

- sectional study. Scientific Reports 14, Article number: 28408 (2024).
6. **Nguyễn Thị Thu Thảo và cộng sự** (2024). Khảo sát kiến thức và thực hành về phòng ngừa sỏi tái phát ở người bệnh sau phẫu thuật tán sỏi đường tiết niệu tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội năm 2024. Khoa luận tốt nghiệp đại học, Trường Đại học Y Hà Nội, năm 2024.
 7. **Huỳnh Thị Thuý Tiên và cộng sự** (2024). Nghiên cứu mô tả cắt ngang về kiến thức của người bệnh về phòng ngừa sỏi tiết niệu tái phát. Rama Med J, tập 47 số 3 (2024).
 8. **Nguyễn Thị Thu Hương và cộng sự** (2018). Thực trạng kiến thức phòng tái phát sỏi tiết niệu của người bệnh sỏi tiết niệu tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định năm 2018. Đề tài cơ sở, Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định năm 2018
 9. **Dong Lv et al** (2023). Knowledge, attitudes, and practices towards urinary system stones among the Chengdu population. Sci Rep. 2024 May 17;14:11303

MỐI LIÊN QUAN GIỮA SUY DINH DƯỠNG VỚI KẾT CỤC BẤT LỢI NGẮN HẠN Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP CAO TUỔI

Trịnh Thị Bích Hà^{1,2}, Nguyễn Văn Trí³, Vũ Anh Kiệt⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa suy dinh dưỡng theo thang điểm MNA-SF với kết cục bất lợi ngắn hạn, bao gồm tử vong và các biến cố tim mạch chính trong thời gian nội viện và 3 tháng sau xuất viện. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả có quan sát dọc thực hiện trên 375 bệnh nhân ≥ 60 tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp từ tháng 7/2023 đến tháng 3/2024 tại Bệnh viện Thống Nhất và Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận tổng số bệnh nhân có biến cố trong thời gian nội viện và 3 tháng sau xuất viện là 103 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 28,7%. Tỉ lệ bệnh nhân bị biến cố tim mạch trong nhóm suy dinh dưỡng cao gấp 2 lần, tỉ lệ tử vong cao hơn gấp 3 lần nhóm không suy dinh dưỡng ($p < 0,05$). Hồi quy Cox đa biến cho thấy suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ độc lập với tăng nguy cơ biến cố tim mạch. **Kết luận:** Suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ độc lập với tăng nguy cơ bị biến cố tim mạch và tử vong trong vòng 3 tháng sau xuất viện trên bệnh nhân cao tuổi mắc hội chứng vành cấp.

Từ khóa: suy dinh dưỡng, hội chứng vành cấp, biến cố tim mạch, tử vong, người cao tuổi.

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN MALNUTRITION AND SHORT-TERM ADVERSE OUTCOMES IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objective: To evaluate the association between

malnutrition, as assessed by the Mini Nutritional Assessment–Short Form (MNA-SF), and short-term adverse outcomes, including in-hospital mortality and major adverse cardiovascular events (MACE) during hospitalization and 3 months after discharge.

Method: This was a cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up, conducted on 375 patients aged ≥ 60 years admitted with acute coronary syndrome (ACS) from July 2023 to March 2024 at Thong Nhat Hospital and University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** A total of 103 patients (28.7%) experienced adverse events either during hospitalization or within 3 months post-discharge. The incidence of cardiovascular events in malnourished patients was twice as high, and the mortality rate was three times higher compared to well-nourished patients, with statistically significant differences ($p < 0.05$). Multivariate Cox regression analysis identified malnutrition as an independent risk factor associated with increased risk of cardiovascular events over time.

Conclusion: Malnutrition is an independent risk factor associated with an increased risk of cardiovascular events and mortality within 3 months after discharge in elderly patients with acute coronary syndrome.

Keywords: malnutrition, acute coronary syndrome, cardiovascular events, mortality, elderly.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy dinh dưỡng là một vấn đề sức khỏe phổ biến toàn cầu, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi và bệnh nhân mắc các bệnh lý mạn tính. Tỷ lệ suy dinh dưỡng tương đối cao ở các bệnh nhân nội trú, và còn cao hơn ở những bệnh nhân mắc bệnh tim mạch, đặc biệt là hội chứng vành cấp (HCVC). Trong nhóm bệnh nhân này, tỷ lệ suy dinh dưỡng được ghi nhận lên đến 33,5%.¹ Sự kết hợp giữa lão hóa, đa bệnh, đa thuốc và giảm chức năng sinh lý ở người cao tuổi khiến họ dễ bị suy dinh dưỡng hơn, từ đó ảnh hưởng tiêu cực đến khả năng phục hồi và chất lượng sống. Bệnh tim thiếu máu cục bộ (BTTCMB), đặc biệt thể

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

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

³Trường Đại học Nguyễn Tất Thành

⁴Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Vũ Anh Kiệt

Email: vakiet.ntlaokhoa21@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

lâm sàng hội chứng vành cấp, là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Dù đã có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị, việc tiên lượng bệnh nhân HCVC vẫn còn nhiều thách thức. Trong số các yếu tố ảnh hưởng đến tiên lượng, tình trạng dinh dưỡng là yếu tố có thể can thiệp được. Phát hiện sớm và can thiệp kịp thời tình trạng suy dinh dưỡng có thể giúp cải thiện kết quả điều trị và giảm biến cố bất lợi. MNA-SF (Mini Nutritional Assessment - Short Form) là công cụ sàng lọc suy dinh dưỡng đã được xác thực và khuyến cáo sử dụng ở người cao tuổi trong nhiều bối cảnh lâm sàng.^{2,3} Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện còn thiếu dữ liệu về giá trị tiên lượng của MNA-SF ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa suy dinh dưỡng theo thang điểm MNA-SF với các kết cục bất lợi ngắn hạn, bao gồm tử vong và các biến cố tim mạch chính trong thời gian nằm viện và 3 tháng sau xuất viện trên bệnh nhân cao tuổi mắc hội chứng vành cấp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) nhập viện vì hội chứng vành cấp.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Bệnh nhân ≥ 60 tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại ra. Bệnh nhân có tình trạng phù phát hiện được trên lâm sàng

Bệnh nhân có tình trạng bất động do chấn thương, gãy xương.

Tự ý xuất viện

Đã tham gia nghiên cứu, nay tái nhập viện

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang có quan sát dọc để theo dõi các kết cục ngắn hạn (trong thời gian nằm viện và 3 tháng sau xuất viện).

Định nghĩa kết cục:

- Tử vong nội viện: bao gồm những trường hợp tử vong trong thời gian nằm viện và những trường hợp bệnh nặng xin về cũng được xem như là tử vong nội viện.

- Biến cố tim mạch: bao gồm tái nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực không ổn định, đột quỵ, suy

tim cấp, rối loạn nhịp và biến chứng cơ học.

2.2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, liên tục. Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nhận vào và không thỏa tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 7/2023 đến tháng 3/2024 tại Trung tâm Tim mạch bệnh viện Thống Nhất và Trung tâm Tim mạch bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh sẽ được đưa vào nghiên cứu.

2.2.3. Phương pháp thu thập dữ liệu.

Nghiên cứu viên tiến hành phỏng vấn bệnh nhân trực tiếp dựa trên bộ câu hỏi soạn sẵn, kết hợp hồ sơ bệnh án và liên lạc trực tiếp để theo dõi khi bệnh nhân xuất viện.

2.3. Phương pháp thống kê. Thuật toán thống kê y học theo phần mềm Stata 14. Biến số định tính trình bày dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm, biến số định lượng trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn (phân phối chuẩn) hoặc trung vị và hai bách phân vị 25%-75% (phân phối không chuẩn).

So sánh các tỉ lệ bằng kiểm định chi bình phương (hiệu chỉnh Fisher). Phép kiểm ANOVA để so sánh các biến định lượng phân phối chuẩn hoặc Kruskal Wallis nếu phân phối không chuẩn. Phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến nhằm xác định yếu tố nguy cơ độc lập. Phân tích hồi quy Cox đơn biến và đa biến nhằm xác định yếu tố nguy cơ theo thời gian. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

2.4. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y Dược TP.HCM số 604/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 15/06/2023, Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học Bệnh viện Thống Nhất số 55/2023/BVTN-ĐHYĐ ngày 10/07/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu thập được 375 bệnh nhân ≥ 60 tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp. Trong số đó, ghi nhận có 10 trường hợp tử vong trong thời gian nội viện. Còn lại 365 bệnh nhân xuất viện, được chúng tôi theo dõi trong thời gian 3 tháng. Cuối cùng, có 16 bệnh nhân bị mất liên lạc, còn lại 349 bệnh nhân hoàn tất thời gian theo dõi.

Bảng 1: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Biến số		Tổng n=375 (100,0)	Không SDD n=210 (56,0)	Nguy cơ SDD n=122 (32,5)	Suy dinh dưỡng n=43 (11,5)	p
Đặc điểm nhân trắc học						
Tuổi - năm		71,4 $\pm$ 8,4	69,1 $\pm$ 6,8	74,1 $\pm$ 9,0	71,4 $\pm$ 8,3	<0,001
Giới						
	Nam	234 (62,4)	140 (66,7)	74 (60,7)	20 (46,5)	0,04
Đa bệnh						
	≥ 2 bệnh	262 (69,9)	138 (65,7)	89 (73,0)	35 (81,4)	0,083

CFS	Có suy yếu	202 (53,9)	83 (39,5)	82 (67,2)	37 (86,1)	<0,001
BMI	SDD	39 (10,4)	6 (2,9)	15 (12,3)	18 (41,9)	<0,001
	Bình thường	172 (45,9)	86 (41,0)	69 (56,6)	17 (39,5)	
	Thừa cân	92 (24,5)	65 (31,0)	23 (18,9)	4 (9,3)	
	Béo phì	72 (19,2)	53 (25,2)	15 (12,3)	4 (9,3)	
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng						
Thể lâm sàng	NMCTSTCL	109 (29,0)	65 (31,0)	28 (23,0)	16 (37,2)	0,003
	NMCTKSTCL	166 (44,3)	77 (36,7)	69 (56,5)	20 (46,5)	
	ĐNKOD	100 (26,7)	68 (32,4)	25 (20,5)	7 (16,3)	
Killip	I	309 (82,4)	176 (83,8)	103 (84,4)	30 (69,7)	0,19
Phân suất tổng máu-%		53,5 ± 14,3	55,1 ± 14,1	52,4 ± 14,3	48,8 ± 14,2	0,023
Hemoglobin -g/L		125,5 ± 18,2	129,1 ± 17,3	121,0 ± 18,0	120,0 ± 19,2	<0,001
Creatinin-mg/dl		1,3 ± 1,2	1,3 ± 1,3	1,3 ± 1,1	1,4 ± 0,9	0,16
Không chụp mạch vành		57 (15,2)	20 (9,5)	21 (17,2)	16 (37,2)	<0,001
PCI		275 (73,3)	168 (80)	86(70,5)	21 (48,8)	
Không can thiệp		43 (11,5)	22 (10,5)	15 (12,3)	6 (14,0)	

*BMI: Chỉ số khối cơ thể, BTTCMB: Bệnh tim thiếu máu cục bộ, CFS: Thang đo suy yếu lâm sàng đầy đủ, SDD: Suy dinh dưỡng, NMCTSTCL: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, NMCTKSTCL: Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, PCI: Can thiệp mạch vành qua da, UA: Đau thắt ngực không ổn định.

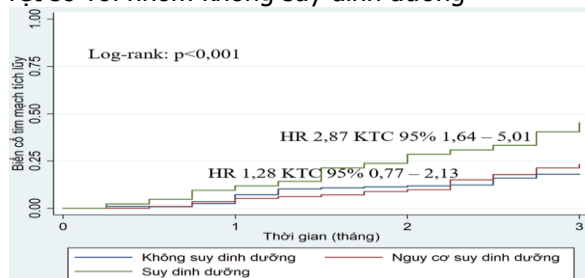
Nhận xét: Tuổi trung bình của bệnh nhân là

71,4 ± 8,4, chủ yếu là nam giới. Đa bệnh lý được ghi nhận ở 69,9%, và suy yếu hiện diện ở trên 50% bệnh nhân. Nhồi máu cơ tim chiếm khoảng 75%, đa số phân độ Killip I (82,4%) khi nhập viện. Các chỉ số xét nghiệm gồm: LVEF 53,5 ± 14,3%, Hb 125,5 ± 18,2 g/L, creatinin 1,3 ± 1,2 mg/dL. Tỷ lệ không được chụp mạch vành xâm lấn trong thời gian nằm viện là 15,2%.

Bảng 2: So sánh biến cố trong vòng 3 tháng theo dõi giữa nhóm không suy dinh dưỡng, nguy cơ suy dinh dưỡng và suy dinh dưỡng

Kết cục	Tổng n=349 (100,0)	Bình thường n=195 (55,9)	Nguy cơ SDD n=112 (32,1)	Suy dinh dưỡng n=42 (12,0)	p
Biến cố gộp	82 (23,5)	37 (19,0)	26 (23,2)	19 (45,2)	<0,001
Biến cố tim mạch	80 (22,9)	35 (18,0)	26 (23,2)	19 (45,2)	0,001
Tử vong	19 (5,4)	7 (3,6)	4 (3,6)	8 (19,0)	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân trong nhóm suy dinh dưỡng xảy ra biến cố và tử vong cao hơn rõ rệt so với nhóm không suy dinh dưỡng



Biểu đồ 2: Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng đến biến cố tim mạch theo thời gian

*HR: lấy nhóm không suy dinh dưỡng làm tham chiếu

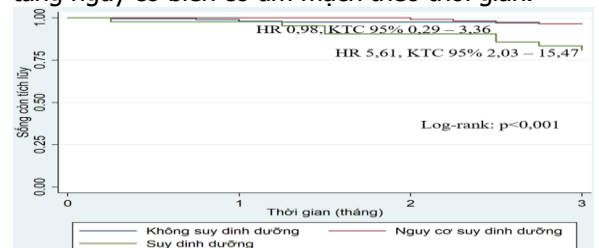
Nhận xét: Suy dinh dưỡng làm tăng rõ rệt nguy cơ biến cố tim mạch theo thời gian. Không có sự khác biệt giữa nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng và nhóm dinh dưỡng bình thường.

Bảng 3: Mối liên quan giữa suy dinh dưỡng và biến cố tim mạch trong vòng 3 tháng sau xuất viện

Yếu tố	Đa biến*	
	HR (KTC 95%)	p
Suy dinh dưỡng	1,81 (1,04 – 3,17)	0,036

*Hiệu chỉnh với các yếu tố tuổi, giới, suy yếu, LVEF, Hb, eGFR, PCI

Nhận xét: Kết quả hồi quy Cox đa biến cho thấy suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ độc lập với tăng nguy cơ biến cố tim mạch theo thời gian.



Biểu đồ 3: Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng đến tử vong theo thời gian

*HR: lấy nhóm không suy dinh dưỡng làm tham chiếu

Nhận xét: Suy dinh dưỡng làm giảm rõ rệt tỷ lệ sống còn theo thời gian. Không có sự khác biệt giữa hai nhóm còn lại.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân và biến cố tim mạch trong 3 tháng theo dõi

Trong tổng số 375 bệnh nhân ban đầu, có 349 bệnh nhân hoàn tất theo dõi trong 3 tháng sau xuất viện. Trong khoảng thời gian này, 82 bệnh nhân (23,5%) gặp biến cố, bao gồm 80 biến cố tim mạch (trong đó có 17 trường hợp tử vong) và 19 trường hợp tử vong do mọi nguyên nhân (5,4%), trong đó 2 trường hợp không liên quan đến nguyên nhân tim mạch.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số báo cáo trước đó: nghiên cứu của Trần Minh Huy ghi nhận tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân là 8,7% sau 6 tháng, tái nhập viện do tim mạch là 18%⁴; nghiên cứu của Tonet và cộng sự ghi nhận tỷ lệ tử vong là 10,5% sau thời gian theo dõi trung bình 288 ngày ở 908 bệnh nhân⁵; nghiên cứu của Klara Komici báo cáo tỷ lệ tử vong là 24,7% sau thời gian theo dõi trung bình 24,5 tháng.⁶

Phân tích theo tình trạng dinh dưỡng cho thấy, tỷ lệ biến cố ở nhóm suy dinh dưỡng là 45,2%, cao gần gấp đôi so với nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng (23,2%) và nhóm không suy dinh dưỡng (19%). Về tử vong, tỷ lệ ở nhóm suy dinh dưỡng là 19%, cao gấp hơn 5 lần so với hai nhóm còn lại (3,6%) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Tonet (tử vong: 31% ở nhóm suy dinh dưỡng, 19% ở nhóm nguy cơ, 3% ở nhóm bình thường; $p < 0,001$)⁵ và nghiên cứu của Komici (36,4% ở nhóm MNA < 24 so với 12,8% ở nhóm MNA ≥ 24 ; $p < 0,001$).⁶

Xét tổng hợp biến cố trong thời gian nội viện và 3 tháng sau xuất viện, có 29 trường hợp tử vong (8,1%) và 103 trường hợp gặp biến cố tim mạch (28,7%), trong đó 6 bệnh nhân có biến cố tái phát. So sánh giữa các nhóm, tỷ lệ biến cố tim mạch ở nhóm suy dinh dưỡng là 46,5%, cao gấp đôi so với nhóm không suy dinh dưỡng (23%; $p = 0,005$); tỷ lệ tử vong là 20,9% so với 6% ở nhóm không suy dinh dưỡng ($p = 0,004$).

4.2. Ảnh hưởng của suy dinh dưỡng đánh giá bằng thang điểm MNA-SF và tử vong do mọi nguyên nhân và biến cố tim mạch trong 3 tháng theo dõi trên bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi. Biểu đồ Kaplan–Meier đối với biến cố tim mạch tích lũy cho thấy các nhóm bắt đầu có sự khác biệt từ khoảng 0,5 tháng sau xuất viện, và phân tách rõ rệt từ sau 1,5 tháng, kéo dài đến cuối thời gian theo dõi. Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ biến cố tích lũy ở nhóm suy dinh dưỡng là 45%, so với 23% ở

nhóm nguy cơ và 19% ở nhóm không suy dinh dưỡng. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với phép kiểm log-rank ($p < 0,001$). Ngược lại, không có sự khác biệt đáng kể giữa hai nhóm còn lại.

Phân tích hồi quy Cox đơn biến cho thấy, suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch với hazard ratio (HR) là 2,87 (95% CI: 1,64–5,01) so với nhóm không suy dinh dưỡng. Đối với nhóm có nguy cơ suy dinh dưỡng, không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa so với nhóm bình thường (HR: 1,28; 95% CI: 0,77–2,13). Tuy nhiên, thời gian theo dõi ngắn (3 tháng) có thể chưa đủ để quan sát được sự phân tách rõ giữa hai nhóm này. Điều này đặc biệt đáng lưu ý vì bệnh nhân ở nhóm "nguy cơ suy dinh dưỡng" có khả năng cao chuyển sang trạng thái suy dinh dưỡng thực sự do diễn tiến bệnh lý, biến chứng điều trị, hoặc suy giảm hoạt động chức năng sau biến cố mạch vành cấp. Do đó, các nghiên cứu dài hạn hơn là cần thiết để đánh giá chính xác hơn nguy cơ ở nhóm này.

Phân tích hồi quy Cox đa biến, sau khi hiệu chỉnh theo các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi, giới, tình trạng suy yếu, phân suất tống máu thất trái (LVEF), hemoglobin, eGFR và can thiệp mạch vành qua da (PCI), cho thấy suy dinh dưỡng đánh giá bằng MNA-SF là yếu tố tiên lượng độc lập với biến cố tim mạch ngắn hạn. Ngoài các yếu tố truyền thống, nghiên cứu của chúng tôi còn đưa yếu tố suy yếu vào mô hình điều chỉnh, giúp kiểm soát hiệu quả hơn các yếu tố đặc thù ở bệnh nhân cao tuổi. Điều này là một điểm khác biệt quan trọng so với phần lớn các nghiên cứu trước đó và nhấn mạnh giá trị thực tiễn của việc tích hợp đánh giá suy yếu và dinh dưỡng trong thực hành lâm sàng ở người cao tuổi mắc hội chứng vành cấp.

Biểu đồ sống còn Kaplan–Meier cho thấy sự phân tách rõ giữa nhóm suy dinh dưỡng và hai nhóm còn lại từ khoảng 1,5 tháng sau xuất viện. Tại thời điểm 3 tháng, tỷ lệ sống còn tích lũy ở nhóm suy dinh dưỡng là 80%, thấp hơn so với 97% ở hai nhóm còn lại; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (log-rank $p < 0,001$). Phân tích Cox đơn biến xác định suy dinh dưỡng làm tăng nguy cơ tử vong với HR: 5,61 (95% CI: 2,03–15,47). Trong khi đó, không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa nhóm nguy cơ suy dinh dưỡng và nhóm không suy dinh dưỡng (HR: 0,98; 95% CI: 0,29–3,36). Do số lượng tử vong tương đối thấp và thời gian theo dõi ngắn, chúng tôi không thực hiện phân tích Cox đa biến đối với biến cố tử vong — đây cũng là một hạn chế của nghiên cứu.

So sánh với nghiên cứu của Tonet và cộng sự, khi phân nhóm theo MNA-SF, các đường

cong sống còn có sự phân tách rõ rệt theo mức độ dinh dưỡng ($p < 0,001$), với tỉ lệ tử vong tích lũy sau 1 năm là ~30% ở nhóm suy dinh dưỡng, ~20% ở nhóm nguy cơ và <5% ở nhóm bình thường. Phân tích Cox đa biến trong nghiên cứu cũng cho thấy điểm MNA-SF là yếu tố nguy cơ độc lập với tử vong, với HR: 0,83 (95% CI: 0,74–0,93; $p = 0,002$).⁵ Tương tự, Komici và cộng sự cũng ghi nhận vai trò tiên lượng của MNA-SF sau khi hiệu chỉnh đa biến (HR: 0,56; 95% CI: 0,42–0,73; $p < 0,001$).⁶

Sự không tương đồng giữa kết quả của chúng tôi và nghiên cứu của Tonet về nhóm "nguy cơ suy dinh dưỡng" có thể được lý giải bởi hai yếu tố: (1) thời gian theo dõi ngắn (3 tháng) chưa đủ để quan sát rõ ràng sự chuyển nhóm; (2) sự khác biệt về cấu trúc BMI trong thang điểm MNA-SF, vốn chưa được điều chỉnh cho đặc điểm thể trạng của dân số châu Á, có thể làm sai lệch việc phân nhóm. Điều này đặt ra vấn đề cần có các phiên bản hiệu chỉnh MNA-SF phù hợp với đặc điểm nhân trắc học của người Việt Nam, nhằm cải thiện độ chính xác trong phân loại nguy cơ và tiên lượng.

V. KẾT LUẬN

Suy dinh dưỡng là yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan với tăng nguy cơ bị biến cố tim mạch trong vòng 3 tháng sau xuất viện và có liên quan đến tăng nguy cơ tử vong trong vòng 3 tháng sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lai AR, Warriar M, Ng EZ, et al. Cardiovascular outcomes in acute coronary syndrome and malnutrition: a meta-analysis of nutritional assessment tools. 2023;2(8):100635.
2. Norman K, Haß U, Pirlich MJN. Malnutrition in older adults—recent advances and remaining challenges. 2021;13(8):2764.
3. Cederholm T, Barazzoni R, Austin P, et al. ESPEN guidelines on definitions and terminology of clinical nutrition. 2017;36(1):49-64.
4. Huy. TM. Khảo sát tỉ lệ suy yếu bằng thang điểm nguy cơ suy yếu bệnh viện trên bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi. Đại học Y Dược TP.HCM. 2023.
5. Tonet E, Campo G, Maietti E, et al. Nutritional status and all-cause mortality in older adults with acute coronary syndrome. 2020;39(5):1572-1579.
6. Komici K, Vitale DF, Mancini A, et al. Impact of malnutrition on long-term mortality in elderly patients with acute myocardial infarction. 2019;11(2):224.

GIÁ TRỊ CỦA THANG ĐIỂM HARMS₂-AF TRONG DỰ ĐOÁN NGUY CƠ RUNG NHỊ TRÊN NGƯỜI BỆNH ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Nguyễn Thị Thu¹, Phạm Trần Linh², Phan Đình Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thang điểm HARMS₂-AF ở người bệnh đái tháo đường và giá trị của thang điểm HARMS₂-AF trong dự đoán nguy cơ rung nhĩ trên người bệnh đái tháo đường. **Phương pháp:** Mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 224 bệnh nhân, tuổi $71,04 \pm 10,19$, 51,34% nam giới, HbA1c trung bình $8,5 \pm 2,2\%$, điểm HARMS₂-AF trung bình $6,75 \pm 2,89$, đa số nằm trong khoảng 5-9 điểm chiếm 51,1%. Tăng huyết áp, tuổi, chỉ số khối cơ thể (BMI), giới tính nam, ngưng thở khi ngủ, hút thuốc lá và rượu là các biến dự báo nguy cơ rung nhĩ (tất cả $P < 0,05$); sự khác biệt của HbA1c (KTC 95% [-0,37-0,81, $P = 0,269$] và tiền sử COPD (KTC 95% 0,72-10,82, $p = 0,215$) không có ý nghĩa thống kê. Điểm HARMS₂-AF trung bình ở nhóm có rung nhĩ là $7,58 \pm 2,78$ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không rung nhĩ $5,91 \pm 2,77$ ($p < 0,001$; 95%CI 0,94–2,40). Điểm HARMS₂-AF có hiệu suất dự đoán ở

mức trung bình đối với rung nhĩ trong quần thể nghiên cứu với AUC = 0,653. Điểm HARMS₂-AF cao hơn (≥ 5 điểm) có liên quan đến nguy cơ AF cao hơn (điểm 5-9: OR = 3,23; KTC 95%: 1,51–6,89) và điểm 10-14: OR = 8,71; KTC 95%: 3,31–22,91). **Kết luận:** Thang điểm HARMS₂-AF có khả năng dự đoán nguy cơ rung nhĩ trong cộng đồng người bệnh đái tháo đường; điểm HARMS₂-AF càng cao thì nguy cơ mắc rung nhĩ càng lớn. **Từ khóa:** HARMS₂-AF, rung nhĩ, đái tháo đường.

SUMMARY

PREDICTIVE VALUE OF THE HARMS₂-AF SCORE FOR ATRIAL FIBRILLATION IN PATIENTS WITH DIABETES

Objective: To assess the HARMS₂-AF score in patients with diabetes and evaluate its value in predicting the risk of atrial fibrillation (AF) in this population. **Methods:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** A total of 224 patients were included; mean age 71.04 ± 10.19 years, 51.34% male. Mean HbA1c was $8.5 \pm 2.2\%$. The mean HARMS₂-AF score was 6.75 ± 2.89 ; most patients scored 5–9 points (51.1%). Hypertension, age, body mass index (BMI), male sex, sleep apnoea, smoking, and alcohol use were predictors of AF (all $p < 0.05$). Differences in HbA1c (95% CI -0.37 to 0.81, $p = 0.269$) and a history of COPD (95% CI 0.72–10.82, $p = 0.215$) were

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Trần Linh

Email: ptlinhmd@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 10.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025