

CINE có lợi thế so với CT trong đánh giá xâm lấn tim-mạch máu nhờ khả năng quan sát trực tiếp chuyển động của các cấu trúc trong chu kỳ tim. Khi có xâm lấn, chuyển động trượt giữa khối u và cấu trúc tim-mạch máu bị mất, đồng thời hình ảnh giả "độ chênh hóa học" của lớp mỡ phân cách cũng biến mất [6]. Nghiên cứu của Bacha và cộng sự đã nhấn mạnh rằng xâm lấn tim-mạch máu lớn là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật triệt để của u trung thất, làm tăng nguy cơ biến chứng và ảnh hưởng đến tiên lượng bệnh nhân [8]. Do đó, việc sử dụng CINE để xác định chính xác mức độ xâm lấn có thể hỗ trợ quyết định chiến lược điều trị tối ưu hơn.

Mặc dù kết quả nghiên cứu cho thấy vai trò quan trọng của chuỗi xung CINE, nhưng phương pháp này vẫn có một số hạn chế. Thứ nhất, đây là nghiên cứu hồi cứu, do đó việc đánh giá dính/xâm lấn trên phẫu thuật chủ yếu dựa vào nhận định của phẫu thuật viên, có thể có sự khác biệt giữa các bác sĩ phẫu thuật. Thứ hai, nghiên cứu chưa có bằng chứng giải phẫu bệnh để xác nhận mức độ xâm lấn thực sự. Cuối cùng, số lượng bệnh nhân có tổn thương dính/xâm lấn cơ tim còn hạn chế, cần thêm các nghiên cứu có cỡ mẫu lớn hơn để xác định chính xác giá trị chẩn đoán của CINE trong nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Chuỗi xung CINE trên cộng hưởng từ có giá trị cao trong đánh giá dính/xâm lấn tim-mạch máu lớn của u trung thất trước. Với độ chính xác cao, CINE có thể là một công cụ hữu ích trong lập kế hoạch điều trị, giúp lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp và cải thiện tiên lượng

cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ghigna MR, Thomas de Montpreville V. Mediastinal tumours and pseudo-tumours: a comprehensive review with emphasis on multidisciplinary approach. *Eur Respir Rev*. 2021;30. DOI: 10.1183/16000617.0309-2020.
2. Azour L, Moreira AL, Washer SL, Ko JP. Radiologic and pathologic correlation of anterior mediastinal lesions. *Mediastinum*. 2020. DOI: 10.21037/med.2019.09.
3. Carter BW. International Thymic Malignancy Interest Group Model of Mediastinal Compartments. *Radiol Clin North Am*. 2021;59:149-153. DOI: 10.1016/j.rcl.2020.11.007.
4. Davis RD Jr, Oldham HN Jr, Sabiston DC Jr. Primary cysts and neoplasms of the mediastinum: recent changes in clinical presentation, methods of diagnosis, management, and results. *Ann Thorac Surg*. 1987;44:229-237. DOI: 10.1016/s0003-4975(10)62059-0.
5. Girard N, Ruffini E, Marx A, Faivre-Finn C, Peters S. Thymic epithelial tumours: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*. 2015;26:v40-v55. DOI: 10.1093/annonc/mdv277.
6. Ong CC, Seet JE, Tam J, Teo LLS. The Diagnostic Utility of Cardiac-Gated Magnetic Resonance Imaging for Assessing Surgical Resectability of Mediastinal Tumors. *Cardiovasc Imaging Asia*. 2017;1:116-123.
7. Panda S, Irodi A, Daniel R, Chacko BR, Vimala LR, Gnanamuthu BR. Utility of CINE MRI in evaluation of cardiovascular invasion by mediastinal masses. *Indian J Radiol Imaging*. 2020;30:280-285. DOI: 10.4103/ijri.IJRI_69_20.
8. Bacha EA, Chapelier AR, Macchiarini P, Fadel E, Darteville PG. Surgery for invasive primary mediastinal tumors. *Ann Thorac Surg*. 1998;66:234-239. DOI: 10.1016/s0003-4975(98)00350-6.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG NGẮN HẠN CỦA THANG ĐIỂM ACUTE HF TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN

Trương Phi Hùng^{1,2}, Nguyễn Nhật Tài¹, Nguyễn Quang¹

TÓM TẮT⁸⁸

Mở đầu: Suy tim cấp hiện vẫn là một trong những nguyên nhân gây nhập viện hàng đầu và tỉ lệ tử vong ngắn hạn và dài hạn sau nhập viện vẫn còn cao. Do đó việc phân tầng nguy cơ trên nhóm bệnh

nhân suy tim cấp nhập viện là cần thiết. Thang điểm ACUTE HF với 7 chỉ số giúp phân tầng nguy cơ bệnh nhân suy tim cấp với khả năng tiên lượng tử vong ngắn hạn và dài hạn khá tốt. Tại Việt Nam, hiện tại có ít nghiên cứu về thang điểm ACUTE HF trên những bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để đánh giá vai trò của thang điểm ACUTE HF trong khả năng tiên lượng các kết cục ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện BV Chợ Rẫy từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, theo dõi dọc. **Kết quả:** Nghiên cứu tuyển chọn 129 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn, tuổi trung vị của dân số nghiên cứu

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng
Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.2.2025

Ngày duyệt bài: 10.3.2025

là 66 (55-76) tuổi, tỉ lệ nữ chiếm ưu thế với 51,9 %. Các nguyên nhân suy tim thường gặp trong nghiên cứu là bệnh mạch vành (70,5%), bệnh van tim (12,4%) và tăng huyết áp (2,3%). Yếu tố thúc đẩy suy tim cấp nhập viện nhiều nhất là nhiễm trùng (50,4%), không tuân thủ điều trị (17,8%) và nhồi máu cơ tim cấp (8,5%). Nhóm bệnh nhân có nguy cơ thấp theo thang điểm ACUTE HF < 1,5 điểm với 83 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 64,3%, nguy cơ trung bình (từ 1,5 đến 3 điểm) với 41 bệnh nhân (31,8%) và nguy cơ cao (>3 điểm) với 5 bệnh nhân (3,9%). Nhóm nguy cơ cao có kết cục cộng gộp sau 30 ngày gồm tái nhập viện, tử vong do mọi nguyên nhân sau 30 ngày cao hơn có ý nghĩa so với nhóm nguy cơ trung bình, nguy cơ thấp với $p < 0,001$. Thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán tử vong và tái nhập viện sau 30 ngày khá với AUC 0,71 (khoảng tin cậy 95% là 0,61 – 0,81). **Kết luận:** Thang điểm ACUTE HF có giá trị tiên đoán kết cục ngắn hạn khá trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện với AUC 0,71. **Từ khóa:** Suy tim cấp, thang điểm ACUTE HF, tử vong nội viện.

SUMMARY

SHORT-TERM PROGNOSTIC VALUE OF THE ACUTE HF SCORE IN HOSPITALIZED ACUTE HEART FAILURE PATIENTS

Introduction: Acute heart failure (AHF) remains one of the leading causes of hospital admissions, with both short-term and long-term mortality rates remaining high after hospitalization. Therefore, risk stratification in hospitalized AHF patients is essential. The ACUTE HF score, which includes seven parameters, helps stratify the risk of AHF patients and provides a reliable prognosis for both short-term and long-term mortality. In Vietnam, there are currently few studies on the ACUTE HF score in hospitalized AHF patients. **Objective:** This study was conducted to evaluate the role of the ACUTE HF score in predicting short-term outcomes in hospitalized AHF patients. **Subjects:** Patients with acute heart failure admitted to Cho Ray Hospital from January 2024 to June 2024. **Study design:** A cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up. **Results:** A total of 129 patients meeting the inclusion criteria were enrolled. The median age of the study population was 66 years (IQR: 55–76), with a female predominance of 51.9%. The most common causes of heart failure were coronary artery disease (70.5%), valvular heart disease (12.4%), and hypertension (2.3%). The leading precipitating factors for AHF hospitalization were infections (50.4%), medication non-adherence (17.8%), and acute myocardial infarction (8.5%). Based on the ACUTE HF score: Low-risk group (<1.5 points): 83 patients (64.3%), Intermediate-risk group (1.5–3 points): 41 patients (31.8%), High-risk group (>3 points): 5 patients (3.9%). The high-risk group had a significantly higher composite outcome of 30-day all-cause mortality and rehospitalization compared to the intermediate- and low-risk groups ($p < 0.001$). The ACUTE HF score demonstrated a fair predictive ability for 30-day mortality and rehospitalization, with an AUC of 0.71 (95% CI: 0.61–0.81). **Conclusion:** The ACUTE HF score has a fair predictive value for short-term

outcomes in hospitalized AHF patients, with an AUC of 0.71. **Keywords:** Acute heart failure, ACUTE HF score, in-hospital mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là một tình trạng lâm sàng nghiêm trọng, đặc trưng bởi sự khởi phát nhanh chóng của các triệu chứng suy tim, dẫn đến nhập viện và tăng nguy cơ tử vong. Đây là một gánh nặng lớn đối với hệ thống y tế toàn cầu, với tỷ lệ tái nhập viện và tử vong cao trong vòng 30 ngày đến 6 tháng sau xuất viện. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong điều trị, tiên lượng của bệnh nhân suy tim cấp vẫn còn kém, đòi hỏi các công cụ đánh giá nguy cơ chính xác để tối ưu hóa chiến lược điều trị và phân bổ nguồn lực hiệu quả.^{1,2}

Phân tầng nguy cơ trong suy tim cấp đóng vai trò quan trọng trong việc xác định bệnh nhân có nguy cơ cao cần can thiệp tích cực, từ đó cải thiện kết cục lâm sàng. Nhiều thang điểm đã được phát triển nhằm đánh giá tiên lượng của bệnh nhân suy tim cấp, nhưng vẫn còn những hạn chế nhất định về độ chính xác và khả năng ứng dụng thực tế.³ Thang điểm ACUTE HF là một công cụ mới, được xây dựng dựa trên dữ liệu lâm sàng thực tế, có khả năng phân tầng nguy cơ hiệu quả nhờ vào tính toàn diện và dễ sử dụng. Các nghiên cứu gần đây cho thấy ACUTE HF có giá trị tiên đoán tốt hơn so với một số thang điểm trước đây, giúp cải thiện quá trình ra quyết định lâm sàng.^{4,5}

Tuy nhiên, vẫn cần có thêm các nghiên cứu để đánh giá chính xác vai trò của thang điểm ACUTE HF trong thực hành lâm sàng, đặc biệt là ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. Việc xác nhận giá trị tiên lượng của ACUTE HF trong các quần thể bệnh nhân khác nhau, cũng như so sánh với các thang điểm hiện có, sẽ giúp xác định mức độ hữu ích và phạm vi áp dụng của công cụ này. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá vai trò của thang điểm ACUTE HF trong phân tầng nguy cơ và khả năng tiên lượng ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện, góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng bệnh nhân tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu được tiến hành trên những bệnh nhân suy tim cấp được điều trị tại khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024. Tiêu chuẩn nhận vào gồm: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp. Tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) bệnh nhân có dụng cụ

hỗ trợ thất trái hoặc (2) tiền căn ghép tim hoặc (3) đang có bệnh lý u tân sinh hoặc (4) thiếu số liệu hay thông tin theo dõi, thông tin không đạt chuẩn hoặc (5) không đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Tất cả người bệnh suy tim cấp nhập viện và được điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy trong thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu. Các biến số nghiên cứu chính gồm hành chính (tên, tuổi, giới tính), đặc điểm tiền căn (các bệnh lý đồng mắc), đặc điểm nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy suy tim, đặc điểm lâm sàng (kiểu hình suy tim cấp bao gồm: đợt mất bù cấp suy tim, phù phổi cấp, choáng tim và suy thất phải đơn độc), đặc điểm cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa, hình ảnh học điện tâm đồ, siêu âm tim). Kết cục theo dõi gồm tỉ lệ tử vong nội viện, tỉ lệ tái nhập viện và tỉ lệ tử vong sau 30 ngày.

Thang điểm ACUTE HF được giới thiệu bởi Matteo Cameli và cộng sự vào năm 2019 được dựa trên 7 chỉ số sau: Tuổi > 76 (0,7 điểm), Creatinine > 2mg/dL (1,4 điểm), có sử dụng thông khí không xâm lấn (0,8 điểm), tiền sử đột quỵ hoặc thiếu máu não thoáng qua (0,9 điểm), phân suất tổng máu EF < 30% (0,8 điểm), đã từng nhập viện vì suy tim cấp (0,7 điểm) và rối loạn chức năng van hai lá (0,5 điểm). Tổng điểm tối đa là 5,8 điểm. Thang điểm ACUTE HF phân loại bệnh nhân thành 3 nhóm dựa theo nguy cơ tử vong 6 tháng là: nhóm 1 hay nguy cơ thấp nếu tổng điểm < 1,5 điểm, nhóm 2 hay nguy cơ trung bình nếu tổng điểm từ 1,5 điểm đến 3 điểm và nhóm 3 hay nguy cơ cao nếu tổng điểm > 3 điểm.⁶

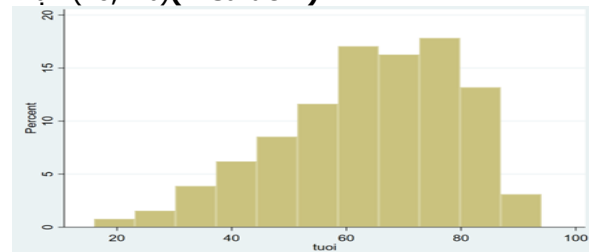
Xử lý thống kê. Dữ liệu được nhập liệu và xử lý số liệu bằng Stata 14.5. Thống kê mô tả: các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$. Thống kê phân tích: kiểm tra biến định lượng có phân phối chuẩn hay không. Chúng tôi dựa vào giá trị trung bình, trung vị gần bằng nhau, biểu đồ phân phối chuẩn có dạng hình chuông và Skewness gần bằng 0. Được coi là phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa $p > 0,05$. Nếu không phân phối chuẩn chúng tôi dùng phép kiểm Mann Whitney để so sánh trung vị của 2 nhóm. Đánh giá khả năng tiên đoán kết cục lâm sàng bởi

thang điểm ACUTE HF, chúng tôi phân tích diện tích dưới đường cong AUC.

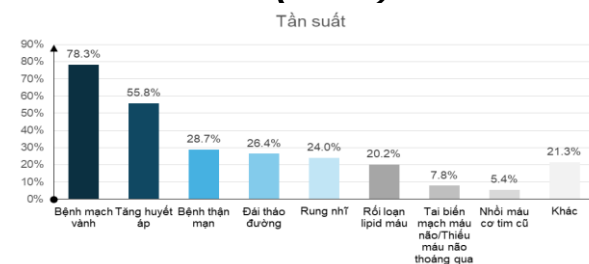
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 129 bệnh nhân với độ tuổi trung vị 66 (55-76) tuổi, nữ giới chiếm 51,9%. Trong đó nhóm bệnh nhân từ 60-80 tuổi chiếm ưu thế (**Biểu đồ 1**). Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất là bệnh mạch vành (78,3%), tăng huyết áp (55,8%) và bệnh thận mạn (28,7%) (**Biểu đồ 2**).

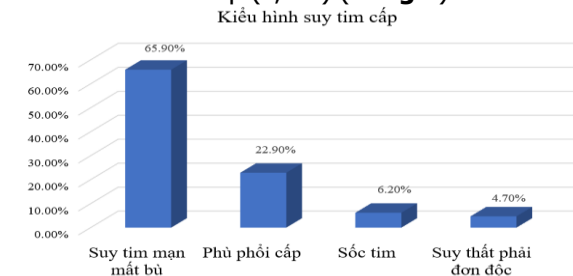


Biểu đồ 1. Phân bố nhóm tuổi trong nghiên cứu (n=129)



Biểu đồ 2. Các bệnh đồng mắc trong dân số nghiên cứu (n=129)

Đặc điểm suy tim cấp nhập viện. Trong các kiểu hình suy tim cấp nhập viện, đợt mất bù cấp suy tim chiếm đa số với 65,9%, tiếp theo là phù phổi cấp 22,9%, sốc tim 6,2% và suy thất phải đơn độc 4,7% (**Biểu đồ 3**). Trong đó nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành (70,5%), bệnh van tim (12,4%) và bệnh tăng huyết áp (2,3%) (**Bảng 1**). Các yếu tố thúc đẩy suy tim cấp thường gặp nhất là nhiễm trùng (50,4%), không tuân thủ điều trị (17,8%) và nhồi máu cơ tim cấp (8,5%) (**Bảng 2**).



Biểu đồ 3. Kiểu hình suy tim cấp nhập viện trong nghiên cứu (n=129)

Bảng 1. Nguyên nhân suy tim trong nghiên cứu (n=129)

Nguyên nhân suy tim	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Bệnh mạch vành	91	70,5
Van tim	16	12,4
Tăng huyết áp	3	2,3
Tim bẩm sinh	2	1,6
Khác	9	7,6
Không xác định (bao gồm nhiều nguyên nhân phối hợp)	8	6,8

Bảng 2. Các yếu tố thúc đẩy suy tim cấp trong nghiên cứu (n=129)

Yếu tố thúc đẩy suy tim cấp	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
-----------------------------	------------	-----------

Nhiễm trùng	65	50,4
Liên quan đến điều trị và tuân thủ	23	17,8
Nhồi máu cơ tim cấp	11	8,5
Khác	16	12,4
Không xác định (bao gồm nhiều nguyên nhân phối hợp)	14	10,9

Đặc điểm thang điểm ACUTE HF. Dựa vào thang điểm ACUTE HF, chúng tôi chia dân số nghiên cứu thành 3 nhóm với nhóm 1 hay nhóm nguy cơ thấp với 83 bệnh nhân, nhóm 2 hay nhóm nguy cơ trung bình với 41 bệnh nhân và nhóm 3 hay nhóm nguy cơ cao với 5 bệnh nhân, điểm số ACUTE HF trung vị lần lượt 3 nhóm là 0,7 (0,5-1,2) điểm, 2 (1,9-2,3) điểm và 3,7 (3,7 – 4,2) điểm.

Bảng 3. Đặc điểm của các phân nhóm dựa vào thang điểm ACUTE HF

Đặc điểm	Nguy cơ thấp (n=83)	Nguy cơ trung bình (n=41)	Nguy cơ cao (n=5)	Giá trị p
Giới tính (nữ), n (%)	50 (60,2)	16 (39,0)	1 (20,0)	0,029*
Hút thuốc lá, n (%)	29 (34,9)	19 (46,3)	4 (80)	0,087*
Từng NV vì suy tim, n (%)	34 (41,0)	26 (63,4)	5 (100)	0,005*
TBMMN hoặc TIA, n (%)	1 (1,2)	6 (14,6)	3 (60)	0,005*
Hở 2 lá trung bình trở lên, n (%)	39 (47,0)	24 (58,5)	2 (40)	0,43*
Thở máy trong quá trình NV, n (%)	0 (0)	5 (12,2)	3 (60)	0,000*
Tuổi, TB ± ĐLC	61,5 ± 14,9	66,7 ± 16,1	80,6 ± 3,8	0,005÷
BMI, TB ± ĐLC	21,1 ± 3,0	22,6 ± 2,5	23,1 ± 3,0	0,47†
Phân suất tổng máu, TB ± ĐLC	47,7 ± 14,8	36,4 ± 17,0	34,8 ± 16,8	<0,01†
Nhịp tim, TB ± ĐLC	96,7 ± 21,1	94,1 ± 21,4	120,2 ± 25,5	0,04†
Huyết sắc tố, TB ± ĐLC	111,7 ± 24,8	116,0 ± 29,8	107,4 ± 18	0,27†
Độ lọc cầu thận, TB ± ĐLC	69,1 ± 24,0	49,9 ± 30,9	30,4 ± 31,60	<0,01†
Natri máu, TB ± ĐLC	133,7 ± 5,1	135,1 ± 5,7	132,6 ± 5,0	0,72†
Kali máu, TB ± ĐLC	3,8 ± 0,6	3,9 ± 0,5	3,8 ± 0,5	0,33†
Glucose máu, TB ± ĐLC	132 ± 56	137 ± 51	170 ± 97	0,14†
Nhồi máu cơ tim cấp, n (%)	2 (2,4)	7 (17,1)	2 (40)	0,001*

* Thông số được kiểm định bằng Chi2 hoặc Fisher Exact, kiểm định post-hoc bằng Bonferroni

† Thông số được kiểm định bằng ANOVA, kiểm định post-hoc bằng Bonferroni

÷ Thông số được kiểm định bằng Kruskal-Wallis

Mối liên quan giữa ACUTE HF và kết cục ngắn hạn. Về kết cục nội viện, phân nhóm nguy

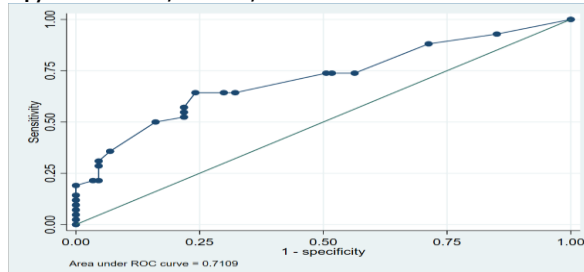
cơ cao có tỉ lệ tử vong là 40%, cao hơn có ý nghĩa nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ thấp với $p < 0,01$. Về kết cục sau xuất viện, lệ tái nhập viện ở phân nhóm nguy cơ cao cao hơn các nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ thấp. Khi xét đến tiêu chí cộng gộp, phân nhóm nguy cơ cao cũng cho thấy tỉ lệ cao hơn các nhóm còn lại với $p < 0,001$. (Bảng 2)

Bảng 2. Kết cục ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim cấp với thang điểm ACUTE HF

Kết cục 30 ngày	Nguy cơ thấp (n=83)	Nguy cơ trung bình (n=41)	Nguy cơ cao (n=5)	Giá trị p
Kết cục nội viện				
Tử vong nội viện	0 (0)	1 (2,4)	2 (40)	<0,01*
Kết cục sau xuất viện				
Tái nhập viện, n (%)	15 (18,1)	17 (42,5)	2 (66,7)	0,016*
Tử vong sau xuất viện, n (%)	2 (2,4)	2 (5)	1 (33,3)	0,13*
Kết cục cộng gộp sau 30 ngày				
Tái nhập viện/tử vong, n (%)	17 (20,5)	20 (48,8)	5 (100)	<0,001

* kiểm định bằng Fisher, kiểm định post-hoc bằng Bonferroni

Thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán biến cố cộng gộp gồm tử vong và tái nhập viện sau 30 ngày với AUC là 0,71 và khoảng tin cậy 95% từ 0,61 – 0,81.



Biểu đồ 4. Đường cong ROC trong tiên đoán tỉ lệ tử vong và tái nhập viện sau 30 ngày theo thang điểm ACUTE HF.

AUC 0,71 khoảng tin cậy 95% là 0,61 – 0,81

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi trung vị là 66 (55-76) tuổi, nữ giới chiếm ưu thế với 51,9% và bệnh nhân nhập viện đa số ở nhóm tuổi từ 60 đến 80 tuổi. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương tự tác giả Pastore và cộng sự năm 2023 (77 ± 13 tuổi) và tác giả Matteo Cameli và cộng sự năm 2019 (72,3 ± 13,5 tuổi).^{4,6} Điều này cho thấy suy tim cấp là một nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện đặc biệt nhóm bệnh nhân lớn tuổi. Các bệnh đồng mắc thường gặp nhất trong nghiên cứu là bệnh mạch vành (78,3%), tăng huyết áp (55,8%) và bệnh thận mạn (28,7%). Những bệnh đồng mắc có thể làm trầm trọng thêm tình trạng suy tim do đó tăng nhu cầu nhập viện. Hầu hết các bệnh lý đồng mắc chia sẻ các yếu tố nguy cơ và dẫn đến các mức độ suy giảm khác nhau và nhu cầu nhập viện ở bệnh nhân suy tim.

Các nguyên nhân gây suy tim thường gặp nhất là bệnh mạch vành, bệnh lý van tim và tăng huyết áp. Đây cũng là các nguyên nhân suy tim thường gặp nhất ở khu vực Đông Nam Á và toàn thế giới nói chung theo số liệu của GBD 2019.⁷ Trong đó nhiễm trùng là yếu tố thúc đẩy phần lớn bệnh nhân suy tim cấp nhập viện với 50,4%. Nhiễm trùng đã được xác định là một yếu tố kích hoạt phổ biến, mặc dù thường không được nhận diện đầy đủ của suy tim cấp, có thể gây ra sự phát triển nhanh chóng hoặc làm xấu đi các dấu hiệu và triệu chứng của suy tim.⁸ Ngoài ra nguyên nhân cũng khá thường gặp là tình trạng không tuân thủ điều trị. Do đó vấn đề theo dõi và điều chỉnh thuốc bệnh nhân suy tim hay các bệnh lý mạn tính khác là cực kỳ quan trọng để có thể kết quả tối ưu nhất cho bệnh nhân.

Phân nhóm nguy cơ cao theo thang điểm ACUTE HF (> 3 điểm) có tỉ lệ tử vong nội viện cao hơn các nhóm nguy cơ trung bình và nhóm nguy cơ thấp, sự khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,01$. Khi đánh giá kết cục sau xuất viện bao gồm tỉ lệ tái nhập viện, tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân cũng như kết cục cộng gộp gồm tử vong do mọi nguyên nhân và tái nhập viện đều cao hơn ở nhóm bệnh nhân nguy cơ cao theo ACUTE HF, các giá trị p đều $< 0,05$. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với Pastore và cộng sự năm 2023 với nghiên cứu trên 1291 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. Nhóm tác giả ghi nhận thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán độc lập về tỉ lệ tử vong nội viện với AUC là 0,66.⁴ Nghiên cứu của tác giả Matteo Cameli và cộng sự năm 2019 cho thấy thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán tử vong 30 ngày với AUC là 0,78. Nhóm tác giả ghi nhận thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán kết cục cao hơn từng thành phần trong các tiêu chí hình thành thang điểm (tuổi, creatinine, thở áp lực không xâm lấn, đột quỵ/thiếu máu não thoáng qua, phân suất tổng máu thất trái, nhập viện vì suy tim và hở van hai lá). Ngoài ra, nhóm tác giả chỉ ra rằng thang điểm ACUTE HF có khả năng tiên đoán tử vong sau 6 tháng tốt hơn thang điểm ADHERE dựa vào phân tích diện tích dưới đường cong AUC.⁶ Năm 2023, tác giả Kaneko và cộng sự đã ngoại kiểm thang điểm ACUTE HF trong phân tầng nguy cơ bệnh nhân suy tim cấp.⁵ Thang điểm cho thấy có hiệu quả trong tiên đoán tử vong do mọi nguyên nhân và các tiêu chí cộng gộp như tử vong do mọi nguyên nhân, suy tim tái nhập viện.⁵ Thang điểm ACUTE HF với các tiêu chí đơn giản, dễ áp dụng lâm sàng. Chúng ta nhận thấy các chỉ số cấu thành lên thang điểm ACUTE HF bao gồm lớn tuổi >76, tiền sử đột quỵ hoặc thiếu máu não thoáng qua, đã từng nhập viện vì suy tim cấp, sử dụng thông khí không xâm lấn, tổn thương thận với Creatinine > 2 mg/dL, phân suất tổng máu thất trái LVEF < 30%, rối loạn chức năng van hai lá. Đây đều là các yếu tố đã được chứng minh có liên quan đến tử vong nội viện trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. Do đó khi kết hợp các tiêu chí trên vào thang điểm ACUTE HF, chúng ta có được 1 thang điểm có độ tin cậy cao cho khả năng tiên đoán kết cục tử vong nội viện trên bệnh nhân suy tim cấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, một phần hạn chế chỉ là nghiên cứu quan sát do đó sẽ không ứng dụng được các thang điểm tiên đoán trên vào việc cá thể hóa trong điều trị bệnh nhân

suy tim cấp. Nghiên cứu chưa so sánh thang điểm ACUTE HF với các thang điểm phân tầng suy tim đã được nghiên cứu. Nghiên cứu đơn trung tâm nên dân số chưa đại diện được cho dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm ACUTE HF đơn giản, có giá trị tiên đoán kết cục ngắn hạn khá trên bệnh nhân suy tim cấp nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shahim B, Kapelios CJ, Savarese G, Lund LH.** Global Public Health Burden of Heart Failure: An Updated Review. Cardiac failure review. 2023; 9: e11. doi:10.15420/cfr.2023.05
2. **Arrigo M, Jessup M, Mullens W, et al.** Acute heart failure. Nature reviews Disease primers. Mar 5 2020;6(1):16. doi:10.1038/s41572-020-0151-7
3. **Long B, Keim SM, Gottlieb M, Collins SP.** What are the Data for Current Prognostic Tools Used to Determine the Risk of Short-Term Adverse Events in Patients with Acute Heart Failure? The Journal of Emergency Medicine. 2023/12/01/ 2023;65(6):e600-e613. doi:https://

- doi.org/10.1016/j.jemermed.2023.05.026
4. **Pastore MC, Mandoli GE, Campora A, et al.** ACUTE HF score predicts in-hospital mortality in patients with acute heart failure. European Heart Journal. 2023;44(Supplement_2):ehad655.1100. doi:10.1093/eurheartj/ehad655.1100
 5. **Kaneko T, Kagiya N, Nakamura Y, et al.** External validation of the ACUTE HF score for risk stratification in acute heart failure: A real-life study. Jan 1 2023;370:396-401. doi:10.1016/j.ijcard.2022.10.130
 6. **Cameli M, Pastore MC, De Carli G, et al.** ACUTE HF score, a multiparametric prognostic tool for acute heart failure: A real-life study. International Journal of Cardiology. 2019; 296:103-108. doi:10.1016/j.ijcard.2019.07.015
 7. **Feng J, Zhang Y, Zhang J.** Epidemiology and Burden of Heart Failure in Asia. JACC: Asia. 2024/04/01 2024;4(4):249-264. doi:10.1016/j.jacasi.2024.01.013
 8. **Bezati S, Vellio M, Ventoulis I, Simitsis P, Parissis J, Polyzogopoulou E.** Infection as an under-recognized precipitant of acute heart failure: prognostic and therapeutic implications. Heart failure reviews. Jul 2023;28(4):893-904. doi:10.1007/s10741-023-10303-8

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT TUYẾN ỨC ĐIỀU TRỊ NHƯỢC CƠ TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Nguyễn Duy Thăng^{1,2}, Vũ Ngọc Tú², Phạm Thanh Tùng³,
Nguyễn Duy Gia², Nguyễn Thị Phương²

Danh mục từ viết tắt: PTNSLN: Phẫu thuật nội soi lồng ngực.

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị nhược cơ. **Đối tượng – phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tất cả các bệnh nhân nhược cơ được phẫu thuật tại Bệnh viện đại học Y Hà Nội giai đoạn 2020-2022. **Kết quả:** Nghiên cứu có 26 bệnh nhân, nữ chiếm 69,2%; tuổi trung bình là 49,9±14,0. Tại thời điểm nhập viện, 19,2% nhược cơ độ I, 57,7% độ IIA, 19,2% độ IIB và 3,8% độ III. Thời gian mổ trung bình 68,3 ± 33,4 phút; nằm viện sau mổ là 4,1±2,0 ngày. Thời gian theo dõi trung bình sau mổ 16,8 tháng, 3,8% khỏi hoàn toàn, 77,0% cải thiện triệu chứng và giảm liều điều trị và 19,2% triệu chứng nặng lên. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt tuyến ức điều trị bệnh nhược cơ là phương pháp an toàn, hiệu quả cao, thẩm mỹ, là một phương pháp phối hợp điều trị bệnh nhược cơ. **Từ khóa:** bệnh nhược cơ, phẫu thuật nội soi lồng ngực, cắt tuyến ức

SUMMARY

RESULTS OF THORACOSCOPIC THYMECTOMY FOR MYASTHENIA GRAVIS IN HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of thoracic endoscopic thymectomy for myasthenia gravis. **Method:** a cross-sectional descriptive research method for all the patients who were operated at Hanoi Medical University Hospital in the period of 2020-2022 using. **Results:** The study included a total of 26 patients, of which 69.2% were female, with an average age of 49.9±14.0 years (24-82 years old). At the time of admission, myasthenia gravis status according to Osserman and Genkins classification was: 19.2% grade I, 57.7% grade IIA, 19.2% grade IIB and 3.8% grade III. Quantitative test for anti-acetylcholine receptor antibodies: <0.5 in 1 patient, accounting for 5.9%; ≥0.5 in 16 patients, accounting for 94.1%. Average surgical time was 68.3±33.4 minutes. The average postoperative hospital stay was 4.1±2.0 days and the complication rate were 1/26 patients with intercostal neuralgia, accounting for 3.8%. The average postoperative follow-up time was 16.8 months, 3.8% had complete recovery, 77.0% had symptom improvement and reduced treatment dose, and 19.2% had worsening symptoms.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai.

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Ngọc Tú

Email: vungoctu.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025