

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

not statistically significant. The mean HARMS₂-AF score in the AF group was 7.58 ± 2.78 , significantly higher than in the non-AF group (5.91 ± 2.77 ; $p < 0.001$; 95% CI 0.94–2.40). The HARMS₂-AF score showed moderate predictive performance for AF in this cohort with an AUC of 0.653. Higher HARMS₂-AF scores (≥ 5 points) were associated with increased AF risk (5–9 points: OR = 3.23; 95% CI 1.51–6.89; 10–14 points: OR = 8.71; 95% CI 3.31–22.91). **Conclusion:** The HARMS₂-AF score can predict the risk of atrial fibrillation among patients with diabetes mellitus; higher scores are associated with a greater likelihood of AF. **Keywords:** HARMS₂-AF, atrial fibrillation, diabetes.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rung nhĩ (AF) là một trong những rối loạn nhịp tim phổ biến và phức tạp nhất, gây gánh nặng lớn cho hệ thống y tế, đặc biệt ở người cao tuổi. Tỷ lệ biến cố tim mạch và tử vong liên quan AF gia tăng, kéo theo chi phí chăm sóc điều trị rất cao. Dự báo tại Hoa Kỳ, số ca AF có thể đạt 5,6 triệu vào năm 2050; tại châu Âu, số ca dự kiến sẽ tăng gấp đôi vào năm 2060 so với khoảng 9 triệu hiện nay.[1] Đái tháo đường (ĐTĐ) là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng, không chỉ liên quan bệnh mạch vành và biến cố tim mà còn tác động lên hệ điện học tim. Nghiên cứu Framingham xác định ĐTĐ là yếu tố nguy cơ độc lập của AF sau 38 năm theo dõi; [2] phân tích gộp của Huxley và cộng sự cho thấy người bệnh ĐTĐ có nguy cơ phát triển AF cao hơn khoảng 40% so với người không ĐTĐ.[3] AF làm tăng nguy cơ suy tim gấp 3 lần và tăng tử vong gấp 2 lần; ở bệnh nhân suy tim kèm AF, tử vong có thể tăng tới 34%.[4] Do đó, nhận diện sớm đối tượng nguy cơ và chẩn đoán kịp thời AF là rất cần thiết. Bên cạnh các chiến lược điều trị AF đã tiến bộ đáng kể với cắt đốt qua ống thông và thuốc chống đông đường uống thế hệ mới; gần đây, điều chỉnh lối sống được xem như “trụ cột thứ tư” do tính khả biến và khả năng can thiệp sớm có mục tiêu. Các thang điểm nguy cơ AF như CHADS, Framingham, WHS, CHARGE-AF, ARIC được xây dựng trên quần thể Âu-Mỹ, cho thấy khả năng tiên lượng còn hạn chế ở một số nhóm; đồng thời cách tính phức tạp, khó nhớ và thường đòi hỏi dữ liệu siêu âm tim hay cận lâm sàng. Tháng 6/2023, Segan và cộng sự giới thiệu thang điểm HARMS₂-AF dựa trên UK Biobank,

nhấn mạnh các yếu tố lối sống có thể thay đổi và dễ ứng dụng lâm sàng.[5] Tuy nhiên, bằng chứng về HARMS₂-AF ở người bệnh ĐTĐ, nhóm nguy cơ cao về AF và đột quỵ vẫn còn ít. Do đó nghiên cứu này nhằm đánh giá thang điểm HARMS₂-AF ở người ĐTĐ và giá trị của thang điểm HARMS₂-AF trong dự đoán nguy cơ rung nhĩ trên quần thể này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 224 bệnh nhân đái tháo đường điều trị tại Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 08/2024 đến tháng 08/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh được chẩn đoán đái tháo đường đang được điều trị.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Người bệnh đang trong đợt cấp của bệnh: Nhiễm trùng cấp, COPD đợt cấp, suy tim cấp, hội chứng vành cấp, suy thận cấp, ung thư giai đoạn cuối...

- Người bệnh không đủ nhận thức tham gia nghiên cứu.

- Người bệnh không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu: Dữ liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm: Thông tin chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh, chiều cao, cân nặng. Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: điện tâm đồ, siêu âm tim, tiền sử bệnh lý, tình trạng hút thuốc lá, uống rượu bia.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 26.

- So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Fisher, so sánh trung bình bằng t-test hoặc kiểm định phi tham số.

- Giá trị $p < 0.05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Tổng kê nghiên cứu khoa học, chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

	Rung nhĩ n=112	Không rung nhĩ n=112	Tổng N=224
Tuổi (M $\pm$ SD)	73,2 $\pm$ 10,1	68,9 $\pm$ 9,9	71,04 $\pm$ 10,19
Giới nam, n (%)	59 (52,6)	56(50)	115(51,3)
BMI (M $\pm$ SD) kg/m ²	23 $\pm$ 3,47	22,95 $\pm$ 3,17	23,07 $\pm$ 3,32

Tăng huyết áp, n (%)	95 (84,8)	73 (65,2)	168 (75)
Ngưng thở khi ngủ, n (%)	23 (20,5)	8 (7,1)	31 (13,8)
Hút thuốc lá, n (%)	45 (40,2)	29 (25,9)	74 (33)
BMI ≥ 30 kg/m ² , n (%)	5 (4,5)	3 (2,7)	8 (3,6)
Lạm dụng rượu	7-15 ly/tuần, n(%)	22 (19,6)	22 (19,6)
	≥ 15 ly/tuần, n(%)	21 (18,8)	5 (4,5)
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, n(%)	8 (7,1)	3 (2,7)	11 (4,9)
Suy tim, n (%)	38 (33,9)	16 (14,3)	54 (24,1)
Đột quỵ nhồi máu não/ TIA	30 (26,8)	12 (10,7)	42 (18,8)
Bệnh mạch máu xơ vữa	42 (37,5)	46 (41,1)	88 (39,3)
HbA1c, M $\pm$ SD (%)	8,6 $\pm$ 2,0	8,3 $\pm$ 2,4	8,5 $\pm$ 2,2
Đường kính nhĩ trái, M $\pm$ SD (mm)	38,79 $\pm$ 6,29	34,06 $\pm$ 4,17	36,4 $\pm$ 5,8
Phân suất tổng máu thất trái, M $\pm$ SD (%)	57,6 $\pm$ 11,8	64,0 $\pm$ 9,1	60,8 $\pm$ 11,0

Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 71,04 $\pm$ 10,19, nam giới chiếm 51,3%, với tình trạng tăng huyết áp phổ biến (75%), hút thuốc lá (33%), tiêu thụ rượu mức độ thấp (< 7 ly/ tuần) chiếm đa số (68,8%), chỉ số BMI trung bình là 23,07 $\pm$ 3,32.

Bảng 2. Phân tích đơn biến các yếu tố liên quan với rung nhĩ

	OR (95% CI)	Giá trị p
Tăng huyết áp	2,985 (1,565–5,697)	0,001
Ngưng thở khi ngủ	3,36 (1,43–7,88)	0,004
Giới nam	1,11 (0,66–1,88)	0,69
Tuổi	4,3 (1,63 - 6,89)	0,002
BMI	1,14 (–0,64 - 1,11)	0,598
Hút thuốc lá	1,92 (1,09–3,39)	0,023
Rượu bia	1,02 (1,01–1,03)	0,001
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	2,8 (0,72–10,82)	0,215
Phân suất tổng máu thất trái	(–9,2 - –3,6)	<0,001
Đường kính nhĩ trái	(3,32–6,13)	<0,001

Bảng 3. Phân tích đa biến các yếu tố liên quan rung nhĩ

Biến	OR (Exp(B))	95%CI	p-value
------	-------------	-------	---------

Bảng 4. Mối liên quan giữa điểm HARMS₂-AF và rung nhĩ

	Rung nhĩ	Chênh lệch trung bình (MD)	p	95%CI
	Có	Không		
Điểm HARMS ₂ -AF M $\pm$ SD	7,58 $\pm$ 2,78	5,91 $\pm$ 2,77	1,67	<0,001

Bảng 5: Phân bố điểm HARMS₂-AF theo nhóm điểm

		Rung nhĩ				Tổng		OR	95%CI	p
		Có		Không						
		n	%	n	%	n	%			
HARMS ₂ -AF	0-4	11	24,4	34	75,6	45	20,1	1		<0,001
	5-9	70	51,1	67	48,9	137	61,2	3,23	1,51–6,89	
	≥10	31	73,8	11	26,2	42	18,7	8,71	3,31–22,91	

Nhận xét:

- Giá trị điểm HARMS₂-AF trung bình ở nhóm rung nhĩ là 7,58 $\pm$ 2,78 và ở nhóm không rung nhĩ là 5,91 $\pm$ 2,77.

Tăng huyết áp	3,502	1,348–7,008	0,008
Ngưng thở khi ngủ	3,073	1,431–15,488	0,011
Giới nam	3,071	1,526–10,217	0,005
Lạm dụng rượu	2,335	1,239–4,401	0,005
Tuổi	1,124	1,025–1,236	0,028
BMI (mỗi +1kg/m ²)	1,138	1,002–1,298	0,048
Hút thuốc lá	1,837	1,699–4,829	0,047
Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	2,053	0,446–9,447	0,356
Phân suất tổng máu thất trái	1,057	1,021–1,096	0,002
Đường kính nhĩ trái	1,84	1,777–2,908	<0,001

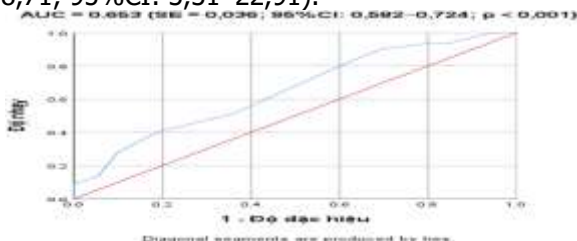
Nhận xét: Kết quả phân tích đơn biến và đa biến cho thấy tăng huyết áp, ngưng thở khi ngủ, tuổi, hút thuốc lá và rượu là những yếu tố dự báo độc lập với nguy cơ mắc rung nhĩ. Các biến giới tính nam và BMI không có ý nghĩa ở phân tích đơn biến (p>0,05) nhưng sau khi hiệu chỉnh đa biến thì 2 biến này lại trở nên có ý nghĩa trong dự báo nguy cơ mắc rung nhĩ (p<0,05). Bệnh lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính không có ý nghĩa trong cả mô hình đơn biến và đa biến.

Điểm HARMS₂-AF ở nhóm rung nhĩ cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không có rung nhĩ 1,67 điểm (p < 0,001, 95%CI: 0,94–2,40).

- Tỷ lệ rung nhĩ ở nhóm có điểm HARMS₂-AF

0-4 là 24,4%, 5-9 là 51,1%, ≥ 10 là 73,8%. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

- Ước tính nguy cơ rung nhĩ tăng dần theo các mức điểm: So với nhóm có điểm 0-4 thì nhóm 5-9 tăng hơn 3 lần (OR = 3,23; 95%CI: 1,51-6,89) và nhóm ≥ 10 tăng gần 9 lần (OR = 8,71; 95%CI: 3,31-22,91).



Biểu đồ 1: Đường cong ROC xác định điểm cắt điểm HARMs2-AF trong đánh giá nguy cơ rung nhĩ ở bệnh nhân đái tháo đường
Nhận xét:

- Phân tích ROC cho thấy thang điểm HARMs2-AF có AUC = 0,653 (SE = 0,036; 95%CI: 0,582-0,724; $p < 0,001$). Kết quả này cho thấy điểm HARMs2-AF có giá trị dự báo rung nhĩ ở mức trung bình trong quần thể nghiên cứu.

- Về ngưỡng cắt (cut-off), tùy mục tiêu lâm sàng có thể cân nhắc các ngưỡng:

Ngưỡng 6 điểm (cut-off 5,5): Độ nhạy 84,6%, độ đặc hiệu 35,7%.

Ngưỡng 7 điểm (cut-off 6,5): Độ nhạy 50,9%, độ đặc hiệu 64,3%.

Ngưỡng 9 điểm (cut-off 8,5): Độ nhạy 40,2%, độ đặc hiệu 81,2%

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi thấy rằng tuổi, giới nam, béo phì, tăng huyết áp, hút thuốc lá, rượu bia, ngưng thở khi ngủ, đường kính nhĩ trái, chỉ số phân suất tổng máu thất trái và điểm số HARMs2-AF có liên quan đáng kể đến AF ở quần thể bệnh nhân đái tháo đường. Kết quả cho thấy, điểm HARMs2-AF trung bình của quần thể nghiên cứu là $6,75 \pm 2,89$; đa số người bệnh nằm trong khoảng 5-9 điểm. Ở nhóm có rung nhĩ, điểm trung bình $7,58 \pm 2,78$ cao hơn rõ rệt so với nhóm không rung nhĩ $5,91 \pm 2,77$; chênh lệch trung bình 1,67 điểm, có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$; 95%CI 0,94-2,40). Khi phân bậc điểm, tỷ lệ rung nhĩ tăng theo bậc thang: 24,4% (0-4 điểm), 51,1% (5-9 điểm) và 73,8% (≥ 10 điểm), khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,001$. So với nhóm có điểm 0-4 thì nhóm 5-9 tăng hơn 3 lần (OR = 3,23; 95%CI: 1,51-6,89) và nhóm ≥ 10 tăng gần 9 lần (OR = 8,71; 95%CI: 3,31-22,91). Kết quả này nhất quán với nghiên cứu của Segan: nhóm 5-9 điểm

có nguy cơ tăng khoảng 12,8 lần (HR 12,79), và 10-14 điểm tăng khoảng 38,7 lần (HR 38,70) so với nhóm 0-4 điểm trong theo dõi 10 năm.¹⁰ Điều này cho thấy xu hướng liều-đáp ứng rõ: điểm HARMs2-AF càng cao thì nguy cơ mắc rung nhĩ càng lớn. Cũng theo nghiên cứu của Segan thì ngưỡng điểm ≥ 5 xác định nhóm nguy cơ rung nhĩ tăng rõ rệt,¹⁰ nghiên cứu của Öncel ngưỡng cut-off $\geq 4,5$,⁴³ phù hợp với phân bố điểm trong nghiên cứu của chúng tôi (trung vị quanh 5-9).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm HARMs2-AF có AUC = 0,653 (SE = 0,036; 95%CI: 0,582-0,724; $p < 0,001$). Đây là khả năng phân biệt mức trung bình đối với rung nhĩ trong quần thể nghiên cứu. Kết quả của chúng tôi có AUC thấp hơn so với Segan (AUC = 0,757 (KTC 95% 0,735-0,779)),^[5] có vài nguyên nhân như sau: dân số nghiên cứu của chúng tôi là đái tháo đường – một nhóm nguy cơ nền cao và không đồng nhất; biến lối sống trong thực hành có thể bị phân loại “thô” (ví dụ phân mức uống rượu thấp/trung bình/cao, chẩn đoán ngưng thở khi ngủ chưa phải đo đa ký giấc ngủ), dẫn đến sai số đo lường làm suy giảm hiệu năng mô hình; thiết kế cắt ngang (đánh giá rung nhĩ hiện diện) khác với dự báo rung nhĩ mới xuất hiện theo thời gian trong UKB/FHS. Các sai khác này đã được chính nhóm tác giả gốc cảnh báo: mô hình dựa trên yếu tố lối sống phụ thuộc chất lượng thu thập dữ liệu, có nguy cơ thiên lệch hồi tưởng/báo cáo, và có hạn chế khi áp dụng ở các quần thể đa dạng về sắc tộc hoặc thiếu dữ liệu lối sống tiêu chuẩn hóa.

Nghiên cứu của Öncel và cộng sự cho kết quả điểm HARMs2-AF ngưỡng cắt $\geq 4,5$ điểm với độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 64% (AUC: 0,787, 95%CI: 0,731-0,842, $p < 0,001$).^[6] Trong nghiên cứu này, chúng tôi đề xuất ngưỡng cắt ≥ 6 điểm cho mục tiêu sàng lọc, tại vùng lân cận ngưỡng này, độ nhạy cao (gần mức 0,85 ở cut-off 5,5) đổi lại độ đặc hiệu thấp ($\sim 0,36$), trong khi tăng cut-off lên 6,5 làm độ nhạy giảm mạnh ($\sim 0,51$) nhưng cải thiện độ đặc hiệu ($\sim 0,64$). Việc chọn 6 điểm cân bằng tốt hơn giữa yêu cầu bỏ sót ít ca rung nhĩ (ưu tiên độ nhạy) và chấp nhận một tỷ lệ dương tính giả cao hơn cho mục tiêu phát hiện sớm, vì ở nhóm người bệnh đái tháo đường thì nguy cơ đột quỵ do rung nhĩ sẽ cao hơn so với nhóm bệnh nhân không mắc đái tháo đường và những hậu quả khi bỏ sót ca rung nhĩ thầm lặng là lớn vì vậy chúng tôi ưu tiên độ nhạy cao để tối đa hóa khả năng phát hiện và giảm thiểu bỏ sót các trường hợp rung nhĩ thầm lặng; từ đó có thể kích hoạt quy trình xác nhận

rung nhĩ (điện tâm đồ/ Holter) và can thiệp phòng ngừa đột quỵ kịp thời (đánh giá CHA₂DS₂-VASC, chỉ định kháng đông khi phù hợp).

V. KẾT LUẬN

Thang điểm HARMS₂-AF lượng hóa đóng góp tương đối của các yếu tố lối sống đối với nguy cơ rung nhĩ. Ở người bệnh đái tháo đường, thang điểm này có giá trị dự báo nguy cơ: điểm càng cao → nguy cơ rung nhĩ càng lớn. Vì vậy, HARMS₂-AF hữu ích để phân tầng nguy cơ, xác định nhóm nguy cơ cao và hỗ trợ ra quyết định sàng lọc/chẩn đoán sớm cũng như triển khai can thiệp lối sống và dự phòng có mục tiêu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Colilla S, Crow A, Petkun W, Singer DE, Simon T, Liu X. Estimates of current and future incidence and prevalence of atrial fibrillation in the U.S. adult population. *Am J Cardiol.* 2013; 112(8): 1142-1147. doi:10.1016/j.amjcard. 2013.05.063
2. Benjamin EJ, Levy D, Vaziri SM, D'Agostino RB, Belanger AJ, Wolf PA. Independent risk factors for atrial fibrillation in a population-based

- cohort. The Framingham Heart Study. *JAMA.* 1994;271(11):840-844.
3. Huxley RR, Fillion KB, Konety S, Alonso A. Meta-analysis of cohort and case-control studies of type 2 diabetes mellitus and risk of atrial fibrillation. *Am J Cardiol.* 2011;108(1):56-62. doi:10.1016/j.amjcard.2011.03.004.
 4. Fuster V, Rydén LE, Cannom DS, et al. ACC/AHA/ESC 2006 guidelines for the management of patients with atrial fibrillation-executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the European Society of Cardiology Committee for Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2001 Guidelines for the Management of Patients with Atrial Fibrillation). *Eur Heart J.* 2006; 27(16): 1979-2030. doi:10.1093/eurheartj/ ehl176
 5. Segan L, Canovas R, Nanayakkara S, et al. New-onset atrial fibrillation prediction: the HARMS₂-AF risk score. *Eur Heart J.* 2023;44(36): 3443-3452. doi:10.1093/eurheartj/ehad375
 6. Öncel CR, Köseoğlu C, Dağasan G, et al. Predicting Postoperative Atrial Fibrillation Using HARMS₂-AF Score. *Anatol J Cardiol.* 2024;28(11): 550. doi:10.14744/AnatolJCardiol.2024.4470

PHÂN TÍCH THÀNH PHẦN SỎI THẬN THEO TUỔI VÀ GIỚI TÍNH

Nguyễn Xuân Chiến¹, Đỗ Anh Toàn², Nguyễn Đạo Thuận²,
Lê Trọng Khôi¹, Nguyễn Ngọc Thái², Nguyễn Văn Khoa¹,
Phan Thành Thống¹, Nguyễn Thái Hoàng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên hệ giữa thành phần sỏi thận theo tuổi và giới tính. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân mổ sỏi thận tại khoa phẫu thuật điều trị sỏi thận chuyên sâu, bệnh viện Bình Dân, đồng ý tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu tiến cứu mô tả hàng loạt ca, từ tháng 7/2023-8/2024. **Kết quả:** Trong 13 tháng, chúng tôi thu thập được 450 đơn vị sỏi (442 bệnh nhân), trong đó có 363 (80.67%) TH được lấy sỏi thận qua da, 47 (10.44%) TH được phẫu thuật nội soi lấy sỏi niệu quản hoặc bể thận, 30 (6.67%) TH được nội soi tán sỏi thận hoặc niệu quản, 10 (2.22%) TH được mổ mở lấy sỏi thận. Tuổi trung bình là 52.81 ± 11.84. Tỷ lệ nam/nữ là 1.45 (266/184). Sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi ở cả 2 giới. Sỏi whewellite có xu hướng tăng theo tuổi, đến sau 70 thì lại giảm. Sỏi hydroxyapatite giảm theo tuổi, đến sau 60 lại tăng nhẹ. Nam giới có khuynh hướng bị các loại sỏi canxi oxalat hơn nữ giới nói chung (77.06% và 45.65%,

$P < 0.001$), Xét riêng, sỏi whewellite (61.65% và 37.5%, $P < 0.001$) và sỏi weddellite (15.41% và 8.15%, $P = 0.034$) có sự khác biệt giữa 2 giới. Phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite cao hơn nam giới (38.59% và 15.79%, với $P < 0.001$), tương tự với sỏi struvite (7.07 và 1.5%, với $P = 0.005$). **Kết luận:** Sỏi canxi oxalat chiếm ưu thế trong các nhóm tuổi. Nam giới có khuynh hướng bị các loại sỏi canxi oxalat nói chung và sỏi whewellite lẫn weddellite nói riêng. Trong khi đó phụ nữ có khuynh hướng bị sỏi hydroxyapatite và struvite.

Từ khóa: sỏi thận, phân chất sỏi niệu.

SUMMARY

ANALYSIS OF KIDNEY STONE COMPOSITION BY AGE AND GENDER

Objective: to evaluate the association between kidney stone composition regarding age and gender. **Subjects and Methods:** Patients undergoing kidney stone surgery at the specialized kidney stone treatment department of Binh Dan Hospital who agreed to participate in the study were included. The prospective study described a series of cases from July 2023 to August 2024. **Results:** Over the course of 13 months, we collected data from 450 stone units (442 patients), of which 363 (80.67%) cases underwent percutaneous nephrolithotomy, 47 (10.44%) cases underwent retroperitoneal laparoscopic ureterolithotomy for renal pelvic or ureteral stones, 30

¹Bệnh viện Bình Dân

²Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Anh Toàn

Email: doanhtoan@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.11.2025

Ngày duyệt bài: 11.12.2025