

khoảng 90 – 95% đối với bệnh nhân ung thư vú giai đoạn sớm được điều trị chuẩn.⁹

Phân tích đa biến trong nghiên cứu chưa cho thấy sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về OS và DFS giữa các nhóm phân tầng theo tình trạng hạch, kích thước u, thể mô bệnh học và độ mô học ($p > 0,05$). Đây có thể là hệ quả của cỡ mẫu còn hạn chế và thời gian theo dõi chưa đủ dài để bộc lộ rõ các yếu tố tiên lượng. Vì vậy, cần thiết phải thực hiện thêm các nghiên cứu tiến cứu, đa trung tâm, với cỡ mẫu lớn hơn và thời gian theo dõi dài hạn.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu điều trị phẫu thuật kết hợp với đa mô thức là phương pháp hiệu quả ở bệnh nhân Ung thư vú giai đoạn I-II với tỷ lệ sống thêm sau 5 năm cao, tỷ lệ biến chứng thấp. Kết quả này cũng khẳng định vai trò quan trọng của chẩn đoán sớm và điều trị toàn diện trong cải thiện tiên lượng bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Agency for Research on Cancer (IARC).** GLOBOCAN 2022: Cancer Incidence and Mortality Worldwide. Lyon: IARC; 2022. Available at: <https://gco.iarc.fr/>.
2. **National Cancer Institute (NCI), Surveillance, Epidemiology, and End Results Program (SEER).** Cancer Stat Facts: Female Breast Cancer. National Cancer Institute. Updated 2024. Accessed August 20, 2024.

3. **Đỗ Thị Kim Anh, Trần Văn Thuấn và cộng sự.** Đánh giá kết quả điều trị hỗ trợ phác đồ 4AC-4Paclitaxel trên bệnh nhân UTV giai đoạn II-III. 2008:260-266.
4. **Hoàng Minh Cường** (2014). Đánh giá kết quả điều trị Ung thư vú giai đoạn II - IIIA có thụ thể nội tiết âm tính. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Nguyễn Diệu Linh** (2013). Nghiên cứu điều trị ung thư vú giai đoạn II-III A bằng hoá chất hỗ trợ phác đồ TAC và AC tại Bệnh viện K, Luận văn tiến sĩ học chuyên ngành ung thư, Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyen SM, Nguyen QT, Nguyen LM, et al.** Delay in the diagnosis and treatment of breast cancer in Vietnam. *Cancer Med.* 2021;10(21):7683-7691. doi:10.1002/cam4.4244
7. **Dos-Santos-Silva I, De Stavola BL, Renna NL, et al.** Ethnoracial and social trends in breast cancer staging at diagnosis in Brazil, 2001-14: a case only analysis. *Lancet Glob Health.* 2019;7(6):e784-e797. doi:10.1016/S2214-109X(19)30151-2
8. **Nguyễn Hoàng Long** (2016). Nhận xét một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị ung thư vú ở phụ nữ trẻ tại Bệnh viện Ung bướu Hà Nội. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội.
9. **Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group (EBCTCG).** Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet Lond Engl.* 2005;365(9472):1687-1717. doi:10.1016/S0140-6736(05)66544-0
10. **Trịnh Lê Huy, Mai Thị Kim Ngân.** Đánh giá kết quả điều trị ung thư vú giai đoạn I-III tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. *Vietnam Medical Journal.* 2022;2:63-70.

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG, TÁI NHẬP VIỆN CỦA HẠ NATRI MÁU TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU GIẢM VÀ GIẢM NHẹ

Hà Thị Hương Giang^{1,3}, Bùi Thế Dũng², Trần Ngọc Minh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỷ lệ hạ natri máu và giá trị tiên lượng ngắn hạn ở bệnh nhân suy tim nhập viện. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 176 bệnh nhân suy tim nhập viện tại Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM (10/2024–03/2025). Bệnh nhân được phân nhóm theo natri máu khi nhập viện, theo dõi biến cố tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày. **Kết quả:** Tuổi trung vị 71 (62-82)

tuổi; nam 51,7%. Tỷ lệ hạ natri máu 36,4%, đa số mức độ nhẹ. Sau 90 ngày, tử vong 4,0%, tái nhập viện 39,2%, biến cố gộp 43,2%. Không có khác biệt có ý nghĩa về biến cố gộp giữa nhóm hạ và không hạ natri máu (15,3% so với 27,8%; $p = 0,875$). Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng độc lập biến cố gộp trong hồi quy logistic (OR hiệu chỉnh 4,20; KTC95%: 1,57–11,25; $p = 0,004$), nhưng không còn ý nghĩa trong hồi quy Cox; tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn (HR 1,87; KTC95%: 1,09–3,22; $p = 0,024$). **Kết luận:** Hạ natri máu thường gặp ở bệnh nhân suy tim nhập viện. Dù không làm tăng biến cố gộp so với nhóm không hạ natri máu, natri máu ≤ 130 mmol/L vẫn có giá trị tiên lượng biến cố ngắn hạn. **Từ khóa:** suy tim; hạ natri máu; tử vong; tái nhập viện; phân suất tổng máu.

¹Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại Học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

³Bệnh viện Quân Y 87

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF HYPONATREMIA FOR MORTALITY, REHOSPITALIZATION IN

PATIENTS WITH HEART FAILURE WITH REDUCED AND MILDLY REDUCED EJECTION FRACTION

Objective: To determine the prevalence and short-term prognostic value of hyponatremia in hospitalized patients with heart failure. **Subjects and Methods:** A prospective cohort study was conducted on 176 patients admitted with heart failure at University Medical Center Ho Chi Minh City from October 2024 to March 2025. Patients were stratified according to serum sodium levels on admission and followed for 90-day outcomes, including all-cause mortality and hospital readmission. **Results:** The mean age was 71 (62-82) years; 51.7% were male. The prevalence of hyponatremia was 36.4%, mostly mild. At 90 days, mortality was 4.0%, readmission 39.2%, and composite events 43.2%. There was no significant difference in composite outcomes between hyponatremia and non-hyponatremia groups (15.3% vs. 27.8%, $p = 0.875$). Severe hyponatremia (≤ 130 mmol/L) was an independent predictor of composite outcomes in multivariate logistic regression (adjusted OR 4.20; 95% CI: 1.57-11.25; $p = 0.004$), but not in Cox regression. History of coronary artery disease was a stronger predictor (HR 1.87; 95% CI: 1.09-3.22; $p = 0.024$). **Conclusions:** Hyponatremia is common in hospitalized patients with heart failure. Although it was not associated with higher composite outcomes, serum sodium ≤ 30 mmol/L remained an independent short-term prognostic factor in logistic regression.

Keywords: heart failure; hyponatremia; mortality; rehospitalization; ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là giai đoạn cuối của nhiều bệnh tim mạch, hiện nay đang trở thành gánh nặng y tế toàn cầu với xu hướng ngày càng gia tăng. Ước tính có hơn 60 triệu người trên thế giới đang sống chung với suy tim và con số này dự báo sẽ tiếp tục tăng trong thập niên tới, nhất là ở nhóm người cao tuổi [1]. Theo nghiên cứu trên thế giới, bệnh nhân suy tim có tiên lượng nặng nề với tỷ lệ tử vong và nhập viện lại cao, khác biệt theo phân suất tổng máu [2]. Mặc dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân suy tim đã giúp cải thiện tiên lượng bệnh, nhưng gánh nặng bệnh tật và chi phí y tế do suy tim vẫn rất lớn [1]. Hạ natri máu là rối loạn điện giải thường gặp ở bệnh nhân suy tim với tỷ lệ khoảng từ 20 - 37%, được xem là dấu hiệu cảnh báo tiên lượng xấu [3,4]. Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy hạ natri máu liên quan chặt chẽ với mức độ nặng và là yếu tố độc lập dự báo các kết cục bất lợi ở bệnh nhân suy tim nhập viện tỷ lệ tử vong và tái nhập viện [4,5]. Tại Việt Nam, phần lớn các nghiên cứu trên nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm, thiếu dữ liệu ở nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ. Đây là lý do chúng

tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỷ lệ hạ natri máu và khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tiên lượng tử vong và tái nhập viện trong 90 ngày của hạ natri máu ở bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ tiền cứu

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh, trong thời gian từ tháng 10/2024 đến tháng 03/2025.

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán suy tim với phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ theo Hội Tim mạch châu Âu (ESC 2021) [6].

Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện. Chúng tôi thu nhận được 176 mẫu thỏa điều kiện trong thời gian nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi nhập viện, được chẩn đoán suy tim với phân suất tổng máu giảm ($EF \leq 40\%$) và giảm nhẹ ($EF 41 - 49\%$) theo tiêu chuẩn của ESC 2021 [6].

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Bệnh nhân mắc bệnh ác tính, xơ gan, bệnh tuyến thượng thận; (2) Bệnh nhân mắc hội chứng thận hư, rối loạn điện giải do nôn ói, tiêu chảy; (3) hồ sơ bệnh án không đầy đủ biến số hoặc không theo dõi được kết cục sau xuất viện; (4) Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp thực hiện nghiên cứu: Sau khi nhập viện, bệnh nhân được bác sỹ điều trị chẩn đoán xác định suy tim phân suất tổng máu giảm và giảm nhẹ. Chúng tôi tiếp cận bệnh nhân hoặc thân nhân, giải thích rõ mục tiêu nghiên cứu và bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu (có cam kết đồng thuận) mới tiến hành thu thập số liệu theo phiếu thu thập mẫu. Dựa vào hồ sơ bệnh án, chúng tôi thu thập các: thông tin hành chính, bệnh sử, sử dụng thuốc lợi tiểu trước khi nhập viện, các triệu chứng lâm sàng khi nhập viện; ghi nhận các cận lâm sàng như xét nghiệm natri máu, NT-proBNP và các xét nghiệm thường quy, EF (theo siêu âm tim). Tại thời điểm 90 ngày sau khi nhập viện, ghi nhận các kết cục gồm: tử vong do mọi nguyên nhân, tái nhập viện do mọi nguyên nhân, biến cố gộp. Trong nghiên cứu, hạ natri máu được xác định khi nồng độ natri huyết thanh < 135 mmol/L [7].

Xử lý và phân tích số liệu: Các số liệu được trình bày dưới dạng tần số (tỷ lệ) đối với biến định tính; trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn đối với biến định lượng, trung vị và khoảng tứ phân vị với biến định lượng phân bố không chuẩn. So

sánh 2 nhóm của biến số định tính dùng kiểm định chi bình phương và so sánh 2 nhóm của biến số định lượng dùng kiểm định T- test (nếu phân phối chuẩn) hoặc kiểm định Mann- Whitney (nếu phân phối không chuẩn). Phân tích hồi quy logistic đa biến, hồi quy Cox đa biến được sử dụng để xác định các yếu tố tiên lượng độc lập.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 27. Có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Tp. Hồ Chí Minh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu (n=176)

Đặc điểm		Tần số (%)	Trung vị/từ phân vị
Giới (nam) (n, %)		91 (51,7)	
Tuổi (năm)			71 (61 - 82)
Nhóm >65 tuổi (n, %)		121 (68,8)	
Phân loại suy tim theo tiền căn	Suy tim cấp (n, %)	44 (25)	
	Suy tim mạn (n, %)	132 (75)	
Các yếu tố thúc đẩy	HCMVC (n, %)	6 (3,4)	
	THA không kiểm soát (n, %)	0	
	Rối loạn nhịp tim (n, %)	11 (6,3)	
	Nhiễm trùng (n, %)	60 (34,1)	
	Không tuân thủ điều trị (n, %)	20 (11,4)	
	Yếu tố khác (n, %)	12 (6,8)	
Phân độ NYHA	I (n, %)	3 (1,8)	
	II (n, %)	40 (22,7)	
	III (n, %)	103 (58,5)	
	IV (n, %)	30 (17)	
PSTM (%)			37,2 (30 - 46)
Phân loại suy tim theo PSTM	STPSTMG (n, %)	109 (61,9)	
	STPSTMGN (n, %)	67 (38,1)	
Natri máu (mmo/L)			136 (132 - 138)
Hạ natri máu (n, %)		64 (36,4)	
Phân độ hạ natri máu	Nhe (n, %)	42 (65,6)	
	Trung bình (n, %)	17 (26,6)	
	Nặng (n, %)	5 (7,8)	

Nhận xét: Trung vị tuổi 71 tuổi, nam giới (51,7%). trung vị Phân suất tổng máu là 37,2 (30 - 46%); nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm (61,9%) và giảm nhẹ (38,1%). Phần lớn bệnh nhân là suy tim cấp nhập viện (75%), với

yếu tố thúc đẩy phổ biến nhất là nhiễm trùng (34,1%). Phân độ NYHA III, IV chiếm ưu thế (75%). Trung vị natri máu là 136 (132 - 138) mmol/L, tỷ lệ hạ natri máu chung 36,4%, mức độ nhẹ chiếm đa số (65,6%).

Bảng 2: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng theo nhóm hạ và không hạ natri máu

Biến số		Chung (n=176)	Hạ natri máu (n=64)	Không hạ natri máu (n=112)	p χ ²
Tiền căn suy tim mạn (n, %)		147 (83,5)	55 (37,4)	92(62,6)	0,537
Tiền căn bệnh mạch vành (n, %)		136 (76,7)	47 (34,8)	88 (65,2)	0,462
Tiền căn tăng huyết áp (n, %)		135 (76,7)	56 (41,5)	79 (58,5)	0,015
Điều trị thuốc lợi tiểu (n, %)		118 (67,0)	49 (41,5)	69 (58,5)	0,047
Tần số tim (lần/phút)		90 (76 - 105)	88 (76 - 110)	93 (71 - 105)	0,903 ^b
HATT (mmHg)		127 ± 24	120 (97 - 126)	130 (112 - 150)	0,002 ^b
HATT _r (mmHg)		72 (63 - 84)	69 (60 - 80)	77 (65 - 90)	0,002 ^b
Phù chân (n, %)		85 (48,3)	38 (44,7)	47 (55,3)	0,029
Tràn dịch màng phổi (n, %)		87 (49,3)	34 (39,1)	53 (60,9)	0,531
Phân độ NYHA	I (n, %)	3 (1,8)	0	3 (100)	0,631
	II (n, %)	40 (22,7)	15 (37,5)	25 (62,5)	
	III (n, %)	103 (58,5)	41 (39,8)	62 (60,2)	
	IV (n, %)	30 (17)	8 (26,7)	22 (73,3)	
Hb (g/L)		116 ± 22	111 ± 20	118 ± 22	0,037 ^a

Creatinine máu ($\mu\text{mol/L}$)	121 (84 - 175)	127 (100 - 163)	111 (80 - 182)	0,372 ^b
eGFR ml/phút/1,73m ²	50 (29 - 73)	41 (28 - 67)	56 (30 - 84)	0,115 ^b
NT-proBNP (ng/L)	5792 (2636-17705)	5318 (2597-17820)	6321 (2677-17550)	0,870 ^b
Kali máu (mmol/L)	3,9 (3,5 - 4,3)	4,1 $\pm$ 0,7	3,9 $\pm$ 0,6	0,017 ^a
Natri máu (mmol/L)	136 (132 - 138)	131 (128 - 132)	138 (136 - 139)	<0,001 ^b

a: kiểm định T-test b: kiểm định Mann Whitney

Nhận xét: Tiền căn tăng huyết áp, điều trị thuốc lợi tiểu, huyết áp (cả tâm thu và tâm trương), phù chân, Hb, kali và natri máu là các yếu tố khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm hạ và không hạ natri máu ($p < 0,05$).

Bảng 3: Tỷ lệ tử vong, tái nhập viện và biến cố gộp trong 90 ngày theo nhóm hạ và không hạ natri máu

Biến số	Chung (n=176)	Hạ natri máu (n=64)	Không hạ natri máu (n=112)	p χ^2
Tử vong (n, %)	7 (4)	4 (2,3)	3 (1,7)	0,425 ^c
Tái nhập viện (n, %)	69 (39,2)	23 (13,1)	46 (26,1)	0,525
Biến cố gộp (n, %)	76 (43,2)	27 (15,3)	49 (27,8)	0,875

c: kiểm định Fisher Exact

Nhận xét: Tỷ lệ tử vong 4,0%, trong đó 5 ca do suy tim; tái nhập viện 69 bệnh nhân (39,2%), trong đó 35 ca (19,9%) do suy tim. Tỷ lệ biến cố gộp là 43,2%. Nhóm hạ natri máu có tỷ lệ các kết cục thấp hơn nhóm không hạ natri máu, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$).

Bảng 4: Các yếu tố liên quan biến cố gộp trong 90 ngày trong hồi quy logistic đơn và đa biến

Biến số	OR đơn biến (KTC 95%)	p	OR đa biến (KTC 95%)	p
Giới (nam)	1,41 (0,78 - 2,57)	0,260	2,28 (1,12 - 4,63)	0,012
Nhóm >65 tuổi	0,66 (0,34 - 1,28)	0,219	0,72 (0,35 - 1,51)	0,387
Tiền căn suy tim mạn	0,43 (0,19 - 0,98)	0,044	0,33 (0,124 - 0,87)	0,024
Hb	0,99 (0,98 - 1,01)	0,217	0,98 (0,97 - 1,000)	0,035
Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L	2,22 (0,83 - 5,98)	0,114	4,20 (1,57 - 11,25)	0,004

Nhận xét: Giới nam, nhóm >65 tuổi, tiền căn suy tim mạn, hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là các yếu tố liên quan đến biến cố gộp do mọi nguyên nhân trong 90 ngày.

Bảng 5: Các yếu tố trong tiên lượng biến cố gộp trong 90 ngày trong hồi quy Cox đơn và đa biến

Biến số	HR đơn biến (KTC 95%)	p	HR đa biến (KTC 95%)	p
Giới (nam)	1,53 (0,97 - 2,42)	0,139	1,39 (0,88 - 2,19)	0,165
Tiền căn bệnh mạch vành	1,62 (0,96 - 2,71)	0,070	1,87 (1,09 - 3,22)	0,024
Tràn dịch màng phổi	1,26 (0,80 - 1,98)	0,320	1,40 (0,88 - 2,22)	0,156
Tần số tim	1,01 (0,99 - 1,02)	0,196	1,01 (0,99 - 1,02)	0,108
Hạ natri máu	1,28 (0,78 - 2,09)	0,232	1,27 (0,75 - 2,18)	0,371

Nhận xét: Tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố tiên lượng độc lập với biến cố gộp do mọi nguyên nhân trong 90 ngày với HR = 1,87; $p = 0,024$.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân suy tim nhập viện có tuổi trung vị là 71 (61 - 82) tuổi, nam giới chiếm 51,7% và nhóm suy tim phân suất tống máu giảm chiếm 61,9%. Đặc điểm này tương đồng với nghiên cứu OPTIMIZE-HF (nam 48%, tuổi trung bình $73 \pm 8,7$ tuổi) [3]. Tỷ lệ hạ natri máu của chúng tôi cao hơn so với Gheorghiadu et al. (36,4% so với 19,7%), dù nồng độ natri tương đương [3] và phù hợp với các tác giả trong nước với tỷ lệ hạ natri máu dao động 33,3 - 37% [4, 8]. Sự khác biệt này có thể phản ánh sự khác

nhau về dân số, tiêu chuẩn chọn mẫu và mức độ nặng khi nhập viện.

4.2. So sánh nhóm hạ và không hạ natri máu. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tiền căn tăng huyết áp và điều trị thuốc lợi tiểu khi nhập viện khá phổ biến (41,5%) ở nhóm hạ natri máu, với sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không hạ natri máu ($p = 0,015$ và $0,047$), trong khi đó tiền căn suy tim mạn và bệnh mạch vành thấp hơn. Tỷ lệ mức NYHA III, IV ở nhóm hạ natri máu của chúng tôi là 36,8% thấp hơn tác giả Nguyễn Phan Nguyên Dương (96,3%) [5]. Nhóm này cũng có nồng độ NT-proBNP tăng cao và chức năng thận kém hơn so với nhóm không hạ natri máu, nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Hạ natri máu là dấu hiệu quan trọng

của tình trạng ứ dịch, thường gặp trên suy tim mất bù cấp, liên quan đến mức độ nặng của các triệu chứng lâm sàng và xuất hiện ở giai đoạn muộn của suy tim [5].

4.3. Giá trị tiên lượng của hạ natri máu.

Tỷ lệ tái nhập viện, biến cố gộp trên dân số nghiên cứu vẫn cao, tuy nhiên thấp hơn ở nhóm hạ natri máu. Nghiên cứu của Hamaguchi và cộng sự cũng ghi mỗi liên quan giữa hạ natri máu và kết cục bất lợi ngắn và dài hạn [5]. Ngoài ra, nghiên cứu của tác giả Nguyễn Phan Nguyên Dương cũng ghi nhận hạ natri máu tại thời điểm xuất viện là yếu tố tiên lượng tử vong trong 60 ngày với HR = 4,74 (p = 0,006) [4]. Như vậy, natri máu thấp vẫn là dấu hiệu cảnh báo nguy cơ, nhưng riêng lẻ không đủ mạnh để tiên lượng các biến cố ngắn hạn. Nghiên cứu này còn một số hạn chế: (1) thời gian theo dõi ngắn; (2) không khảo sát nguyên nhân hạ natri; (3) không ghi nhận natri máu xuất viện, không đánh giá thuốc và các phương pháp điều trị, là yếu tố quyết định liên quan đến tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Hạ natri máu khá phổ biến (36,4%) bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ nhập viện, chủ yếu mức độ nhẹ. Tỷ lệ các kết cục do mọi nguyên nhân trong 90 ngày sau khi nhập viện trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu giảm và giảm nhẹ là tử vong 4%, tái nhập viện 39,2% và biến cố gộp 43,2%. Hạ natri máu ≤ 130 mmol/L là yếu tố tiên lượng biến cố ngắn hạn trong phân tích hồi quy logistic, trong khi tiền căn bệnh mạch vành là yếu tố dự báo mạnh hơn theo hồi quy Cox.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lippi G, Sanchis-Gomar F.** Global epidemiology and future trends of heart failure. AME Med J. 2020;5. Doi:10.21037/amj.2020.03.03.
2. **Chioncel O, Lainscak M, Harjola VP, et al.** Epidemiology and one-year outcomes in patients with chronic heart failure and preserved, mid-range and reduced ejection fraction: an analysis of the ESC Heart Failure Long-Term Registry. Eur J Heart Fail. 2017;19(12):1574–85.
3. **Gheorghiade M, Abraham WT, O'Connor C M, et al.** Relationship between admission serum sodium concentration and clinical outcomes in patients hospitalized for heart failure: an analysis from the OPTIMIZE-HF registry. European heart journal. 2007;28(8):980-8.
4. **Nguyễn Phan Nguyên Dương, Trần Việt An, Bùi Thế Dũng.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và giá trị tiên lượng tử vong ngắn hạn của hạ natri máu ở bệnh nhân suy tim mạn phân suất tống máu giảm tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2023. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2023(61):42-9
5. **Hamaguchi S, Kinugawa S, Ishimori N, et al.** Hyponatremia is an independent predictor of adverse clinical outcomes in hospitalized patients due to worsening heart failure. J Cardiol. 2014;63(3):182-8
6. **McDonagh T A, Metra M, Böhm M, et al.** 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. Eur Heart J. 2021;42(36):3599-726.
7. **Spasovski G, Vanholder R, Bichet D, et al.** Clinical practice guideline on diagnosis and treatment of hyponatraemia. Eur J Endocrinol. 2014;170(3):G1-47.
8. **Nguyễn Quỳnh Dao.** Khảo sát tình hình hạ natri máu và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân suy tim cấp lúc nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Luận văn Bác sĩ chuyên khoa cấp II, ĐH Y Dược tp Hồ Chí Minh. 2023. p44-62.

TỈ LỆ SUY YẾU VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TRÊN BỆNH NHÂN CAO TUỔI GÂY LÚN ĐỐT SỐNG DO LOÃNG XƯƠNG

Nguyễn Thị Thùy Trang¹, Nguyễn Châu Tuấn²,
Đặng Ngọc Sơn², Trịnh Thị Bích Hà^{1,2}, Cao Thanh Ngọc^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Gãy lún đốt sống (GLĐS) là một trong những hậu quả nghiêm trọng của loãng xương thường gặp trên lâm sàng. Hậu quả GLĐS gây đau

mạn tính, suy giảm chức năng vận động và gia tăng tỉ lệ suy yếu ở người cao tuổi. Tại Việt Nam hiện nay, những dữ liệu về suy yếu trên bệnh nhân GLĐS, cũng như đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm gãy với tình trạng chức năng vẫn còn hạn chế. Nghiên cứu này được thực hiện nhằm xác định tỉ lệ suy yếu và phân tích các yếu tố liên quan đến suy yếu ở bệnh nhân cao tuổi GLĐS do loãng xương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 187 bệnh nhân ≥ 60 tuổi được chẩn đoán GLĐS do loãng xương tại phòng khám Nội cơ xương khớp, Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM từ 9/2024 đến 6/2025. Đối tượng nghiên cứu được đánh giá suy yếu bằng thang suy yếu lâm sàng CFS, ghi nhận đặc điểm trên X-

¹Trường Y – Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Châu Tuấn

Email: tuan.nc2@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025