

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 nhức rung nhĩ không 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 nhức rung nhĩ không 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

sectional study was conducted from September 2024 to December 2024 at Thong Nhat Hospital. Elderly patients admitted for unexplained dyspnea were evaluated for HFpEF diagnosis using the H2FPEF score. **Results:** Among 130 elderly patients hospitalized for unexplained dyspnea, 84 patients (64.62%) were diagnosed with HFpEF using the H2FPEF score. The study identified significant associations between HFpEF and factors such as advanced age, female gender, hypertension, atrial fibrillation, chronic kidney disease, and chronic coronary syndrome. **Conclusion:** The study revealed that 64.62% of elderly patients hospitalized for unexplained dyspnea were diagnosed with HFpEF using the H2FPEF score. Key factors associated with HFpEF include advanced age, female gender, hypertension, atrial fibrillation, chronic kidney disease, and chronic coronary syndrome, highlighting the importance of early screening and management of HFpEF in this patient group.

Keywords: heart failure with preserved ejection fraction, H2FPEF score, elderly patients, dyspnea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Dân số toàn cầu đang già hóa nhanh chóng. Liên Hợp Quốc dự báo số người từ 65 tuổi trở lên sẽ tăng từ 703 triệu người vào năm 2019 lên 1,5 tỷ người vào năm 2050, chiếm khoảng 16% dân số thế giới¹. Tại Việt Nam, quá trình già hóa dân số bắt đầu từ năm 2012 với 10,2% dân số trên 60 tuổi và dự kiến sẽ đạt 20,1% vào năm 2038. Suy tim là bệnh lý phổ biến ở người cao tuổi. Tại Hoa Kỳ, tỷ lệ mắc suy tim là 1,8%, tương đương khoảng 6,7 triệu người vào năm 2022². Tại Việt Nam, ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu người mắc suy tim, chiếm khoảng 1–1,5% dân số. STPSTMBT chiếm khoảng 50% tổng số ca suy tim và có tỷ lệ tử vong cũng như tái nhập viện cao. Việc chẩn đoán STPSTMBT gặp nhiều khó khăn do triệu chứng không đặc hiệu, thiếu các chỉ dấu cận lâm sàng rõ ràng và dễ nhầm lẫn với các biểu hiện của quá trình lão hóa. Các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện tại thường yêu cầu các phương pháp kỹ thuật cao, chi phí lớn và mang tính xâm lấn. Thang điểm H2FPEF, với độ nhạy 76%³, đã được chứng minh là công cụ đơn giản, hiệu quả trong việc hỗ trợ chẩn đoán STPSTMBT, giúp giảm bớt các xét nghiệm cận lâm sàng không cần thiết. Nghiên cứu này được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất nhằm đánh giá khả năng áp dụng thang điểm H2FPEF trong chẩn đoán STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở. Mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở bằng thang điểm H2FPEF.
2. Phân tích các đặc điểm dịch tễ, nhân trắc học, bệnh đồng mắc, lão khoa, lâm sàng và cận

lâm sàng của bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

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

2.2. Thời gian nghiên cứu: từ tháng 9/2024 đến tháng 12/2024.

2.3. Đối tượng nghiên cứu: Người ≥60 tuổi có triệu chứng khó thở tại Bệnh viện Thống Nhất.

2.4. Cỡ mẫu: áp dụng công thức tính cỡ mẫu ước lượng một tỉ lệ:

$$N = Z^2 \frac{p(1-p)}{d^2}$$

Chọn $p = 0,5$. Với $\alpha = 0,05$, $d = 0,09$; cỡ mẫu nghiên cứu tối thiểu là 119.

2.5. Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện liên tục.

2.6. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥60 tuổi, đang điều trị tại Bệnh viện Thống Nhất với triệu chứng khó thở và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: khó thở do nguyên nhân khác đã xác định (đợt cấp COPD, cơn hen cấp, viêm phổi, thuyên tắc phổi cấp...), mắc bệnh nặng (bệnh thận mạn độ 4 trở lên, xơ gan Child-Pugh C, ung thư mọi giai đoạn...), tình trạng cấp cứu cần can thiệp khẩn (NMCT cấp, nhiễm trùng nặng...), đã được chẩn đoán suy tim trước đó.

2.7. Phương pháp thu thập số liệu: thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu.

2.8. Định nghĩa biến số. Biến số về chẩn đoán STPSTMBT: được đánh giá theo thang điểm H2FPEF, là biến số nhị giá, gồm 2 giá trị:⁵ ≥6: có STPSTMBT và <6: không STPSTMBT.

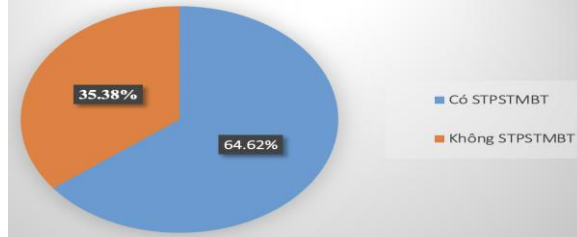
Các biến số nền: dịch tễ, nhân trắc học, bệnh đồng mắc, lão khoa, lâm sàng và cận lâm sàng.

2.9. Xử lý số liệu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 17. Các biến số định tính được mô tả bằng tần số (n) và tỉ lệ (%). Các biến số định lượng được mô tả bằng trung bình ± độ lệch chuẩn (phân phối bình thường) hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) (phân phối không bình thường). Phép kiểm chi bình phương hoặc Fisher so sánh sự khác biệt giữa các biến định tính. Kiểm định t để so sánh các biến định lượng phân phối bình thường. Khác biệt có nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.10. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh, số 2259/ĐHYD- HĐĐĐ ngày 9 tháng 9 năm 2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu này thu nhận được 130 bệnh nhân ≥ 60 tuổi suy tim phân suất tống máu thất trái giảm điều trị ngoại trú. Kết quả nghiên cứu ghi nhận được như sau:



Hình 1. Tỷ lệ chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở

Biểu đồ cho thấy tỷ lệ bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF là 64,62%, trong khi 35,38% không được chẩn đoán mắc STPSTMBT. Điều này cho thấy STPSTMBT là một tình trạng phổ biến ở nhóm bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng thang điểm H2FPEF để sàng lọc và chẩn đoán sớm suy tim trong nhóm đối tượng này.

Bảng 1. Đặc điểm dịch tễ và nhân trắc học của dân số nghiên cứu (n = 130)

Đặc điểm	Tổng số bệnh nhân (n=130)	Bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF (n=84)	Bệnh nhân không được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF (n=46)	p
Tuổi, năm	74,97 $\pm$ 8,58	77,02 $\pm$ 8,69	71,22 $\pm$ 7,03	<0,001
Tuổi ≥ 75 , n (%)	60 (46,15%)	51 (85%)	9 (15%)	<0,001
Giới tính				0,024
Nam giới, n (%)	59 (45,38%)	32 (54,24%)	27 (45,76%)	
Nữ giới, n (%)	71 (54,62%)	52 (73,24 %)	19 (26,76%)	
Nơi sống				0,633
TP. HCM, n (%)	118 (90,77%)	77 (65,25%)	41 (34,75%)	
Ngoài TP. HCM, n (%)	12 (9,23%)	7 (58,33%)	5 (41,67%)	
BMI, kg/m ²	22,6 $\pm$ 3,52	22,61 $\pm$ 3,9	22,57 $\pm$ 2,71	0,9508
Cân nặng thấp, n (%)	13 (10%)	8 (61,54%)	5 (38,46%)	
Bình thường, n (%)	91 (70%)	58 (63,74%)	33 (36,26%)	
Dư cân, n (%)	22 (16,92%)	14 (63,64%)	8 (36,36%)	
Béo phì, n (%)	4 (3,08%)	4 (100%)	0 (0%)	

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF có tuổi trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm không được chẩn đoán. Tỷ lệ nữ giới trong nhóm được chẩn đoán cũng cao hơn đáng kể so với

nhóm không được chẩn đoán. Đáng chú ý, nhóm được chẩn đoán STPSTMBT có 100% bệnh nhân béo phì, trong khi nhóm không được chẩn đoán không ghi nhận trường hợp nào.

Bảng 2. Đặc điểm bệnh đồng mắc và lão khoa của dân số nghiên cứu (n = 130)

Đặc điểm	Tổng số bệnh nhân (n=130)	Bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF (n=84)	Bệnh nhân không được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF (n=46)	p
Tăng huyết áp	115 (88,46%)	78 (67,83%)	37 (32,17%)	0,034
RLCH lipid máu	109 (83,85%)	66 (60,55%)	43 (39,45%)	0,027
Rung nhĩ	98 (75,38%)	84 (85,71%)	14 (14,29%)	<0,001
Hội chứng vành mạn	83 (63,85%)	62 (74,70%)	21 (25,30%)	0,001
Đái tháo đường	77 (59,23%)	53 (68,83%)	24 (31,17%)	0,226
Bệnh thận mạn	49 (37,69%)	37 (75,51%)	12 (24,49%)	0,043
CFS	7,03 $\pm$ 1,16	7,56 $\pm$ 0,99	6,07 $\pm$ 0,77	<0,001
ADL	1,97 $\pm$ 1,16	1,44 $\pm$ 0,99	2,93 $\pm$ 0,77	<0,001
IADL	3,44 $\pm$ 1,74	2,63 $\pm$ 1,45	4,91 $\pm$ 1,19	<0,001

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT có tỷ lệ mắc tăng huyết áp (67,83%) và rối loạn chuyển hóa lipid máu (60,55%) cao hơn đáng kể so với nhóm không được chẩn đoán

(32,17% và 39,45%), với ý nghĩa thống kê lần lượt là p = 0,034 và p = 0,027. Đặc biệt, tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm được chẩn đoán rất cao (85,71%) so với nhóm không được chẩn đoán

(14,29%), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cao ($p < 0,001$). Tỷ lệ mắc hội chứng vành mạn (74,70% so với 25,30%, $p = 0,001$) và bệnh thận mạn (75,51% so với 24,49%, $p = 0,043$) cũng cao hơn ở nhóm được chẩn đoán. Tuy nhiên, tỷ lệ đái tháo đường không có sự khác biệt rõ rệt giữa hai nhóm ($p = 0,226$). Về các thang điểm đánh giá, nhóm được chẩn đoán có điểm CFS ($7,56 \pm$

$0,99$), ADL ($1,44 \pm 0,99$) và IADL ($2,63 \pm 1,45$) thấp hơn đáng kể so với nhóm không được chẩn đoán (CFS: $6,07 \pm 0,77$, ADL: $2,93 \pm 0,77$, IADL: $4,91 \pm 1,19$), với $p < 0,001$. Điều này cho thấy nhóm được chẩn đoán STPSTMBT có tình trạng sức khỏe tổng thể kém hơn và khả năng tự chăm sóc giảm sút.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu ($n = 130$)

Đặc điểm	Tổng số bệnh nhân ($n=130$)	Bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF ($n=84$)	Bệnh nhân không được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF ($n=46$)	p
Nhịp thở, lần/phút	$20,22 \pm 3,07$	$21 \pm 3,14$	$18,78 \pm 2,37$	$<0,001$
SpO ₂ , %	$92,02 \pm 3,82$	$91,62 \pm 3,46$	$92,74 \pm 4,35$	0,1102
NYHA				$<0,001$
NYHA II	13 (10%)	0 (0%)	13 (100%)	
NYHA III	90 (69,23%)	57 (63,33%)	33 (36,67%)	
NYHA IV	27 (20,77%)	27 (100%)	0 (0%)	
Phù ngoại biên	71 (54,62%)	61 (85,92%)	10 (14,08%)	$<0,001$
Ran ẩm	66 (50,77%)	35 (53,03%)	31 (46,97%)	0,005
Tĩnh mạch cổ nổi	64 (49,23%)	55 (85,94%)	9 (14,06%)	$<0,001$
Phân suất tổng máu thất trái	$67,8 \pm 7,36$	$67,3 \pm 7,66$	$68,72 \pm 6,76$	
E/e' >9	87 (66,92%)	57 (65,52%)	30 (34,48%)	0,760
PASP >35 mmHg	76 (58,46%)	70 (92,11%)	6 (7,89%)	$<0,001$

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT có nhịp thở trung bình cao hơn so với nhóm không được chẩn đoán. Về phân loại NYHA, nhóm được chẩn đoán tập trung hoàn toàn ở mức độ III (63,33%) và IV (100%), trong khi nhóm không được chẩn đoán chỉ ở mức độ II (100%) và III (36,67%) ($p < 0,001$). Các triệu chứng lâm sàng như phù ngoại biên (85,92% so với 14,08%, $p < 0,001$), tĩnh mạch cổ nổi (85,94% so với 14,06%, $p < 0,001$) và ran ẩm (53,03% so với 46,97%, $p = 0,005$) đều xuất hiện nhiều hơn ở nhóm được chẩn đoán. Thông số PASP >35 mmHg cũng ghi nhận tỷ lệ cao hơn ở nhóm được chẩn đoán (92,11%) so với nhóm không được chẩn đoán (7,89%) ($p < 0,001$). Riêng chỉ số E/e' >9 không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p = 0,760$). Nhìn chung, nhóm được chẩn đoán STPSTMBT có các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng nghiêm trọng hơn đáng kể so với nhóm không được chẩn đoán.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng trong 130 bệnh nhân nhập viện vì khó thở, có 84 bệnh nhân (64,62%) được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF. Ngoài ra, nghiên cứu cũng cho thấy những bệnh nhân này thường có các đặc điểm sau: tuổi cao, tỷ lệ nữ giới chiếm ưu thế, cùng với sự hiện diện của các

bệnh lý đi kèm như tăng huyết áp, rung nhĩ, hội chứng vành mạn và bệnh thận mạn. Dựa trên các kết quả này, chúng tôi tiến hành thảo luận những vấn đề liên quan nhằm làm rõ mối liên hệ giữa các yếu tố nguy cơ và khả năng chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF:

4.1. Tỷ lệ STPSTMBT dựa trên thang điểm H2FPEF ở người cao tuổi nhập viện vì khó thở. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận rằng tỷ lệ chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở là 64,62%. Kết quả này cho thấy STPSTMBT là một nguyên nhân phổ biến gây khó thở ở nhóm bệnh nhân này, đồng thời khẳng định tính hiệu quả của thang điểm H2FPEF trong việc sàng lọc và chẩn đoán STPSTMBT. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đó, đặc biệt là nghiên cứu của Reddy và cộng sự (2018), trong đó thang điểm H2FPEF được xây dựng dựa trên 6 yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng gồm béo phì, rung nhĩ, tuổi >60, sử dụng ≥ 2 thuốc hạ huyết áp, E/e' >9 và áp lực động mạch phổi (PASP) >35 mmHg. Thang điểm này cho thấy khả năng chẩn đoán STPSTMBT với độ chính xác cao, với diện tích dưới đường cong (AUC) đạt 0,841 và tăng lên 0,886 khi kiểm chứng trên nhóm bệnh nhân khác⁴. Ngoài ra, nghiên cứu của Barandiarán Aizpurua và cộng sự (2019) đã xác nhận giá trị chẩn đoán cao của thang điểm

HFA-PEFF, với độ chính xác chẩn đoán đạt 0,90, độ nhạy 99% và độ đặc hiệu 93%⁵. Tuy nhiên, nghiên cứu gần đây của Reddy và cộng sự (2022) trên 736 bệnh nhân đã chỉ ra rằng thang điểm STPSTMBT có hiệu quả chẩn đoán vượt trội hơn so với thang điểm HFA-PEFF. Cụ thể, H2FPEF có AUC là 0,845 so với 0,710 của HFA-PEFF, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Thang điểm H2FPEF cũng cho thấy tỷ lệ âm tính giả thấp hơn (25%) so với HFA-PEFF (55%)⁴. Hơn nữa, nghiên cứu cũng so sánh với tiêu chuẩn vàng là đo áp lực mao mạch phổi (PCWP) trong khi gắng sức. Việc sử dụng tỷ lệ PCWP/CO thay thế đã dẫn đến việc phân loại sai 20% bệnh nhân, trong đó nhiều bệnh nhân bị phân loại sai vẫn có các đặc điểm lâm sàng, siêu âm tim và huyết động học điển hình của STPSTMBT, bao gồm STPSTMBT lúc nghỉ tăng cao ở 66% số bệnh nhân⁴. Kết hợp với dữ liệu từ Barry A Borlaug, cho thấy STPSTMBT chiếm 40-60% các trường hợp suy tim ở người lớn tuổi⁶, kết quả nghiên cứu của chúng tôi càng khẳng định rằng STPSTMBT là bệnh lý phổ biến và việc áp dụng thang điểm H2FPEF là công cụ hiệu quả trong phát hiện sớm STPSTMBT. Điều này giúp định hướng điều trị phù hợp, giảm tỷ lệ nhập viện và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

4.2. Đặc điểm dịch tễ, nhân trắc học, bệnh đồng mắc, lão khoa, lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF. Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (STPSTMBT) bằng thang điểm H2FPEF có tuổi trung bình cao hơn đáng kể so với nhóm không được chẩn đoán. Đặc biệt, tỷ lệ bệnh nhân ≥ 75 tuổi ở nhóm này chiếm 85%, cao hơn nhiều so với nhóm không được chẩn đoán. Về giới tính, nữ giới chiếm tỷ lệ cao hơn ở nhóm được chẩn đoán (73,24%) so với nhóm không mắc bệnh (26,76%) ($p = 0,024$). Chỉ số BMI trung bình giữa hai nhóm không khác biệt nhưng tỷ lệ bệnh nhân béo phì ở nhóm được chẩn đoán là 100% so với 0% ở nhóm không được chẩn đoán.

Các bệnh đồng mắc phổ biến ở nhóm bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bao gồm: tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, rung nhĩ, hội chứng vành mạn và bệnh thận mạn. Sự khác biệt giữa hai nhóm có ý nghĩa thống kê, đặc biệt là rung nhĩ và hội chứng vành mạn.

Các dấu hiệu lâm sàng khác như phù ngoại biên, tĩnh mạch cổ nổi và ran ẩm đều xuất hiện nhiều hơn ở nhóm được chẩn đoán. Chỉ số áp lực động mạch phổi (PASP) > 35 mmHg xuất hiện

ở 92,11% bệnh nhân được chẩn đoán, so với 7,89% ở nhóm không được chẩn đoán ($p < 0,001$). Tuy nhiên, chỉ số E/e' > 9 không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm ($p = 0,760$). Điều này cho thấy các dấu hiệu tăng áp lực động mạch phổi có giá trị chẩn đoán STPSTMBT cao hơn các chỉ số về chức năng tâm trương thất trái.

Nhóm bệnh nhân được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF có đặc điểm nổi bật là tuổi cao, tỷ lệ nữ giới cao, mắc nhiều bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh thận mạn, cùng với tình trạng sức khỏe tổng quát suy giảm rõ rệt. Các dấu hiệu lâm sàng như phù ngoại biên, tĩnh mạch cổ nổi và tăng áp lực động mạch phổi là những yếu tố quan trọng trong chẩn đoán STPSTMBT ở nhóm bệnh nhân này.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 64,62% bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì khó thở được chẩn đoán STPSTMBT bằng thang điểm H2FPEF. Nghiên cứu cũng cho thấy rằng 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. Những phát hiện này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc sử dụng thang điểm H2FPEF trong sàng lọc và chẩn đoán STPSTMBT, giúp phát hiện sớm và can thiệp kịp thời nhằm cải thiện tiên lượng và chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **United Nations D of E and SAPD.** World Population Prospects 2019, Online Edition. Rev. 1.; 2019. Accessed July 22, 2024. <https://population.un.org/wpp2019/>
2. **Bozkurt B, Atakum ZB.** HF Stats: Heart Failure Epidemiology and Outcomes Statistics A Report of the Heart Failure Society of America. J Card Fail. 2023;29(7):706-714.
3. **Reddy YN V., Kaye DM, Handoko ML, et al.** Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction Among Patients With Unexplained Dyspnea. JAMA Cardiol. 2022;7(9):891.
4. **Reddy YNV, Carter RE, Obokata M, Redfield MM, Borlaug BA.** A Simple, Evidence-Based Approach to Help Guide Diagnosis of Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. Circulation. 2018;138(9):861-870.
5. **Barandiarán Aizpurua A, Sanders-van Wijk S, Brunner-La Rocca HP, et al.** Validation of the HFA-PEFF score for the diagnosis of heart failure with preserved ejection fraction. Eur J Heart Fail. 2020;22(3):413-421.
6. **Barry A Borlaug.** Heart failure with preserved ejection fraction: Clinical manifestations and diagnosis. In: Connor RF, ed. UpToDate. Wolters Kluwer; 2024.