

biên tập và xuất bản công trình khoa học tuân theo tiêu chuẩn hướng dẫn ICMJE dành cho tác giả bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **US Food and Drug Administration (FDA).** (February 2015, September 10, 2023). Complicated urinary tract infections: developing drugs for treatment: guidance for industry. Available: <https://www.fda.gov/downloads/Drugs/Guidances/ucm070981.pdf>
2. **K. E. Barber, J. K. Ortwine, and R. L. Akins,** "Ceftazidime/avibactam: who says you can't teach an old drug new tricks?," *Journal of Pharmacy & Pharmaceutical Sciences*, vol. 19, no. 4, pp. 448-464, 2016.
3. **K. Mohiuddin,** "UTI prevalence among population with chronic conditions," *Journal of Medical Research and Case Reports*, vol. 1, no. 2, 2019.
4. **T. P. Lodise, T. Chopra, B. H. Nathanson, K. Sulham, and M. Rodriguez,** "Epidemiology of complicated urinary tract infections due to Enterobacteriales among adult patients presenting in emergency departments across the United States," in *Open Forum Infectious Diseases*, 2022, vol. 9, no. 7, p. ofac315: Oxford University Press.
5. **R. Öztürk and A. Murt,** "Epidemiology of urological infections: a global burden," *World journal of urology*, vol. 38, pp. 2669-2679, 2020.
6. **M. E. Levison and D. Kaye,** "Treatment of complicated urinary tract infections with an emphasis on drug-resistant gram-negative uropathogens," *Current infectious disease reports*, vol. 15, pp. 109-115, 2013.
7. **A. L. Flores-Mireles, J. N. Walker, M. Caparon, and S. J. Hultgren,** "Urinary tract infections: epidemiology, mechanisms of infection and treatment options," *Nature reviews microbiology*, vol. 13, no. 5, pp. 269-284, 2015.
8. **M. Falcone and D. Paterson,** "Spotlight on ceftazidime/avibactam: a new option for MDR Gram-negative infections," *Journal of Antimicrobial Chemotherapy*, vol. 71, no. 10, pp. 2713-2722, 2016.
9. **T. Kongnakorn et al.,** "Cost-effectiveness analysis of ceftazidime/avibactam compared to imipenem as empirical treatment for complicated urinary tract infections," *International journal of antimicrobial agents Antimicrobial Resistance*, vol. 54, no. 5, pp. 633-641, 2019.
10. **R. Hutubessy, D. Chisholm, and T. T.-T. Edejer,** "Generalized cost-effectiveness analysis for national-level priority-setting in the health sector," (in eng), *Cost effectiveness and resource allocation*, vol. 1, no. 1, pp. 1-13, 2003.

THÓI QUEN DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LIÊN QUAN CỦA NGƯỜI BỆNH SUY TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Đặng Thuỳ Trang¹, Phạm Thị Minh Phương², Đặng Bé Nam³,
Lê Đặng Nam Phương³, Lê Đặng Phương Mai³, Trần Tuấn Dương⁴,
Phạm Thị Thanh Thủy⁴, Nguyễn Quang Dũng⁴, Đỗ Nam Khánh⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá thói quen dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan của người bệnh suy tim tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023-2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 110 người bệnh suy tim từ 18 đến 60 tuổi điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Thu thập chỉ số cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng hông, khẩu phần ăn và các đặc điểm liên quan. **Kết quả:** Trong 110 đối tượng nghiên cứu, nhóm tuổi phổ biến là 50 – 60 tuổi, chiếm 57,3%; nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,7%). Về giới tính, nam chiếm đa số với 68,2%. Thói quen ăn các loại rau/củ/quả muối, các loại thịt/cá muối, các loại thức ăn chế biến sẵn đều giảm sau khi

phát hiện suy tim. Trước khi phát hiện suy tim, có 50,9% số người bệnh cho rằng bản thân ăn mặn, 48,2% là bình thường và 0,9% là ăn nhạt. Sau khi phát hiện suy tim, có 40,9% số người bệnh cho rằng bản thân ăn mặn, 53,6% bình thường là 5,5% là ăn nhạt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Nhóm người bệnh có sử dụng rượu bia có nguy cơ mắc suy tim nặng (suy tim độ III, IV) cao gấp 3,43 lần nhóm người bệnh không sử dụng rượu bia với 95%CI: 1,18 – 9,90. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Thói quen dinh dưỡng của người suy tim trong nghiên cứu có sự thay đổi theo hướng có lợi cho sức khỏe, những người bệnh có sử dụng rượu bia có nguy cơ mắc suy tim nặng cao hơn nhóm người không sử dụng rượu bia.

Từ khóa: Thói quen dinh dưỡng, suy tim, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

SUMMARY

NUTRITIONAL HABITS AND SOME RELATED FACTORS OF HEART FAILURE PATIENTS AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objective: Assess nutritional status and identify some factors related to nutritional status of heart

¹Bệnh viện Đa khoa Cà Mau

²Trường Đại học Y tế công cộng

³Phòng khám Đa khoa Phương Nam, Cà Mau

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Nam Khánh

Email: donamkhanh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025

failure patient. **Research methods:** Cross-sectional descriptive study on 110 heart failure patients from 18 to 60 years old who received inpatient treatment at the Cardiovascular Center, Hanoi Medical University Hospital. Collecting weight, height, waist circumference, hip circumference, assessing nutritional status by the subjective global assessment tool SGA. **Research results: Objective:** To assess nutritional habits and identify some related factors of heart failure patients at the Cardiology Center, Hanoi Medical University Hospital, in 2023-2024. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 110 heart failure patients aged 18 to 60 who were hospitalized at the Cardiology Center, Hanoi Medical University Hospital. Data collected included weight, height, waist circumference, hip circumference, dietary intake, and related characteristics. **Results:** Among the 110 study participants, the most common age group was 50–60 years, accounting for 57.3%; the under-30 age group had the lowest proportion (2.7%). Regarding gender, males were the majority, representing 68.2%. The consumption of pickled vegetables, salted meat/fish, and processed foods decreased after heart failure diagnosis. Before diagnosis, 50.9% of patients considered their diet salty, 48.2% normal, and 0.9% low-salt. After diagnosis, 40.9% perceived their diet as salty, 53.6% as normal, and 5.5% as low-salt. The difference was not statistically significant ($p > 0.05$). Patients who consumed alcohol had a 3.43 times higher risk of severe heart failure (heart failure class III and IV) compared to non-drinkers (95% CI: 1.18–9.90), with a statistically significant difference ($p < 0.05$). **Conclusion:** The nutritional habits of heart failure patients in this study showed positive changes towards better health. Patients who consumed alcohol had a higher risk of severe heart failure than those who did not. **Keywords:** nutritional habits, heart failure, Hanoi Medical University Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là giai đoạn diễn biến nguy hiểm của các bệnh lý tim mạch. Trên thế giới hiện nay có khoảng 64,3 triệu người suy tim.¹ Số người mắc suy tim theo dự báo sẽ tiếp tục tăng lên trong những năm tới do sự già hóa dân số, sự gia tăng các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng như sự phát triển của khoa học kỹ thuật giúp cho tỷ lệ bệnh nhân được cứu sống tăng lên. Năm 2021 theo thống kê về bệnh tim và đột quỵ của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ dựa trên ước tính từ dữ liệu thuộc Chương trình khảo sát nghiên cứu sức khỏe và dinh dưỡng Quốc gia (National Health and Nutrition Examination Survey – NHANES) thu thập từ năm 2015 – 2018 có khoảng 6 triệu người Mỹ từ 20 tuổi trở lên mắc suy tim.² Tại Việt Nam, theo thống kê của Bộ Y tế năm 2019, tỷ lệ mắc và tử vong của bệnh tim mạch là 9,14% và 8,38%.³ Nhiều yếu tố nguy cơ đối với bệnh suy tim đã được xác định, phần lớn đề cập đến chế độ ăn và lối sống. Việc điều chỉnh chế độ dinh

dưỡng sẽ ảnh hưởng đến kết quả phòng và điều trị bệnh, giúp giảm thời gian nằm viện và giảm nguy cơ tử vong. Trên thực tế, suy dinh dưỡng (SDD) thường gặp ở những người bệnh điều trị suy tim đặc biệt ở giai đoạn tiến triển của bệnh.⁴ Một phân tích tổng hợp đã chứng minh rằng tỉ lệ SDD ở bệnh nhân suy tim là 46%.⁵ Việc đánh giá tình trạng dinh dưỡng (TTDD), phát hiện sớm nguy cơ SDD ở người bệnh suy tim góp phần đưa ra những giải pháp tốt hơn trong việc cải thiện chất lượng và nâng cao hiệu quả điều trị cho người bệnh.

Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là đơn vị đầu ngành trong chẩn đoán, điều trị các bệnh lý liên quan tới tim mạch nói chung và suy tim nói riêng. Để có thể góp phần nâng cao chất lượng chăm sóc sức khỏe, cải thiện tình trạng dinh dưỡng cho người bệnh suy tim điều trị nội trú trong bệnh viện, nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: mô tả thói quen dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của người bệnh suy tim điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 110 bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Người bệnh vào viện có chẩn đoán bệnh là suy tim nằm trong độ tuổi từ 18 đến 60 tuổi và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh đang có tình trạng nặng như hôn mê, đột quỵ não, có thai, có bệnh lý về tâm thần, khiếm khuyết về ngôn ngữ hoặc thính lực...không thể áp dụng được các biện pháp thu thập số liệu nghiên cứu hoặc không tự nguyện tham gia vào nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu

- Nghiên cứu được tiến hành tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

- Thời gian thu thập số liệu nghiên cứu từ tháng 10/2023 đến tháng 4/2024.

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

Cỡ mẫu và chọn mẫu

Cỡ mẫu: Áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng cho một tỉ lệ

$$n = Z^2 \frac{1 - \alpha/2}{d^2} \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Trong đó, n là cỡ mẫu nghiên cứu; α là mức ý nghĩa thống kê, lấy $\alpha = 0,05$ khi đó $Z_{1 - \alpha/2} = 1,96$; d = 0,1 (sai số tuyệt đối); p = 0,392 (tỷ lệ

người bệnh có nguy cơ SDD dựa trên bộ công cụ SGA tại Bệnh viện Tim Hà Nội năm 2018).⁶

Cỡ mẫu tối thiểu $n = 90$ bệnh nhân. Thực tế, nghiên cứu được thực hiện trên 110 bệnh nhân.

Phương pháp thu thập số liệu

-Phỏng vấn thu thập các thông tin chung của đối tượng nghiên cứu, thói quen ăn uống, lối sống bằng mẫu phiếu điều tra được thiết kế sẵn.

-Đo các chỉ số nhân trắc: Cân nặng (bằng cân TANITA với độ chính xác 0,1kg), chiều cao (sử dụng thước gỗ với độ chính xác 0,1cm), chu vi vòng cánh tay, vòng eo, vòng mông (thước mềm không chun giãn có độ chính xác 0,1cm).

Tiêu chuẩn đánh giá

- Đánh giá TTDD theo BMI ở người trưởng thành. BMI = Cân nặng (kg)

(Chiều cao)² (m)

Bảng 2.1. Phân loại tình trạng dinh dưỡng theo BMI

Phân loại	BMI
Gầy độ III	< 16,00
CED độ II	16,0 - < 17,0
CED độ I	17,0 - < 18,5
TTDD bình thường	18,5 - 24,9
Thừa cân	25 - 29,9
Béo phì	≥ 30,00

CED: thiếu năng lượng trường diễn (Chronic Energy Deficiency – CED)

Biến số và chỉ số nghiên cứu

- Thông tin chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, nơi sinh sống, dân tộc, trình độ học vấn, nghề nghiệp.

- Tình trạng dinh dưỡng: cân nặng, chiều cao, vòng eo, vòng mông, tỷ số vòng eo/vòng mông, BMI.

- Một số yếu tố liên quan đến tình trạng dinh dưỡng: hút thuốc, tập thể dục, sử dụng rượu bia,...

Phân tích và xử lý số liệu. Các số liệu phỏng vấn và cân đo nhân trắc được làm sạch, xử lý thô và mã hóa. Thực hiện nhập liệu trên phần mềm Epidata 3.1. Số liệu được xử lý trên phần mềm STATA 14.0.

Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành sau khi được Hội đồng thẩm định đề cương Viện Đào tạo Y học dự phòng và Y tế công cộng thông qua. Nghiên cứu nhận được sự chấp thuận của lãnh đạo Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mọi thông tin của đối tượng được giữ bí mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu (n=110)

Biến số		Số lượng	Tỷ lệ (%)
Tuổi	<30	3	2,7
	30 – 49	44	44,0
	50 – 60	63	57,3
Giới tính	Nam	75	68,2
	Nữ	35	31,8
Dân tộc	Kinh	107	97,3
	Khác	3	2,7
Nghề nghiệp	Nông dân	21	19,1
	Công nhân	18	16,4
	Cán bộ viên chức	18	16,4
	Buôn bán/lao động tự do	48	43,6
	Nội trợ	1	0,9
	Nghỉ hưu	4	3,6

Bảng 1 cho thấy nhóm tuổi phổ biến là 50 – 60 tuổi, chiếm 57,3%; nhóm dưới 30 tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (2,7%). Về giới tính, nam chiếm đa số với 68,2%. Có 43,6% số người bệnh có nghề nghiệp là buôn bán và lao động tự do.

Bảng 2. Thói quen, mức độ ăn mặn của đối tượng nghiên cứu (n=110)

Biến số		Trước khi chẩn đoán suy tim n (%)	Sau khi chẩn đoán suy tim n (%)	p
Thói quen ăn các loại rau/củ/quả muối	Hàng ngày	12 (10,9)	4 (3,6)	< 0,001
	Thỉnh thoảng	70 (63,6)	62 (56,4)	
	Ít khi	10 (9,1)	22 (20,0)	
	Không ăn	18 (16,4)	22 (20,0)	
Thói quen ăn các loại thịt/cá muối	Hàng ngày	0(0,0)	0(0,0)	0,398
	Thỉnh thoảng	14 (12,7)	8 (7,3)	
	Ít khi	48 (43,6)	49 (44,5)	
	Không ăn	48 (43,6)	53 (48,2)	
Thói quen ăn các loại thức ăn chế biến sẵn	Hàng ngày	18 (16,4)	14 (12,7)	0,156
	Thỉnh thoảng	63 (57,3)	51 (46,4)	
	Ít khi	25 (22,7)	38 (34,5)	
	Không ăn	4 (3,6)	7 (6,4)	
Mức độ ăn mặn của bản thân	Ăn rất mặn	0(0,0)	0(0,0)	0,076
	Ăn mặn	56 (50,9)	45 (40,9)	

	Bình thường	53 (48,2)	59 (53,6)
	Ăn nhạt	1 (0,9)	6 (5,5)
	Ăn rất nhạt	0(0,0)	0(0,0)

Kết quả nghiên cứu cho thấy, thói quen ăn các loại rau/củ/quả muối, các loại thịt/cá muối, các loại thức ăn chế biến sẵn đều giảm sau khi phát hiện suy tim.

Trước khi phát hiện suy tim, có 50,9% số người bệnh cho rằng bản thân ăn mặn, 48,2% là bình thường và 0,9% là ăn nhạt. Sau khi phát hiện suy tim, có 40,9% số người bệnh cho rằng bản thân ăn mặn, 53,6% bình thường và 5,5% là ăn nhạt. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Bảng 3. Thói quen sử dụng đồ uống có cồn của đối tượng nghiên cứu (n=110)

Biến số		Trước khi chẩn đoán suy tim n (%)	Sau khi chẩn đoán suy tim n (%)	p
Thói quen sử dụng đồ uống có cồn	Có	70 (63,6)	61 (55,5)	0,213
	Không	40 (36,4)	49 (44,5)	
Lượng rượu sử dụng một lần (ml)	Mean (SD)	275,7 ± 144,6	201,6 ± 117,6	0,571
Lượng bia sử dụng một lần (ml)	Mean (SD)	955,8 ± 558,5	699,5 ± 419,9	0,439
Tần suất uống rượu bia	Hàng ngày	1 (1)	0 (0)	< 0,001
	4-6 lần/tuần	6 (9)	3 (5)	
	1-3 lần/tuần	39 (56)	15 (25)	
	1-3 lần/tháng	24 (34)	43 (70)	

Kết quả nghiên cứu cho thấy có 63,6% và 55,5% số người bệnh có thói quen sử dụng đồ uống có cồn trước và sau khi được chẩn đoán bệnh. Lượng rượu, bia sử dụng trung bình 1 lần là 275,7 ± 144,6ml và 955,8 ± 558,5ml trước khi được chẩn đoán suy tim. Sau khi được chẩn đoán suy tim, lượng rượu, bia trung bình 1 lần của đối tượng giảm xuống còn 201,6 ± 117,6ml và 699,5 ± 419,9ml. Sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

Về tần suất sử dụng rượu bia, đa phần người bệnh uống 1-3 lần/tháng (34,4% trước chẩn đoán và 70% sau chẩn đoán). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 4. Liên quan giữa phân độ suy tim và thói quen ăn uống sinh hoạt của đối tượng nghiên cứu (n=110)

Thói quen		Suy tim độ III/IV n (%)	Suy tim độ I/II n (%)	OR	95% CI	p
Hút thuốc	Có	10 (25,6)	29 (74,4)	1,02	0,41 - 2,49	0,97
	Không	18 (25,4)	53 (74,6)			
Tập thể dục	Không	20 (26,3)	56 (73,7)	1,16	0,45 - 2,98	0,75
	Có	8 (23,5)	26 (76,5)			
Sử dụng rượu bia	Có	23 (32,9)	47 (67,1)	3,43	1,18 - 9,90	0,02
	Không	5 (13,2)	35 (86,8)			

Có yếu tố liên quan giữa thói quen sử dụng rượu bia và mức độ suy tim theo Hiệp hội Tim mạch New York. Nhóm người bệnh có sử dụng rượu bia có nguy cơ mắc suy tim nặng (suy tim độ III, IV) cao gấp 3,43 lần nhóm người bệnh không sử dụng rượu bia với 95%CI: 1,18 – 9,90. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không tìm thấy mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa thói quen hút thuốc lá, tập thể dục với mức độ suy tim của đối tượng nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu trên 110 người bệnh suy tim tại Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Đại học Y Hà Nội cho thấy độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 49,4 ± 9,2. Nhóm tuổi phổ biến nhất là 50 – 60 tuổi, chiếm 57,3%. So sánh với các nghiên cứu khác trên người bệnh suy tim, độ

tuổi của chúng tôi thấp hơn như nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 là 69,2 ± 14,7,⁶ tại Viện Tim mạch Việt Nam là 69,81 ± 15,96.⁷ Có sự khác biệt này là do trong phương pháp nghiên cứu, chúng tôi có giới hạn độ tuổi của đối tượng nghiên cứu là dưới 60 tuổi.

Nghiên cứu của chúng tôi nhằm đánh giá thói quen dinh dưỡng và xác định một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân suy tim tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong giai đoạn 2023-2024. Kết quả cho thấy, nhóm tuổi phổ biến nhất là 50-60 tuổi (57,3%), với nam giới chiếm đa số (68,2%). Tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 8,2%, trong khi tỷ lệ thừa cân – béo phì là 25,4%. Đáng chú ý, thói quen tiêu thụ các loại thực phẩm muối và chế biến sẵn giảm sau khi phát hiện suy tim, và việc sử dụng rượu bia có liên quan đến nguy cơ suy tim nặng cao hơn.

Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim: kết quả nghiên cứu cho thấy trước khi được chẩn đoán suy tim, số người bệnh thường xuyên sử dụng rau/củ muối là 10,9%, thỉnh thoảng sử dụng là 63,6%, ít khi là 9,1% và 16,4% số người bệnh không ăn. Tỷ lệ này có sự thay đổi sau khi người bệnh được chẩn đoán suy tim với số người bệnh thường xuyên sử dụng rau/củ muối là 3,6%, thỉnh thoảng ăn là 56,4%, ít khi và không ăn đều là 20%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Hầu hết số người bệnh ít khi ăn thịt/cá muối với tỷ lệ 43,6% trước khi chẩn đoán suy tim và 44,5% sau khi được chẩn đoán suy tim. Về thói quen sử dụng các loại thức ăn chế biến sẵn, đa số người bệnh thỉnh thoảng ăn với tỷ lệ 57,3% (trước khi chẩn đoán) và 46,4% (sau khi chẩn đoán). Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim đóng vai trò quan trọng trong việc quản lý và tiên lượng bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thiếu năng lượng trường diễn là 8,2%, thấp hơn so với nghiên cứu tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, nơi tỷ lệ này là 6,2%.⁶ Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số và phương pháp đánh giá khác nhau. Ngoài ra, tỷ lệ thừa cân – béo phì trong nghiên cứu của chúng tôi là 25,4%, tương đương với nghiên cứu tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện E, với tỷ lệ thừa cân là 21,8% và béo phì là 7,3%.⁸ Điều này cho thấy, cả thiếu dinh dưỡng và thừa cân – béo phì đều là những vấn đề cần được quan tâm ở bệnh nhân suy tim.

Thói quen ăn uống và thay đổi sau chẩn đoán suy tim: thói quen ăn uống có ảnh hưởng lớn đến tiên triển của suy tim. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận sự giảm tiêu thụ các loại rau/củ/quả muối, thịt/cá muối và thực phẩm chế biến sẵn sau khi bệnh nhân được chẩn đoán suy tim. Trước khi chẩn đoán, 50,9% bệnh nhân cho rằng họ ăn mặn, nhưng sau chẩn đoán, tỷ lệ này giảm xuống còn 40,9%. Mặc dù sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$), nhưng xu hướng giảm tiêu thụ muối là một tín hiệu tích cực. Điều này phù hợp với khuyến cáo hạn chế muối trong chế độ ăn của bệnh nhân suy tim để giảm gánh nặng cho tim.

Ảnh hưởng của rượu bia đến mức độ suy tim: Một phát hiện quan trọng trong nghiên cứu của chúng tôi là việc sử dụng rượu bia có liên quan đến nguy cơ suy tim nặng cao hơn. Cụ thể, nhóm bệnh nhân sử dụng rượu bia có nguy cơ mắc suy tim độ III và IV cao gấp 3,43 lần so với nhóm không sử dụng (95% CI: 1,18 – 9,90; $p < 0,05$). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, cho thấy lạm dụng rượu bia là một yếu tố nguy cơ đối với tình trạng dinh dưỡng và mức

độ nghiêm trọng của suy tim.⁶ Do đó, việc tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân suy tim giảm hoặc ngừng sử dụng rượu bia là cần thiết để cải thiện tiên lượng bệnh.

So sánh với các nghiên cứu quốc tế, tình trạng dinh dưỡng và thói quen ăn uống của bệnh nhân suy tim tại Việt Nam có những điểm tương đồng và khác biệt. Nhiều nghiên cứu quốc tế đã chỉ ra rằng suy dinh dưỡng và thừa cân – béo phì đều là những yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân suy tim. Ví dụ, một nghiên cứu tại Hoa Kỳ cho thấy khoảng 34% bệnh nhân suy tim bị suy dinh dưỡng, trong khi 30% bị thừa cân hoặc béo phì. Tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân có thói quen ăn mặn và sử dụng rượu bia ở Việt Nam có xu hướng cao hơn, điều này có thể liên quan đến văn hóa và thói quen ăn uống địa phương.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi nhấn mạnh tầm quan trọng của việc đánh giá và quản lý thói quen dinh dưỡng ở bệnh nhân suy tim. Cần có các chương trình giáo dục dinh dưỡng nhằm giảm tiêu thụ muối và rượu bia, đồng thời khuyến khích chế độ ăn lành mạnh, giàu chất xơ và cân bằng dinh dưỡng. Việc theo dõi và can thiệp kịp thời có thể giúp cải thiện chất lượng cuộc sống và giảm tỷ lệ biến chứng ở bệnh nhân suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **James SL, Abate D, Abate KH, et al.** Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 354 diseases and injuries for 195 countries and territories, 1990–2017: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2017. *The Lancet*. 2018;392(10159):1789-1858. doi:10.1016/S0140-6736(18)32279-7
2. **Heidenreich PA, Albert NM, Allen LA, et al.** Forecasting the Impact of Heart Failure in the United States. *Circ Heart Fail*. 2013;6(3):606-619. doi:10.1161/HHF.0b013e318291329a
3. **Bộ Y tế.** Niên giám thống kê Y tế 2019 - 2020. <https://moh.gov.vn/thong-ke-y-te>
4. **Bogaev RC.** Cost Considerations in the Treatment of Heart Failure. *Tex Heart Inst J*. 2010;37(5):557-558.
5. **Lv S, Ru S.** The prevalence of malnutrition and its effects on the all-cause mortality among patients with heart failure: A systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*. 2021;16(10):e0259300. doi:10.1371/journal.pone.0259300
6. **Đỗ Thị Hiền, Phạm Trường Sơn, Nguyễn Thanh Hải, et al.** Tình trạng dinh dưỡng của bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 năm 2022. *J 108 - Clin Med Pharmacol*. Published online August 12, 2022. doi:10.52389/ydls.v17iDB8.1295

7. **Nguyễn Thị Huế, Phạm Minh Tuấn.** Tình trạng dinh dưỡng và thực trạng nuôi dưỡng của bệnh nhân suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam 2020. *Tạp Chí Nghiên Cứu Học.* 2022;149(1):50-59. doi:10.52852/tcncyh.v149i1.495
8. **Tạ Thị Như Quỳnh, Phan Thảo Nguyên,**

Nguyễn Quang Dũng (2024). Tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan ở người bệnh suy tim tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E năm 2023-2024. *Tạp Chí Y học Cộng đồng* 65(CĐ 7 - NCKH).
https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD7.1359.

PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ BỤNG QUA ĐƯỜNG MỔ XUYÊN PHÚC MẠC

Trần Thanh Vỹ*

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị ngoại khoa bằng phương pháp phẫu thuật mở qua đường xuyên phúc mạc (đường giữa), sử dụng ống ghép nhân tạo để thay túi phình động mạch chủ bụng. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu mô tả được thực hiện trên các bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận được phẫu thuật thay đoạn động mạch chủ bằng ống ghép nhân tạo qua đường mổ xuyên phúc mạc tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ tháng 01/2015 đến tháng 03/2023. Các dữ liệu được thu thập bao gồm đặc điểm bệnh nhân, thông tin phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu và kết quả ngắn hạn. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 53 bệnh nhân, với tuổi trung bình là $67,94 \pm 9,52$ tuổi, trong đó nam giới chiếm 75,47%. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 75,47%, bệnh mạch vành 32,08% và đái tháo đường 18,87%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $223,0 \pm 55,5$ phút, thời gian kẹp động mạch chủ trung bình là $46,6 \pm 24,7$ phút, lượng máu mất trung bình là $479,2 \pm 293,5$ ml. Tỷ lệ tử vong chu phẫu là 3,77%. Các biến chứng sớm bao gồm suy thận cấp (18,87%), biến chứng hô hấp (13,21%) và biến chứng tiêu hóa (16,98%). Tỷ lệ thoát vị vết mổ muộn là 7,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật mở qua đường xuyên phúc mạc là phương pháp điều trị hiệu quả và an toàn đối với bệnh nhân phình động mạch chủ bụng dưới thận. Tuy nhiên, cần theo dõi chặt chẽ các biến chứng hậu phẫu và cần nhắc kỹ lưỡng giữa các đường tiếp cận để tối ưu hóa kết quả điều trị. **Từ khóa:** Phẫu thuật mở; Phình động mạch chủ bụng; Đường mổ xuyên phúc mạc; Kết quả hậu phẫu.

SUMMARY

OPEN SURGICAL REPAIR OF ABDOMINAL AORTIC ANEURYSM VIA THE TRANSPERITONEAL APPROACH

Objective: To evaluate the surgical outcomes of open repair for infrarenal abdominal aortic aneurysm (AAA) using a midline transperitoneal approach and prosthetic graft replacement. **Methods:** A retrospective descriptive study was conducted on

patients who underwent open surgical repair of infrarenal AAA via a transperitoneal approach at the University Medical Center Ho Chi Minh City from January 2015 to March 2023. Data collected included patient characteristics, surgical details, postoperative complications, and early outcomes. **Results:** The study included 53 patients, with a mean age of 67.94 ± 9.52 years, of whom 75.47% were male. Hypertension was present in 75.47% of patients, coronary artery disease in 32.08%, and diabetes mellitus in 18.87%. The mean operative time was 223.0 ± 55.5 minutes, with a mean aortic clamp time of 46.6 ± 24.7 minutes and an average blood loss of 479.2 ± 293.5 ml. The perioperative mortality rate was 3.77%. Early complications included acute kidney injury (18.87%), respiratory complications (13.21%), and gastrointestinal complications (16.98%). Late incisional hernia occurred in 7.5% of cases. **Conclusion:** Open repair via the transperitoneal approach remains an effective and safe treatment for infrarenal AAA. However, careful postoperative monitoring and individualized surgical planning are necessary to optimize patient outcomes. **Keywords:** Open surgery; Abdominal aortic aneurysm; Transperitoneal approach; Postoperative outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phình động mạch chủ bụng (PĐMCB) là một bệnh lý nguy hiểm với nguy cơ vỡ cao, gây tỷ lệ tử vong đáng kể nếu không được điều trị kịp thời. Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ mắc bệnh gia tăng theo tuổi, đặc biệt ở nam giới trên 65 tuổi có yếu tố nguy cơ như hút thuốc lá, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu [1].

Hiện nay, có hai phương pháp điều trị chính cho PĐMCB: can thiệp nội mạch (EVAR - Endovascular Aneurysm Repair) và phẫu thuật mở (OSR - Open Surgical Repair). EVAR có ưu điểm ít xâm lấn, giúp giảm thời gian nằm viện và biến chứng sớm [2]. Tuy nhiên, nghiên cứu dài hạn cho thấy EVAR có tỷ lệ tái can thiệp cao hơn, đặc biệt ở những bệnh nhân có cổ túi phình ngắn hoặc giải phẫu mạch máu không thuận lợi [3]. Trong khi đó, phẫu thuật mở vẫn là phương pháp điều trị tiêu chuẩn với tỷ lệ tái can thiệp thấp hơn và hiệu quả bền vững hơn về lâu dài [4].

Phẫu thuật mở có thể được thực hiện qua

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược TP.Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thanh Vỹ

Email: vy.tt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025