứng hàng thứ 8 trong 10 bệnh lý có tỉ lệ mắc cao nhất².

Suy tim cấp là tình trạng nặng có liên quan đến sự khởi phát nhanh hoặc xấu đi các triệu chứng suy tim đe dọa tử vong. Tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân suy tim cấp khoảng 20%, tỉ lệ này hầu như không đổi trong hơn 2 thập kỉ qua góp phần tiên lượng xấu cho bệnh nhân¹. Tỷ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày là một chỉ số quan trọng đánh giá hiệu quả điều trị nội viện và chất lượng quản lý bệnh nhân sau xuất viện. Việc 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 tái nhập viện do suy tim. Các tiến bộ trong điều trị suy tim hiện nay có thể đã làm thay đổi đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tỷ lệ tái nhập viện sớm. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp.
- Xác định tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày của bệnh nhân suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang mô tả.

Dân số chọn mẫu: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim cấp, nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 02/2024 đến 08/2024.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

Cỡ mẫu: chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian nghiên cứu.

Tiêu chuẩn nhận bệnh: Bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ 02/2024 đến 08/2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: suy thất phải đơn độc, hẹp van hai lá khít, hẹp van động mạch chủ khít.

Các biến số chính: Suy tim cấp theo Hội tim mạch quốc gia Việt Nam (VNHA) 2022: Suy tim cấp (STC) là tình trạng triệu chứng suy tim khởi phát đột ngột hoặc từ từ nhưng làm người bệnh phải đi bệnh viện khám ngoài kế hoạch hoặc nhập viện cấp cứu. Bệnh nhân suy tim cấp

cần được đánh giá và xử trí cấp cứu với thuốc đường tĩnh mạch hoặc thủ thuật.

Tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày: Sau 30 ngày xuất viện, nghiên cứu viên gọi điện thoại cho bệnh nhân hoặc thân nhân ghi nhận có tái nhập viện hay không.

Phương pháp xử lý số liệu: Nhập liệu bằng phần mềm Excel, xử lý thống kê bằng phần mềm R. Các biến số định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng được trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) nếu không có phân phối chuẩn.

Y đức: Nghiên cứu đã được thực hiện dưới sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 120 trường hợp bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp, nhập khoa Nội tim mạch, bệnh viện Nguyễn Tri Phương trong thời gian nghiên cứu từ tháng 2/2024 đến tháng 8/2024 và thu được một số kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc học (n=120)

Biến số	Giá trị
Tuổi (năm) (TB $\pm$ ĐLC)	67,1 $\pm$ 13,8
Giới tính nam (%)	53,3%
BMI (kg/m ²) (TB $\pm$ ĐLC)	23 $\pm$ 3,4

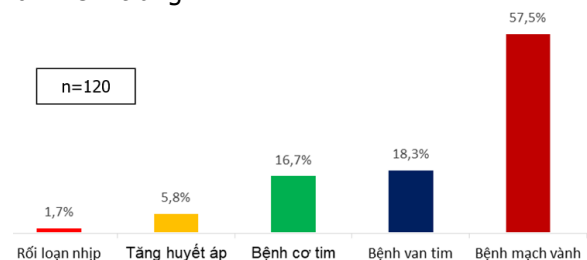
Nhận xét: Tuổi trung bình là 67,1 tuổi. Tỉ lệ nam nữ xấp xỉ bằng nhau.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp (n=120)

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp	Giá trị
Bệnh đi kèm và các yếu tố nguy cơ tim mạch	
Tăng huyết áp [n(%)]	63 (52,5)
Đái tháo đường [n(%)]	44 (36,7)
Bệnh thận mạn [n(%)]	39 (32,5)
Rối loạn lipid máu [n(%)]	91 (75,8)
Rung nhĩ [n(%)]	42 (35)
Cường giáp [n(%)]	6 (5)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ [n(%)]	76 (63,3)
Thiếu máu [n(%)]	59 (49,2)
Hút thuốc lá [n(%)]	44 (36,7)
Lý do nhập viện	
Khó thở [n(%)]	111 (92,5)
Đau ngực [n(%)]	3 (2,5)
Phù [n(%)]	4 (3,3)
Khác [n(%)]	2 (1,7)
Yếu tố thúc đẩy	
Tăng huyết áp [n(%)]	14 (11,7)
Rối loạn nhịp [n(%)]	14 (11,7)

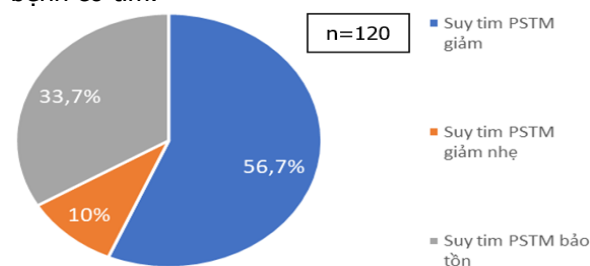
Nhiễm trùng [n(%)]	34 (28,3)
Chế độ ăn [n(%)]	9 (7,5)
Không tuân thủ điều trị [n(%)]	18 (15)
Thuốc và độc chất [n(%)]	20 (16,7)
Không tìm được yếu tố thúc đẩy [n(%)]	11 (9,2)
Phân loại suy tim cấp	
Đợt mất bù cấp suy tim [n(%)]	104 (86,7)
Phù phổi cấp [n(%)]	16 (13,3)
Đợt mất bù cấp suy tim lần đầu (suy tim cấp mới chẩn đoán) [n(%)]	38 (31,7)

Nhận xét: Ba bệnh đồng mắc thường gặp là rối loạn lipid máu, bệnh tim thiếu máu cục bộ và tăng huyết áp. Yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất là nhiễm trùng.



Biểu đồ 1. Nguyên nhân suy tim

Nhận xét: Ba nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành, bệnh van tim và bệnh cơ tim.



Biểu đồ 2. Phân loại suy tim theo phân suất tổng máu

Nhận xét: Hơn phân nửa bệnh nhân là suy tim phân suất tổng máu giảm.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện. (n=120)

Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp	Kết quả
Sinh hóa máu	
Creatinin máu (μ mol/L) [TV(KTV 25-75)]	103,4 (85,5-145,4)
Natri máu (mmol/L) [TB (ĐLC)]	135,2 (4,4)
Kali máu (mmol/L) [TB (ĐLC)]	3,7 (0,6)
Clo máu (mmol/L) [TB (ĐLC)]	102,9 (5,3)
NT – proBNP (pg/mL) [TV(KTV 25-75)]	6832,0 (3230,0-16047,9)
AST (UI/L) [TV(KTV 25-75)]	32,7 (22,9-57,7)
ALT (UI/L) [TV(KTV 25-75)]	24,2 (15,5-49,9)

Hemoglobin (g/dL) [TB (ĐLC)]	12,2 (2,3)
Siêu âm tim	
Đường kính nhĩ trái (mm) [TB (ĐLC)]	41,0 (8,8)
Đường kính thất trái cuối tâm trương (mm) [TB (ĐLC)]	57,2 (8,8)
Phân suất tổng máu EF theo Simpson (%) [TV(KTV 25-75)]	37,1 (28,8-56,0)
Áp lực động mạch phổi tâm thu (mmHg) [TB (ĐLC)]	45,3 (14,3)
Đặc điểm X- quang ngực thẳng	
Bóng tim to [n(%)]	99 (82,5)
Tăng tuần hoàn phổi [n(%)]	40 (33,3)
Mờ không đồng nhất [n(%)]	18 (15)
Tràn dịch màng phổi [n(%)]	7 (5,8)
Đặc điểm điện tâm đồ	
Nhịp xoang [n(%)]	84 (70)
Rung nhĩ [n(%)]	35 (29,2)
Nhịp máy [n(%)]	1 (0,8)
Có sóng Q bệnh lý [n(%)]	21 (17,5)
Phi đại thất trái trên điện tâm đồ [n(%)] (Theo tiêu chuẩn Sokolov – Lyon)	62 (51,7)
QT dài [n(%)]	54 (45)
Không có Block nhánh [n(%)]	85 (70,8)
Block nhánh trái [n(%)]	26 (21,7)
Block nhánh phải [n(%)]	9 (7,5)
Không block AV [n(%)]	108 (90)
Block AV độ I [n(%)]	11 (9,2)
Block AV độ II [n(%)]	0 (0)
Block AV độ III/ Nhịp máy [n(%)]	1 (0,8)

Nhận xét: Gần một nửa số bệnh nhân có QT dài trên điện tâm đồ lúc nhập viện. Hơn 1/5 số bệnh nhân có block nhánh trái.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị suy tim lúc xuất viện (n=120)

Điều trị	Suy tim PSTM giảm (n=68)	Suy PSTM bảo tồn (n=40)	Suy tim PSTM giảm nhẹ (n=12)	Tổng cộng (n=120)
ỨCMC	3 (4,4)	2 (5)	0 (0)	5 (4,2)
ỨCTT	45 (66,2)	31 (77,5)	9 (75)	85 (70,8)
ARNI	15 (22,1)	0 (0)	2 (16,7)	17 (14,2)
Chẹn beta	41 (60,3)	15 (37,5)	6 (50)	62 (51,7)
MRA	61 (89,7)	29 (72,5)	10 (83,3)	100 (83,3)
SGLT2i	58 (85,3)	23 (57,5)	10 (83,3)	91 (75,8)
Lợi tiểu quai	28 (41,2)	24 (60)	8 (66,7)	60 (50,0)

ỨCMC: Ức chế men chuyển, ỨCTT: Ức chế thụ thể, MRA: lợi tiểu kháng Aldosteron.

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị với thuốc có cải thiện liên lượng khá cao.

Bảng 5. Đặc điểm kết cục của bệnh

nhân suy tim cấp nội viện và tái nhập viện trong vòng 30 ngày (n=120)

Đặc điểm	Kết quả
Có dùng Nitroglycerin tĩnh mạch [n(%)]	40 (33,3)
Số ngày dùng Nitroglycerin tĩnh mạch [TV(KTV 25 – 75)] (ngày)	0 (0-1,3)
Có dùng Dobutamin [n(%)]	24 (20)
Số ngày dùng Dobutamin [TV(KTV 25 – 75)] (ngày)	0 (0-0)
Số ngày nằm viện [TV(KTV 25 – 75)] (ngày)	11 (7-15)
Tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện [n(%)]	25 (20,8)

Nhận xét: 1/3 bệnh nhân có dùng Nitroglycerin tĩnh mạch, 1/5 có dùng Dobutamin. Số ngày dùng Nitroglycerin dài nhất là 10 ngày, số ngày dùng Dobutamin dài nhất là 16 ngày. Số ngày nằm viện trung vị là 11 ngày. Qua theo dõi 120 bệnh nhân, có 25 bệnh nhân tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện, tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày là 20,8%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân trắc học của dân số nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $67,1 \pm 13,8$ tuổi, gần một nửa trên 60 tuổi. Tuổi trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh (2024) với tuổi trung bình là 71 tuổi³, cao hơn nghiên cứu của tác giả Triệu Khánh Vinh, Hoàng Văn Sỹ (2022) thực hiện tại bệnh viện Chợ Rẫy là $63,7 \pm 16,2$ tuổi⁴. Thấp hơn nghiên cứu của tác giả Yang Zhang và cộng sự tại Trung Quốc thực hiện trên 2232 bệnh nhân suy tim cấp ghi nhận tuổi trung bình là 78 tuổi⁵. Về giới tính, nam giới chiếm 53,33%, tỉ số nam/ nữ xấp xỉ bằng nhau là 1,1 lần. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Triệu Khánh Vinh, Hoàng Văn Sỹ trên bệnh nhân suy tim cấp tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy ghi nhận tỉ số nam/ nữ là 1.01 (56 nam, 55 nữ)⁴. Điểm tương đồng giữa các nghiên cứu trên thế giới cũng như nghiên cứu của chúng tôi là tỉ số bệnh nhân suy tim nam giới cao hơn nữ giới, có thể giải thích là nam giới có tỉ lệ hút thuốc lá cao hơn, có tuổi bị bệnh mạch vành sớm hơn nữ giới. Tuy nhiên, có thể thấy theo thời gian, tỉ lệ nữ mắc suy tim trong các nghiên cứu ngày càng tăng dần, có thể do tuổi thọ của nữ giới cao hơn nam giới và những ảnh hưởng của giai đoạn mãn kinh lên sụt giảm hormone sinh dục, gây ra sự tiến triển của các bệnh lý tim mạch.

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp. Phần lớn bệnh nhân suy tim cấp

lớn tuổi và có nhiều bệnh đồng mắc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn bệnh nhân có rối loạn lipid máu 91 bệnh nhân với tỉ lệ 75,8%, hai bệnh lý chiếm tỉ lệ cao tiếp theo là bệnh tim thiếu máu cục bộ (63,3%) và tăng huyết áp (52,5%). Nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt với một số nghiên cứu trên thế giới. Trong số 13.238 người bệnh được đưa vào nghiên cứu của tác giả Tomomi Ide và cộng sự, có 71,2% người bệnh tăng huyết áp và chiếm tỷ lệ cao nhất, bệnh thận mạn, bệnh tim thiếu máu cục bộ là hai bệnh đi kèm có tỷ lệ cao⁶. Tại Việt Nam, nghiên cứu của tác giả Hoàng Văn Sỹ và cộng sự cũng cho kết quả tương tự. Trong số 111 người bệnh nhập viện vì suy tim cấp, khi khảo sát bệnh lý đồng mắc, tác giả ghi nhận ba bệnh đồng mắc chiếm tỷ lệ cao nhất lần lượt là tăng huyết áp (55,6%), rối loạn lipid máu (51,9%) và bệnh mạch vành (44,4%)⁴.

Chúng tôi ghi nhận nhiễm trùng là yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất tương tự một số nghiên cứu trên thế giới. Trong nghiên cứu của tác giả José María Verdu-Rotellar và cộng sự bao gồm 692 người bệnh được chẩn đoán suy tim mất bù cấp ghi nhận yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất là nhiễm trùng hô hấp (28%), kế đến là không tuân thủ chế độ ăn (27%), không tuân thủ điều trị (23%)⁷.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận ba nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành 69 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 57,5%, kế đến là bệnh van tim 22 bệnh nhân chiếm 18,3%, cuối cùng là bệnh cơ tim với 20 bệnh nhân có tỉ lệ 16,7%. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh (2024) tại bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận nguyên nhân suy tim thường gặp là bệnh mạch vành (57,7%), bệnh cơ tim (14,4%), kết quả này khá tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi³. Điểm tương đồng giữa các nghiên cứu là nguyên nhân suy tim thường gặp nhất vẫn là bệnh mạch vành, điều này cho thấy mô hình bệnh tim mạch nước ta đã dịch chuyển gần giống với các nước phát triển với tỉ lệ bệnh tim mạch do xơ vữa ngày càng cao cùng với sự phát triển kinh tế xã hội.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân suất tống máu thất trái trung vị là 37,1 (28,8 - 56,0)% tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung (2024) trên 213 bệnh nhân suy tim cấp ghi nhận phân suất tống máu trung bình là 37%⁸. Trong đó hơn phân nửa bệnh nhân (56,7%) là suy tim phân suất tống máu giảm, cho thấy dù có nhiều tiến bộ trong điều trị nhưng suy tim phân suất tống máu giảm vẫn chiếm tỉ lệ lớn ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.

Nồng độ NT – proBNP trung vị trong nghiên cứu của chúng tôi là 6831,95 (3217,33-16221,58) (pg/mL) tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh (2024) là 7480,47 (pg/mL)³, cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung 5527,2 pg/mL⁸. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận phần lớn người bệnh nhập viện đều có tình trạng sung huyết, bóng tim to (82,5%), tăng tuần hoàn phổi (33,3%) trên X quang, khó thở (92,5%) và mức NT – proBNP cao điều này góp phần làm tăng tỉ lệ tái nhập viện đặc biệt trên những bệnh nhân lớn tuổi, thiếu chăm sóc sức khỏe.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 35 bệnh nhân có rung nhĩ trên điện tâm đồ, chiếm 29,2%, 85 bệnh nhân nhịp xoang trên điện tâm đồ, chiếm 70,8%, tỉ lệ bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn phì đại thất trái trên điện tâm đồ là 51,7% (62 bệnh nhân), có 54 bệnh nhân QT dài, chiếm 45%, 17,5% có sóng Q bệnh lý trên điện tâm đồ, tỉ lệ bệnh nhân block nhánh trái khá cao 21,7% (26 bệnh nhân). So với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Đức Khánh trên 478 bệnh nhân suy tim cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy, nghiên cứu của chúng tôi có những điểm tương đồng, tác giả ghi nhận có 77 bệnh nhân rung nhĩ, chiếm tỉ lệ 16,1%, tỉ lệ bệnh nhân phì đại thất trái tương đương với nghiên cứu của chúng tôi là 51,3% (245 bệnh nhân), tác giả ghi nhận có 68 bệnh nhân (14,2%) có block nhánh trái, tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi³.

4.4. Đặc điểm điều trị. Điều trị khi nằm viện, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thời gian nằm viện trung vị là 11 ngày. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Triệu Khánh Vinh, Hoàng Văn Sỹ (2022) trên 110 bệnh nhân suy tim cấp, nghiên cứu ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 10 ngày⁴. Thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nancy McCabe, nghiên cứu trên 71 bệnh nhân suy tim cấp đã điều trị ổn định sắp xuất viện, tác giả ghi nhận thời gian nằm viện trung bình là 6,6 ± 4 ngày⁹. Kết quả này có thể giải thích do nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ bệnh nhân suy tim cấp có giảm cung lượng cần phải dùng thuốc tăng co bóp như dobutamin khá cao là 20%, thời gian dùng dobutamin trung bình là 9,9 ± 3,37 ngày, số bệnh nhân cần dùng nitroglycerin đường tĩnh mạch là 40 bệnh nhân, chiếm 33,3%, thời gian trung bình là 3,1 ngày. Điều trị khi xuất viện, nghiên cứu của chúng tôi có 68 bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm, tỉ lệ bệnh nhân được dùng các thuốc theo khuyến cáo là ức chế men chuyển (4,4%), ức chế thụ thể angiotensin II (66,2%), ARNI (22,1%), chẹn beta

(60,3%), lợi tiểu kháng aldosterone (89,7%), SGLT2i (85,3%). Nhóm thuốc ức chế hệ RAAS có tỉ lệ sử dụng cao nhất với 92,7%. Đối với nhóm thuốc mới SGLT2i, tỉ lệ sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi là 85,3%. Trong 12 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ, thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế hệ RAAS với 91,7%, tiếp theo là lợi tiểu kháng Aldosterone và SGLT2i với 83,3%, thấp nhất là chẹn beta với 50%. Chúng tôi nhận thấy tỉ lệ thuốc ức chế hệ RAAS khá tương đồng với nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm, trong khi tỉ lệ sử dụng các nhóm thuốc khác thấp hơn. Điều này cũng dễ hiểu vì vai trò của các thuốc nền tảng trong điều trị suy tim phân suất tổng máu giảm chưa có bằng chứng mạnh trên nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ. Trong 40 bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, thuốc được sử dụng nhiều nhất là ức chế hệ RAAS với 82,5%, tiếp theo là lợi tiểu kháng Aldosterone với 72,5%, SGLT2i với 57,5% thấp nhất là chẹn beta với 37,5%. Tỉ lệ sử dụng thuốc ức chế hệ RAAS và lợi tiểu kháng Aldosterone thấp hơn so với dân số suy tim phân suất tổng máu giảm, điều này cũng dễ hiểu vì vai trò của 2 nhóm thuốc này trên dân số suy tim phân suất tổng máu bảo tồn không mạnh.

4.5. Tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày. Tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày từ lúc xuất viện ở bệnh nhân suy tim cấp đã điều trị ổn định trong nghiên cứu của chúng tôi là 20,8% (25 bệnh nhân), hầu hết bệnh nhân tái nhập viện vì đợt mất bù cấp suy tim, không có bệnh nhân tử vong trong vòng 30 ngày theo dõi. Kết quả này của chúng tôi có sự khác biệt với một nghiên cứu trong và ngoài nước.

So với các nghiên cứu trong nước, kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của tác giả Triệu Khánh Vinh, Hoàng Văn Sỹ (2022) trên 111 bệnh nhân suy tim cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận tỉ lệ tái nhập viện và tử vong trong vòng 30 ngày là 23,4%⁴, thấp hơn nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung là 32%⁸. Tỉ lệ tái nhập viện trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Vader J. M. và cộng sự thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên cỡ mẫu lớn hơn 744 người bệnh trong ba thử nghiệm suy tim cấp (DOSE-AHF, CARRESS-HF và ROSE-AHF) đã ghi nhận được tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày do mọi nguyên nhân là 26%¹⁰, tuy nhiên tác giả ghi nhận tỉ lệ tái nhập viện vì các vấn đề tim mạch khác trừ suy tim lên đến 23%. Sự khác nhau về tỉ lệ tái nhập viện giữa các nghiên cứu khác nhau có thể do sự khác nhau về đặc điểm dân số nghiên cứu. Tuy

nhiên tỉ lệ tái nhập viện ở bệnh nhân suy tim cấp sau xuất viện vẫn chưa có xu hướng giảm rõ rệt dù có nhiều tiến bộ trong điều trị, khi gần 1/5 số bệnh nhân vẫn tái nhập viện sau 30 ngày.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội tim mạch bệnh viện Nguyễn Tri Phương có đặc điểm lớn tuổi, nhiều bệnh đồng mắc đi kèm, chủ yếu là tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và rung nhĩ. Hơn phân nửa các trường hợp là người bệnh có suy tim phân suất tổng máu giảm. Yếu tố thúc đẩy nhập viện nhiều nhất là nhiễm trùng. Thời gian nằm viện trung vị là 11 ngày, tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện là 20,8%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Savarese Gianluigi BPM, Lund Lars H, et al.** Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovascular Research*. 2022;118(17):3272-3287.
2. **Niên giám thông kê y tế** 2019 - 2020 (2020).
3. **Nguyễn Đức Khánh, Trương Phi Hùng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/12 2024;542(1)
4. **Triệu Khánh Vinh, Hoàng Văn Sỹ.** Các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;520(1B)
5. **Zhang Y, Xiang, T, Wang, Y. et al.** Explainable machine learning for predicting 30-day readmission in acute heart failure patients. *iScience*. Jul 19 2024;27(7):110281. doi:10.1016/j.isci.2024.110281
6. **Ide T. KH, Matsushima S., et al.** Clinical Characteristics and Outcomes of Hospitalized Patients With Heart Failure From the Large-Scale Japanese Registry Of Acute Decompensated Heart Failure (JROADHF). *Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society*. Aug 25 2021;85(9):1438-1450. doi:10.1253/circj.CJ-20-0947
7. **Verdu-Rotellar J. M. V-RH, Abellana R., et al.** Precipitating factors of heart failure decompensation, short-term morbidity and mortality in patients attended in primary care. *Scandinavian journal of primary health care*. Dec 2020; 38(4): 473-480. doi:10.1080/02813432. 2020.1844387
8. **Nguyễn Quang Trung, Nguyễn Hoàng Anh.** 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 09/30 2024; 542(3)
9. **McCabe N, Butler J., Dunbar S. B., et al.** Six-minute walk distance predicts 30-day readmission after acute heart failure hospitalization. *Heart & lung: the journal of critical care*. Jul-Aug 2017; 46(4):287-292. doi:10.1016/j.hrtlng.2017.04.001
10. **Vader J. M. LSJ, Stevens S. R., et al.** Timing and Causes of Readmission After Acute Heart Failure Hospitalization-Insights From the Heart Failure Network Trials. *Journal of cardiac failure*. Nov 2016;22(11):875-883. doi:10.1016/j.cardfail. 2016.04.014