

không đạt mục tiêu và một số yếu tố liên quan ở bệnh nhân điều trị ngoại trú tại phòng khám nội, Bệnh viện Trường Đại học Y-Dược Huế", Tạp chí Y Dược Huế. 13(7), tr. 190-190.

7. **Kishor Raman** (2024), "An assessment of treatment compliance using the Morisky scale-8

tool in adult hypertensive patients of Eastern India", Journal of Family Medicine and Primary Care. 13(3), tr. 924-931.

8. **World Health Organization**, (2023), Global report on hypertension: the race against a silent killer, World Health Organization.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT CỤC NGẮN HẠN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP CÓ KÈM HỞ VAN HAI LÁ THỨ PHÁT NHẬP VIỆN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Tri Thức^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hở van hai lá thứ phát là tình trạng thường gặp ở bệnh nhân suy tim cấp, đặc biệt trên nền giảm phân suất tống máu thất trái. Hở van hai lá thứ phát không chỉ phản ánh mức độ tái cấu trúc thất trái mà còn làm nặng thêm huyết động, liên quan đến tiên lượng xấu như tử vong và tái nhập viện. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy hở van hai lá thứ phát mức trung bình trở lên làm tăng đáng kể nguy cơ biến cố lâm sàng. Tuy nhiên, tại Việt Nam, dữ liệu về giá trị tiên lượng tái nhập viện và tử vong của hở van hai lá thứ phát trong suy tim cấp còn hạn chế. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định mối liên quan giữa mức độ hở van hai lá thứ phát và tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện vì suy tim tại thời điểm 30 ngày sau nhập viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả trên bệnh nhân suy tim cấp có kèm hở van hai lá thứ phát tại thời điểm nhập viện từ tháng 11/2023 đến tháng 06/2024. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, mức độ hở van hai lá thứ phát và tử vong nội viện được phân tích. Sử dụng hồi quy logistic để xác định các yếu tố liên quan. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 61 bệnh nhân suy tim cấp có hở van hai lá thứ phát tại thời điểm nhập viện, độ tuổi trung vị là 61 ± 15 , tỉ lệ nam giới ưu thế với 57,4%. Nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là do bệnh tim thiếu máu cục bộ với 60,7%. Phân suất tống máu thất trái trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $26,3 \pm 7,9\%$. Giá trị NT-proBNP trung vị là 10312 (4655 – 21852) pg/mL. Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận biến cố gộp tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện vì suy tim là 24 trường hợp (39,3%). Cụ thể, chúng tôi ghi nhận 14 bệnh nhân tử vong (22,9%), 10 bệnh nhân tái nhập viện vì suy tim (16,4%) trong 30 ngày theo dõi. Phân tích hồi quy logistic đơn biến, chúng tôi ghi nhận yếu tố liên quan độc lập với biến cố gộp ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện là hở van hai lá thứ phát mức độ trung bình trở lên, OR = 4,1 (1,8 – 20,5), p = 0,048.

Kết luận: Hở van hai lá thứ phát mức độ trung bình trở lên là yếu tố tiên lượng xấu ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện. Nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ tử vong và tái nhập viện trong vòng 30 ngày ở nhóm này cao hơn rõ rệt. Điều này cho thấy cần quan tâm đánh giá mức độ hở van hai lá ngay từ thời điểm nhập viện. Việc nhận diện sớm nhóm nguy cơ cao sẽ hỗ trợ cải thiện chiến lược điều trị và tiên lượng.

Từ khóa: suy tim cấp, hở van hai lá thứ phát, kết cục ngắn hạn

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS AND SHORT-TERM OUTCOMES IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE AND SECONDARY MITRAL REGURGITATION ADMITTED TO CHO RAY HOSPITAL

Background: Secondary mitral regurgitation (MR) is commonly observed in patients with acute heart failure (AHF), especially in those with reduced left ventricular ejection fraction (LVEF). This condition not only reflects the degree of left ventricular remodeling but also exacerbates hemodynamic burden and is associated with poor prognosis, including mortality and hospital readmission. Global studies have shown that moderate-to-severe secondary MR significantly increases the risk of adverse clinical events. However, data on its prognostic value in AHF patients in Vietnam remain limited. **Objective:** To assess the association between the severity of secondary MR and all-cause mortality or heart failure readmission within 30 days of hospital admission. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on patients with AHF and secondary MR admitted from November 2023 to June 2024. Clinical and paraclinical characteristics, MR severity, and in-hospital mortality were analyzed. Univariate logistic regression was used to identify associated factors. **Results:** A total of 61 AHF patients with secondary MR were enrolled. The median age was 61 ± 15 years, with a predominance of males (57.4%). Ischemic heart disease was the leading cause of heart failure (60.7%). The mean LVEF was $26.3 \pm 7.9\%$, and the median NT-proBNP level was 10,312 (4,655–21,852) pg/mL. During the study period, 24 patients (39.3%) experienced the composite outcome of all-cause mortality or heart failure readmission within 30 days: 14 deaths (22.9%) and 10 readmissions

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Giám đốc Bệnh viện Chợ Rẫy – Thứ trưởng Bộ Y Tế

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tri Thức

Email: ntthucbvr@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 16.6.2025

(16.4%). Univariate logistic regression identified moderate-to-severe secondary MR as an independent predictor of the composite outcome (OR = 4.1 [1.8–20.5], $p = 0.048$). **Conclusion:** Moderate-to-severe secondary MR is a significant prognostic factor for short-term adverse outcomes in patients hospitalized with AHF. Early identification of MR severity upon admission is crucial for optimizing management strategies and improving prognosis.

Keywords: acute heart failure, secondary mitral regurgitation, short-term outcomes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là một hội chứng lâm sàng thường gặp, đặc trưng bởi tình trạng giảm tưới máu mô và/hoặc sung huyết tuần hoàn, đòi hỏi phải nhập viện điều trị. Đây là nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện ở người cao tuổi và là gánh nặng lớn cho hệ thống y tế toàn cầu¹. Trong số các yếu tố làm trầm trọng thêm tình trạng suy tim và ảnh hưởng đến tiên lượng, hở van hai lá thứ phát (HVHLTP) nổi bật như một biến chứng đáng chú ý. HVHLTP là hậu quả của quá trình tái cấu trúc thất trái và/hoặc vòng van hai lá, trong khi cấu trúc của van vẫn còn nguyên vẹn, dẫn đến rối loạn cơ học đóng van và phụt ngược dòng máu từ thất trái về nhĩ trái trong thì tâm thu.

HVHLTP thường gặp ở bệnh nhân suy tim có giảm phân suất tống máu thất trái (LVEF), đặc biệt là trong bối cảnh mất bù cấp tính. Cơ chế bệnh sinh bao gồm giãn thất trái, di lệch cơ nhú và giảm lực đóng van, làm tăng hậu tải và dẫn đến vòng xoắn bệnh lý giữa hở van và suy tim. Các bằng chứng gần đây khẳng định HVHLTP mức trung bình trở lên không chỉ là biểu hiện của bệnh tim tiến triển mà còn đóng vai trò như yếu tố tiên lượng độc lập đối với tử vong và tái nhập viện. Tác giả Zhenghua Wang² khảo sát trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm nhẹ ghi nhận HVHLTP mức trung bình – nặng liên quan đến tăng nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 12 tháng. Ngoài ra, tác giả Rachna Kataria³ cũng nhấn mạnh hơn một nửa số bệnh nhân nhập viện vì đợt mất bù cấp suy tim có tình trạng HVHLTP từ mức độ trung bình trở lên tại thời điểm nhập viện, và điều này có liên quan đến các kết cục lâm sàng xấu hơn sau xuất viện. Một phân tích gộp bao gồm 53 nghiên cứu với tổng số 45900 bệnh nhân rối loạn chức năng tâm thu thất trái⁴ kèm HVHLTP có liên quan đến nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn (tỷ số nguy cơ RR = 1,79 (KTC 95% 1,47 – 2,18; $P < 0,001$), tái nhập viện vì suy tim (RR = 2,26; KTC 95%: 1,92–2,67), và biến cố gộp bao gồm tử vong, tái nhập viện vì suy tim hoặc ghép tim (RR: 1,63; KTC 95%: 1,33 –

1,99). HVHLTP có liên quan đến tăng tỷ lệ tử vong, bất kể nguyên nhân của bệnh cơ tim nền là do thiếu máu cục bộ hay không do thiếu máu cục bộ.

Tại Việt Nam, dữ liệu về HVHLTP ở bệnh nhân suy tim cấp còn hạn chế. Chưa có nghiên cứu nào khảo sát đặc điểm HVHLTP đối với các kết cục ngắn hạn như tử vong hoặc tái nhập viện là cần thiết để định hướng điều trị và cá thể hóa theo dõi bệnh nhân.

Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "*Đặc điểm lâm sàng và kết cục ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim cấp có kèm hở van hai lá thứ phát nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy*" nhằm xác định mối liên quan giữa mức độ HVHLTP và tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện vì suy tim tại thời điểm 30 ngày sau nhập viện ở bệnh nhân suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu gồm tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp có phân suất tống máu thất trái $\leq 50\%$ tại thời điểm nhập viện tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2023 đến tháng 6/2024.

2.2. Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiền cứu

2.3. Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp tại thời điểm nhập viện, có phân suất tống máu thất trái $\leq 50\%$.

2.4. Tiêu chuẩn loại trừ: gồm một trong các tiêu chí sau: 1) Phân suất tống máu thất trái $> 50\%$; 2) Suy thất phải đơn độc; 3) Bệnh tim bẩm sinh; 4) Bệnh lý van tim hậu thấp, hở van hai lá do thoái hóa van, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn; 5) Đã từng can thiệp/điều trị trên van hai lá.

2.5. Cỡ mẫu. Phương pháp lấy mẫu thuận tiện. Chúng tôi tuyển chọn liên tục các bệnh nhân HVHLTP từ quần thể bệnh nhân suy tim cấp nhập viện trong thời gian nghiên cứu, tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy.

2.6. Biến số nghiên cứu

- Đặc điểm cơ bản: tuổi, giới, bệnh đồng mắc, mức độ NYHA trước nhập viện, nguyên nhân suy tim, cần phải hỗ trợ oxy liệu pháp lúc nhập viện.

- Cận lâm sàng: NT-proBNP, phân suất tống máu thất trái, mức độ HVHLTP theo tiêu chuẩn Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ⁵.

- Biến cố gộp tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện vì suy tim 30 ngày sau nhập viện.

2.7. Phương pháp xử lý số liệu. Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 17.0 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2021. Stata: Release 17. Statistical Software. College Station,

TX: StataCorp LLC.). Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). Các biến định danh và thứ hạng được mô tả bằng tần số và tỷ lệ phần trăm. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann-Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến định danh bằng phép kiểm Chi bình phương (χ^2) hoặc Fisher's exact. Đánh giá mối liên quan giữa các kết cục và các biến độc lập, chúng tôi dùng mô hình hồi quy logistic nhị phân đơn biến và đa biến. Sự khác biệt có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, tổng cộng 61 bệnh nhân được tuyển chọn. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 61 ± 15 , nam giới chiếm 57,4%.

Không có khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm HVHLTP nhẹ và trung bình – nặng về tiền căn tăng huyết áp (66,7% vs. 51,0%; $p = 0,330$),

bệnh mạch vành (66,7% vs. 46,9%; $p = 0,221$), đái tháo đường (50,0% vs. 40,8%; $p = 0,564$) và rung nhĩ (8,3% vs. 12,2%; $p = 0,703$). Tuy nhiên, nhóm HVHLTP trung bình – nặng có tỷ lệ EF $\leq 40\%$ cao hơn rõ rệt (83,7% vs. 50,0%; $p = 0,022$), trong khi bệnh thận mạn lại phổ biến hơn ở nhóm HVHLTP nhẹ (58,3% vs. 20,4%; $p = 0,026$), gợi ý rằng các bệnh đồng mắc, đặc biệt là bệnh thận mạn, có thể hiện diện ngay cả khi tình trạng tim mạch chưa tiến triển nặng (Bảng 1).

Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân chính gây suy tim (60,7%), với tỷ lệ lần lượt là 75,0% ở nhóm HVHLTP nhẹ và 57,1% ở nhóm trung bình – nặng, sự khác biệt giữa hai nhóm không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,334$).

Về phân độ NYHA trước nhập viện cho thấy phần lớn bệnh nhân thuộc nhóm II–IV, trong đó toàn bộ trường hợp NYHA IV đều thuộc nhóm HVHLTP trung bình – nặng (22,45% so với 0%; $p = 0,010$). EF trung bình toàn quần thể là $26,3 \pm 7,9\%$, và cao hơn ở nhóm HVHLTP nhẹ ($34,3 \pm 7,5\%$ so với $24,3 \pm 6,8\%$; $p < 0,001$).

Bảng 1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu

	Dân số chung (N=61)	HVHLTP nhẹ (n=12)	HVHLTP trung bình – nặng (n=49)	Giá trị p	Kiểm định
Tiền căn bệnh lý					
Tăng huyết áp, n (%)	33 (54,1)	8 (66,7)	25 (51,0)	0,330	χ^2
Bệnh mạch vành, n (%)	31 (50,8)	8 (66,7)	23 (46,9)	0,221	χ^2
Đái tháo đường, n (%)	26 (42,6)	6 (50,0)	20 (40,8)	0,564	χ^2
Suy tim EF ≤ 40%, n (%)	47 (77,1)	6 (50,0)	41 (83,7)	0,022	Fisher
Bệnh thận mạn, n (%)	17 (27,9)	7 (58,3)	10 (20,4)	0,026	Fisher
Rung nhĩ, n (%)	7 (11,5)	1 (8,3)	6 (12,2)	0,703	Fisher
Nguyên nhân suy tim					
Bệnh tim thiếu máu cục bộ, n (%)	37 (60,7)	9 (75,0)	28 (57,1)	0,334	Fisher
Bệnh tim không do thiếu máu cục bộ, n (%)	24 (39,3)	3 (25,0)	21 (42,8)		
Phân độ NYHA trước nhập viện					
NYHA I, n (%)	4 (6,7)	2 (16,7)	2 (4,1)	0,170	Fisher
NYHA II, n (%)	20 (32,8)	5 (41,6)	15 (30,6)	0,505	Fisher
NYHA III, n (%)	16 (26,2)	2 (16,7)	14 (28,5)	0,490	Fisher
NYHA IV, n (%)	11 (18,03)	0 (0)	11 (22,45)	0,010	Fisher
Cận lâm sàng					
EF (%), trung vị (KTPV)	26,3 ± 7,9	34,3 ± 7,5	24,3 ± 6,8	<0,001	T-test
NT-proBNP (pg/mL), trung vị (KTPV)	10312,8 (4655,5 – 21852,7)	10312,8 (4655,5 – 21852,7)	12089,3 (4523 – 25747)	0,771	Mann - Whitney

Nồng độ NT-proBNP – chỉ dấu phản ánh áp lực thành tim và quá tải thể tích – không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm HVHLTP, tuy nhiên giá trị tuyệt đối tương đối cao (>10000 pg/mL) (trung vị: 10312,8 pg/mL ở nhóm nhẹ và 12089,3 pg/mL ở nhóm trung bình – nặng; $p = 0,771$).

Trong thời gian theo dõi, có 24 trường hợp

(39,3%) xảy ra biến cố gộp (tử vong do mọi nguyên nhân hoặc tái nhập viện vì suy tim trong 30 ngày), gồm 14 ca tử vong (22,9%) và 10 ca tái nhập viện (16,4%). HVHLTP mức trung bình – nặng là yếu tố liên quan biến cố, với OR = 4,1 (95% CI: 1,8–20,5), $p = 0,048$ (Bảng 2).

Bảng 2. Phân tích hồi quy logistic đơn biến

Biến số	OR	Khoảng tin cậy 95%		p
		Chỉ số dưới	Chỉ số trên	
HVHLTP mức độ trung bình trở lên	4,1	1,8	20,5	0,048

Bảng 3. Phân độ hở van hai lá thứ phát

Tiêu chí	Mức độ		
	Nhẹ	Trung bình	Nặng
Diện tích dòng hở hiệu dụng (cm ²)	<0,2	0,2–0,39	≥0,4
Thể tích dòng hở (ml)	<30	30–59	≥60
Phân suất dòng hở (%)	<30	30–49	≥50

IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu từ tháng 11/2023 đến tháng 06/2024 tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy, tổng cộng 61 bệnh nhân suy tim cấp có kèm HVHLTP thỏa tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu.

Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 61 ± 15, trong đó nam giới chiếm tỷ lệ cao hơn với 57,4%. Kết quả này khá tương đồng với các dữ liệu trước đó tại Việt Nam⁶, cho thấy phổ tuổi bệnh nhân suy tim cấp khá tương đồng tại Việt Nam.

Suy tim EF ≤ 40% và bệnh thận mạn có liên quan có ý nghĩa thống kê với mức độ HVHLTP. Tỷ lệ EF ≤ 40% cao hơn rõ rệt ở nhóm HVHLTP trung bình – nặng (83,7% so với 50,0%; p = 0,022). Điều này phù hợp với y văn, trong đó bệnh thận mạn được xem là yếu tố làm trầm trọng tình trạng ứ dịch, khó thở và rối loạn huyết động ở bệnh nhân suy tim. Mặc dù các yếu tố đồng mắc khác như tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường và rung nhĩ không có sự khác biệt ý nghĩa giữa hai nhóm HVHLTP, tỷ lệ hiện diện vẫn cao, phù hợp với dịch tễ học suy tim đã được ghi nhận. Nguyên nhân phổ biến nhất gây suy tim là bệnh tim thiếu máu cục bộ (60,7%), không có khác biệt giữa các mức HVHLTP, phù hợp với xu hướng toàn cầu trong đó thiếu máu cơ tim chiếm tỷ lệ cao nhất.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân có mức độ suy tim trung bình đến nặng theo phân loại NYHA, trong đó NYHA II và III chiếm lần lượt 32,8% và 26,2%, còn NYHA IV chiếm 18,03%. Toàn bộ bệnh nhân NYHA IV đều thuộc nhóm có hở van hai lá thứ phát (HVHLTP) trung bình – nặng (22,45% so với 0%; p = 0,010), cho thấy mối liên hệ rõ rệt giữa mức độ hở van và triệu chứng lâm sàng nặng hơn. Mặc dù không có sự khác biệt thống kê giữa các mức NYHA I–III, đa số bệnh nhân nhập viện khi đã có biểu hiện suy tim đáng kể. Phát hiện này phù hợp với y văn cũng như các nghiên cứu trước

đó^{7,8}, HVHLTP là hậu quả của giãn thất trái trong suy tim, làm tăng áp lực nhĩ trái và mao mạch phổi, dẫn đến sung huyết và giảm thông khí, do đó được xem là chỉ dấu huyết động và lâm sàng quan trọng trong suy tim.

Về mặt cận lâm sàng, phân suất tống máu thất trái (EF) trung bình của toàn bộ quần thể nghiên cứu là 26,3 ± 7,9%, phản ánh mức độ suy giảm chức năng tâm thu rõ rệt. Đáng chú ý, nhóm bệnh nhân có HVHLTP nhẹ có EF cao hơn đáng kể so với nhóm HVHLTP trung bình – nặng (34,3 ± 7,5% so với 24,3 ± 6,8%; p < 0,001), cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa giữa mức độ giảm EF và độ nặng của hở van. Điều này phù hợp với sinh lý bệnh của HVHLTP, trong đó sự giãn thất trái tiến triển làm biến dạng vòng van và dẫn đến hở van nặng hơn. Ngược lại, nồng độ NT-proBNP – chất chỉ điểm phản ánh tình trạng quá tải thể tích và áp lực thành tim – không khác biệt có ý nghĩa giữa hai nhóm (p = 0,771), dù giá trị trung vị đều rất cao (>10.000 pg/mL), cho thấy tình trạng suy tim nặng phổ biến trong toàn bộ quần thể. Điều này phản ánh thực tế bệnh cảnh nặng tại cơ sở điều trị tuyến cuối như Bệnh viện Chợ Rẫy, nơi phần lớn bệnh nhân được chuyển đến trong giai đoạn tiến triển của bệnh.

Liên quan đến kết cục ngắn hạn, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận xu hướng tiên lượng xấu hơn trong 30 ngày ở nhóm HVHLTP trung bình – nặng. Cụ thể, nhóm này có tỷ lệ tử vong hoặc tái nhập viện vì suy tim cao gấp 4 lần nhóm hở nhẹ (OR = 4,1; p = 0,048). Kết quả này tương đồng với các tác giả trên thế giới trong mối liên quan của HVHLTP và kết cục. Nghiên cứu của Zhenhua Wang² báo cáo tỷ lệ biến cố gộp sau 1 năm tăng dần theo độ hở hai lá: từ 23,5% ở nhóm không/nhẹ lên đến 36,5% ở nhóm hở từ trung bình – nặng trở lên. Nhìn chung, HVHLTP được xem là một dấu hiệu tiên lượng xấu ở bệnh nhân suy tim. Tác giả Kataria³ cũng ghi nhận kết quả tương tự, bệnh nhân hở van hai lá mức độ trung bình trở lên làm gia tăng tỷ lệ tử vong 45% trong năm đầu tiên sau nhập viện (HR = 1,45 (1,001 – 2,08), p = 0,049). Qua các nghiên cứu nhấn mạnh vai trò của diện sớm bệnh nhân suy tim cấp có HVHLTP mức độ trung bình – nặng ngay từ khi nhập viện có thể mang lại lợi ích trong chiến lược theo dõi và điều trị chuyên sâu, hướng đến cải thiện triệu chứng và kết cục dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Hở van hai lá thứ phát mức độ trung bình – nặng có liên quan chặt chẽ với suy tim nặng hơn và tiên lượng xấu trong ngắn hạn. Việc đánh giá

mức độ HVHLP ngay khi nhập viện giúp phân tầng nguy cơ hiệu quả. Đây là yếu tố cần được chú trọng trong quản lý toàn diện bệnh nhân suy tim cấp.

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. **Wang Z, Zeng Y, Qiu H, Chen L, Chen J, Li C.** Relationship between the severity of functional mitral regurgitation at admission and one-year outcomes in patients hospitalized for acute heart failure with mildly reduced ejection fraction. BMC cardiovascular disorders. Jul 13 2024;24(1):357. doi:10.1186/s12872-024-04017-4
3. **Kataria R, Castagna F, Madan S, et al.** Severity of Functional Mitral Regurgitation on Admission for Acute Decompensated Heart Failure Predicts Long-Term Risk of Rehospitalization and Death. Journal of the American Heart Association. Jan 4 2022;11(1): e022908. doi:10.1161/jaha.121.022908
4. **Sannino A, Smith RL, 2nd, Schiattarella GG, Trimarco B, Esposito G, Grayburn PA.** Survival and Cardiovascular Outcomes of Patients With Secondary Mitral Regurgitation: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA cardiology. Oct 1 2017;2(10): 1130-1139. doi:10.1001/jamacardio.2017.2976
5. **Zoghbi WA, Adams D, Bonow RO, et al.** Recommendations for Noninvasive Evaluation of Native Valvular Regurgitation: A Report from the American Society of Echocardiography Developed in Collaboration with the Society for Cardiovascular Magnetic Resonance. Journal of the American Society of Echocardiography : official publication of the American Society of Echocardiography. Apr 2017;30(4):303-371. doi:10.1016/j.echo.2017.01.007
6. **Triệu Khánh Vinh.** Khảo sát các yếu tố tiên lượng tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện ở bệnh nhân suy tim cấp tại bệnh viện Chợ Rẫy Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.
7. **Stone Gregg W, Lindenfeld J, Abraham William T, et al.** Transcatheter Mitral-Valve Repair in Patients with Heart Failure. New England Journal of Medicine. 2018/12/13 2018; 379(24):2307-2318. doi:10.1056/NEJMoa1806640
8. **Enriquez-Sarano M, Akins CW, Vahanian A.** Mitral regurgitation. The Lancet. 2009;373(9672): 1382-1394. doi:10.1016/S0140-6736(09)60692-9

SO SÁNH KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ÂM ĐẠO DO NẤM TRÊN THAI PHỤ BẰNG PHÁC ĐỒ CLOTRIMAZOLE 100MG VÀ CLOTRIMAZOLE 500MG: NGHIÊN CỨU CAN THIỆP CÓ ĐỐI CHỨNG

Dương Thiên Hương^{1,2}, Nguyễn Văn Lâm¹, Trần Thị Trúc Vân³,
Dương Thị Phép², Phạm Văn Dương², Vũ Thị Nga²,
Phạm Hoàng Ngọc Hà², Vị Văn Thượng², Ngô Hồng Nhung², Phạm Hào²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phác đồ Clotrimazole 500mg dùng 1 viên đặt âm đạo 1 lần duy nhất, được chứng minh giúp cải thiện sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân và có hiệu quả trong điều trị viêm âm đạo do nấm. Tuy nhiên, chưa có nhiều nghiên cứu so sánh trực tiếp với phác đồ Clotrimazole 100mg. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh kết quả điều trị viêm âm đạo do nấm bằng phác đồ Clotrimazole 500mg và 100mg. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu can thiệp có đối chứng trên 44 thai phụ đến khám và điều trị viêm âm đạo do nấm tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương, được chia làm hai nhóm sử dụng phác đồ Clotrimazole 500mg (n=25) và Clotrimazole 100mg

(n=19). **Kết quả:** Về đặc điểm chung, độ tuổi trung bình là $28,6 \pm 7,6$, đa phần đã có ít nhất 1 con (75,0%) và có thói quen phơi đồ lót ngoài nắng (72,7%). Trong đó, có 25% bệnh nhân có tiền căn viêm âm đạo do nấm trước đó, 13,6% có sử dụng kháng sinh, 11,4% có dùng thuốc đường, 11,4% có thực rửa âm đạo và 11,4% có mặc quần áo chật. Tất cả các đặc điểm đều không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ($p > 0,05$). Đánh giá kết quả điều trị tại thời điểm 2 tuần, tỷ lệ soi tươi âm tính ở nhóm sử dụng phác đồ 500mg cao hơn 100mg, lần lượt là 88,0% và 26,3% ($p < 0,001$). Tỷ lệ khỏi bệnh sau 2 tuần điều trị ở nhóm sử dụng Clotrimazole 500mg cũng cao hơn 100mg, lần lượt là 88,0% và 26,3% ($p < 0,001$). **Kết luận:** Phác đồ Clotrimazole 500mg cho thấy có hiệu quả điều trị viêm âm đạo do nấm cao hơn so với phác đồ Clotrimazole 100mg.

Từ khóa: viêm âm đạo do nấm, phác đồ Clotrimazole 500mg, phác đồ Clotrimazole 100mg.

SUMMARY

COMPARISON OF THE TREATMENT OUTCOMES OF CLOTRIMAZOLE 100MG AND CLOTRIMAZOLE 500MG REGIMENS FOR

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bình Dương

³Bệnh viện Quân Y 121

Chịu trách nhiệm chính: Dương Thiên Hương

Email: msthienghuong1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.5.2025

Ngày duyệt bài: 19.5.2025