

# KHẢO SÁT CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG LIÊN QUAN ĐẾN BIẾN CỐ TIM MẠCH NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN BỆNH CƠ TIM GIÃN NỖ

Trương Phi Hùng<sup>1,2</sup>, Hoàng Vũ Trung Thông<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Bệnh cơ tim giãn nở là một trong những nguyên nhân gây suy tim và tử vong trên toàn cầu. Hiện nay các nghiên cứu trong nước về bệnh này tập trung nhiều ở đối tượng trẻ em. Việc khảo sát các đặc điểm liên quan giúp tối ưu hoá điều trị cho bệnh nhân. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để khảo sát các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và mối liên quan đến biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở được điều trị nội trú tại khoa nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim giãn nở được điều trị nội trú tại khoa nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2019 đến 12/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận được 60 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn, độ tuổi trung bình  $42,7 \pm 14,9$ . Tỷ lệ nam:nữ là 3,29:1. Các bệnh đồng mắc thường gặp là béo phì (25%), rung nhĩ và tăng huyết áp (21,7%). Triệu chứng thường gặp ngay thời điểm nhập viện là khó thở (95%), phù (53,5%) và nhịp tim nhanh (50%). NYHA III chiếm tỷ lệ nhiều nhất (56,7%) và ít nhất là NYHA IV (8,3%). Phân suất tống máu giảm chiếm tỷ lệ cao với 95% và giảm nhẹ chỉ 5%. Hầu hết các trường hợp đều có đi kèm hở van 2 lá, van 3 lá và bóng tim to. Bệnh nhân mắc biến cố tim mạch nội viện khá cao 48,3%. Nghiên cứu ghi nhận 4 yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện bao gồm: Phân suất tống máu thất trái giảm (OR=0,89; KTC 0,8 – 0,99), nhịp tim nhanh (OR=4,8; KTC 1,02 – 22,51), hở van 2 lá (OR= 0,05; KTC 0,004 – 0,46) và tĩnh mạch cổ nổi (OR=8,7; KTC 1,23 – 62,54). **Kết luận:** Nghiên cứu ghi nhận phân suất tống máu thất trái giảm, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi và hở van 2 lá là các yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở.

**Từ khóa:** bệnh cơ tim giãn nở, suy tim

## SUMMARY

### CLINICAL AND PARA CLINICAL PREDICTORS OF IN-HOSPITAL CARDIOVASCULAR EVENTS IN DILATED CARDIOMYOPATHY

**Introduction:** Dilated cardiomyopathy is one of the leading causes of heart failure and mortality worldwide. Currently, domestic studies on this condition have mainly focused on pediatric populations. Investigating the associated clinical

characteristics may help optimize treatment strategies for affected patients. **Objective:** This study was conducted to investigate the clinical and paraclinical characteristics and their association with in-hospital cardiovascular events in patients with dilated cardiomyopathy who were hospitalized and treated at the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital. **Subjects:** Patients diagnosed with dilated cardiomyopathy who were hospitalized and treated at the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital, from January 2019 to December 2023. **Study design:** A retrospective, cross-sectional descriptive study. **Results:** The study included 60 patients, with a mean age of  $42.7 \pm 14.9$  years. The male-to-female ratio was 3.29:1. Common comorbidities included obesity (25%), atrial fibrillation, and hypertension (21.7%). The most frequent symptoms at the time of admission were dyspnea (95%), edema (53.5%), and tachycardia (50%). The majority of patients were classified as NYHA III (56.7%), with the least being classified as NYHA IV (8.3%). Reduced ejection fraction was observed in 95% of cases, with only 5% having a mild reduction. Most cases were associated with mitral valve regurgitation, tricuspid valve regurgitation, and cardiomegaly. The incidence of in-hospital cardiovascular events was high at 48.3%. The study identified four independent prognostic factors for in-hospital cardiovascular events, including: reduced left ventricular ejection fraction (OR=0.89; CI 0.8–0.99), tachycardia (OR=4.8; CI 1.02–22.51), mitral valve regurgitation (OR=0.05; CI 0.004–0.46), and jugular vein distention (OR=8.7; CI 1.23–62.54). **Conclusion:** The study identified reduced left ventricular ejection fraction, tachycardia, jugular venous distension, and mitral regurgitation as independent predictors of in-hospital cardiovascular events in patients with dilated cardiomyopathy.

**Keywords:** dilated cardiomyopathy, heart failure.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim giãn được định nghĩa thông thường là sự giãn nở thất trái hoặc hai tâm thất và rối loạn chức năng tâm thu trong trường hợp không có tình trạng quá tải thể tích hay quá tải áp lực (ví dụ như bệnh van tim nguyên phát) hoặc bệnh mạch vành nặng đủ để gây ra sự tái cấu trúc tâm thất. Mặc dù trước đây được coi là bệnh hiếm gặp nhưng các ước tính hiện tại tỷ lệ mắc dao động từ 1/2500 – 1/250 và là một trong những nguyên nhân suy tim khá phổ biến<sup>1</sup>.

Bệnh cơ tim giãn diễn tiến thầm lặng, vào thời điểm chẩn đoán thì bệnh nhân thường bị rối loạn chức năng cơ bóp nghiêm trọng và tái cấu trúc tâm thất, phản ánh một thời gian dài không triệu chứng<sup>1</sup>. Bệnh có nhiều biến chứng như là rối loạn nhịp, huyết khối, sốc tim. Sự diễn tiến và

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 28.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025

tiền lượng bệnh phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng của bệnh và quá trình tái cấu trúc ngược trong tim. Tiên lượng xấu được thấy ở những bệnh nhân có phân suất tống máu thấp, dẫn đến suy tim giai đoạn cuối và cần phải cấy ghép thiết bị hỗ trợ. Điều trị theo khuyến cáo giúp giảm tần suất nhập viện do suy tim và cải thiện tiên lượng sống còn cho bệnh nhân<sup>2</sup>.

Tiên lượng bệnh cơ tim giãn nở được cải thiện đáng kể trong những thập kỉ gần đây. Tuy nhiên, cũng cần nhận định các yếu tố nguy cơ cao nhằm nâng cao chiến lược quản lí bệnh. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở. Việc xác định các yếu tố nguy cơ có thể giúp cải thiện chiến lược điều trị, theo dõi và quản lý góp phần giảm tỷ lệ tử vong và nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu dựa trên hồ sơ, được tiến hành tại Bệnh viện Chợ Rẫy.

**Tiêu chuẩn nhận vào gồm:** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim giãn nở được điều trị nội trú tại khoa nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2019 đến 12/2023.

**Tiêu chuẩn loại trừ gồm:** Bệnh nhân mắc bệnh cơ tim giãn nở do các nguyên nhân khác. (1) Bệnh hệ thống: amyloidosis, hemochromatosis, lupus, sarcoidosis. (2) Độc chất: anthracycline, amphetamine, cocaine, doxorubicin. (3) Rượu. (4) Nội tiết: suy giáp, cường giáp, suy tuyến thượng thận tiên phát, cushing, bệnh to đầu chi, u tủy thượng thận, đái tháo đường. (5) Bệnh mạch vành. (6) Hồ sơ thiếu số liệu. Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh.

Trong nghiên cứu này, chọn mẫu theo phương pháp thuận tiện. Tất cả người bệnh cơ tim giãn nở điều trị nội trú tại Bệnh viện Chợ Rẫy thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

**Biến số nghiên cứu:** Các biến số nghiên cứu chính gồm hành chính (tên, tuổi, giới tính), đặc điểm tiền căn (các bệnh lý đồng mắc), đặc điểm lâm sàng (khó thở, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phù ngoại biên, nhịp tim nhanh, tiếng tim bất thường, NYHA), đặc điểm cận lâm sàng, biến cố tim mạch nội viện (ít nhất trong các biến cố gồm đột quỵ não, nhanh thất/rung thất, phù phổi cấp, choáng tim, tử vong nội viện).

**Xử lý thông kê:** Dữ liệu được nhập liệu và

xử lý số liệu bằng Stata 14.5. Thống kê mô tả: Các biến số định lượng sẽ được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc dưới dạng trung vị và tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn. Các biến định tính sẽ được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm. Tìm mối liên quan khi biến phụ thuộc là biến nhị giá, sử dụng hồi quy logistic để tìm OR. Sự khác biệt có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu.

Nghiên cứu của chúng tôi gồm 60 bệnh nhân với độ tuổi trung bình  $42,7 \pm 14,9$ , tuổi cao nhất 78, tuổi thấp nhất là 18. Trong đó, nam giới chiếm ưu thế 76,7% và nữ giới chiếm 23,3%, tỉ lệ nam:nữ là 3,29:1. Nghiên cứu cũng ghi nhận các bệnh đồng mắc thường gặp là béo phì (25%), rung nhĩ và tăng huyết áp (21,7%) (Bảng 1).

**Bảng 1. Các bệnh đồng mắc trong dân số nghiên cứu**

| Bệnh đồng mắc    | Số lượng (n) | Tần suất (%) |
|------------------|--------------|--------------|
| Đái tháo đường   | 6            | 10           |
| Tăng huyết áp    | 13           | 21,7         |
| Bệnh thận mạn    | 10           | 16,7         |
| Rung nhĩ         | 13           | 21,7         |
| Tiền sử gia đình | 2            | 3,3          |
| Béo phì          | 15           | 25           |

**Đặc điểm lâm sàng.** Triệu chứng thường gặp nhất ngay thời điểm nhập viện là khó thở (95%), tiếp đến là phù (53,5%) và nhịp tim nhanh (50%). Bên cạnh đó, chúng tôi ghi nhận bệnh nhân với NYHA III chiếm tỉ lệ nhiều nhất (56,7%) và ít nhất là NYHA IV (8,3%) (Bảng 2).

**Bảng 2. Các đặc điểm lâm sàng**

| Đặc điểm                |                     | Số lượng<br>(n)    | Tần suất<br>(%) |
|-------------------------|---------------------|--------------------|-----------------|
| Khó thở                 |                     | 57                 | 95              |
| Gan to                  |                     | 14                 | 23,3            |
| Tĩnh mạch cổ nổi        |                     | 15                 | 25              |
| Phù                     |                     | 32                 | 53,5            |
| Nhịp tim nhanh          |                     | 30                 | 50              |
| Tiếng tim bất thường    |                     | 14                 | 23,3            |
| NYHA                    | II                  | 21                 | 35              |
|                         | III                 | 34                 | 56,7            |
|                         | IV                  | 5                  | 8,3             |
| Sinh hiệu lúc nhập viện | Huyết áp tâm thu    | 109±21,9 mmHg      |                 |
|                         | Huyết áp tâm trương | 69,5±13,1 mmHg     |                 |
|                         | Nhịp tim            | 94,5±17,2 lần/phút |                 |

**Đặc điểm cận lâm sàng.** Hầu hết bệnh nhân cơ tim giãn nở trong nghiên cứu này có suy giảm phân suất tống máu đáng kể, phân suất tống máu giảm chiếm tỉ lệ cao với 95% và giảm nhẹ chỉ 5%. Bên cạnh đó, hầu hết các trường

hợp đều có đi kèm hở van 2 lá, van 3 lá và bóng tim to (Bảng 3).

**Bảng 3. Các đặc điểm cận lâm sàng**

| Cận lâm sàng                | Số lượng (n) | Tần suất (%) |
|-----------------------------|--------------|--------------|
| Phân suất giảm nhẹ (HFmrEF) | 3            | 5            |
| tổng máu Giảm (HFrEF)       | 57           | 95           |
| Hở van 2 lá                 | 49           | 81,7         |
| Hở van 3 lá                 | 49           | 81,7         |
| QRS dẫn rộng                | 16           | 26,7         |
| Bóng tim to                 | 52           | 86,7         |

**Đặc điểm điều trị.** 4 nhóm thuốc khuyến cáo trong điều trị suy được tối ưu hoá, với MRA chiếm ưu thế (95%), tiếp đến là nhóm ACE/ARB/ARNI, Beta-blocker và SGLT2. Một số bệnh nhân có tình trạng suy tim nặng được sử dụng thuốc tăng co bóp tim, vận mạch hoặc can thiệp thiết bị hỗ trợ.

**Bảng 4. Các phương pháp điều trị**

| Phương pháp  | Số lượng (n) | Tần suất (%) |
|--------------|--------------|--------------|
| ACE/ARB/ARNI | 50           | 83,3         |
| MRA          | 57           | 95           |
| Beta-blocker | 28           | 46,7         |
| SGLT2        | 18           | 30,5         |

**Bảng 4. Các yếu tố tiên đoán biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở**

| Yếu tố               | Phân tích đơn biến |              |           | Phân tích đa biến |              |           |
|----------------------|--------------------|--------------|-----------|-------------------|--------------|-----------|
|                      | OR <sup>a</sup>    | KTC 95%      | Giá trị p | OR <sup>b</sup>   | KTC 95%      | Giá trị p |
| Tuổi                 | 0,98               | 0,95 – 1,02  | 0,31      |                   |              |           |
| Nam                  | 1,33               | 0,4 – 4,45   | 0,64      |                   |              |           |
| Đái tháo đường       | 2,32               | 0,39 – 13,75 | 0,35      |                   |              |           |
| Tăng huyết áp        | 0,89               | 0,26 – 3,06  | 0,86      |                   |              |           |
| Bệnh thận mạn        | 0,67               | 0,17 – 2,65  | 0,57      |                   |              |           |
| Rung nhĩ             | 0,6                | 0,17 – 2,1   | 0,42      |                   |              |           |
| Tiền sử gia đình     | 1,07               | 0,06 – 17,96 | 0,96      |                   |              |           |
| Huyết áp tâm thu     | 0,98               | 0,95 – 1     | 0,06      |                   |              |           |
| Huyết áp tâm trương  | 0,95               | 0,9 – 0,99   | 0,017     | 0,96              | 0,89 – 1,02  | 0,19      |
| Gan to               | 1,58               | 0,47 – 5,31  | 0,45      |                   |              |           |
| Tĩnh mạch cổ nổi     | 6,59               | 1,62 – 26,75 | 0,008     | 8,7               | 1,23 – 62,54 | 0,03      |
| Phù                  | 2,05               | 0,68 – 6,22  | 0,2       |                   |              |           |
| Nhịp tim nhanh       | 3,45               | 1,19 – 9,99  | 0,022     | 4,8               | 1,02 – 22,51 | 0,047     |
| Tiếng tim bất thường | 0,75               | 0,22 – 2,5   | 0,64      |                   |              |           |
| NYHA III - IV        | 2,27               | 0,75 – 6,89  | 0,15      |                   |              |           |
| EF                   | 0,87               | 0,8 – 0,95   | 0,002     | 0,89              | 0,8 – 0,99   | 0,03      |
| QRS dẫn rộng         | 3,18               | 0,94 – 10,72 | 0,06      |                   |              |           |
| Bóng tim to          | 1,67               | 0,36 – 7,71  | 0,51      |                   |              |           |
| Hở van 2 lá          | 0,15               | 0,03 – 0,79  | 0,025     | 0,05              | 0,004 – 0,46 | 0,008     |

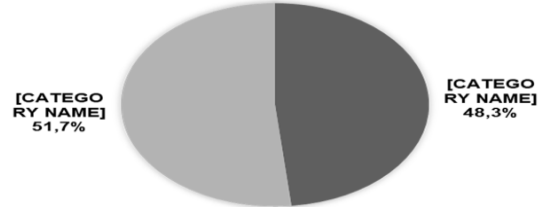
<sup>a</sup> Phân tích hồi quy logistic đơn biến <sup>b</sup> Phân tích hồi quy logistic đa biến

#### IV. BÀN LUẬN

Kết quả cho thấy bệnh cơ tim giãn nở thường xuất hiện ở nam giới với tỷ lệ nam:nữ là 3,29:1. Kết quả này phù hợp với nhiều nghiên cứu trước đây, qua đó cho thấy bệnh phổ biến hơn ở nam giới so với nữ giới<sup>3</sup>. Ngoài ra, theo

|                                      |    |      |
|--------------------------------------|----|------|
| Furosemide                           | 49 | 81,7 |
| Imidu                                | 38 | 64,4 |
| Digoxin                              | 15 | 25   |
| Dobutamin                            | 16 | 26,7 |
| Noradrenalin                         | 7  | 11,7 |
| Đặt máy ICD/ CRT-D <sup>b</sup> / -P | 17 | 28,3 |
| Thở máy                              | 3  | 5    |
| IABP                                 | 1  | 1,7  |
| ECMO                                 | 1  | 1,7  |

**Biến cố tim mạch nội viện.** Nghiên cứu ghi nhận ghi nhận 29 trường hợp mắc biến cố tim mạch nội viện trong tổng số 60 bệnh nhân, chiếm 48,3%. Thực hiện phân tích hồi quy đơn biến và đa biến cho thấy 4 yếu tố sau có liên quan độc lập đến biến cố tim mạch nội viện bao gồm: nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi, phân suất tổng máu và hở van 2 lá (Bảng 4)



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ biến cố tim mạch nội viện**

báo cáo của tác giả H. Mahmaljy và cộng sự<sup>4</sup> thì bệnh thường được phát hiện trong độ tuổi từ 20 đến 60, kết quả của chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình  $41,6 \pm 15,4$ , bệnh thường được phát hiện ở tuổi trưởng thành chứng tỏ nó có diễn tiến âm thầm trong một khoảng thời gian dài.

Chúng tôi cũng ghi nhận hai trường hợp có tiền sử gia đình mang gen đột biến. Các bệnh kèm theo ghi nhận béo phì, tăng huyết áp, rung nhĩ chiếm ưu thế hơn các bệnh còn lại, nhưng tỉ lệ cũng không cao. Theo báo cáo của tác giả Marco Merlo<sup>1</sup> thì DCM thường ít các bệnh lý đi kèm.

Về đặc điểm lâm sàng, khó thở là triệu chứng nổi bật với 95%, phản ánh tình trạng sung huyết và suy giảm chức năng thất trái. Phù (53,5%) và nhịp tim nhanh (50%), là các triệu chứng thường gặp tiếp theo, kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Mahmaljy và cộng sự<sup>4</sup>. Tỉ lệ NYHA III chiếm ưu thế 56,7% tương đương của tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân<sup>5</sup> (56,6%) và chúng tôi không ghi nhận NYHA I nhập viện. Do bệnh cơ tim giãn tiến triển thầm lặng, vào thời điểm chẩn đoán thì bệnh nhân thường bị rối loạn chức năng co bóp nghiêm trọng và tái cấu trúc tâm thất nên nghiên cứu ghi nhận tình trạng EF giảm chiếm tỉ lệ 92,2% ưu thế. Bên cạnh đó, khi buồng tim bị giãn quá mức nên kéo theo tình trạng hở van 2 lá, 3 lá từ nhẹ đến nặng do dẫn vòng van thay vì bệnh lý van nguyên phát với tỉ lệ trên 80% và hình ảnh bóng tim to trên Xquang ở hầu hết các trường hợp (86,3%).

Về đặc điểm điều trị, nghiên cứu ghi nhận tỉ lệ sử dụng thuốc ACE/ARB/ARNI là 83,3% tương tự với nhiều tác giả khác như là Trần Đại Cường<sup>6</sup> (83,9%) hay CHECK-HF<sup>7</sup> (84%). Với nhóm lợi tiểu kháng Aldosterone đạt tỉ lệ cao trong nghiên cứu của chúng tôi (94,1%), cao hơn tác giả Nguyễn Ngọc Thanh Vân<sup>5</sup> (71,2%) và CHECK-HF (56%). Và nhóm Beta-blocker chỉ đạt 46,7%, kết quả này thấp hơn với nghiên cứu của tác giả Trần Đại Cường ở nhóm HFrEF (52,1%) và tương với nhóm HFmrEF (46,7%). Và ít được sử dụng nhất là nhóm SGLT2 đạt 30,5% cao hơn tác giả Trần Đại Cường khi nghiên cứu ở nhóm HFmrEF (20%) và thấp hơn nhóm HFrEF (37,6%). Sự khác biệt này có thể đến từ dân số nghiên cứu của chúng tôi chỉ gồm các bệnh nhân cơ tim giãn nở và thời gian hồi cứu hồ sơ từ 1/2019 khi mà nhóm SGLT2 vẫn chưa được đưa vào khuyến cáo điều trị nền tảng của suy tim. Bên cạnh đó, hầu hết các bệnh nhân nhập viện đều suy tim nặng do đó thuốc lợi tiểu Furosemid được sử dụng rất nhiều (81,7%) gần tương đương nghiên cứu ASIAN-HF<sup>8</sup> 79,5%, ngoài ra còn có nhóm giãn mạch, cụ thể là Imidu (34%), các nhóm trên đều giúp giảm tải, cải thiện triệu chứng nhanh. Nghiên cứu cũng ghi nhận 16 trường hợp được đặt máy khử rung/thiết bị tái đồng bộ tim đạt 28,3% và 1 trường hợp được sử dụng IABP và ECMO.

Tỉ lệ biến cố tim mạch nội viện vẫn còn cao

với 48,3%, điều này làm kéo dài thời gian nằm viện, tăng chi phí điều trị hay ảnh hưởng đến tiên lượng lâu dài của người bệnh. Qua đây chúng tôi nhận thấy tỉ lệ bệnh nhân tử vong khá thấp (7,8%) nhưng vẫn đối mặt với nhiều nguy cơ diễn tiến nặng, đòi hỏi phải có chiến lược theo dõi sát và kịp thời. Kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc nhận diện sớm các yếu tố nguy cơ và can thiệp tích cực trong suốt thời gian nằm viện nhằm hạn chế các biến cố tim mạch.

Thực hiện mô hình hồi quy đơn biến – đa biến dựa trên các đặc điểm chúng tôi ghi nhận phân suất tống máu thất trái giảm, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi và hở van 2 lá là các yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở. Trong đó, phân suất tống máu và nhịp tim nhanh có OR lần lượt là 0,89 (KTC 0,8 – 0,99) và 4,8 (KTC 1,02 – 22,51) phản ánh tình trạng rối loạn chức năng tâm thu, là một trong những yếu tố tiên lượng có giá trị trong nhiều bệnh lý tim mạch, khi sợi cơ tim càng giãn trong thời kỳ tâm trương thì càng tạo tiền đề để co bóp mạnh trong thời kỳ tâm thu, tuy nhiên, nếu khi các sợi tim càng giãn căng quá mức thì sức co bóp lại càng giảm. Trong bệnh cơ tim giãn nở, các buồng tim giãn quá mức nên sức co bóp giảm, một trong các cơ chế đáp ứng với tình trạng trên là tim tăng tần số co bóp để duy trì cung lượng tim. Bên cạnh đó, hở van 2 lá (OR= 0,05; KTC 0,004 – 0,46) và tĩnh mạch cổ nổi (OR=8,7; KTC 1,23 – 62,54) cũng là các yếu tố quan trọng trong việc tiên đoán khả năng xảy ra các biến cố. Hở van hai lá chức năng thường do giãn vòng van và tái cấu trúc thất trái, gây tăng áp nhĩ trái, dẫn đến sung huyết phổi và quá tải tuần hoàn. Điều này tạo thành vòng xoắn bệnh lý, làm tiến triển suy tim và làm tăng đáng kể nguy cơ xảy ra các biến cố nội viện.

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân cơ tim giãn nở thường được phát hiện ở thập kỷ thứ ba hoặc thứ tư của cuộc đời. Triệu chứng thường gặp là khó thở, phù, nhịp tim nhanh. Phân độ NYHA III chiếm ưu thế. Hầu hết bệnh nhân được ghi nhận phân suất tống máu giảm kèm theo hở van hai lá, van ba lá và bóng tim to. Phân suất tống máu thất trái giảm, nhịp tim nhanh, tĩnh mạch cổ nổi và hở van 2 lá là các yếu tố tiên lượng độc lập cho nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện ở người bệnh cơ tim giãn nở.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Merlo M, Cannata A, Gobbo M, Stolfo D, Elliott PM, Sinagra G. Evolving concepts in

- dilated cardiomyopathy. Eur J Heart Fail. Feb 2018;20(2):228-239. doi:10.1002/ehf.1103
2. Reichart D, Magnussen C, Zeller T, Blankenberg S. Dilated cardiomyopathy: from epidemiologic to genetic phenotypes: A translational review of current literature. J Intern Med. Oct 2019;286(4):362-372. doi:10.1111/joim.12944
  3. Schultheiss H-P, Fairweather D, Caforio ALP, et al. Dilated cardiomyopathy. Nature Reviews Disease Primers. 2019/05/09 2019;5(1):32. doi:10.1038/s41572-019-0084-1
  4. Mahmaljy H, Yelamanchili VS, Singhal M. Dilated cardiomyopathy. StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing; 2023.
  5. Nguyễn Ngọc Thanh Vân NĐQA, Hoàng Văn Sỹ, Châu Ngọc Hoa. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của Hội Tim châu Âu 2016. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2021;25(2):6.
  6. Trần ĐC, Phạm DL, Hoàng VS. Khảo sát điều trị suy tim theo khuyến cáo của hội tim châu Âu 2021 ở các mức phân suất tổng máu khác nhau. Tạp chí Y học Việt Nam. 01/30 2024;534(1B)doi:10.51298/vmj.v534i1B. 8251
  7. Brunner-La Rocca HP, Linssen GC, Smeele FJ, et al. Contemporary Drug Treatment of Chronic Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: The CHECK-HF Registry. JACC Heart Fail. Jan 2019;7(1):13-21. doi:10.1016/j.jchf.2018.10.010
  8. MacDonald MR, Tay WT, Teng TK, et al. Regional Variation of Mortality in Heart Failure With Reduced and Preserved Ejection Fraction Across Asia: Outcomes in the ASIAN-HF Registry. J Am Heart Assoc. Jan 7 2020;9(1):e012199. doi:10.1161/jaha.119.012199

## GIÁ TRỊ CỦA CỘNG HƯỞNG TỪ 1.5 TESLA TRONG CHẨN ĐOÁN UNG THƯ CỔ TỬ CUNG GIAI ĐOẠN SỚM ĐƯỢC PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN TẠI BỆNH VIỆN K

Phạm Thị Yên<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Thi<sup>2</sup>, Đoàn Tiến Lưu<sup>1</sup>,  
Ngô Lê Lâm<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Hồng Phượng<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm đánh giá tính giá trị của cộng hưởng từ (CHT) 1.5 Tesla trong chẩn đoán ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm được phẫu thuật triệt căn tại bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 106 bệnh nhân ung thư cổ tử cung được chụp CHT chẩn đoán giai đoạn sớm trước phẫu thuật triệt căn khởi đầu và có kết quả giai đoạn giải phẫu bệnh sau mổ từ tháng 01 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 tại bệnh viện K. **Kết quả:** CHT chẩn đoán ung thư CTC xâm lấn 2/3 trên âm đạo có độ nhạy Se= 87,5 %, độ đặc hiệu Sp= 97,9%, độ chính xác Acc= 97,1%, giá trị dự báo dương tính PPV= 77,8%, giá trị dự báo âm tính NPV= 98,9%. Đánh giá u xâm lấn tới đoạn 1/3 dưới âm đạo, dây chằng rộng, thành chậu hông, niệu quản, bàng quang và trực tràng với độ chính xác và giá trị dự báo âm tính đều là 100%. Chẩn đoán di căn hạch chậu với độ chính xác và giá trị dự báo âm tính NPV đều là 94,3%. Phân tích gộp cho thấy cộng hưởng từ chẩn đoán giai đoạn IB1 với độ chính xác (Acc) là 90,1%, IB2 với Acc là 93,9%, IIA1 với Acc là 85,7% và độ chính xác chung của cộng hưởng từ chẩn đoán giai đoạn sớm ung thư cổ tử cung là 87,7 %. **Kết luận:** CHT là phương tiện có giá trị cao trong chẩn đoán giai đoạn sớm ung thư cổ tử cung trước phẫu thuật, trong đó dự báo tình trạng di căn hạch chậu chính xác góp

phần đưa ra phác đồ điều trị phù hợp nhất cho người bệnh. **Từ khóa:** Ung thư cổ tử cung giai đoạn sớm, CHT u cổ tử cung.

### SUMMARY

#### THE VALUE OF 1.5 TESLA MAGNETIC RESONANCE IMAGING IN DIAGNOSING EARLY-STAGE CERVICAL CANCER AFTER RADICAL SURGERY AT K HOSPITAL

**Objective:** The study aims to evaluate the value of 1.5 Tesla magnetic resonance imaging (MRI) in diagnosing early-stage cervical cancer (CC) in patients who underwent radical surgery at K Hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 106 patients with cervical tumors classified as early-stage based on MRI, who underwent radical surgery and had postoperative pathological results from January 2024 to December 2024 at K Hospital. **Results:** In early-stage cervical cancer (UT CTC), MRI has high value in diagnosing vaginal invasion of the upper 2/3 with sensitivity (Se) = 87,5%, specificity (Sp) = 97,9%, accuracy (Acc) = 97,1%, positive predictive value (PPV) = 77,8%, and negative predictive value (NPV) = 98,9%. MRI also shows 100% accuracy and negative predictive value for diagnosing invasion into the lower 1/3 of the vagina, pelvic sidewall, ureters, bladder, and rectum. For diagnosing pelvic lymph node metastasis, MRI demonstrates 94,3% accuracy and NPV. Regarding early-stage cervical cancer staging, MRI shows an accuracy of 90,1% for stage IB1, 93,9% for stage IB2, and 85,7% for stage IIA1. The overall accuracy is 87,7%. **Conclusion:** MRI is highly valuable in diagnosing assessing invasion and determining pelvic lymph node metastasis in cervical cancer patients. It plays an essential role in accurate early-stage cervical

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thi

Email: nvanthi@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.5.2025

Ngày duyệt bài: 30.6.2025