

đạo thành dưới nào và phần cuối sóng T dương là có mặt ở đầy đủ 3 bệnh nhân. Tác giả Bozbeyoğlu cũng đã kết luận rằng việc ST chênh lên ở cả thành trước và thành dưới trên điện tâm đồ có thể do tắc LAD nhánh quanh mỏm, tắc đoạn xa LAD hay cả hai ⁴. Tuy nhiên dù là trường hợp nào thì cũng đều nên nhanh chóng đưa bệnh nhân đến phòng can thiệp và tái thông càng sớm càng tốt nhằm hạn chế tối đa biến chứng và nguy cơ tử vong cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Nhồi máu cơ tim cấp do tắc động mạch liên thất trước nhánh quanh mỏm (wrapped LAD) gây nên suy giảm nghiêm trọng chức năng thất trái, trong đó ảnh hưởng nhiều nhất lên vùng mỏm tim. Việc nhận diện sớm trên lâm sàng nhằm có chỉ định can thiệp tái tưới máu sớm những trường hợp này là vô cùng quan trọng, giúp giảm nguy cơ biến chứng và tử vong của bệnh nhân. Tuy nhiên việc chẩn đoán tắc LAD nhánh quanh mỏm đơn thuần bằng điện tâm đồ vẫn còn cần thêm dữ liệu. Nhưng có thể áp dụng sớm các tiêu chuẩn điện tâm đồ này để giúp dự báo vị trí tổn thương động mạch vành, và quyết định tiến hành chụp kèm tái thông động mạch vành sớm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Organization World Health.** The top 10 causes of death. Accessed April 25, 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>

2. **Sasaki K, Yotsukura M, Sakata K, Yoshino H, Ishikawa K.** Relation of ST-segment changes in inferior leads during anterior wall acute myocardial infarction to length and occlusion site of the left anterior descending coronary artery. *Am J Cardiol* 2001; 87: 1340-5.
3. **Kobayashi N, Maehara A, Brener SJ, Génereux P, Witzensbichler B, Guagliumi G, et al.** Usefulness of the Left Anterior Descending Coronary Artery Wrapping Around the Left Ventricular Apex to Predict Adverse Clinical Outcomes in Patients With Anterior Wall ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (from the Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction Trial). *Am J Cardiol* 2015; 116: 1658-65.
4. **Bozbeyoğlu E, Yıldırım Türk Ö, Aslanger E, Şimşek B, Karabay CY, Özveren O, Değertekin MM.** Is the inferior ST-segment elevation in anterior myocardial infarction reliable in prediction of wrapped left anterior descending artery occlusion? *Anatol J Cardiol.* 2019 Apr;21(5): 253-258. doi: 10.14744/AnatolJCardiol.2019.09465. PMID: 31062754; PMCID: PMC6528511.
5. **Weber C, Brown KN, Borger J:** Anatomy, thorax, heart anomalous left anterior descending (LAD) artery. *StatPearls [Internet]. StatPearls Publishing, Treasure Island, FL; 2019.*
6. **Lew AS, Hod H, Cercek B, Shah PK, Ganz W.** Inferior ST segment changes during acute anterior myocardial infarction: a marker of the presence or absence of concomitant inferior wall ischemia. *J Am Coll Cardiol* 1987; 10: 519-26

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU BẢO TỒN TẠI BỆNH VIỆN TIM MẠCH THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023-2025

Phan Minh Huy¹, Trần Kim Sơn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn là một bệnh lý tim mạch nghiêm trọng, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và làm gia tăng gánh nặng y tế. Tuy nhiên, trên lâm sàng rất nhiều bác sĩ bỏ sót chẩn đoán do đây là một bệnh lý không đồng nhất dẫn đến phát hiện bệnh khi giai đoạn suy tim đã muộn, từ đó làm gia tăng gánh nặng y tế, các triệu chứng lâm sàng ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn rất đa dạng và phức tạp, do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu các đặc điểm lâm

sàng, cận lâm sàng chính ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn tại Bệnh Viện Tim Mạch Thành Phố Cần Thơ giai đoạn 2023-2025. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang 115 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (phân suất tổng máu $\geq 50\%$) theo tiêu chuẩn của ESC 2021 đang được điều trị tại bệnh viện Tim Mạch Thành Phố Cần Thơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 70.4 ± 10.5 , trong đó nữ giới chiếm 63.48%. Khó thở khi gắng sức là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất. Phân độ NYHA III thường gặp nhất. Trung vị của nồng độ NT-proBNP là 434.4 pg/ml. Kiểu hình thường gặp nhất trên lâm sàng là kiểu hình chuyển hóa (32.2%). **Kết luận:** Khó thở khi gắng sức là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, phân độ NYHA III thường gặp nhất trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: Phan Minh Huy
Email: huycm69113@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.6.2025
Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025
Ngày duyệt bài: 27.8.2025

máu bảo tồn, các loại kiểu hình gặp với tỉ lệ tương đương nhau trên lâm sàng. **Từ khóa:** Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, Dapagliflozin.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTICS AND RESULTS OF TREATMENT WITH DAPAGLIFLOZIN IN PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION IN CAN THO CARDIOVASCULAR HOSPITAL IN 2023 - 2025

Background: Heart failure with preserved ejection fraction is a serious cardiovascular disease, greatly affecting the quality of life and increasing the medical burden. However, clinically, many doctors miss the diagnosis because this is a heterogeneous disease, leading to the detection of the disease when the heart failure stage is late, thereby increasing the medical burden. The clinical symptoms in patients with heart failure with preserved ejection fraction are very diverse and complex, so we conducted a study on the main clinical and paraclinical characteristics in the group of patients with heart failure with preserved ejection fraction at Can Tho City Cardiovascular Hospital in the period of 2023-2025. **Objectives:** Description of clinical and paraclinical characteristics in patients with heart failure with preserved ejection fraction. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study of 115 patients diagnosed with heart failure with preserved ejection fraction (EF $\geq$ 50%) according to ESC 2021 criteria being treated at Can Tho City Heart Hospital. **Results:** The average age of the patients was 70.4 ± 10.5 years, with 63.48 being female. Dyspnea on exertion was the most commonly reported symptom. NYHA Class III was the most frequently observed classification. The median NT-proBNP level was 434.4 pg/ml. The most prevalent clinical phenotype was the metabolic phenotype (32.2%). **Conclusions:** Dyspnea on exertion was the most common symptom, and NYHA Class III was the most frequently observed classification among patients with heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF). The clinical phenotype is equivalent to each other about the prevalence in clinical practice.

Keywords: Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, Dapagliflozin.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một bệnh lý tim mạch nghiêm trọng, gây ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống và làm gia tăng gánh nặng y tế. Các nghiên cứu về HFpEF trong những năm gần đây đã thấy có một số đặc điểm chung ở những đối tượng suy tim phân suất tổng máu bảo tồn, được chia thành các "group" (nhóm), và "phenotype" (kiểu hình) [1], việc tiếp cận những nhóm bệnh nhân theo cách phân chia này giúp thực hành lâm sàng phân nhóm đối tượng HFpEF thành những nhóm bệnh nhân cụ thể và có chiến lược điều trị cũng như tiên lượng và quản lý khác nhau [2], [3], [4].

Hiện nay, mặc dù các khuyến cáo chưa quan tâm nhiều đến việc phân các nhóm bệnh nhân thành các loại kiểu hình khác nhau trên lâm sàng, nhưng việc tiếp cận theo phân nhóm kiểu hình vẫn được quan tâm trên lâm sàng, điều này xuất phát từ thực tế là nhóm bệnh nhân HFpEF có nhiều bệnh đi kèm và trên lâm sàng thường rất đa dạng về triệu chứng cũng như đa dạng và đặc trưng ở các kết quả cận lâm sàng [5].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn điều trị tại Bệnh Viện Tim Mạch Thành Phố Cần Thơ từ tháng 7 năm 2023 đến tháng 3 năm 2025.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân thỏa hết tất cả các tiêu chí sau đây:

+ Tuổi > 18 .

+ Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim phân suất tổng máu bảo tồn theo hội Tim Mạch Châu Âu 202 [5].

Tiêu chuẩn loại trừ: loại trừ nếu bệnh nhân có bất kỳ tiêu chí sau đây

+ Huyết áp tâm thu < 90 mmHg

+ Độ lọc cầu thận < 25 ml/phút/1,73 m² da

+ Bệnh nhân đã được chẩn đoán Bệnh cơ tim Amyloidosis, Bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim, bệnh van tim.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: 115 bệnh nhân được chẩn đoán HFpEF tại bệnh viện Tim Mạch Tp. Cần Thơ.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chí chọn mẫu và tiêu chí loại trừ đang được điều trị nội trú tại bệnh viện Tim Mạch Thành Phố Cần Thơ.

Nội dung nghiên cứu: Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở nhóm bệnh nhân HFpEF: đặc điểm chung (giới tính, tuổi, BMI), nguyên nhân nhập viện, các bệnh lý đi kèm, các triệu chứng cơ năng và triệu chứng thực thể suy tim, các kiểu hình HFpEF thường gặp và phân tích các yếu tố liên quan.

Phương pháp xử lý số liệu: nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 22.0 bao gồm mã hóa các biến, phân tích các biến đã mã hóa và xử lý số liệu.

Đạo đức trong nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội Đồng Y Đức của Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ, mã số chấp thuận 23.066HV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng

ngiên cứu

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Giới		
Nam	42	36.5
Nữ	73	63.5
Nhóm tuổi		
<60	18	15.6
≥60	97	84.7
Tuổi trung bình ± SD	70.4 ± 10.5	
Phân loại chỉ số khối cơ thể		
Gầy	11	9.5
Bình thường	50	43.5
Thừa cân	17	14.8
Béo phì	37	32.2
BMI trung bình ± độ lệch chuẩn	22.64 ± 3.44	
Đặc điểm tiền sử bệnh lý		
Tăng huyết áp	99	86.0
Bệnh mạch vành	74	64.3
COPD	11	9.5
Rung nhĩ	30	26.0
Đái tháo đường 2	15	13.0
Bệnh thận mạn	3	2.6

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân Nữ chiếm tỷ lệ vượt trội hơn so với số bệnh nhân Nam (63.48% so với 36.52%), nhóm bệnh nhân trên 60 tuổi chiếm tỷ lệ 84,7%, độ tuổi trung bình của các bệnh nhân tham gia nghiên cứu là 70.4 ± 10.5, số bệnh nhân béo phì chiếm 32,2 %, chỉ số BMI trung bình là 22.64 ± 3.44. Về đặc điểm tiền sử bệnh lý, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ nhiều nhất (86%), kế đến là bệnh mạch vành (64,3%) và rung nhĩ (26%), bệnh thận mạn chiếm tỷ lệ thấp nhất (2,6%).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Triệu chứng cơ năng		
Khó thở khi gắng sức	58	50.4
Khó thở kích phát về đêm	24	20.9
Đánh trống ngực	19	16.5
Ho về đêm	13	11.3
Phù chân	1	0.9
Triệu chứng thực thể		
Tĩnh mạch cổ nổi	26	22.6
Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+)	9	7.9
Tăng diện đập mỏm tim	18	15.7
Phù ngoại vi	8	6.9
Nhịp tim nhanh	35	30.4
Ran phổi	8	6.9
Gan to	11	9.6
Phân độ NYHA		
NYHA I	0	0.0
NYHA II	13	11.3

NYHA III	84	73
NYHA IV	18	15.7

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng cơ năng thường gặp nhất ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn là triệu chứng khó thở khi gắng sức (50.4%), triệu chứng ít gặp nhất là ho về đêm (11.3%) và triệu chứng phù hầu như không gặp. Về triệu chứng thực thể, tĩnh mạch cổ nổi và nhịp tim nhanh là triệu chứng thường gặp nhất (22.6% và 30.4%), và các triệu chứng như phù ngoại vi và ran ở phổi chiếm tỉ lệ thấp nhất (6.9%), phân độ NYHA III chiếm tỷ lệ cao nhất (73%), không ghi nhận bệnh nhân nào khó thở NYHA I trong suốt quá trình nghiên cứu.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Điện tâm đồ		
Thiếu máu/sẹo nhồi máu cơ tim	49	42.6
Block nhánh trái	3	2.6
Block nhánh phải	1	0.9
Rung nhĩ	30	26.1
Nhịp nhanh xoang	17	14.8
Ngoại tâm thu nhĩ	5	4.3
Ngoại tâm thu thất	4	3.5
Bình thường	6	5.2
Đặc điểm siêu âm tim		
Phân suất tổng máu (%)		
EF: 50-55%	22	19.1
EF: 56-65%	42	36.5
EF: > 65%	51	44.4
Trung bình ± SD	63.7 ± 7.4	
PAP		
PAP: <30	69	60.0
PAP: 30-50	34	29.6
PAP: 51-70	10	8.7
PAP: >70	2	1.7
Trung bình ± SD	32.0 ± 13.7	
LA		
Trung vị	32.0	
Giá trị nhỏ nhất	20.0	
Giá trị lớn nhất	95.0	
NT- proBNP (pg/mL)		
Trung vị	434.4	
Giá trị nhỏ nhất	128	
Giá trị lớn nhất	24905	

Nhận xét: Về điện tâm đồ, tình trạng rung nhĩ và thiếu máu cơ tim chiếm tỷ lệ cao nhất (26.1% và 42.6%), các tình trạng block nhánh cũng như rối loạn nhịp khác ít gặp. Phân suất tổng máu trung bình là 63.7 ± 7.4, trong đó

nhóm bệnh nhân EF > 65% chiếm tỷ lệ cao nhất (44.4%). Áp lực động mạch phổi trung bình là 32.0 ± 13.7 , trong đó nhóm bệnh nhân tăng áp phổi nhẹ chiếm 69%, ghi nhận 2 bệnh nhân có tình trạng tăng áp phổi nặng (2.1%). Chỉ số nhĩ trái nhỏ nhất là 20 mm, lớn nhất là 95mm và giá

trị trung vị là 32mm. Nồng độ NT-proBNP nhỏ nhất là 128 pg/ml, lớn nhất là 24905 pg/ml và giá trị trung vị là 434.4 pg/ml.

3.3. Đặc điểm các loại kiểu hình trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn

Bảng 4. Đặc điểm các nhóm kiểu hình trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn

Kiểu hình 1 (Lớn tuổi, nhiều bệnh đi kèm)		Kiểu hình 2 (Bệnh lý mạch vành)		Kiểu hình 3 (Rung nhĩ)		Kiểu hình 4 (Chuyển hóa)	
Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
26	22.6	32	27.8	20	17.4	37	32.2

Nhận xét: Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận các loại kiểu hình thường gặp trên lâm sàng xuất hiện với tần suất tương đương nhau, kiểu hình 4 (chuyển hóa) trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thường gặp nhất (chiếm tỉ lệ 32.2%), còn kiểu hình 3 (rung nhĩ) chiếm tỉ lệ thấp nhất (17.4%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm tuổi và giới. Qua nghiên cứu của chúng tôi cho thấy rằng, tỷ lệ bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn trong cộng đồng chiếm đa số ở bệnh nhân nữ, tuổi cao, béo phì, tương tự như nghiên cứu của nhóm tác giả Ngô Sĩ Ngọc và cộng sự tại bệnh viện Tim Mạch An Giang (tuổi 68 ± 12 , nữ giới chiếm 60%) so với chúng tôi là 70.4 ± 10.5) và nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Diễm và Nguyễn Hoàng Mây (tuổi trung bình là 74 ± 10.7) [2], điều này cho thấy HFpEF thường gặp ở nhóm đối tượng bệnh nhân trưởng thành và cao tuổi do hệ thống chức năng tim và tuần hoàn suy giảm do quá trình lão hóa, tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu chúng tôi cũng tương đồng với tỉ lệ nữ giới trong nghiên cứu Minnesota ở Olmsted Country cho thấy kết quả nữ giới chiếm 64%, nhiều hơn so với nam giới [6], phù hợp với đặc điểm dịch tễ là HFpEF, thường gặp ở bệnh nhân nữ giới, lớn tuổi.

4.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng. Cũng như nhóm suy tim phân suất tống máu giảm, triệu chứng đặc trưng ở nhóm suy tim phân suất tống máu bảo tồn là khó thở kịch phát về đêm và khó thở khi gắng sức (trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận lần lượt là 20.9% và 50.4%, khó thở là triệu chứng có giá trị độ nhạy cao trong chẩn đoán suy tim (89%) tuy nhiên độ đặc hiệu thấp (44%), cơ chế gây khó thở trong suy tim chủ yếu do ứ dịch, trong các trường hợp stress cấp tính khó thở có thể rầm rộ hơn xảy ra ngay cả khi nghỉ ngơi, các triệu chứng khác như đánh trống ngực, ho về đêm cũng như phù trong

nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận với tỉ lệ thấp, điều này có thể giải thích được do đánh trống ngực thường gặp ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp tim do bất thường cấu trúc thành tim và thường gặp ở những bệnh nhân rung nhĩ (kiểu hình 3), triệu chứng phù thường không đặc hiệu do có thể nhầm lẫn với một số bệnh lý khác như hội chứng thận hư, xơ gan hoặc các bệnh lý gây giảm protein máu. Nhìn chung trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận triệu chứng đặc thù của HFpEF là khó thở chiếm 71.9%, điều này cũng tương tự các nghiên cứu trước đây về HFpEF như nghiên cứu của tác giả Solomon (2019) ghi nhận đến 98% trường hợp có khó thở và tác giả Nguyễn Hoàng Mây (2021) ghi nhận tỉ lệ khó thở khi gắng sức là 97.2% [2], [4].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng. NT-proBNP là một xét nghiệm rất nhạy và hiệu quả để phát hiện sớm và điều trị cũng như tiên lượng và theo dõi suy tim, trong nghiên cứu của chúng tôi, mức NT-proBNP ghi nhận giá trị trung vị là 434.4, thấp hơn so với các nghiên cứu của các tác giả khác như nghiên cứu của Nguyễn Hoàng Mây (1607.5) [2], nghiên cứu của Amil MShal (2019) là 918. Điều này có thể lý giải dựa vào tình trạng rung nhĩ ở bệnh nhân, được biết những bệnh nhân rung nhĩ thường có mức NT-proBNP cao hơn so với nhóm bệnh nhân không có rung nhĩ, do đó ngưỡng NT-proBNP để chẩn đoán suy tim ở nhóm bệnh nhân rung nhĩ thường cao hơn 3 lần, ngoài ra NT-proBNP thường tỉ lệ nghịch với BMI, thấp hơn ở những bệnh nhân béo phì so với nhóm bệnh nhân không có béo phì, trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ béo phì ghi nhận 32.17%, cao hơn so với tác giả Nguyễn Hoàng Mây (11.1%) [2].

Về siêu âm tim, rối loạn chức năng thất trái là một tiêu chuẩn không thể thiếu trong HFpEF. Rối loạn chức năng tâm trương phản ánh sự bất thường về khả năng giãn nở và đổ đầy của thất trái. Tình trạng này phản ánh qua các thông số bao gồm: tăng tỷ lệ giữa tốc độ tối đa của dòng

đồ đầy đầu tâm trương so với dòng đồ đầy cuối tâm trương (E/A), giảm vận tốc song e' (thời kì đầu tâm trương) đo tại vòng van hai lá tại vách và thành bên, tăng tỉ lệ giữa vận tốc song E và vận tốc song e' trung bình qua van hai lá, tăng tỉ số LAVI. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ E/A là 1.2 ± 0.6 , thấp hơn so với nghiên cứu PARAGON-HF (1.33 ± 0.72) và cao hơn so với nghiên cứu I-PRESERVE (1.05 ± 0.74), chỉ số LAVI trong nghiên cứu của chúng tôi là 32ml/m^2 , thấp hơn so với ngưỡng 34ml/m^2 , điều này có thể giải thích qua tính chủ quan của người làm siêu âm trong quá trình đánh giá kích thước và thể tích nhĩ trái. Tăng áp phổi cũng là một đặc điểm ở nhóm bệnh nhân HFpEF, khi có tình trạng rối loạn chức năng tâm trương, máu sẽ ứ lại làm tăng thể tích nhĩ trái và áp lực tĩnh mạch phổi làm tăng áp lực thủy tĩnh thụ động từ đó làm tăng áp phổi. Trong nghiên cứu của chúng tôi, PASP trung bình là $32.0 \pm 13.7\text{mmHg}$, thấp hơn ngưỡng bất thường trong HFpEF là 35.0mmHg . Điều này có thể giải thích có thể có một số kiểu hình bệnh nhân không tăng áp phổi, từ đó kéo PASP trung bình của chúng tôi xuống dưới ngưỡng bất thường, trong nghiên cứu của Gorter (2016) cho thấy chỉ 68% bệnh nhân HFpEF có tăng áp phổi [7].

4.4. Đặc điểm các phân nhóm kiểu hình và các yếu tố liên quan. Tăng huyết áp là bệnh lý đồng mắc thường gặp trong suy tim nói chung và suy tim phân suất tống máu bảo tồn nói riêng, tăng huyết áp mạn tính có thể thay đổi cấu trúc và chức năng tim, những bệnh nhân này thường có biểu hiện phì đại thất trái trên siêu âm và tăng độ cứng thành mạch. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp chiếm đến 86%, điều này tương đồng với các nghiên cứu Solomon (2018) là 96% và Amil (2019) là 94%.

Trong nghiên cứu của chúng tôi thì tỉ lệ các kiểu hình phân bố đồng đều với nhau về tỉ lệ, trong đó kiểu hình chuyển hóa chiếm tỉ lệ cao nhất (32.2%) và kiểu hình rung nhĩ chiếm tỉ lệ thấp nhất (17.4%), sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì 4 loại kiểu hình đều được xây dựng dựa trên nghiên cứu tổng hợp dữ liệu từ các nghiên cứu TOPCAT, CHARM-PRESERVE VÀ I-PRESERVE. Trong nghiên cứu này thì béo phì và đái tháo đường phổ biến ở nhóm dân số trẻ, trong khi rung nhĩ và bệnh mạch vành phổ biến ở nhóm dân số cao tuổi, điều này tương đồng với nghiên

cứu của chúng tôi, tỉ lệ các kiểu hình tương tự nhau chứng tỏ sự đa dạng trên lâm sàng ở nhóm bệnh nhân HFpEF, tuy nhiên nghiên cứu của chúng tôi có hạn chế là chưa chỉ rõ ra sự chồng lấp giữa các kiểu hình trên cùng một bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Qua quá trình nghiên cứu, tuổi trung bình của các bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn là 70.4 ± 10.5 , nữ giới chiếm tỷ lệ 63.5%, béo phì chiếm tỷ lệ 32.2%. Khó thở khi gắng sức là triệu chứng cơ năng thường gặp nhất, phân độ NYHA III thường gặp nhất trên nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn, các kiểu hình suy tim phân suất tống máu bảo tồn đều gặp với tỉ lệ tương đương nhau trên lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Shah SJ, Katz DH, Deo RC.** Phenotypic Spectrum of Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *Heart Failure Clinics*. 2014/07/01/2014;10(3):407-418. doi:<https://doi.org/10.1016/j.hfc.2014.04.008>.
2. **Nguyễn Hoàng Mây, Nguyễn Thị Diễm.** Nghiên cứu tình hình, đặc điểm suy tim phân suất tống máu bảo tồn ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát tại khoa Nội Tim Mạch Bệnh Viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ năm 2019-2020. *Tạp chí Y Dược Học cần Thơ*. 2021. 40,22-23.
3. **Kao DP, Lewsey JD, Anand IS, et al.** Characterization of subgroups of heart failure patients with preserved ejection fraction with possible implications for prognosis and treatment response. *European Journal of Heart Failure*. 2015;17(9):925-935. doi:<https://doi.org/10.1002/ejhf.327>
4. **Sotomi Y, Hikoso S, Nakatani D, et al.** Medications for specific phenotypes of heart failure with preserved ejection fraction classified by a machine learningbased clustering model. *Heart*. 2023;109(16): 1231-1240. doi:10.1136/heartjnl2022-322181
5. **Theresa McDonagh, Marco Metra, Marianna Adamo, Roy Gardner, Andreas Baumbach, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *European Heart Journal*. 2021. 42(36), 3599-3726.
6. **Gerber Y, Weston SA, Redfield MM, et al.** A contemporary appraisal of the heart failure epidemic in Olmsted County, Minnesota, 2000 to 2010. *JAMA Intern Med*. 2015;175(6):996-1004. doi:10.1001/jamainternmed.2015.0924
7. **Gorter TM, Hoendermis ES, van Veldhuisen DJ, et al.** Right ventricular dysfunction in heart failure with preserved ejection fraction: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(12): 1472-1487. doi:10.1002/ejhf.630

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT BẮC CẦU ĐỘNG MẠCH VÀNH VỚI VẬT LIỆU CẦU NỐI TOÀN ĐỘNG MẠCH TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Nguyễn Bảo Tịnh¹, Nguyễn Thái An¹,
Trần Thanh Vỹ², Trần Quyết Tiến³

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tái thông hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization - TAR) trong phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) đã chứng minh ưu thế về tỷ lệ thông mạch và cải thiện sống còn so với dùng mạch ghép tĩnh mạch, nhưng vẫn chưa được áp dụng rộng rãi tại Việt Nam. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả lâm sàng của phẫu thuật CABG toàn động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu trên 46 bệnh nhân được thực hiện CABG với cấu hình cầu nối hoàn toàn bằng động mạch tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 01/2023 đến 05/2025. Loại trừ trường hợp sử dụng tĩnh mạch hiển hoặc phẫu thuật tim kết hợp khác. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được ghép ≥ 3 cầu nối động mạch riêng biệt, chủ yếu bằng LIMA, RIMA và RGEA. 91,3% phẫu thuật theo kỹ thuật bắc cầu mạch vành không sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể (Off-Pump Coronary Artery Bypass - OPCAB). Diễn tiến sau mổ thuận lợi: thời trung bình 19,5 giờ, thời gian nằm viện trung bình 9,5 ngày. Tỷ lệ biến chứng thấp, không có tử vong nội viện. Giải phẫu động mạch ghép phù hợp với chiến lược TAR. **Kết luận:** CABG toàn động mạch là chiến lược khả thi và an toàn, mang lại kết quả hậu phẫu thuận lợi tại Việt Nam. Cần nghiên cứu dài hạn để đánh giá bền vững cầu nối và kết cục sống còn. **Từ khóa:** phẫu thuật bắc cầu động mạch vành, tái thông toàn động mạch, động mạch ngực trong, động mạch vị mạc nối phải.

SUMMARY

EVALUATION OF TOTAL ARTERIAL CONDUIT STRATEGY IN CORONARY ARTERY BYPASS SURGERY: RESULTS FROM CHO RAY HOSPITAL

Background: Total Arterial Revascularization (TAR) in Coronary Artery Bypass Grafting (CABG) has demonstrated superior graft patency rates and improved survival compared to vein-based configurations. However, its application remains limited in Vietnam. **Objective:** To evaluate the clinical outcomes of total arterial CABG performed at Cho Ray Hospital. **Material and Methods:** A retrospective case series of 46 patients who underwent CABG using

exclusively arterial conduits between January 2023 and May 2025 at Cho Ray Hospital. Patients receiving any saphenous vein grafts or undergoing concomitant cardiac procedures were excluded. **Results:** All patients received three or more separate arterial grafts, primarily using the left internal mammary artery (LIMA), right internal mammary artery (RIMA), and right gastroepiploic artery (RGEA). Off-pump CABG (OPCAB) was performed in 91.3% of cases. Postoperative outcomes were favorable: the mean ventilation time was 19.5 hours, and the average length of hospital stay was 9.5 days. The complication rate was low, with no in-hospital mortality. The anatomical characteristics of the conduits were suitable for the TAR strategy. **Conclusions:** Total arterial CABG is a feasible and safe strategy, associated with favorable early postoperative outcomes in the Vietnamese clinical setting. Further long-term studies are warranted to assess graft durability and survival outcomes.

Keywords: coronary artery bypass grafting, total arterial revascularization, internal mammary artery, right gastroepiploic artery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân tử vong hàng đầu toàn cầu. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành (CABG) vẫn là phương pháp tái thông ưu tiên ở bệnh nhân có bệnh lý nhiều nhánh mạch vành hoặc tổn thương phức tạp. Cấu hình kinh điển sử dụng động mạch ngực trong trái (LITA) nối với động mạch liên thất trước (LAD), kết hợp các đoạn tĩnh mạch hiển (SVG) cho các nhánh khác. Tuy nhiên, trong hai thập kỷ qua, nhiều nghiên cứu đã chứng minh mạch ghép động mạch – đặc biệt là động mạch quay (RA), động mạch vị mạc nối phải (RGEA) và động mạch ngực trong hai bên (BIMA) – có tỷ lệ thông mạch vượt trội, giúp giảm tử vong, nhồi máu cơ tim và nhu cầu can thiệp lại so với SVG.

Chiến lược tái thông hoàn toàn bằng động mạch (Total Arterial Revascularization – TAR) được xem là hướng tiếp cận tối ưu, không chỉ về mặt sinh lý mà còn về kết cục lâm sàng. Phân tích tổng hợp của Justin R và cộng sự (2024)¹ cho thấy TAR giúp cải thiện tỷ lệ sống còn và giảm biến cố tim mạch so với các chiến lược kết hợp với SVG. Tuy nhiên, tỷ lệ áp dụng TAR trên toàn cầu vẫn còn hạn chế do rào cản kỹ thuật, nguy cơ nhiễm trùng xương ức khi dùng BIMA, và thiếu dữ liệu từ các nghiên cứu thực nghiệm đa trung tâm. Tại Việt Nam, Bệnh viện Chợ Rẫy

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM

³Trường Đại học Khoa Học Sức Khỏe, ĐHQG-HCM (UHS)

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Bảo Tịnh

Email: baotinhchoray@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.7.2025

Ngày duyệt bài: 27.8.2025