

Biểu đồ 3.6. Mức độ phản vệ ở nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhận xét: Phản vệ độ II (nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất, với 63,86% (76/119 ca). Phản vệ độ I (nhẹ) chiếm 25,21% (30 ca). Phản vệ độ III (nguy kịch) chiếm 10,93% (13 ca). Không có trường hợp phản vệ độ IV (ngừng tuần hoàn).

3.2. Điều trị phản vệ và kết quả

3.2.1. Cách sử dụng Adrenalin:

Bảng 3.3. Tỷ lệ cách dùng Adrenaline

Tỷ lệ dùng Adrenalin	N	%
Tiêm bắp	62	52,10
Truyền tĩnh mạch	0	0

Nhận xét: Trong tổng số 119 trường hợp phản vệ có 62 trường hợp được sử dụng Adrenalin chiếm 52,1%, tất cả các trường hợp đó đều được dùng Adrenalin tiêm bắp. Không có trường hợp nào sử dụng Adrenalin đường truyền tĩnh mạch

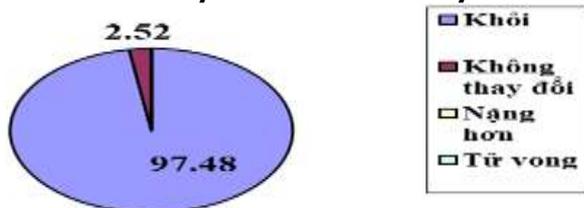
3.2.2. Các thuốc khác:

Bảng 3.4. Tỷ lệ các thuốc sử dụng trong điều trị

Các loại thuốc	N	%
Corticoid	119	100
Dimedrol	112	94,12
Truyền dịch	118	99,16

Nhận xét: Corticoid được sử dụng 100% (119/119 ca). Dimedrol (kháng histamin H1) được sử dụng trong 94,12% (112 ca). Truyền dịch được sử dụng trong 99,16% (118 ca).

3.2.3. Kết quả xử trí và điều trị



Biểu đồ 3.7. Kết quả xử trí và điều trị

Nhận xét: Trong tổng số 119 bệnh nhân bị phản vệ: Có 116 trường hợp (97,48%) khỏi hoàn toàn. 3 trường hợp (2,52%) không thay đổi tình trạng sau 3 ngày và được chuyển tuyến trên để điều trị tiếp. Không có trường hợp nào nặng lên hoặc tử vong trong quá trình điều trị.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng phản vệ. Trong số 119 trường hợp phản vệ có 68 bệnh nhân

nam chiếm 57,14% và 51 bệnh nhân nữ chiếm 42,86%. Tỷ lệ Nam/Nữ là 1,3 không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, kết quả này tương tự nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Trung ương (2021): Nam 58,9% Nữ 41,1% [8]. Trong nhóm nghiên cứu có 50 bệnh nhân có tiền sử dị ứng chiếm 42,01%, trong đó dị nguyên là Nọc côn trùng là 3 bệnh nhân (6,0%), Thuốc có 5 bệnh nhân (10%), Thức ăn có 13 bệnh nhân (26%) và 29 bệnh nhân là không rõ tác nhân gây dị ứng chiếm phần lớn (58%). Nguyên nhân gây phản vệ phổ biến nhất là Côn trùng đốt chiếm 44,53% (53/119 ca). Đường tiêu hóa đứng thứ hai, với 29,41% (35/119 ca). Không rõ đường vào chiếm 22,7% (27/119 ca) tỷ lệ này khá cao, cho thấy vẫn còn nhiều trường hợp chưa xác định rõ nguồn gốc dị nguyên, có thể do thiếu thông tin hoặc khó xác định trong thực tế lâm sàng. Tiêm truyền tĩnh mạch là nguyên nhân ít gặp nhất, chỉ chiếm 3,36% (4/119 ca). Kết quả này có sự khác biệt với nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa Tâm Anh: nguyên nhân gây phản vệ hay gặp nhất là thuốc (53,8%), nguyên nhân ít gặp nhất là nọc côn trùng (2,5%) [7], và nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Trung Ương: Tỷ lệ phản vệ do thuốc cao nhất chiếm 62,8% (trong đó thuốc kháng sinh chiếm 72/81 ngoài ra còn do các thuốc khác như thuốc hạ sốt, an thần, cản quang...); tỷ lệ phản vệ do vắc xin chiếm 18,6%; tỷ lệ phản vệ do thức ăn chiếm 14% [8]. Thời gian >60 phút là thời điểm xuất hiện triệu chứng phổ biến nhất, chiếm 42,03% (50/119 ca). 5-30 phút là khoảng thời gian xuất hiện triệu chứng phổ biến thứ hai, chiếm 33,61% (40/119 ca). Đây là thời điểm điển hình của phản vệ cấp, cần đặc biệt cảnh giác trong thời gian này, nhất là trong môi trường y tế. 30-60 phút chiếm 16,8% (20 ca). <5 phút là thời gian xuất hiện nhanh nhất, chỉ chiếm 7,56% (9 ca). Dù chiếm tỷ lệ nhỏ, nhưng đây thường là các trường hợp phản vệ nặng, nguy hiểm đến tính mạng, cần phản ứng cấp cứu nhanh chóng. Triệu chứng ở da là hay gặp nhất, chiếm 91,59% (109/119 ca), bao gồm nổi mẩn, mào đay, ngứa, phù mắt, phù môi là dấu hiệu gợi ý sớm và điển hình nhất trong phản vệ. Triệu chứng tuần hoàn đứng thứ hai, chiếm 66,38% (79 ca), là dấu hiệu nguy hiểm, cần được phát hiện sớm và xử trí kịp thời. Triệu chứng hô hấp đứng thứ ba, chiếm 50,42% (60 ca) cũng là biểu hiện nặng, thường đi kèm với các triệu chứng tuần hoàn. Triệu chứng tiêu hóa gặp ở 12,6% (15 ca), gồm buồn nôn, nôn, đau bụng, tiêu chảy, thường bị bỏ qua nếu không chú ý kỹ. Triệu chứng thần kinh ít gặp nhất, chỉ 4,2% (5 ca), có thể bao gồm chóng mặt, mất ý

thức, co giật... tuy ít nhưng nếu có thường là dấu hiệu của tình trạng phản vệ nặng, ảnh hưởng tới tưới máu não. Phản vệ độ II (nặng) chiếm tỷ lệ cao nhất, với 63,86% (76/119 ca), là mức độ phản vệ có biểu hiện rõ ràng ở hô hấp, tuần hoàn, da... nhưng chưa đến mức nguy kịch, cần xử trí tích cực và theo dõi sát, có nguy cơ tiến triển xấu nếu không điều trị kịp thời. Phản vệ độ I (nhẹ) chiếm 25,21% (30 ca), chủ yếu biểu hiện ở da và niêm mạc, ít ảnh hưởng đến hô hấp hay tuần hoàn, có tiên lượng tốt, nhưng vẫn cần theo dõi chặt chẽ vì có thể diễn tiến nhanh. Phản vệ độ III (nguy kịch) chiếm 10,93% (13 ca), có biểu hiện suy hô hấp nặng, tụt huyết áp, rối loạn ý thức, đe dọa tính mạng, tuy tỷ lệ không cao nhưng đây là nhóm cần cấp cứu khẩn cấp và theo dõi hồi sức. Không có trường hợp phản vệ độ IV (ngừng tuần hoàn), đây là dấu hiệu tích cực, cho thấy công tác phát hiện sớm và xử trí kịp thời đã ngăn ngừa được các trường hợp nguy kịch nhất. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa Tâm Anh: Mức độ phản vệ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu chủ yếu gặp mức độ II (69,7%) [7]. Tuy nhiên có sự khác biệt so với nghiên cứu của Bệnh viện Nhi Trung ương (2021): Chủ yếu phản vệ độ III (56,6%) và độ II (27,9%) [8].

4.2. Kết quả xử trí và điều trị phản vệ.

Trong tổng số 119 trường hợp phản vệ có 62 trường hợp được sử dụng Adrenalin chiếm 52,1%, tất cả các trường hợp đó đều được dùng Adrenalin tiêm bắp. Không có trường hợp nào sử dụng Adrenalin đường truyền tĩnh mạch. Adrenalin tiêm bắp là phương pháp khuyến cáo hàng đầu trong xử trí phản vệ theo thông tư 51 của Bộ y tế [1]. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa Tâm Anh: Adrenalin là thuốc thiết yếu trong điều trị phản vệ, có 61,3% bệnh nhân được sử dụng Adrenalin, tuy nhiên trong đó có 89% bệnh nhân dùng Adrenalin đường tiêm bắp 6,8% bệnh nhân dùng đường tiêm tĩnh mạch [7]. Corticoid được sử dụng 100% (119/119 ca). Dimedrol (kháng histamin H1) được sử dụng trong 94,12% (112 ca). Truyền dịch được sử dụng trong 99,16% (118 ca). Trong tổng số 119 bệnh nhân bị phản vệ: Có 116 trường hợp (97,48%) khỏi hoàn toàn. 3 trường hợp (2,52%) không thay đổi tình trạng sau 3 ngày và được chuyển tuyến trên để điều trị tiếp. Không có trường hợp nào nặng lên hoặc tử vong trong quá trình điều trị. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Bệnh viện đa khoa Tâm Anh: Tỷ lệ điều trị khỏi trong nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 97,5%, xin chuyển viện

là 2,5%, không có ca nào tử vong [7].

V. KẾT LUẬN VÀ KHUYẾN NGHỊ

Phân tích 119 trường hợp phản vệ cho thấy một số đặc điểm lâm sàng và điều trị đáng chú ý: Đặc điểm dịch tễ: Phản vệ gặp ở cả hai giới, nam chiếm 57,14%, không khác biệt có ý nghĩa so với nữ. Khoảng 42% bệnh nhân có tiền sử dị ứng, đa số không xác định rõ dị nguyên (58%). Nguyên nhân: Côn trùng đốt là nguyên nhân phổ biến nhất (44,53%), cao hơn nhiều so với các nghiên cứu khác, đây là điểm cần chú trọng trong phòng ngừa. Tiếp theo là đường tiêu hóa (29,41%) và không rõ nguyên nhân (22,7%). Phản vệ do tiêm truyền tĩnh mạch tuy hiếm (3,36%) nhưng nguy cơ nặng, cần giám sát chặt chẽ. Thời gian khởi phát: Đa số xuất hiện triệu chứng sau 60 phút (42,03%), cho thấy phản vệ có thể diễn tiến muộn, cần theo dõi sau tiếp xúc với dị nguyên. Thời điểm thường gặp là 5–30 phút (33,61%). Triệu chứng lâm sàng: Thường gặp nhất là ngoài da (91,59%), sau đó là tuần hoàn (66,38%) và hô hấp (50,42%). Triệu chứng tiêu hóa, thần kinh ít gặp nhưng vẫn cần lưu ý trong ca nặng. Mức độ phản vệ: Độ II chiếm tỷ lệ cao nhất (63,86%), độ III (nguy kịch) chiếm 10,93%, không có trường hợp độ IV, phản ánh phát hiện và xử trí kịp thời giúp hạn chế biến chứng. Điều trị: Adrenalin được dùng ở 52,1% bệnh nhân, hoàn toàn theo đường tiêm bắp, phù hợp với thông tư 51[1]. Corticoid (100%), Dimedrol (94,12%) và truyền dịch (99,16%) được sử dụng phổ biến, cho thấy tuân thủ tốt phác đồ điều trị toàn diện. Kết quả: 97,48% bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, không có tử vong hay diễn tiến nặng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2017). Thông tư 51 "hướng dẫn phòng, chẩn đoán và xử trí phản vệ".
2. **PGS Đào Xuân Cơ** (2016). Cập nhật sốc phản vệ, hội nghị tim mạch toàn quốc 2016.
3. **GS Vũ Đình** (2012). Hội sức cấp cứu toàn tập bài Sốc phản vệ trang 191-201.
4. **Nguyễn Thị Thùy Ninh** (2014). "Nghiên cứu tình trạng sốc phản vệ tại Bệnh viện Bạch Mai", Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ nội trú.
5. **Nguyễn Anh Tuấn** (2016). Đánh giá hiệu quả điều trị phản vệ theo phác đồ khoa Cấp Cứu bệnh viện Bạch Mai. Luận văn BSCK II
6. **GS Nguyễn Gia Bình** (2014). "Cấp cứu phản vệ tử lý thuyết đến thực hành", Hội thảo khoa học chuyên đề sốc phản vệ
7. **Tạp chí Y học Việt Nam: Tập 535 số 1** (2024). Đặc điểm lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phản vệ tại Bệnh viện đa khoa Tâm Anh Hà Nội
8. **Tạp chí Y học Việt Nam: Tập 507 số 1** (2021). Nguyên nhân phản vệ và đặc điểm lâm sàng theo nhóm nguyên nhân tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

ĐÁNH GIÁ Ý NGHĨA XÉT NGHIỆM NT PRO - BNP HUYẾT THANH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ THEO DÕI ĐIỀU TRỊ SUY TIM CẤP TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC - CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN ĐA KHOA SÓC SƠN NĂM 2024

Đỗ Đức Sơn¹, Nguyễn Thị Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân suy tim cấp và đánh giá đáp ứng điều trị tại khoa HSTC- Chống độc bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2024. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu theo dõi dọc 136 bệnh nhân suy tim cấp điều trị tại khoa HSTC- Chống độc bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ mắc suy tim tăng dần theo tuổi với giá trị NT-proBNP huyết thanh tăng cao theo tuổi. Bệnh nhân có tiền sử suy tim có giá trị NT-proBNP huyết thanh cao hơn. Thời gian làm lại xét nghiệm NT-proBNP huyết thanh trung bình 3.92 ± 1.56 ngày cho thấy giá trị NT-proBNP huyết thanh giảm có ý nghĩa. **Kết luận:** xét nghiệm NT-proBNP huyết thanh giúp chẩn đoán xác định suy tim cấp và đánh giá kết quả điều trị. **Từ khóa:** suy tim cấp, NT-proBNP huyết thanh, khó thở

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE SIGNIFICANCE OF SERUM NT PRO - BNP TEST IN DIAGNOSIS AND MONITORING THE TREATMENT OF ACUTE HEART FAILURE AT THE DEPARTMENT OF INTENSIVE CARE AND POISONING CONTROL OF SOC SON GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objective: Survey serum NT-proBNP concentration in patients with acute heart failure and evaluate treatment response at the Department of Internal Medicine - Poison Control, Soc Son General Hospital in 2024. **Method:** Retrospective study of 136 patients with acute heart failure treated at the Department of Internal Medicine - Poison Control, Soc Son General Hospital in 2024. **Results:** The incidence of heart failure increases with age with serum NT-proBNP values increasing with age. Patients with a history of heart failure have higher serum NT-proBNP values. The mean time to repeat serum NT-proBNP test was 3.92 ± 1.56 days, showing a significant decrease in serum NT-proBNP value. **Conclusion:** serum NT-proBNP test helps to confirm the diagnosis of acute heart failure and evaluate the treatment results. **Keywords:** acute heart failure, serum NT-proBNP, dyspnea.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng bệnh lý gặp trong

nhiều bệnh về tim mạch, gây biến đổi cấu trúc và/hoặc chức năng của tim, gây suy giảm khả năng nhận máu nuôi dưỡng tim và tổng máu của các buồng tim. Tại Việt Nam, ước tính có từ 320.000 người đến 1,6 triệu bệnh nhân suy tim cần được chăm sóc y tế [1]. Xét nghiệm định lượng NT-ProBNP huyết thanh kết hợp với lâm sàng giúp chẩn đoán suy tim cấp ở bệnh nhân khó thở cho kết quả chính xác nhất. Đồng thời, NT-proBNP giúp tiên lượng tốt hơn so với chẩn đoán dựa trên lâm sàng đơn thuần. Để nâng cao khả năng chẩn đoán và điều trị suy tim cấp, chúng tôi thực hiện nghiên cứu "Đánh giá ý nghĩa của xét nghiệm NT pro-BNP trong chẩn đoán và theo dõi điều trị suy tim cấp tại khoa HSTC – chống độc bệnh viện đa khoa Sóc Sơn 2024" nhằm hai mục tiêu:

1. Khảo sát nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân suy tim cấp tại khoa HSTC- Chống độc bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

2. Đánh giá đáp ứng điều trị bệnh nhân suy tim cấp bằng xét nghiệm NT-proBNP tại khoa HSTC- Chống độc bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn năm 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: gồm 136 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim cấp điều trị tại khoa Hồi sức tích cực- Chống độc

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn đối tượng tham gia nghiên cứu:

+ Được chẩn đoán suy tim cấp: khó thở, phù.
+ Xét nghiệm định lượng NT-proBNP huyết thanh $\geq 300\text{pg/mL}$.

+ Xét nghiệm NT-proBNP được thực hiện dựa trên phương pháp miễn dịch điện hóa phát quang "ECLIA", sử dụng máy cobas e.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Bệnh nhân chuyển viện
+ Bệnh nhân tử vong

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: Từ tháng 1/2024 đến tháng 12/2024 tại Khoa HSTC – Chống độc – Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu theo dõi dọc

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện.

¹Bệnh viện Đa khoa Sóc Sơn

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Đức Sơn

Email: nguyenlan.save181@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 4.12.2025

2.2.3. Phương pháp thống kê và xử lý số liệu: Theo chương trình SPSS 26.

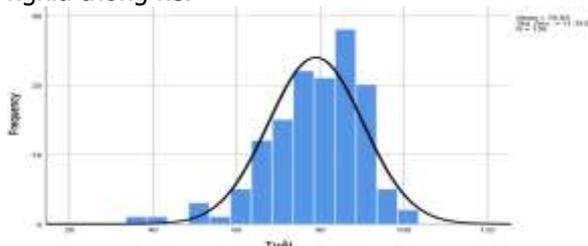
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Tỷ lệ mắc suy tim và nồng độ trung bình NT-proBNP theo nhóm tuổi.

Nhóm tuổi	N	Tỉ lệ	Giá trị trung bình NT-proBNP (pg/mL)	P
<55 tuổi	6	6.2%	7070.00	0.062
55-75 tuổi	37	19.5%	3586.05	
>75 tuổi	93	74.3%	5431.37	
Tổng	136	100.0%	5001.62	

Nhận xét: Tỷ lệ suy tim tăng dần theo tuổi, chiếm 6.2% ở độ tuổi <55, tỉ lệ cao nhất là 74,3% ở tuổi >75. Giá trị NT-proBNP trung bình là 5001.62 pg/mL, thấp hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm <55 tuổi (7070.00pg/mL) và nhóm >75 tuổi (5431.37pg/mL), cao hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm 55-75 tuổi (3586.05pg/mL). Giá trị $P = 0.062 > 0.05$ cho thấy sự khác biệt giữa các nhóm tuổi không có ý nghĩa thống kê.



Biểu đồ 1. Biểu đồ phân bố tuổi

Nhận xét: Giá trị trung bình tuổi là 78,93, độ phân bố 78.93 ± 11.315 tuổi, cho thấy chủ yếu nằm trong nhóm >75 tuổi.

Bảng 2. Nồng độ trung bình ProBNP theo giới tính

Giới	N	Phần trăm	Trung bình NT-proBNP	P
Nam	68	50%	4377.29	0.413
Nữ	68	50%	5625.95	

Nhận xét: Tỷ lệ mắc suy tim giữa 2 giới là ngang nhau. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nam giới 4377.29 pg/mL thấp hơn ở nữ giới 5625.95

Bảng 5. Nồng độ NT-proBNP và triệu chứng bệnh

Triệu chứng	Có			Không			P
	N	%	Mean	N	%	Mean	
Khó thở	119	87.5	5497.40	17	12.5	1531.18	0.003*
Phù	55	40.4	6084.55	81	59.6	4266.30	0.99
Nhịp tim nhanh (>90 lần/phút)	78	57.4	5498.27	58	42.6	4333.72	0.365
Huyết áp tăng (>140/90 mmHg)	52	38.2	6657.57	84	61.8	3976.51	0.042
Phân suất tổng máu giảm (EF <40%)	14	21.5	11038.50	51	78.5	3258.52	0.002*

pg/mL, tuy nhiên với $P > 0.05$ cho thấy không có sự khác biệt về giá trị trung bình hay tỉ lệ mắc suy tim theo giới.

3.2 Nồng độ NT-BNP huyết tương và đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3. So sánh nồng độ ProBNP giữa 2 nhóm có và không có tiền sử suy

TS suy tim	N	Tỉ lệ	Trung bình \pm SD	P
Không	85	62.5%	3058.94 \pm 6346.48	0.01
Có	51	37.5%	8239.43 \pm 11278.13	

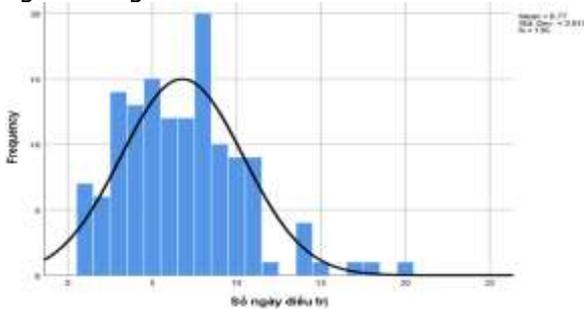
Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử suy tim là 8239.43 pg/mL lớn hơn nhóm bệnh nhân chưa có tiền sử suy tim là 3058.94 pg/mL, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP phụ thuộc vào tiền sử suy tim của bệnh nhân.

Bảng 4. Nồng độ NT-proBNP và tiền sử bệnh

	Có		Không		P
	N	Mean NT-proBNP	N	Mean NT-proBNP	
Tăng huyết áp	85	5081.62	51	4868.62	0.746
Đái tháo đường	31	4815.81	105	5056.48	0.899
Stent ĐMV	7	685.14	129	5235.85	0.250
Suy thận	17	11307.18	119	4100.83	0.000*
Rung nhĩ	13	2704.69	123	5244.39	0.470
Hen phế quản	5	3966.74	131	5041.12	0.407
COPD	33	2423.58	103	5827.6	0.000*

Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử tăng huyết áp (5081.62pg/mL) và suy thận (11307.18 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử 2 bệnh này, tuy nhiên khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có tiền sử suy thận. Cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP ở bệnh nhân có tiền sử suy thận cao hơn của bệnh nhân không có tiền sử suy thận. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử đái tháo đường, stent ĐMV, rung nhĩ, hen phế quản và COPD đều thấp hơn so với nhóm bệnh nhân không có tiền sử các bệnh kể trên, và sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$).

Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng phù, nhịp tim trên 90 lần/phút và huyết áp trên 140/90mmHg khác biệt với nhóm không có triệu chứng trên không có ý nghĩa thống kê ($P > 0.05$). Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có triệu chứng khó thở (5497.40 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân không triệu chứng khó thở (1531.18 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm suy tim phân suất tổng máu giảm (11038.50 pg/mL) lớn hơn so với nhóm bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn và giảm vừa (3258.52 pg/mL), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$.



Biểu đồ 2: Biểu đồ số ngày điều trị suy tim

Nhận xét: Số ngày nằm viện trung bình trong 1 đợt điều trị của bệnh nhân suy tim cấp là 6.77 ± 3.61 ngày

Bảng 6. Tương quan giữa số ngày điều trị và giá trị NT-proBNP

Tương quan giữa số ngày điều trị và giá trị NT-proBNP		proBNP lần 1	Số ngày điều trị
proBNP lần 1	Correlation Coefficient	1.000	.018
	Sig. (2-tailed)	.	.832
	N	136	136
Số ngày điều trị	Correlation Coefficient	.018	1.000
	Sig. (2-tailed)	.832	.
	N	136	136

Nhận xét: Mỗi tương quan giữa giá trị NT-proBNP và thời gian điều trị được xác định bằng hệ số tương quan Spearman ($r = 0.018$, $p = 0.832$). Kết quả cho thấy có tương quan thuận, mức trung bình và không có ý nghĩa thống kê giữa hai biến.

Bảng 7. So sánh giá trị trung bình giữa hai lần xét nghiệm NT-proBNP

	Giá trị trung bình	N	Std. Deviation	Std. Error Mean
proBNP lần 1	7147.79	53	9023.994	1239.541
proBNP lần 2	5122.81	53	8136.670	1117.658

Nhận xét: Giá trị trung bình NT-proBNP sau điều trị giảm từ 7147.79 pg/mL xuống 5122.81

pg/mL có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị ($t(52) = 3.037$, $p < 0.005$). Tỷ lệ được làm lại NT-proBNP lần 2 là 38.97%. Thời gian khoảng cách trung bình là 3.92 ± 1.56 ngày bệnh nhân được làm lại xét nghiệm NT-proBNP.

IV. BÀN LUẬN

Trong năm 2024 chúng tôi đã nghiên cứu trên 136 người bệnh được chẩn đoán suy tim cấp tại khoa Hồi sức tích cực - chống độc Bệnh viện đa khoa Sóc Sơn phù hợp với tiêu chuẩn lựa chọn.

Giá trị trung bình tuổi là 78,93, độ phân bố 78.93 ± 11.315 tuổi, cho thấy tuổi được chẩn đoán suy tim cấp hay gặp nhất là nhóm bệnh nhân trên 75 tuổi. Tỷ lệ suy tim cấp tăng lên theo tuổi, với nhóm < 55 tuổi chiếm tỷ lệ thấp nhất là 6.2%, cao nhất với nhóm > 75 tuổi. Kết quả tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức năm 2015 [2]

Giá trị NT-proBNP trung bình là 5001.62 pg/mL, thấp hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm < 55 tuổi (7070.00pg/mL) và nhóm > 75 tuổi (5431.37pg/mL), cao hơn giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm 55-75 tuổi (3586.05pg/mL). Giá trị $P = 0.062 > 0.05$ cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP của các nhóm tuổi khác nhau không có ý nghĩa thống kê. Lí giải về việc nhóm tuổi < 55 tuổi có giá trị trung bình NT-proBNP cao nhất và chiếm tỷ lệ mắc suy tim thấp nhất, chúng tôi nhận thấy nhóm đối tượng này chủ yếu mắc bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh tim bẩm sinh. Bên cạnh đó, nhóm tuổi trên 75 tuổi chiếm tỷ lệ suy tim cao nhất do nhóm đối tượng này chủ yếu suy tim tuổi già và suy tim là hậu quả của quá trình suy giảm chức năng thận theo tuổi, bệnh nền như tăng huyết áp, suy thận.

Tỷ lệ mắc suy tim cấp giữa 2 giới là ngang nhau tương tự nghiên cứu của Nguyễn Tiến Đức năm 2015, mặc dù kết quả nghiên cứu có tỷ lệ nữ nhiều hơn nam (58,6% so với 41,4%), nhưng khi kiểm định của tác giả cho thấy không có sự khác biệt [2]. Giá trị trung bình NT-proBNP ở nam giới 4377.29 pg/mL thấp hơn ở nữ giới 5625.95 pg/mL, tuy nhiên với $P > 0.05$ cho thấy không có sự khác biệt giữa 2 giới.

Nhóm không có tiền sử suy tim được chẩn đoán suy tim chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm bệnh nhân có tiền sử suy tim. Tuy nhiên giá trị trung bình NT-proBNP ở nhóm có tiền sử suy tim là 8239.43 pg/mL, lớn hơn nhóm bệnh nhân chưa có tiền sử suy tim là 3058.94 pg/mL, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $P < 0.05$. Cho thấy giá trị trung bình NT-proBNP phụ thuộc vào tiền sử suy tim của bệnh nhân. Có thể lí giải rằng, bệnh nhân không tầm soát bệnh nền, vào