

surgical site infection for abdominal infections. Front Surg. 2022;9. doi:10.3389/fsurg.2022.927896

7. **Sahebally SM, McKeivitt K, Stephens I, et al.** Negative Pressure Wound Therapy for Closed

Laparotomy Incisions in General and Colorectal Surgery: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA Surg. 2018;153(11):e183467. doi:10.1001/jamasurg.2018.3467

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, ĐIỀU TRỊ VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA NGƯỜI BỆNH RUNG NHỊ NGOẠI TRÚ THEO THANG ĐIỂM CHA2DS2-VA TẠI PHÒNG KHÁM TIM MẠCH BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Nguyễn Quang Trung¹, Võ Thị Băng Trâm¹,
Lê Hoài Nam^{1,2}, Nguyễn Hoàng Hải¹, Châu Ngọc Hoa^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Rung nhĩ (RN) là rối loạn nhịp tim thường gặp và tăng theo tuổi, chiếm 20% các trường hợp đột quỵ, làm tăng nguy cơ đột quỵ từ 5 đến 20 lần, tùy thuộc bệnh đồng mắc đi kèm. Việc đánh giá toàn diện người bệnh rung nhĩ theo thang điểm mới CHA2DS2-VA và bệnh đồng mắc đi kèm có ý nghĩa quan trọng trong việc điều trị phòng ngừa đột quỵ và giảm các biến cố tim mạch. **Mục tiêu:** Xác định các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của những bệnh RN theo thang điểm mới CHA2DS2-VA, nguy cơ xuất huyết, và kháng đông đang sử dụng tại phòng khám Nội Tim Mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Phương pháp:** Nghiên cứu khảo sát cắt ngang, tiến cứu, lấy mẫu liên tục bao gồm các trường hợp Rung Nhĩ không kèm hẹp van 02 lá mức độ trung bình nặng hay van tim cơ học, thời gian từ tháng 10 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 tại phòng khám nội tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Kết quả:** 237 bệnh nhân RN, tuổi trung bình là 69.9, và 55,7% là nữ giới. Trong đó RN cơn là 18%, rung nhĩ kéo dài/ kéo dài lâu là 14.6% và RN vĩnh viễn là 67.4%. Thời gian mắc RN dưới một năm, từ 1-5 năm, 5- 10 năm và trên 10 năm lần lượt là 24.9%, 44.3%, 17.3% và 13.5%. Người bệnh RN có bệnh thận mạn độ 2 và 3 là 64% và 33%, có phân suất tống máu thất trái (EF) > 50% chiếm 79% và có 12% người bệnh đã được tái tưới máu mạch vành. Theo thang điểm CHA2DS2-VA, người bệnh RN có điểm 1,2,3 và 4 lần lượt là 13.5%, 30.8%, 22.4% và 16.0%. Có 87% người bệnh RN được sử dụng DOAC. Nguy cơ xuất huyết theo thang điểm HASBLED của người bệnh RN là 72.6% thấp, 22.4% trung bình và 5% cao. **Kết luận:** Phần lớn người bệnh là RN vĩnh viễn và có thời gian mắc RN trên một năm. Điểm nguy cơ truyền tắc huyết khối trung bình theo CHA2DS2-VA là 3.1 và điểm nguy cơ xuất huyết trung bình theo HASBLED là 1.13. Thuốc kháng đông tiếp được sử dụng ở 87% người bệnh RN. **Từ khóa:** Rung Nhĩ, CHA2DS2-VA, HASBLED, thuốc kháng đông.

¹Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quang Trung

Email: bsnguyentrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2025

Ngày duyệt bài: 24.3.2025

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, TREATMENT, AND RISK FACTORS OF OUTPATIENTS WITH ATRIAL FIBRILLATION BASED ON THE CHA2DS2-VA SCORE AT THE CARDIOLOGY CLINIC OF GIA DINH PEOPLE'S HOSPITAL

Introduction: Atrial fibrillation (AF) is a common arrhythmia that increases with age and accounts for 20% of stroke cases. It elevates stroke risk by 5 to 20 times, depending on the associated comorbidities. Comprehensive evaluation of AF patients using the new CHA2DS2-VA score and associated comorbidities is crucial for stroke prevention and reducing cardiovascular events. **Objectives:** To determine the clinical and laboratory characteristics of AF patients based on the CHA2DS2-VA score, bleeding risk, and anticoagulants used at the Cardiology Clinic of Gia Dinh People's Hospital. **Methods:** This is a cross-sectional, prospective survey with continuous sampling, including cases of AF without moderate-to-severe mitral valve stenosis or mechanical heart valves, conducted from October 2024 to December 2024 at the Cardiology Clinic of Gia Dinh People's Hospital. **Results:** A total of 237 AF patients were included, with an average age of 69.9 years, and 55.7% were female. Paroxysmal AF accounted for 18%, persistent/long-standing persistent AF for 14.6%, and permanent AF for 67.4%. The duration of AF was <1 year, 1–5 years, 5–10 years, and >10 years in 24.9%, 44.3%, 17.3%, and 13.5% of patients, respectively. Left ventricular ejection fraction (EF) >50% was observed in 79% of patients, and 12% had undergone coronary revascularization. Chronic kidney disease (CKD) stages 2 and 3 were found in 64% and 33% of patients, respectively. Based on the CHA2DS2-VA score, AF patients with scores of 1, 2, 3, and 4 accounted for 13.5%, 30.8%, 22.4%, and 16.0%, respectively. Direct oral anticoagulants (DOACs) were used by 87% of patients. Bleeding risk stratification using the HAS-BLED score indicated that 72.6% of patients were at low risk, 22.4% at moderate risk, and 5% at high risk. **Conclusions:** Most AF patients had permanent AF and had experienced AF for more than one year. The average thromboembolic risk score based on the CHA2DS2-VA score was 3.1, and the average bleeding risk score based on HAS-BLED was 1.13. Direct oral

anticoagulants were used by 87% of AF patients.

Keywords: Atrial Fibrillation, CHA2DS2-VA, HASBLED, anticoagulant.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (RN) được xem là một rối loạn nhịp phổ biến ở người bệnh tim với tỉ lệ mắc phải hiện hành khoảng 1% đến 2% dân số Mỹ [1]. Rung nhĩ làm tăng nguy cơ tử vong chung từ 1.5 đến 2 lần, tăng nguy cơ đột quỵ 5 lần đến 20 lần nếu có hẹp van 02 lá, tăng nguy cơ suy tim 5 lần và các biến cố bất lợi khác như sa sút trí tuệ (1.5 lần), nhồi máu cơ tim (1.5 lần), bệnh thận mạn (1.6 lần), bệnh động mạch ngoại biên (1.3 lần) và đột tử do tim (2 lần) [2].

Việc xác định đặc điểm lâm sàng và các yếu tố nguy cơ bệnh tật đi kèm ở người bệnh RN có ý nghĩa quan trọng trong điều trị và tiên lượng biến cố liên quan RN. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với mục tiêu.

Mục tiêu nghiên cứu được đánh giá gồm:

- Mô tả đặc điểm lâm sàng bệnh nhân RN.
- Nguy cơ đột quỵ và xuất huyết của người bệnh RN theo thang điểm CHA2DS2-VA, HASBLED.
- Tỉ lệ sử dụng thuốc kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố đông máu (DOAC) ở người bệnh RN.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: quan sát tiến cứu

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

– Thời gian chọn mẫu: từ 10/2024 đến 12/2024.

– Địa điểm nghiên cứu: phòng khám ngoại trú khoa tim mạch bệnh viện Nhân Dân Gia Định.

2.3. Đối tượng nghiên cứu

– Dân số mục tiêu: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán RN.

– Dân số chọn mẫu: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán RN, đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tim mạch Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 10/2024 đến 12/2024.

– Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tục

– Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân trên 18 tuổi được chẩn đoán RN, đang điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tim mạch Bệnh viện Nhân Dân Gia Định từ 10/2024 đến 12/2024 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

– Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, có bệnh hẹp van 02 lá mức độ trung bình nặng, có van tim cơ học.

2.4. Quy trình nghiên cứu. Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh, không có tiêu chuẩn loại trừ, và tự nguyện đồng thuận tham gia nghiên cứu.

2.5. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị thứ nhất - tứ phân vị thứ ba) nếu không có phân phối chuẩn.

2.6. Vấn đề đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu khảo sát, không can thiệp quá trình điều trị và đã được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của bệnh viện Nhân Dân Gia Định chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thu thập được 237 trường hợp người bệnh RN đang điều trị tại phòng khám nội tim mạch, bệnh viện Nhân Dân Gia Định trong thời gian nghiên cứu từ tháng 10 đến tháng 12 năm 2024.

Đặc điểm dân số nghiên cứu được tóm tắt trong bảng 1. Tuổi trung bình là $69,9 \pm 14,5$ và 55,7% là nữ. RN vĩnh viễn và khoảng thời gian người bệnh được phát hiện, điều trị RN từ 01 đến 05 năm có tỉ lệ cao nhất là 67.4% và 44.3%. Có 11.8% bệnh nhân còn đang hút thuốc lá, trong đó có một người là nữ chiếm 0.4%. 79% người bệnh RN có chức năng tâm thu thất trái (EF) bảo tồn, chỉ 11.4% bệnh nhân có EF <40%. Dẫn nhĩ trái (LA volume > 34 ml/m²) ghi nhận ở 71% người bệnh RN. Có 11.8% người bệnh RN có tái tưới máu mạch vành và 64.1% người bệnh chưa được chụp mạch vành. Mức LDL-C trung bình của người bệnh RN là 2.01 mmol/l.

Bệnh đồng mắc đi kèm khác ngoài các bệnh theo thang điểm CHA2DS2-VA và HASBLED, hay gặp nhất là COPD/Hen (13.9%), tắc mạch hệ thống (7.2%) và bệnh lý tăng đông (1.3%).

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng dân số RN

Biến số	n=237 (%)
Tuổi trung bình (năm)	69,9 (44-100)
Giới Nữ	132 (55,7)
Loại RN	
• RN cơn	42 (18)
• RN kéo dài/ kéo dài lâu	35 (14.6)
• RN vĩnh viễn	160 (67.4)
Thời gian mắc RN:	
• Thời gian RN < 1 năm	59 (24.9)
• Thời gian RN từ 1-5 năm	105 (44.3)
• Thời gian RN từ 5-10 năm	41 (17.3)
• Thời gian RN > 10 năm	32 (13.5)
Thuốc lá (đang hút)	28 (11.8)
Tiền sử y khoa	
• Tăng huyết áp	171 (77.7)
• Suy tim	76 (34.5)

• Đái tháo đường	57 (25.9)
• Tiền sử đột quỵ/cơn thoáng thiếu máu não	42 (19.1)
• Bệnh lý mạch máu	56 (25.5)
• COPD/Hen	32 (13.9)
• Biến cố tắc mạch ngoại biên	17 (7.2)
• Bệnh lý tăng đông	3 (1.3)
Phân suất tổng máu thất trái (EF _{BP})	
• EF > 50%	188 (79.3)
• EF = 40 - 49%	22 (9.3)
• EF < 40%	27 (11.4)
Dẫn nhĩ trái	168 (71)
Tái tưới máu mạch vành	28 (11.8)
Chưa chụp mạch vành	152 (64.1)
Độ lọc cầu thận ước đoán (eGFR (ml/ph))	
• ≥60	151 (63.7)
• 45-59	55 (23.2)
• 30-44	24 (10.1)
• 15-29	3 (1.3)
• <15	4 (1.7)

Bảng 2: Điểm số nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VA [3]

Điểm nguy cơ	n=237(%)
0	4 (1.7)
1	28 (11.8)
2	73 (30.8)
3	53 (22.4)
4	38 (16.0)
5	22 (9.3)
6	14 (5.9)
7	5 (2.1)
8	0%

Nhận xét: Bỏ qua yếu tố giới nữ trong bảng tính thang điểm đánh giá nguy cơ đột quỵ ở người bệnh rung nhĩ theo Hội tim mạch Châu Âu (ESC) được khuyến cáo năm 2024, đa phần người bệnh RN trong nghiên cứu có 2 điểm nguy cơ, chiếm 30.8%, kể đến là 3 điểm, 4 điểm và 1 điểm nguy cơ đột quỵ lần lượt chiếm 22.4%, 16.0% và 13.5%.

Bảng 3: Điểm số nguy cơ chảy máu theo thang điểm HASBLED [4]

Điểm nguy cơ	% (n=237)
0	48 (20.3)
1	124 (52.3)
2	53 (22.4)
3	10 (4.2)
4	2 (0.8)

Nhận xét: Theo thang điểm tiên đoán nguy cơ chảy máu ở người bệnh RN có sử dụng kháng đông, phần lớn người bệnh có nguy cơ chảy máu thấp (0-1 điểm) chiếm 72.6%, nguy cơ trung bình (2 điểm) và nguy cơ chảy máu cao (3-5 điểm) lần lượt là 22.4% và 5%. Ứng với mức nguy cơ chảy máu thấp và trung bình thì tần

suất nguy cơ xuất huyết mỗi năm khi sử dụng kháng đông là 1%, 2% và từ 4 đến 12% đối với nguy cơ cao.

Bảng 4: Tỷ lệ thuốc kháng đông được sử dụng ở người bệnh RN

Điểm nguy cơ	% (n=233)
VKA	31 (13.3)
DOAC	202 (86.7)
• Rivaroxaban	165 (81.7)
• Dapigatran	36 (17.8)
• Apixaban	1 (0.5)
• Edoxaban	0%

Nhận xét: Kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố IIa và Xa được sử dụng hầu hết ở người bệnh RN chiếm 85.2%, trong đó kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố Xa được sử dụng vượt trội (82.3%). Chỉ có 17.7% người bệnh RN được sử dụng thuốc kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố IIa trong nhóm thuốc kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố đông máu được khuyến cáo sử dụng hiện nay, và vẫn còn 14.8% người bệnh RN sử dụng thuốc kháng đông loại kháng vitamin K (VKA).

IV. BÀN LUẬN

Chúng tôi thu thập được 237 trường hợp người bệnh RN đang điều trị ngoại trú phòng khám nội tim mạch, bệnh viện Nhân Dân Gia Định thỏa điều kiện. Trong đó RN cơn [5] là 18%, RN kéo dài/ hoặc kéo dài lâu [5] là 14.6% và RN vĩnh viễn [5] là 67.4%. Kết quả về đặc điểm lâm sàng, điểm yếu tố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VA mới được khuyến cáo áp dụng từ năm 2024 bởi Hội tim mạch Châu Âu, điểm nguy cơ xuất huyết khi sử dụng kháng đông theo thang điểm HASBLED và tỉ lệ sử dụng các thuốc kháng đông uống ở người bệnh RN có những điểm sau:

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu: Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 69,9 tuổi, gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Poole và cộng sự [6] là 68 tuổi, Có 56% người bệnh RN là nữ giới, kết quả này gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Thanh Bình và cộng sự [7] là 66% và có khác biệt với tác giả Poole [6] là 34%. Khác biệt này, do mẫu nghiên cứu (số lượng bệnh RN của tác giả Thanh Bình là 51, của Poole là 1240) và mục tiêu nghiên cứu có khác nhau. Nghiên cứu của Poole về so sánh hiệu quả giữa can thiệp triệt đốt và điều trị thuốc trong tái phát RN, khác với nghiên cứu của chúng tôi và tác giả Thanh Bình [7] chỉ thiên về khảo sát đặc điểm lâm sàng người bệnh RN. Người bệnh RN có EF > 50% là 65.5% gần tương đồng với Poole là 73% và ít hơn so với Thanh Bình là 88.2%, trong khi đó EF

< 40% của chúng tôi là 11,4% nhiều hơn so với 2.7% của tác giả Poole. Dẫn nhĩ trái của nghiên cứu chúng tôi là 71%, cao nhẹ hơn so với tác giả Thanh Bình là 62.8%.

Bệnh đồng mắc khác, là tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm 77.7% và 25.9% gần tương đồng với tác giả Poole là 87.2% và 27.7%. Tiền sử đột quỵ và tắc mạch huyết khối của chúng tôi là 19.1% và 7.2% cao hơn so với tác giả Poole là 9.1% và 4.0%. Tỷ lệ này của chúng tôi cao hơn do người bệnh RN của chúng tôi phần lớn là RN vĩnh viễn (67.4%), với thời gian mắc bệnh RN biết RN từ 1 đến 5 năm là 44.3%, thời gian mắc RN hơn 5 năm là 30.8%, trong khi đó RN vĩnh viễn của tác giả Poole chỉ có 8.9%, thời gian mắc RN trung bình là 1 năm.

Điểm yếu tố nguy cơ đột quỵ theo thang điểm CHA2DS2-VA. Theo khuyến cáo của Hội tim mạch Châu Âu (ESC), ảnh hưởng của giới tính lên đột quỵ và quyết định sử dụng kháng đông dự phòng đột quỵ không khác biệt qua các nghiên cứu [3], vì vậy từ 2024, ESC đã khuyến cáo sử dụng thang điểm CHA2DS2-VA thay thế cho CHA2DS2-VASc trước đây.

Điểm nguy cơ đột quỵ người bệnh RN trung bình của chúng tôi là 3.1 tương đồng với tác giả Poole là 3 điểm. Phần lớn thuộc nhóm nguy cơ trung bình và cao, với điểm 2, 3 và 4 lần lượt là 30.8%, 22.4% và 16%, còn nhóm nguy cơ thấp (0-1 điểm) là 13.5%. Kết quả này tương tự như của tác giả Poole, với điểm nguy cơ đột quỵ người bệnh RN là 2 điểm (24.6%), 3 điểm (30.5%), 4 điểm (15.2%) và 0-1 điểm (16.4%). Kết quả này có khác biệt nhỏ so với tác giả Thanh Bình, người bệnh RN có 2 điểm (9.8%), 3 điểm (25.5%), 4 điểm (23.5%) và 0-1 điểm (25.5%). Khác biệt kết quả về điểm nguy cơ đột quỵ ở người bệnh RN của nghiên cứu chúng tôi và Poole so với tác giả Thanh Bình, có thể do số lượng mẫu nghiên cứu của tác giả Thanh Bình nhỏ (chỉ 51 người bệnh RN) chưa đại diện hết. Riêng nhóm người bệnh RN có điểm ≥ 5 , thì khá tương đồng trong nghiên cứu của chúng tôi và 2 tác giả còn lại là 17.3%, tác giả Poole là 13.4% và Thanh Bình là 15.7%

Mặc dù chúng tôi ứng dụng thang điểm mới CHA2DS2-VA trong nghiên cứu, nhưng thang điểm phân tầng nguy cơ đột quỵ người bệnh RN của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu trước đó của tác giả Poole và cộng sự.

Điểm nguy cơ xuất huyết khi sử dụng kháng đông theo thang điểm HASBLED. Điểm nguy cơ xuất huyết trung bình khi sử dụng thuốc kháng đông ở người bệnh RN theo thang điểm HASBLED trong nghiên cứu là 1.13, trong

đó người bệnh có nguy cơ xuất huyết thấp (0-1 điểm) chiếm 72.6%, nguy cơ trung bình (2 điểm) là 22.4% và nguy cơ cao (3-5 điểm) là 5%. Kết quả này tương đồng với tác giả Thanh Bình, người bệnh RN có điểm HASBLED ≤ 2 là 92.2% và > 2 điểm là 7.8%.

Phần lớn người bệnh RN sử dụng kháng đông có điểm nguy cơ xuất huyết không cao, đặc biệt người bệnh có điểm nguy cơ xuất huyết thấp 0 điểm (20.3%) và 1 điểm (52.3%) chiếm phần lớn.

Tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố đông máu (DOAC) ở người bệnh RN. Thuốc kháng đông được sử dụng ở người bệnh RN bao gồm thuốc kháng Vitamin K (VKA) và thuốc kháng đông ức chế trực tiếp yếu tố đông máu như thuốc kháng đông ức chế yếu tố IIa (Dabigatran) và thuốc kháng đông ức chế yếu tố Xa (Rivaroxaban- Apixaban- Edoxaban). Tất cả người bệnh RN có CHA2DS2-VA ≥ 1 đều được sử dụng kháng đông, trong đó 13.3% người bệnh sử dụng VKA và 86.7% sử dụng thuốc DOAC. Trong 31 (13.3%) người dùng VKA, có 7 trường hợp bệnh thận mạn nặng (eGFR < 30 ml/ph) và 02 trường hợp có bệnh gan mạn, xơ gan Child B.

Trong số những người bệnh RN sử dụng DOAC, có 81.7% dùng Rivaroxaban, 17.8% dùng Dabigatran và 0.5% dùng Apixaban. Việc sử dụng Rivaroxaban ưu thế là do thuốc đa dạng gồm cả thuốc chính hãng và generic. Riêng Dabigatran chỉ có hàng chính hãng, còn Apixaban và Edoxaban thì chưa được hỗ trợ thanh toán. Vẫn còn tỷ lệ gần 15% người bệnh RN dùng VKA liên tục hoặc từng lúc, do khả năng cung ứng thuốc và điều kiện người bệnh có hạn kèm theo.

Việc sử dụng thuốc kháng đông ở người bệnh RN của chúng tôi cao hơn so với nghiên cứu tác giả Văn Toàn [8] với tỷ lệ sử dụng thuốc kháng đông ở người bệnh RN có điểm nguy cơ thuyên tắc huyết khối theo CHA2DS2-VASc ≥ 2 là VKA (73.7%) chủ yếu, kể đó là DOAC (18.4%), còn lại là Aspirin (2.6%) và không sử dụng thuốc chống huyết khối (5.3%).

V. KẾT LUẬN

Hầu hết người bệnh là RN vĩnh viễn và có thời gian mắc RN trên một năm. Điểm nguy cơ thuyên tắc huyết khối trung bình theo CHA2DS2-VA là 3.1 và điểm nguy cơ xuất huyết trung bình theo HASBLED là 1.13. Thuốc kháng đông trực tiếp được sử dụng ở 87% người bệnh RN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Connie W. Tsao, Aaron W. Aday, Zaid I. Almarzoq et al**, "Heart Disease and Stroke Statistics—2023 Update: A Report From the American Heart Association," *Circulation*, tập 147, số 8, pp. e93-e621, 2023.
2. **Odutayo A, Wong CX, Hsiao AJ, et al**, "Atrial fibrillation and risks of cardiovascular disease, renal disease, and death: systematic review and meta-analysis," *BMJ*, số 354, p. i4482, 2016.
3. **Isabelle C. Van Gelder, Michiel Rienstra, Karina V. Bunting et al**, "2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation developed in collaboration with the European Association for Cardio-Thoracic Surgery (EACTS)," *European Heart Journal*, số 00, p. 1–101, 2024.
4. **Wengen Zhu, Wenfeng He, Linjuan Guo et al**, "The HAS-BLED Score for Predicting Major Bleeding Risk in Anticoagulated Patients With Atrial Fibrillation: A Systematic Review and Meta-analysis," *Clin. Cardiol.*, tập 9, số 38, p. 555–561, 2015.
5. **José A. Joglar, Mina K. Chung, Anastasia L. Armbruster et al**, "2023 ACC/AHA/ACCP/HRS Guideline for the Diagnosis and Management of Atrial Fibrillation," *J Am Coll Cardiol*, tập 1, số 83, p. 109–279., 2024.
6. **Jeanne E. Poole, Tristram D. Bahnson, Kristi H. Monahan et al**, "Recurrence of Atrial Fibrillation after Catheter Ablation or Antiarrhythmic Drug Therapy in the CABANA trial," *J Am Coll Cardiol*, tập 75, số 25, p. 3105–18, 2020.
7. **Vũ Thanh Bình, Mai Văn Toàn**, "Một số đặc điểm lâm sàng, yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu não do bệnh van tim tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình," *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 2, số 514, 2022.
8. **Mai Văn Toàn, Vũ Thanh Bình**, "Thực trạng sử dụng kháng đông ở bệnh nhân nhồi máu não do bệnh van tim đến khám tại bệnh viện Đại học Y Thái Bình," *Tạp chí Y học Việt Nam*, tập 1, số 515, 2022.

XÁC ĐỊNH TỶ LỆ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU BẢO TỒN BẰNG THANG ĐIỂM H2FPEF Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI NHẬP VIỆN VÌ KHÓ THỞ

Nguyễn Lê Huy Hoàng¹, Nguyễn Văn Trí², Nguyễn Thanh Huân^{1,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (STPSTMBT), đặc biệt là ở người cao tuổi, việc chẩn đoán và điều trị gặp nhiều khó khăn do triệu chứng không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu khẳng định tầm quan trọng của việc phát hiện sớm STPSTMBT để cải thiện tiên lượng và giảm tỷ lệ nhập viện. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về tỷ lệ chẩn đoán STPSTMBT và các đặc điểm lâm sàng liên quan ở bệnh nhân cao tuổi còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF và mô tả các đặc điểm dịch tễ, nhân trắc học, bệnh đồng mắc, lão khoa, lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện từ tháng 09/2024 đến tháng 12/2024 tại Bệnh viện Thống Nhất. Bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở được đánh giá chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF. **Kết quả:** Trong tổng số 130 bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở, có 84 bệnh nhân (64,62%) được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF. Nghiên cứu ghi nhận các yếu tố liên quan chặt chẽ đến STPSTMBT bao gồm tuổi cao,

giới nữ, tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh thận mạn và hội chứng vành mạn. **Kết luận:** Nghiên cứu cho thấy tỷ lệ chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở là 64,62%. Các yếu tố liên quan đáng kể đến STPSTMBT là tuổi cao, giới nữ, tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh thận mạn và hội chứng vành mạn, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sàng lọc và quản lý STPSTMBT sớm ở đối tượng này.

Từ khóa: suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, thang điểm H2FPEF, người cao tuổi, khó thở

SUMMARY

DETERMINING THE PREVALENCE OF HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION USING THE H2FPEF SCORE IN ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED FOR DYSPNEA

Background: Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF), especially in elderly patients, poses significant challenges in diagnosis and treatment due to non-specific symptoms that can be easily confused with other conditions. Globally, numerous studies have emphasized the importance of early detection of HFpEF to improve prognosis and reduce hospitalization rates. However, in Vietnam, data on the diagnostic rate of HFpEF and related clinical characteristics in elderly patients remain limited. **Objective:** To determine the prevalence of HFpEF diagnosed using the H2FPEF score and to describe the epidemiological, anthropometric, comorbidities, geriatric, clinical, and paraclinical characteristics of elderly patients hospitalized for unexplained dyspnea. **Methods:** A descriptive cross-

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

³Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.2.225

Ngày duyệt bài: 24.3.2025