

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Feigin VL, Brainin M, Norrving B, et al. World Stroke Organization (WSO): Global Stroke Fact Sheet 2022. *Int J Stroke Off J Int Stroke Soc.* 2022; 17(1): 18-29. Doi:1177/ 17474930211065917
2. Nguyễn Thế Anh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi có bệnh đái tháo đường. Viện nghiên cứu Khoa học Y Dược Lâm sàng 108, 2018.
3. Chu Văn Vinh. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực tế áp dụng tiêu chuẩn chất lượng về xử trí đột quỵ não ở Việt Nam trên bệnh nhân đột quỵ thiếu máu não tại bệnh viện Việt Đức. *Hội Thần Kinh Học Việt Nam*. Published June 28, 2022. Accessed September 7, 2022.
4. Phạm Thị Thu Hà. Nhận xét một số đặc điểm dịch tễ lâm sàng, cận lâm sàng của tai biến mạch máu não tại Bệnh viện E (2000-2001). Đại học Y Hà Nội; 2002.
5. Đinh Văn Thắng. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân tai biến mạch máu não tại khoa thần kinh bệnh viện Thanh Nhân. *Bác sỹ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Hà Nội*, 2007.
6. Ngô Thanh Sơn. Nghiên cứu lâm sàng và hình ảnh siêu âm Doppler động mạch cảnh ngoài sọ ở bệnh nhân nhồi máu não trên lều giai đoạn cấp có đái tháo đường. *Luận án Tiến sỹ. Học viện quân y*; 2016.
7. Phan Thị Hường. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của nhồi máu não ở người cao tuổi tại khoa Thần kinh bệnh viện Bạch Mai. *Luận văn bác sỹ chuyên khoa II. Đại học Y Hà Nội*; 2004.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ Ở BỆNH NHÂN SUY TIM MẤT BÙ CẤP

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim mất bù cấp (STMBC) là một tình trạng lâm sàng phổ biến, đòi hỏi nhập viện và điều trị tích cực. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực hành điều trị giúp hiểu rõ hơn về thực trạng quản lý bệnh nhân STMBC tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị của bệnh nhân nhập viện vì STMBC nhập viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu kết hợp hồi cứu trên 223 bệnh nhân STMBC nhập viện từ 1/2022 đến 9/2024. Dữ liệu được thu thập và phân tích phần mềm SPSS 25.0. **Kết quả:** Tuổi trung vị của bệnh nhân là 67 tuổi, 57,4% từ 65 tuổi trở lên. Các bệnh đồng mắc phổ biến bao gồm rối loạn lipid máu (72,2%), tăng huyết áp (68,6%) và rung nhĩ (42,2%). Các yếu tố thúc đẩy thường gặp là rối loạn nhịp tim (26,3%), nhiễm trùng (25,4%) và không tuân thủ điều trị (25,0%). Triệu chứng chủ yếu khi nhập viện gồm khó thở (84,3%), phù ngoại biên (50,7%) và rales phổi (53,4%), với 51,6% bệnh nhân ở phân độ NYHA III. Cận lâm sàng ghi nhận 46,6% bệnh nhân thiếu máu, 49,7% có eGFR <60 mL/phút/1.73 m² và 57,4% suy tim với phân suất tống máu thất trái (PSTMTT) giảm. Việc điều trị suy tim theo khuyến cáo được áp dụng rộng rãi khi xuất viện với tỉ lệ sử dụng

Hoàng Huy Trường^{1,2}, Nguyễn Hoàng Hải³,
Nguyễn Thị Thu Quyên¹, Hà Hoài Nam⁴

thuốc ức chế hệ RAAS (79,8%), chẹn beta (81,2%), SGLT2i (77,6%) và MRA (76,2%). Trong nhóm suy tim PSTMTT giảm, 68% bệnh nhân được kê đơn đầy đủ cả 4 nhóm thuốc nền tảng. **Kết luận:** Bệnh nhân STMBC nhập viện có tỉ lệ bệnh đồng mắc cao, triệu chứng nặng và được điều trị theo khuyến cáo. Việc tối ưu hóa điều trị nội khoa có thể góp phần cải thiện hiệu quả quản lý bệnh nhân STMBC.

Từ khóa: Suy tim mất bù cấp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT IN PATIENTS WITH ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE

Background: Acute decompensated heart failure (ADHF) is a common clinical condition requiring hospitalization and intensive treatment. Understanding its clinical, paraclinical characteristics, and treatment practices is essential for improving patient management in Vietnam. **Objective:** To describe the clinical, paraclinical characteristics, and treatment of hospitalized ADHF patients. **Methods:** A prospective and retrospective cohort study was conducted on 223 ADHF patients admitted from January 2022 to September 2024. Data were collected and analyzed using SPSS 25.0. **Results:** The median patient age was 67 years, with 57.4% aged ≥65 years. Common comorbidities included dyslipidemia (72.2%), hypertension (68.6%), and atrial fibrillation (42.2%). The leading precipitating factors were arrhythmias (26.3%), infections (25.4%), and non-adherence to treatment (25.0%). The most frequent symptoms were dyspnea (84.3%), peripheral edema (50.7%), and pulmonary rales (53.4%), with 51.6% of patients classified as NYHA III at admission. Paraclinical

¹Trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch, Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Tim Tâm Đức, Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Nhân dân Gia Định, TP. Hồ Chí Minh

⁴Bệnh viện Trung ương Quân đội 108, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hà Hoài Nam

Email: hahoaainam29@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2025

Ngày duyệt bài: 20.5.2025

findings showed anemia in 46.6% of patients, eGFR <60 mL/min/1.73 m² in 49.7%, and reduced left ventricular ejection fraction (LVEF) in 57.4%. Guideline-directed medical therapy at discharge was widely applied, with RAAS inhibitors (79.8%), beta-blockers (81.2%), SGLT2 inhibitors (77.6%), and MRAs (76.2%). Notably, 68% of patients with reduced LVEF received all four foundational therapies. **Conclusion:** ADHF patients had a high burden of comorbidities, severe symptoms at admission, and received treatment following guidelines. Optimizing medical therapy may improve ADHF management and outcomes.

Keywords: Acute decompensated heart failure, clinical characteristics, paraclinical findings, treatment.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim mất bù cấp (STMBC) là một tình trạng lâm sàng nghiêm trọng, có tỉ lệ tử vong và tái nhập viện cao, làm gia tăng gánh nặng cho hệ thống y tế và ảnh hưởng đáng kể đến chất lượng sống của bệnh nhân [1]. Trên thế giới, tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau nhập viện do STMBC có thể lên đến 10–12%, trong khi tỉ lệ tái nhập viện trong 6 tháng đầu dao động từ 30–50%. Tại Việt Nam, nghiên cứu cho thấy tỉ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân suy tim cấp là 6,8%, tử vong 30 ngày là 10,4% [2], tuy nhiên, dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực hành điều trị nhóm bệnh nhân này vẫn còn hạn chế.

Sự gia tăng tỉ lệ mắc STMBC có liên quan mật thiết đến sự phổ biến của các bệnh đồng mắc như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường và suy thận mạn. Những yếu tố này không chỉ làm suy giảm chức năng tim mà còn làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch và nhập viện tái phát. Hiểu rõ đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân STMBC là chìa khóa giúp tiên lượng và tối ưu hóa chiến lược điều trị. Các hướng dẫn điều trị gần đây nhấn mạnh tầm quan trọng của liệu pháp nội khoa nền tảng, bao gồm thuốc ức chế hệ renin-angiotensin-aldosterone (RAAS), chẹn beta, thuốc lợi tiểu, đối kháng thụ thể mineralocorticoid (MRA) và nhóm thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển natri-glucose 2 (SGLT2i). Tuy nhiên, mức độ tuân thủ điều trị và hiệu quả áp dụng tại thực hành lâm sàng ở Việt Nam vẫn chưa được nghiên cứu đầy đủ.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thực hành điều trị của bệnh nhân STMBC nhập viện, từ đó cung cấp dữ liệu thực tiễn giúp định hướng chiến lược quản lý bệnh nhân STMBC hiệu quả hơn tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥ 18

tuổi, nhập viện với chẩn đoán STMBC tại bệnh viện Nhân dân Gia Định từ tháng 1/2022 đến tháng 9/2024. Chẩn đoán STMBC được theo tiêu chuẩn của Hội Tim Châu Âu (ESC) về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn [1], được đồng thuận bởi Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022, bao gồm ít nhất một triệu chứng cơ năng, một triệu chứng thực thể, bất thường NT-proBNP và bất thường trên siêu âm tim. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bao gồm bệnh nhân nhập viện vì hội chứng động mạch vành cấp, sốc tim, rối loạn nhịp đe dọa tính mạng, ngưng tim khi nhập viện, ung thư tiến triển, hoặc đang điều trị ngoại khoa, hóa trị, xạ trị.

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiến cứu kết hợp hồi cứu.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

Phương pháp tiến hành: Bệnh nhân nghi ngờ STMBC được thu thập thông tin qua hỏi bệnh, khám lâm sàng và thực hiện các cận lâm sàng cơ bản (xét nghiệm máu, X-quang ngực, điện tâm đồ, siêu âm tim). Các biến số gồm đặc điểm nhân trắc học (tuổi, giới tính, chỉ số khối cơ thể), lâm sàng (triệu chứng, tiền sử bệnh lý) và cận lâm sàng (hemoglobin, creatinine, NT-proBNP, siêu âm tim).

Xử lý số liệu: Dữ liệu được phân tích bằng SPSS 25.0. Biến định tính được trình bày dưới dạng số lượng và tỉ lệ (%), biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng kiểm định Kolmogorov-Smirnov. Biến có phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình và độ lệch chuẩn, biến không phân phối chuẩn bằng trung vị và tứ phân vị (TPV).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận 223 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Trung vị tuổi của bệnh nhân là 67 (TPV: 55–77), 57,4% bệnh nhân tuổi ≥ 65 , nữ giới chiếm 52,9%. Thời gian nằm viện có giá trị trung vị là 7 (TPV: 5–9) ngày.

Rối loạn lipid máu (72,2%), tăng huyết áp (68,6%), rung nhĩ (42,2%), bệnh mạch vành (38,6%), đái tháo đường (32,3%) là các bệnh đồng mắc thường gặp nhất ở các bệnh nhân này.

Về biểu hiện lâm sàng, khó thở (84,3%), phù ngoại biên (50,7%), rales ở phổi (53,4%) là biểu hiện phổ biến nhất khi nhập viện. Tỉ lệ đau ngực ghi nhận ở 13,5% bệnh nhân. Hơn một nửa bệnh nhân (51,6%) nhập viện với phân độ NYHA III (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=223)
Tuổi, TV (TPV)	67 (55; 77)
Tuổi ≥ 65 , n (%)	128 (57,4)
Nữ giới, n (%)	118 (52,9)
BMI, TV (TPV), kg/m ²	22,6 (19,9; 25,6)
Bệnh đồng mắc	
Bệnh mạch vành, n (%)	86 (38,6)
Tăng huyết áp, n (%)	153 (68,6)
Đái tháo đường, n (%)	72 (32,3)
Rối loạn lipid máu, n (%)	161 (72,2)
Rung nhĩ, n (%)	94 (42,2)
Bệnh thận mạn, n (%)	55 (24,7)
Đột quỵ, n (%)	24 (10,8)
Cường giáp, n (%)	19 (8,5)
BPTNMT/Hen phế quản, n (%)	14 (6,3)
Bệnh động mạch ngoại biên, n (%)	11 (4,9)
Biểu hiện lâm sàng	
Khó thở, n (%)	188 (84,3)
Đau ngực, n (%)	30 (13,5)
Rales ở phổi, n (%)	119 (53,4)
Phù ngoại biên, n (%)	113 (50,7)
NYHA I, n (%)	7 (3,1)
NYHA II, n (%)	44 (19,7)
NYHA III, n (%)	115 (51,6)
NYHA IV, n (%)	57 (25,6)
HATTh, TV (TPV), mmHg	130 (110; 150)
HATTr, TV (TPV), mmHg	80 (70; 90)
Tần số tim, TV (TPV), nhịp/phút	90 (79; 102)

Chú thích: BPTNMT: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính; eGFR: estimated glomerular filtration rate, độ lọc cầu thận ước tính; HATTh: huyết áp tâm thu; HATTr: huyết áp tâm trương; NYHA: New York Heart Association.

Các yếu tố thúc đẩy suy tim mất bù cấp được trình bày ở Bảng 2. Rối loạn nhịp tim (26,3%), nhiễm trùng (25,4%) và không tuân thủ điều trị (25%) là các yếu tố thường gặp nhất.

Bảng 2. Yếu tố thúc đẩy suy tim mất bù cấp

Đặc điểm	Chung (n=223)
Rối loạn nhịp tim, n (%)	59 (26,3)
Nhiễm trùng, n (%)	57 (25,4)
Không tuân thủ điều trị, n (%)	56 (25,0)
Cường giáp, n (%)	10 (4,5)
Đợt cấp BPTNMT/cơn hen cấp, n (%)	5 (2,2)
Thuyên tắc phổi, n (%)	2 (0,9)
Không rõ, n (%)	11 (4,9)

Chú thích: BPTNMT: bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính.

Về đặc điểm cận lâm sàng, trung vị hemoglobin là 127 (TPV: 111–140) g/L. Tỷ lệ bệnh nhân thiếu máu là 46,6%, trong đó thiếu máu nhẹ chiếm ưu thế (37,7%), tiếp theo là trung bình (7,2%) và nặng (1,7%). Trung vị creatinine huyết thanh là 103,8 (TPV: 81–130,7) $\mu\text{mol/L}$.

50,3% bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính (eGFR) bình thường hoặc giảm nhẹ (≥ 60 mL/phút/1.73m²), 46,6% bệnh nhân có eGFR giảm trung bình-nặng (30–59 mL/phút/1.73 m²) và 3,1% bệnh nhân có eGFR giảm rất nặng (15–29 mL/phút/1.73 m²) (Bảng 3).

Về đặc điểm trên siêu âm tim, 57,4% bệnh nhân có suy tim phân suất tổng máu thất trái (PSTMTT) giảm ($\leq 40\%$), 34,1% bệnh nhân suy tim PSTMTT bảo tồn ($\geq 50\%$). Tỷ lệ bệnh nhân lớn thất trái là 49,5%, lớn nhĩ trái là 80,3%, hở van 2 lá trung bình-nặng là 23,8%, hở van 3 lá trung bình-nặng là 26,9%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=223)
Hemoglobin, TV (TPV), g/L	127 (111; 140)
Thiếu máu, n (%)	104 (46,6)
Creatinine, TV (TPV), $\mu\text{mol/L}$	103,8(81;130,7)
eGFR, TV (TPV), mL/phút/1.73m ²	60 (47; 77)
• >90 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	28 (12,6)
• 60–89 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	84 (37,7)
• 45–59 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	62 (27,8)
• 30–44 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	42 (18,8)
• 15–29 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	7 (3,1)
• <15 mL/phút/1.73 m ² , n (%)	0 (0)
NT-proBNP, TV (TPV), pg/mL	4436 (2269; 9342,5)
PSTMTT, TV (TPV), %	37 (27; 56)
• PSTMTT giảm, n (%)	128 (57,4)
• PSTMTT giảm nhẹ, n (%)	19 (8,5)
• PSTMTT bảo tồn, n (%)	76 (34,1)
Lớn thất trái, n (%)	110 (49,5)
Lớn nhĩ trái, n (%)	179 (80,3)
Hở van 2 lá trung bình-nặng, n (%)	53 (23,8)
Hở van 3 lá trung bình-nặng, n (%)	60 (26,9)

Đặc điểm điều trị nội viện và xuất viện được trình bày ở Bảng 4. Tỷ lệ bệnh nhân được điều trị thuốc ức chế hệ RAAS, chẹn beta, SGLT2i, MRA khi xuất viện lần lượt là 79,8%, 81,2%, 77,5% và 76,2%.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Chung (n=223)
Điều trị nội viện	
Ức chế hệ RAAS, n (%)	189 (84,4)
Chẹn beta, n (%)	183 (81,7)
SGLT-2i, n (%)	154 (68,8)
MRA, n (%)	172 (76,8)
Statin, n (%)	191 (85,3)
Lợi tiểu quai, n (%)	186 (87,5)
Điều trị xuất viện	
Ức chế hệ RAAS, n (%)	178 (79,8)

Chẹn beta, n (%)	181 (81,2)
SGLT-2i, n (%)	173 (77,6)
MRA, n (%)	170 (76,2)
Statin, n (%)	180 (80,7)
Lợi tiểu quai, n (%)	150 (67,3)

Khi phân tích ở phân nhóm bệnh nhân suy tim PSTMTT giảm, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị đủ 4 nhóm thuốc suy tim theo khuyến cáo (thuốc ức chế hệ RAAS, chẹn beta, SGLT2i, MRA) trong thời gian nội viện và xuất viện lần lượt là 59,4% và 68%.

Bảng 5. Đặc điểm điều trị bốn nhóm thuốc chính suy tim ở phân nhóm bệnh nhân có phân suất tống máu thất trái giảm

Đặc điểm	Chung (n=128)
Điều trị nội viện	
4 nhóm thuốc, n (%)	76 (59,4)
3 nhóm thuốc, n (%)	34 (26,6)
2 nhóm thuốc, n (%)	14 (10,9)
1 nhóm thuốc, n (%)	4 (3,1)
Điều trị xuất viện	
4 nhóm thuốc, n (%)	87 (68)
3 nhóm thuốc, n (%)	29 (22,7)
2 nhóm thuốc, n (%)	7 (5,5)
1 nhóm thuốc, n (%)	5 (3,9)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung vị của dân số nghiên cứu là 67 tuổi, với 57,4% bệnh nhân từ 65 tuổi trở lên và tỉ lệ nữ giới chiếm 52,9%. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung và cộng sự [3] trên 213 bệnh nhân STMBC, trong đó tuổi trung bình là $66,8 \pm 14,5$ tuổi và nữ giới chiếm 54,5%. So sánh với các nghiên cứu trong nước và quốc tế, nghiên cứu của Nguyễn Quan Như Hào và cộng sự [4] trên 106 bệnh nhân suy tim cấp ghi nhận tuổi trung vị cao hơn (78 tuổi, TPV: 67–84), với 49,1% bệnh nhân là nữ và 81% trên 65 tuổi. Tại Trung Quốc, He và cộng sự [5] báo cáo tuổi trung vị của bệnh nhân STMBC là 74 tuổi (TPV: 66–79), với 54,3% là nữ. Những khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm dân số, tuổi thọ trung bình, phương pháp chọn mẫu và tiêu chuẩn chọn bệnh giữa các nghiên cứu. Nhìn chung, bệnh nhân STMBC chủ yếu là người cao tuổi, với tỉ lệ nữ giới chiếm ưu thế hoặc xấp xỉ nam giới. Điều này phù hợp với xu hướng chung của suy tim khi tuổi tác là yếu tố nguy cơ quan trọng, đồng thời nhấn mạnh nhu cầu quản lý và điều trị suy tim hiệu quả ở nhóm bệnh nhân cao tuổi nhằm giảm thiểu biến cố tim mạch và gánh nặng bệnh tật.

Về biểu hiện lâm sàng, phần lớn bệnh nhân nhập viện với triệu chứng khó thở (84,3%), phù

ngoại biên (50,7%) và rales phổi (53,4%), phản ánh tình trạng sung huyết thường gặp ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp. Đáng chú ý, 77,2% bệnh nhân được phân loại ở mức độ suy tim NYHA III–IV, cho thấy đa số bệnh nhân nhập viện khi tình trạng suy tim đã tiến triển nặng. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trong nước, trong đó Nguyễn Quang Trung và cộng sự báo cáo tỉ lệ bệnh nhân NYHA III–IV là 81% [3], trong khi nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh và cộng sự ghi nhận tỉ lệ này là 76,6% [6]. Điều này nhấn mạnh thực trạng chung rằng hầu hết bệnh nhân STMBC nhập viện khi triệu chứng đã trở nên nghiêm trọng, gợi ý sự cần thiết của việc quản lý tốt suy tim ngoại trú nhằm phát hiện và can thiệp sớm hơn.

Việc xác định và quản lý các bệnh đồng mắc ở bệnh nhân STMBC đóng vai trò quan trọng trong điều trị và cải thiện tiên lượng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, rung nhĩ, bệnh mạch vành và đái tháo đường là những bệnh đồng mắc phổ biến. So sánh với các nghiên cứu trước đây, tỉ lệ mắc các bệnh lý này có sự khác biệt đáng kể. Trong khi nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung và cộng sự [3] ghi nhận tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (93%), nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh và cộng sự [6] lại cho thấy bệnh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất (55,4%). Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu, phương pháp thu thập dữ liệu cũng như tiêu chí lựa chọn bệnh nhân. Điều này cho thấy rằng mặc dù có sự khác biệt về tỉ lệ, nhưng bệnh nhân suy tim thường có nhiều bệnh đồng mắc đi kèm, làm trầm trọng thêm quá trình điều trị và làm tăng nguy cơ nhập viện tái phát. Bên cạnh việc là yếu tố nguy cơ của suy tim, các bệnh đồng mắc này còn làm gia tăng tỉ lệ biến cố tim mạch. Ví dụ, rung nhĩ không chỉ làm xấu đi tình trạng huyết động mà còn làm tăng nguy cơ đột quỵ và suy tim tiến triển. Tăng huyết áp và bệnh mạch vành là những yếu tố chính góp phần vào sự suy giảm chức năng tim, trong khi đái tháo đường có thể thúc đẩy quá trình xơ hóa cơ tim, làm trầm trọng thêm rối loạn chức năng thất trái. Do đó, việc kiểm soát tốt các bệnh đồng mắc là một chiến lược quan trọng để cải thiện kết quả điều trị cho bệnh nhân STMBC.

Về yếu tố thúc đẩy STMBC, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ba nguyên nhân chính bao gồm rối loạn nhịp tim, nhiễm trùng và không tuân thủ điều trị. Những yếu tố này tương tự với kết quả của các nghiên cứu trước đó, mặc dù có sự khác biệt về tỉ lệ. Ví dụ, nghiên cứu của Nguyễn Quang Trung và cộng sự [3] ghi nhận

niễm trùng là yếu tố thúc đẩy hàng đầu (45%), trong khi nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh và cộng sự [6] báo cáo không tuân thủ điều trị là nguyên nhân phổ biến nhất (19,7%). Sự khác biệt này có thể do đặc điểm dân số nghiên cứu, cũng như tiêu chí lựa chọn bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân hội chứng vành cấp đã bị loại trừ, điều này có thể ảnh hưởng đến phân bố tỉ lệ của các yếu tố thúc đẩy. Mặc dù có sự khác biệt về tỉ lệ giữa các nghiên cứu, nhưng điểm chung là các yếu tố thúc đẩy STMBT thường liên quan đến việc kiểm soát bệnh nền và mức độ tuân thủ điều trị của bệnh nhân. Rối loạn nhịp tim, đặc biệt là rung nhĩ đáp ứng thất nhanh, có thể dẫn đến mất bù huyết động và làm trầm trọng thêm suy tim. Nhiễm trùng, đặc biệt là nhiễm trùng phổi, có thể gây kích hoạt phản ứng viêm hệ thống, làm tăng gánh nặng lên tim và dẫn đến suy tim mất bù. Không tuân thủ điều trị, bao gồm việc ngừng thuốc lợi tiểu, thuốc ức chế hệ RAAS hoặc chẹn beta, có thể làm mất kiểm soát tình trạng suy tim mạn tính và thúc đẩy đợt cấp.

Về đặc điểm siêu âm tim, nghiên cứu ghi nhận 57,4% bệnh nhân có suy tim PSTMTT giảm, trong khi 34,1% bệnh nhân có PSTMTT bảo tồn. So sánh với các nghiên cứu trước đây, tỉ lệ suy tim PSTMTT giảm trong nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh và cộng sự [6] là 42,1%, trong khi nghiên cứu của Nguyễn Hữu Nghĩa và cộng sự [7] trên 64 bệnh nhân STMBT chỉ ghi nhận tỉ lệ 20,3%. Sự khác biệt này có thể xuất phát từ quy mô mẫu, tiêu chí chọn bệnh nhân và sự phân bố đặc điểm lâm sàng giữa các nghiên cứu.

Về điều trị, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ cao bệnh nhân được kê đơn các thuốc nền tảng suy tim theo khuyến cáo của ESC năm 2021. Tại thời điểm xuất viện, 79,8% bệnh nhân sử dụng thuốc ức chế hệ RAAS, 81,2% dùng chẹn beta, 77,6% dùng thuốc ức chế SGLT2, và 76,2% sử dụng MRA. Đặc biệt, trong nhóm suy tim PSTMTT giảm, 68% bệnh nhân được kê đơn đầy đủ cả 4 nhóm thuốc nền tảng suy tim. So sánh với nghiên cứu của D'Amario và cộng sự [8] trên 305 bệnh nhân STMBT (trung vị tuổi 73, 74% nam giới) với PSTMTT <40%, chỉ 49,2% bệnh nhân được kê đơn ít nhất 2 nhóm thuốc nền tảng khi xuất viện. Trong đó, tỉ lệ kê đơn chẹn beta đạt 93,4%, thuốc ức chế RAAS hoặc ức chế thụ thể angiotensin-neprilysin là 68,2%, trong khi chỉ 32,5% bệnh nhân được sử dụng MRA dù không có chống chỉ định. Tỉ lệ kê đơn SGLT2i có thể đạt 71,1%, nhưng chỉ 46,2% bệnh nhân nhận đủ cả 4 nhóm thuốc nền tảng. Đáng chú ý, nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng suy

giảm chức năng thận có liên quan đến việc không được kê đơn đầy đủ thuốc nền tảng, và bệnh nhân sử dụng từ 2 nhóm thuốc trở lên có nguy cơ tái nhập viện trong 30 ngày thấp hơn. So sánh với các nghiên cứu quốc tế, tỉ lệ sử dụng thuốc nền tảng suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt, đặc biệt là ở nhóm suy tim PSTMTT giảm. Điều này cho thấy xu hướng ngày càng tối ưu hóa điều trị suy tim tại bệnh viện, phản ánh sự tuân thủ tốt hơn với các khuyến cáo hiện hành. Tuy nhiên, vẫn cần có thêm các nghiên cứu dài hạn để đánh giá hiệu quả thực sự của việc tối ưu hóa điều trị suy tim trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân STMBT nhập viện có tỉ lệ bệnh đồng mắc cao, thường ở giai đoạn nặng với suy tim PSTMTT giảm chiếm ưu thế. Các yếu tố thúc đẩy chính gồm rối loạn nhịp tim, nhiễm trùng và không tuân thủ điều trị. Tỉ lệ sử dụng thuốc nền tảng theo khuyến cáo cao, đặc biệt trong nhóm suy tim PSTMTT giảm, cho thấy xu hướng tối ưu hóa điều trị. Kết quả nghiên cứu nhấn mạnh tầm quan trọng của chiến lược quản lý suy tim hiệu quả nhằm giảm tái nhập viện và nâng cao chất lượng điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McDonagh TA, Metra M, Adamo M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J.* 2021;42(36):3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
2. **Văn ĐH, Lưu TH, Lương MT, Nguyễn ĐH, Vũ KT.** Nghiên cứu một số yếu tố tiên lượng tử vong ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Hùng Vương. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam.* 2019;88:74-82.
3. **Nguyễn QT, Nguyễn HA, Đinh TQ, Nguyễn HH.** Đặc điểm và kết cục ngắn hạn của người bệnh nhập viện vì suy tim mất bù cấp tại Bệnh viện Nhân dân Gia Định. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2024;542(3):227-231.
4. **Nguyễn QNH, Lê ĐT, Nguyễn VT, Nguyễn TY, Phạm TTH, Bùi THQ.** Tỷ lệ và các yếu tố liên quan tới tái nhập viện hoặc tử vong ở người bệnh suy tim cấp tại bệnh viện thống nhất. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2022;511(2):246-252.
5. **He W, Jia J, Chen J, et al.** Comparison of prognostic value of red cell distribution width and NT-proBNP for short-term clinical outcomes in acute heart failure patients. *Int Heart J.* 2014;55(1):58-64. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24463920>.
6. **Nguyễn ĐK, Trương PH.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. *Tạp chí y học Việt Nam.* 2024;542(1):381-386.
7. **Nguyễn HN, Nguyễn TD.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều

trị bệnh nhân suy tim mất bù cấp bằng thang đo chất lượng cuộc sống KCCQ. Tạp chí tim mạch học Việt Nam. 2021;93:158-164.

8. D'Amario D, Rodolico D, Delvinioti A, et al.

Eligibility for the 4 Pharmacological Pillars in Heart Failure With Reduced Ejection Fraction at Discharge. J Am Heart Assoc. 2023;12(13): e029071. doi:10.1161/JAHA.122.029071

ĐẶC ĐIỂM CỦA NGƯỜI BỆNH VIÊM GAN VI RÚT C MẠN TÍNH TRƯỚC ĐIỀU TRỊ BẰNG PHÁC ĐỒ DAAS TẠI 02 BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI

Vũ Thị Thu Hương¹, Nguyễn Trọng Hiếu², Phạm Ngọc Thạch¹,
Flower Barnaby^{3,4,5}, Đặng Trọng Thuận⁵, Lê Ngọc Châu⁵,
Van Doorn Rogier⁶, Cooke Graham S.^{3,4}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng và các đặc điểm nhân khẩu học của người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính điều trị bằng thuốc kháng vi rút trực tiếp (DAAs) tại Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới Trung ương (NHTD) và Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới TP. Hồ Chí Minh (HTD). **Phương pháp:** Đây là một thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng. Bệnh nhân sẽ được phân ngẫu nhiên vào hai nhóm với tỷ lệ 1:1. **Kết quả:** Nghiên cứu bao gồm 250 người bệnh, trong đó nhóm nghiên cứu tại HTD và NHTD lần lượt chiếm 23,2% và 26,4% tổng số đối tượng nghiên cứu. Nhóm chứng tại HTD và NHTD lần lượt chiếm 23,6% và 26,8% tổng số đối tượng nghiên cứu. Các đối tượng nghiên cứu mắc rất nhiều bệnh lý nền kèm theo như trầm cảm, ung thư, bệnh thần kinh ngoại biên, bệnh đau thắt ngực, bệnh COPD. Đáng chú ý bệnh nhân trong nghiên cứu này còn bị mắc kèm bệnh lao chiếm tới 4%, kèm bệnh tăng Lipid máu chiếm 4%, kèm bệnh tiểu đường chiếm 7,5% và kèm bệnh tăng huyết áp chiếm đến 11,1%. Tất cả người bệnh tham gia nghiên cứu đều có mức Hemoglobin $\geq 12\text{g/dl}$, vẫn còn 4,8% người bệnh có mức tiểu cầu trong khoảng 100-150G/l và 4,4% người bệnh có bạch cầu dưới 4,5G/l. Nhóm người bệnh tại HTD có tải lượng virus $\geq 4 \times 10^5$ UI/ml chiếm 60,7%, trong khi chỉ số này ở người bệnh điều trị tại NHTD là 80,5%. **Kết luận:** người bệnh viêm gan vi rút C mạn tính tham gia nghiên cứu phân bố đều ở 2 bệnh viện vẫn còn mắc nhiều bệnh lý nền kèm theo, tải lượng virus trước điều trị cao. Các chỉ số Hemoglobin, tiểu cầu, bạch cầu vẫn trong giới hạn bình thường.

Từ khóa: cận lâm sàng, viêm gan C, Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH CHRONIC HEPATITIS C BEFORE TREATED WITH DAAs AT 2 TROPICAL HOSPITALS

Objective: To describe the clinical and demographic characteristics of patients with chronic hepatitis C treated with DAAs at the National Hospital for Tropical Diseases (NHTD) and the Ho Chi Minh City Hospital for Tropical Diseases (HTD). **Methods:** This is a randomized controlled clinical trial. Patients will be randomly assigned to two groups at a ratio of 1:1. **Results:** The study included 250 patients, of which the study group at the HTD and NHTD accounted for 23.2% and 26.4% of the total study subjects, respectively. The control group at the HTD and NHTD accounted for 23.6% and 26.8% of the total study subjects, respectively. The study subjects had many underlying diseases such as depression, cancer, peripheral neuropathy, angina, and COPD. Notably, patients in this study also had tuberculosis accounting for 4%, hyperlipidemia accounting for 4%, diabetes accounting for 7.5% and hypertension accounting for 11.1%. All patients participating in the study had a hemoglobin level $\geq 12 \text{ g/dl}$, 4.8% of patients still had platelet levels between 100-150G/l and 4.4% of patients had white blood cells below 4.5G/l. The group of patients at the HTD had a viral load $\geq 4 \times 10^5$ UI/ml accounting for 60.7%, while this index in patients treated at the NHTD was 80.5%. **Conclusion:** Patients with chronic hepatitis C participating in the study were evenly distributed in the 2 hospitals and still had many underlying diseases, high viral load before treatment. Hemoglobin, platelet and white blood cell indices were still normal. **Keywords:** subclinical, hepatitis C, Tropical Hospitals

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vi rút viêm gan C (HCV), gây ra bệnh viêm gan vi rút C (VGVR C), đang được coi là sát thủ thầm lặng do tính phổ biến và những biến chứng nguy hiểm của nó.¹ Theo báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới năm 2024 số ca tử vong do nhiễm vi rút viêm gan ngày càng tăng. Số ca tử vong ước tính do viêm gan vi rút đã tăng từ 1,1 triệu ca vào năm 2019 lên 1,3 triệu ca vào năm 2022.

¹Bệnh viện Nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y dược Thái Nguyên

³Đại học Imperial College London, Vương Quốc Anh

⁴Trung tâm Nghiên cứu Sinh học Y tế Quốc gia (NIHR BRC) Imperial College NHS Trust, London, Vương Quốc Anh

⁵Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU), Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

⁶Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford (OUCRU), Hà Nội, Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trọng Hiếu

Email: nguyentronghieu@tump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.3.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.4.2025

Ngày duyệt bài: 23.5.2025