

- pp. 341-345.
2. **Nguyễn Thị Quỳnh Nga** (2021), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của viêm màng não nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh", Tạp chí nhi khoa, 14(2), pp. 54-60.
 3. **Christine O'Leary, Laure F. Pittet, Rachael Beaumont, et al** (2024), "Predictive performance of cerebrospinal fluid parameters for diagnosis of meningitis in infants: a cohort study", Archives of Disease in Childhood, pp. archdischild-20.
 4. **S. Aleem, D. K. Benjamin, Jr., C. M. Burns, et al** (2024), "Epidemiology and outcomes of bacterial meningitis in the neonatal intensive care unit", J Perinatol, 44(12), pp. 1822-1826.
 5. **W. El-Naggar, J. Afifi, D. McMillan, et al** (2019), "Epidemiology of Meningitis in Canadian Neonatal Intensive Care Units", Pediatr Infect Dis J, 38(5), pp. 476-480.
 6. **Ashley E. Lamb, Sharla Rent, Asia J. Brannon, et al** (2023), "Diagnostic Utility of Cerebrospinal Fluid White Blood Cell Components for the Identification of Bacterial Meningitis in Infants", Journal of the Pediatric Infectious Diseases Society, 12(Supplement_2), pp. S44-S52.
 7. **Martin Stocker, Wendy Van Herk, Salhab El Helou, et al** (2021), "C-Reactive Protein, Procalcitonin, and White Blood Count to Rule Out Neonatal Early-onset Sepsis Within 36 Hours: A Secondary Analysis of the Neonatal Procalcitonin Intervention Study", Clinical Infectious Diseases, 73(2), pp. e383-e390.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM GWTG-HF TRONG TIỀN LƯỢNG TỬ VONG NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP

Đỗ Nhật Huy¹, Nguyễn Minh Kha^{1,2},
Trần Nguyễn Phương Hải², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim cấp là một trong những nguyên nhân nhập viện hàng đầu với tỷ lệ tử vong nội viện còn cao. Do đó, việc phân tầng nguy cơ trên nhóm bệnh nhân suy tim cấp là cần thiết. Thang điểm Get With The Guidelines – Heart Failure (GWTG-HF) gồm bảy biến lâm sàng và cận lâm sàng, đã được chứng minh có khả năng dự báo tử vong nội viện khá tốt. Tại Việt Nam, hiện tại có ít nghiên cứu về tính ứng dụng của thang điểm này. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của thang điểm GWTG-HF trong khả năng tiên lượng tử vong nội viện ở bệnh nhân suy tim cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội Tim Mạch bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2024 đến tháng 06/2025. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, có phân tích. **Kết quả:** Tổng cộng 329 bệnh nhân đưa vào nghiên cứu. Tuổi trung vị là 63 (51 – 73) tuổi, nam giới ưu thế với 55,3%. Tỷ lệ tử vong nội viện là 8,2%. Thang điểm GWTG-HF dự báo tử vong nội viện với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,719 (khoảng tin cậy 95% (KTC 95%): 0,617 – 0,822). Điểm cắt tối ưu theo Youden Index là 44, với độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 67,2%, giá trị tiên đoán dương (PPV) 16,8% và giá trị tiên đoán âm (NPV) 96,7%. **Kết luận:** Thang điểm GWTG-HF có giá trị tiên lượng tử vong nội viện khá trên bệnh nhân suy tim cấp với AUC 0,719.

Từ khóa: Suy tim cấp, thang điểm GWTG-HF, tử vong nội viện.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF THE GWTG-HF RISK SCORE FOR IN-HOSPITAL MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

Background: Acute heart failure (AHF) is one of the leading causes of hospitalization and is still associated with high in-hospital mortality. Therefore, risk stratification in this patient population is essential. The Get With The Guidelines – Heart Failure (GWTG-HF) risk score, consisting of seven clinical and laboratory variables, has been validated as a reliable tool for predicting in-hospital mortality. However, data on its applicability in Vietnam remain scarce. **Objective:** To evaluate the prognostic value of the GWTG-HF score for in-hospital mortality among patients with AHF. **Methods:** A descriptive cross-sectional study with analytic components was conducted in patients with AHF admitted to the Department of Cardiology, Cho Ray Hospital, between October 2024 and June 2025. **Results:** A total of 329 patients were included. The median age was 63 years (IQR 51 – 73), and 55.3% were male. The in-hospital mortality rate was 8.2%. The GWTG-HF score demonstrated fair predictive ability for in-hospital mortality, with Area Under the Curve (AUC) of 0.72 (95% CI: 0.62 – 0.82). The optimal cut-off value identified by the Youden Index was 44, corresponding to a sensitivity of 74.1%, specificity of 67.2%, positive predictive value of 16.8%, and negative predictive value of 96.7%. **Conclusion:** The GWTG-HF score provides acceptable predictive performance for in-hospital mortality in patients with acute heart failure in Vietnam, with an AUC of 0.72. **Keywords:** Acute heart failure, GWTG-HF score, in-hospital mortality.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp, đặc trưng tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao. Suy

¹Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.7.2025

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025

Ngày duyệt bài: 29.9.2025

tim cấp là tình trạng trở nặng của các triệu chứng suy tim và là một trong những nguyên nhân nhập viện hàng đầu tại Châu Âu và Hoa Kỳ, chiếm 1% – 2% tổng số ca nhập viện hàng năm [1]. Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, tỷ lệ tử vong nội viện của suy tim cấp vẫn còn cao, dao động từ 4 – 10% [2]. Do đó, việc phân tầng nguy cơ và dự đoán tiên lượng có vai trò quan trọng trong cá thể hóa điều trị và tối ưu hóa chăm sóc.

Phân tầng nguy cơ đóng vai trò then chốt trong thực hành lâm sàng, giúp phân biệt bệnh nhân có nguy cơ cao và thấp, từ đó lựa chọn chiến lược điều trị cũng như hướng xử trí phù hợp, góp phần cải thiện độ chính xác tiên lượng và tối ưu hóa sử dụng nguồn lực vốn có hạn. Nhiều mô hình tiên lượng đã được xây dựng nhằm phục vụ mục đích này, nhưng độ chính xác và khả năng ứng dụng rộng rãi còn hạn chế [3]. Thang điểm GWTG-HF, được phát triển dựa trên một cơ sở dữ liệu quy mô lớn tại Hoa Kỳ, với ưu điểm cách tính đơn giản gồm bảy biến số lâm sàng và cận lâm sàng, được chứng minh hữu ích trong tiên đoán tử vong nội viện ở bệnh nhân suy tim cấp. Tuy nhiên, các nghiên cứu gần đây, cho thấy độ chính xác của thang điểm này thay đổi đáng kể giữa các quần thể bệnh nhân, có thể do khác biệt về đặc điểm dân số, mô hình bệnh tật và bối cảnh chăm sóc [4,5]. Việc kiểm tra giá trị tiên lượng của GWTG-HF trong những bối cảnh và dân số khác nhau, đặc biệt tại Việt Nam, là cần thiết để xác định tính hiệu quả và ứng dụng thực tiễn. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá vai trò của thang điểm GWTG-HF trong tiên lượng tử vong nội viện ở bệnh nhân suy tim cấp, góp phần tối ưu hóa chiến lược điều trị và cải thiện tiên lượng bệnh nhân tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu, tiến hành trên bệnh nhân suy tim cấp điều trị tại khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2024 đến 06/2025.

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 18

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

Đặc điểm	Chung (n=329)	Kết cục		p
		Không tử vong (n=302)	Tử vong (n=27)	
Đặc điểm nhân trắc học				
Tuổi (năm)	63 (51 – 73)	63,5 (51 – 73)	63 (53 – 73)	0,922 [†]
Nam (%)	182 (55,3)	168 (55,6)	14 (51,9)	0,705*
Chỉ số cơ thể khối (kg/m ²)	22,2 (20 – 24,2)	22,2 (20,2 – 24,2)	23 (20,4 – 25)	0,17 [†]
Tiền căn bệnh lý				
Đái tháo đường, n (%)	113 (34,3)	109 (36,1)	4 (14,8)	0,033*

tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp theo tiêu chuẩn của Hội Tim Châu Âu 2021 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ gồm: (1) bệnh nhân người nước ngoài, (2) bệnh nhân được chẩn đoán là suy thất phải đơn độc, (3) hồ sơ bệnh án không đầy đủ dữ liệu nghiên cứu. Nghiên cứu được phê duyệt bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu liên tục. Tất cả bệnh nhân suy tim cấp nhập viện và điều trị tại khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian nghiên cứu thỏa tiêu chuẩn nhận bệnh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

Biến số nghiên cứu: Các biến số nghiên cứu gồm: nhân trắc học (tuổi, giới, chỉ số cơ thể khối (BMI), tiền căn bệnh lý, phân loại thể lâm sàng (suy tim mất bù cấp, phù phổi cấp, sốc tim), đặc điểm cận lâm sàng (huyết học, sinh hoá, điện tâm đồ và siêu âm tim). Kết cục của nghiên cứu là tử vong nội viện do mọi nguyên nhân.

Thang điểm GWTG-HF được tính cho từng bệnh nhân dựa trên mô hình thống kê gốc, nhằm dự đoán tử vong nội viện. Các biến số cần thiết bao gồm: tuổi, huyết áp tâm thu, nhịp tim, nồng độ ure máu (BUN), natri máu, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính (COPD) và chủng tộc [6].

Xử lý thống kê: Nhập và xử lý số liệu bằng Stata 15.1. Diện tích dưới đường cong được sử dụng để đánh giá khả năng tiên đoán kết cục lâm sàng của thang điểm. Ngưỡng tối ưu được chọn theo Youden Index (độ nhạy + độ đặc hiệu – 1).

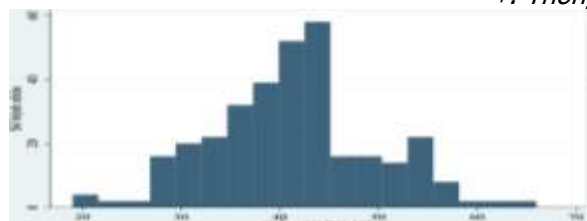
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tổng cộng 329 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu được mô tả trong Bảng 1, tuổi trung vị là 63 (51 – 73), nam giới chiếm 55,3%, huyết áp tâm thu trung vị là 120 (110 – 140) mmHg, nhịp tim 98 (84 – 110) lần/phút và phân suất tổng máu là 30% (23 – 44). Điểm GWTG-HF trung bình là $41,2 \pm 8,2$. Trong quá trình theo dõi, 27 bệnh nhân (8,2%) được xác nhận là tử vong nội viện.

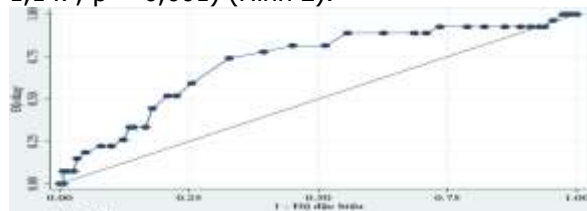
Tăng huyết áp, n (%)	186 (56,5)	173 (57,3)	13 (48,1)	0,359*
Hội chứng vành mạn, n (%)	85 (25,8)	79 (26,2)	6 (22,2)	0,654*
Bệnh thận mạn, n (%)	48 (14,6)	46 (15,2)	2 (7,4)	0,396*
COPD, n (%)	5 (1,5)	5 (1,7)	0 (0)	1*
Phân loại thể lâm sàng suy tim cấp				
Suy tim mất bù cấp, n (%)	215 (65,3)	212 (70,2)	3 (11,1)	<0,001*
Phù phổi cấp, n (%)	69 (21,0)	63 (20,9)	6 (22,2)	0,868*
Sốc tim, n (%)	45 (13,7)	27 (8,9)	18 (66,7)	<0,001*
Sinh hiệu và tình trạng kèm theo lúc nhập viện				
Tần số tim (lần/phút)	98 (84 – 110)	97,5 (84 – 110)	103 (86 – 121)	0,206 [†]
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120 (110 – 140)	130 (110 – 140)	103 (86 – 121)	<0,001 [†]
Huyết áp tâm trương (mmHg)	75,4 ± 15,8	76,3 ± 15,3	65,2 ± 18,5	<0,001 [†]
Suy hô hấp, n (%)	186 (56,5)	163 (54,0)	23 (85,2)	0,002*
Hội chứng vành cấp, n (%)	70 (21,3)	59 (19,5)	11 (40,7)	0,010*
Đặc điểm cận lâm sàng				
Bạch cầu (G/L)	9,83 (7,7 – 13,36)	9,62 (7,51 – 13,19)	12,2 (9,24 – 18,2)	0,029 [†]
Hemoglobin (g/L)	120 (103 – 136)	119 (103 – 136)	125 (105 – 142)	0,573 [†]
Tiểu cầu (G/L)	229 (168 – 298)	227,5 (168 – 295)	270 (172 – 341)	0,139 [†]
Natri máu (mmol/L)	134 (130 – 137)	134 (130 – 137)	133 (130 – 137)	0,465 [†]
Kali máu (mmol/L)	3,8 (3,4 – 4,3)	3,8 (3,4 – 4,2)	4,3 (3,5 – 4,6)	0,036 [†]
BUN (mg/dL)	20 (13 – 32)	20 (12,6 – 31)	24 (15 – 39)	0,177 [†]
Creatinine máu (mg/dL)	1,24 (0,91 – 1,81)	1,23 (0,88 – 1,8)	1,27 (1,13 – 2,29)	0,099 [†]
AST (U/L)	45 (29 – 105)	41,5 (28 – 94)	114 (52 – 279)	<0,001 [†]
ALT (U/L)	37 (20 – 89)	33 (20 – 76)	60 (37 – 57)	0,009 [†]
NT – ProBNP (pg/mL)	11972 (4937,9 – 32224)	11794 (4587 – 28475,9)	29833,5 (10568 – 35001)	0,013 [†]
Phân suất tổng máu thất trái, n (%)	30 (23 – 44)	30 (23 – 44)	28 (21 – 44)	0,528 [†]

*: Phép kiểm Chi bình phương hoặc Fisher Exact

†: Thông số được kiểm định bằng T-test hoặc Mann-Whitney

**Hình 1. Phân bố điểm GWTG-HF trong dân số nghiên cứu**

Thang điểm GWTG-HF có khả năng tiên đoán tử vong nội viện với AUC 0,719 (KTC 95%: 0,617 – 0,822), với OR 1,092 (KTC 95%: 1,038 – 1,147; $p < 0,001$) (Hình 2).

**Hình 2. Đường cong ROC của thang điểm GWTG-HF tiên đoán tử vong nội viện**

Dựa trên phân tích đường cong ROC, Youden Index được sử dụng để xác định điểm cắt tối ưu. Ngưỡng 44 điểm đạt giá trị Youden

cao nhất (0,41), với độ nhạy 74,1%, độ đặc hiệu 67,2%, giá trị tiên đoán dương 16,8%, giá trị tiên đoán âm 96,7%, tỉ số khả dĩ dương (LR+) 2,26 và khả dĩ âm (LR-) 0,39. Khi đánh giá thêm các điểm cắt khác, chỉ có các điểm cắt trong khoảng 40 – 44 đạt đồng thời độ nhạy > 70% và độ đặc hiệu > 40%. Ở các điểm cắt thấp hơn (< 40) duy trì độ nhạy rất cao (> 90%) nhưng độ đặc hiệu giảm mạnh (< 40%), tỷ lệ dương tính giả lớn và giá trị tiên đoán dương thấp. Ngược lại, ở điểm cắt cao hơn (> 44), cải thiện độ đặc hiệu (> 70%) nhưng làm giảm đáng kể độ nhạy (< 60%).

Bảng 2. Hiệu năng của thang điểm GWTG-HF trong dự báo tử vong nội viện tại các điểm cắt từ 40 đến 44

Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	PPV (%)	NPV (%)	LR+	LR-
40	88,9	44,4	12,5	97,8	1,60	0,25
41	81,5	48,7	12,4	96,7	1,59	0,38
42	81,5	55,0	13,9	97,1	1,81	0,34
43	77,8	60,6	15,0	96,8	1,97	0,37
44*	74,1	67,2	16,8	96,7	2,26	0,39

*: Điểm cắt tối ưu theo Youden Index

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này, chúng tôi đã xác nhận giá trị của thang điểm GWTG-HF trong tiên lượng tử vong nội viện ở bệnh nhân suy tim cấp. Thang điểm GWTG-HF được phát triển từ cơ sở dữ liệu của chương trình GWTG-HF, dựa trên dữ liệu từ 39.783 bệnh nhân nhập viện vì suy tim tại Hoa Kỳ. Mục tiêu của thang điểm là dự báo nguy cơ tử vong nội viện ở bệnh nhân nhập viện vì suy tim, dựa trên các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng dễ thu thập ngay khi nhập viện.

So với quần thể trong dữ liệu GWTG-HF, dân số nghiên cứu chúng tôi có những điểm tương đồng cũng như những điểm khác biệt. Tuổi trung vị của bệnh nhân là 63 (51 – 73), thấp hơn so với $72,5 \pm 14$ tuổi trong dữ liệu GWTG-HF. Nam giới chiếm tỷ lệ 55,3%, cao hơn mức 49,0% trong nghiên cứu gốc. Tăng huyết áp (56,5% so với 70,6%) và đái tháo đường (34,3% so với 41,8%) đều là các tiền căn phổ biến nhất trong cả hai quần thể. Tuy nhiên, tỷ lệ COPD trong nghiên cứu chúng tôi hiếm gặp hơn đáng kể (1,5% so với 27,8%), điều này có thể giải thích một phần do việc khó phân định nguyên nhân khó thở và do đặc thù tại bệnh viện tuyến cuối như Chợ Rẫy, nơi bệnh nhân thường có nhiều bệnh đồng mắc, các trường hợp COPD nặng chủ yếu được tiếp nhận và điều trị tại khoa Hồi sức. Về các thông số huyết động, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có tần số tim cao hơn [98 (84 – 110) lần/phút so với 82 (70 – 98) lần/phút] và huyết áp tâm thu thấp hơn [120 (110 – 140) mmHg so với 137 (118 – 158) mmHg], trong khi huyết áp tâm trương khá tương đồng ($75,4 \pm 15,8$ mmHg so với 74 (63 – 87) mmHg). Các chỉ số sinh hóa cũng cho thấy khác biệt, với nồng độ natri máu thấp hơn [134 (130 – 137) mmol/L so với 137 (118 – 158) mmol/L] và BUN thấp hơn [20 (13 – 32) mg/dL so với 25 (17 – 38) mg/dL]. Những khác biệt này có thể phản ánh sự khác nhau về đặc điểm dân số, phương pháp chọn mẫu và mô hình bệnh tật giữa hai quần thể nghiên cứu.

Trong nghiên cứu ban đầu, thang điểm GWTG-HF đạt AUC 0,750 cho dự báo tử vong nội viện [6]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thang điểm GWTG-HF cho khả năng phân biệt tử vong nội viện ở mức khá với AUC 0,719 (KTC 95%: 0,617 – 0,822), thấp hơn nhẹ so trong nghiên cứu gốc. Thực tế, hiệu quả của thang điểm này thay đổi đáng kể giữa các nghiên cứu và từng quần thể bệnh nhân. Tại Nhật Bản, thang điểm cho thấy khả năng tiên lượng tử vong khá với AUC 0,763 (KTC 95%: 0,700 – 0,826) trong

nghiên cứu của Yasuyuki Shiraishi [4] và AUC 0,771 (KTC 95%: 0,710 – 0,832) trong nghiên cứu của Toshiyuki Nagai [5]. Nghiên cứu tại Hàn Quốc ghi nhận giá trị AUC của thang điểm là 0,728 (0,720 – 0,737) [7]. Kết quả thấp hơn được ghi nhận trên dân số Anh Quốc với AUC 0,669 (0,594 – 0,737) [5]. Những khác biệt này gợi ý rằng hiệu quả của thang điểm có thể thay đổi tùy thuộc vào đặc điểm dân số và bối cảnh chăm sóc.

Trong phân tích đường cong ROC, điểm cắt tối ưu theo Youden Index được xác định là 44 điểm. Ở ngưỡng này, thang điểm GWTG-HF đạt độ nhạy 74,1% và độ đặc hiệu 67,2%, với giá trị tiên đoán âm cao (96,7%) và LR- thấp (0,39). Điều này cho thấy thang điểm hữu ích trong việc loại trừ nguy cơ tử vong ở nhóm bệnh nhân có điểm nguy cơ thấp. Tuy nhiên, giá trị tiên đoán dương còn hạn chế (16,8%), cho thấy khả năng xác định nguy cơ tử vong cao ở nhóm điểm ≥ 44 chưa thực sự mạnh, điều này phần nào có thể lý giải bởi tỷ lệ tử vong nội viện thấp trong quần thể nghiên cứu (8,2%). Đánh giá toàn bộ dải điểm cắt cho thấy chỉ các ngưỡng trong khoảng 40 – 44 đạt đồng thời độ nhạy trên 70% và độ đặc hiệu trên 40%, qua đó bảo đảm sự cân bằng tương đối giữa khả năng phát hiện và loại trừ tử vong nội viện. Ở các ngưỡng thấp hơn (< 40), độ nhạy duy trì rất cao ($> 90\%$) nhưng độ đặc hiệu giảm mạnh ($< 40\%$), dẫn đến tỷ lệ dương tính giả lớn và giá trị tiên đoán dương thấp, hạn chế giá trị ứng dụng trong phân tầng nguy cơ. Ngược lại, khi tăng điểm cắt > 44 , độ đặc hiệu được cải thiện đáng kể ($> 70\%$), tuy nhiên độ nhạy giảm xuống dưới 60%, dẫn đến nguy cơ bỏ sót một tỷ lệ không nhỏ các trường hợp tử vong. Những kết quả này cho thấy thang điểm GWTG-HF trong quần thể nghiên cứu của chúng tôi có ý nghĩa thực tiễn chủ yếu như một công cụ sàng lọc và loại trừ nguy cơ thấp, hơn là một công cụ khẳng định nguy cơ cao. Trong ứng dụng lâm sàng, điểm cắt 44 có thể được xem là tối ưu để phân tầng nguy cơ tổng thể, trong khi các ngưỡng thấp hơn như 40 có thể phù hợp hơn trong bối cảnh ưu tiên không bỏ sót bệnh nhân nguy cơ cao, chấp nhận độ đặc hiệu thấp hơn. Ngược lại, việc lựa chọn các điểm cắt cao hơn nên được cân nhắc thận trọng do làm suy giảm đáng kể độ nhạy và tăng nguy cơ bỏ sót tử vong.

Nghiên cứu của chúng tôi tồn tại một số hạn chế. Tỷ lệ COPD trong quần thể nghiên cứu rất thấp, dẫn đến khó khăn trong việc đánh giá chính xác vai trò của biến số này trong thang điểm GWTG-HF. Cỡ mẫu còn hạn chế và số trường hợp tử vong nội viện tương đối ít, có thể làm giảm độ

tin cậy của các phân tích phân nhóm. Nghiên cứu cũng chưa so sánh hiệu quả của thang điểm GWTH-HF với các thang điểm phân tầng suy tim khác. Ngoài ra, nghiên cứu được thực hiện tại một trung tâm duy nhất, do đó kết quả có thể chưa phản ánh đầy đủ cho toàn bộ dân số bệnh nhân suy tim cấp tại Việt Nam.

V. KẾT LUẬN

Thang điểm GWTH-HF đơn giản, cho thấy khả năng dự báo tử vong nội viện ở mức khá ở bệnh nhân suy tim cấp, đặc biệt trong vai trò sàng lọc và loại trừ nguy cơ thấp. Việc chuẩn hóa ngưỡng áp dụng và xác nhận trên các quần thể lớn, đa trung tâm sẽ cần thiết để tối ưu hóa giá trị lâm sàng của thang điểm trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ponikowski P, Anker SD, AlHabib KF, et al. Heart failure: preventing disease and death worldwide. ESC Heart Fail. 2014 Sep;1(1):4-25.
2. 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 Sep 21;42(36):3599-3726.

3. Long B, Keim S, Gottlieb M, et al. What are the Data for Current Prognostic Tools Used to Determine the Risk of Short-Term Adverse Events in Patients with Acute Heart Failure? The Journal of Emergency Medicine. 2023 06/01;65.
4. Shiraishi Y, Kohsaka S, Abe T, et al. Validation of the Get With The Guideline-Heart Failure risk score in Japanese patients and the potential improvement of its discrimination ability by the inclusion of B-type natriuretic peptide level. Am Heart J. 2016 Jan;171(1):33-9.
5. Nagai T, Sundaram V, Shoaib A, et al. Validation of U.S. mortality prediction models for hospitalized heart failure in the United Kingdom and Japan. Eur J Heart Fail. 2018 Aug;20(8):1179-1190.
6. Peterson PN, Rumsfeld JS, Liang L, et al. A validated risk score for in-hospital mortality in patients with heart failure from the American Heart Association get with the guidelines program. Circ Cardiovasc Qual Outcomes. 2010 Jan;3(1):25-32.
7. Kwon JM, Kim KH, Jeon KH, et al. Artificial intelligence algorithm for predicting mortality of patients with acute heart failure. PLoS One. 2019;14(7):e0219302.

KHẢO SÁT MỨC ĐỘ LO LẮNG CỦA NGƯỜI BỆNH TRƯỚC PHẪU THUẬT UNG THƯ HỆ TIÊU HÓA TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Đặng Trần Ngọc Thanh¹, Dương Kim Ngọc Hảo¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư hệ tiêu hóa là nhóm bệnh chiếm tỷ lệ cao và gây tử vong đáng kể. Phẫu thuật tuy là phương pháp điều trị chính ở giai đoạn sớm nhưng có thể gây lo lắng đáng kể cho người bệnh, ảnh hưởng đến chất lượng chăm sóc tiền phẫu. Việc xác định mức độ lo lắng sẽ giúp cải thiện chăm sóc tiền phẫu. **Mục tiêu nghiên cứu:** Khảo sát mức độ lo lắng của người bệnh ung thư hệ tiêu hóa trước phẫu thuật tại Bệnh viện Ung Bướu Thành phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên 385 người bệnh có chỉ định phẫu thuật, sử dụng thang đo Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A) phiên bản tiếng Việt. **Kết quả:** 56,1% người bệnh có lo lắng trung bình, 41% lo lắng nhẹ, 2,1% lo lắng nghiêm trọng; chỉ 3 trường hợp không lo lắng. Trung vị điểm lo lắng là 8,0 (IQR: 6,0 – 10,0), phản ánh mức độ lo lắng trung bình. **Kết luận:** Lo lắng trước phẫu thuật ở mức trung bình là

phổ biến ở người bệnh ung thư hệ tiêu hóa. Cần tích hợp sàng lọc lo lắng và hỗ trợ tâm lý trong chăm sóc tiền phẫu. **Từ khóa:** Lo lắng trước phẫu thuật, ung thư hệ tiêu hóa, tiền phẫu, HADS.

SUMMARY

ASSESSMENT OF PREOPERATIVE ANXIETY IN PATIENTS UNDERGOING GASTROINTESTINAL CANCER SURGERY AT HO CHI MINH CITY ONCOLOGY HOSPITAL

Background: Gastrointestinal cancer is a major contributor to cancer incidence and mortality. Although surgery is the mainstay treatment in early stages, it often triggers substantial anxiety, affecting care quality. Identifying anxiety levels can enhance preoperative care. **Objective:** To investigate the preoperative anxiety status of patients with gastrointestinal cancer at Ho Chi Minh City Oncology Hospital. **Materials and Methods:** A cross-sectional study was conducted on 385 surgical candidates, using the Vietnamese version of the Hospital Anxiety and Depression Scale – Anxiety subscale (HADS-A). **Results:** Moderate anxiety was observed in 56.1% of patients, mild in 41%, and severe in 2.1%. Only 3 out of 385 patients reported no anxiety. The median anxiety score was 8.0 (IQR: 6.0–10.0), indicating a moderate level of anxiety. **Conclusion:** Moderate

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch
Chịu trách nhiệm chính: Dương Kim Ngọc Hảo
Email: nanhoanh@gmail.com
Ngày nhận bài: 24.7.2025
Ngày phản biện khoa học: 20.8.2025
Ngày duyệt bài: 29.9.2025