

4. **Bộ Y tế**, Hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS (Ban hành kèm theo Quyết định số 5456/QĐ-BYT ngày 20/11/2019), Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 2019, 1–220.
5. **Finitis DJ, Pellowski JA, Johnson BT**, Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy: A meta-analysis of randomized controlled trials, *PloS one*, 2014, 9(2):e88166.
6. **Mills EJ, Nachega JB, Buchan I, Orbinski J, Attaran A, Singh S, Rachlis B, Wu P, Cooper C, Thabane L, Wilson K**, Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: A meta-analysis, *Jama*, 2006, 296(6):679–690.
7. **Naqvi AA, Hassali MA, Rizvi M, Zehra A, Iffat W, Haseeb A, Jamshed S**, Development and validation of a novel General Medication Adherence Scale (GMAS) for chronic illness patients in Pakistan, *Frontiers in Pharmacology*, 2018, 9:1124.
8. **World Health Organization**. Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach June 2013, Geneva:World Health Organization, 2013, 1-272.

GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM SUY YẾU LÂM SÀNG (CLINICAL FRAILTY SCALE) ĐỐI VỚI CÁC BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH TRONG 6 THÁNG Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP CAO TUỔI

Xaysomboun Sihalath¹, Phạm Mạnh Hùng¹, Phạm Minh Tuấn^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy yếu theo CFS và các biến cố tim mạch chính trong 6 tháng ở bệnh nhân suy tim cấp ≥ 60 tuổi. **Kết quả:** Tuổi trung bình $72,9 \pm 8,8$; nam 57,5%. Tỷ lệ suy yếu (CFS ≥ 5) là 53,3%. Sau 6 tháng, tử vong tim mạch 19,2%, tái nhập viện do suy tim 33,8% và biến cố gộp 52,9%. Nhóm suy yếu có tỷ lệ biến cố gộp cao hơn (67,2% so với 36,6%) và tử vong tim mạch cao hơn (33,6% so với 2,7%; $p < 0,001$), trong khi tỷ lệ tái nhập viện tương đương (33,6% so với 33,9%; $p = 0,956$). Trong mô hình Cox đa biến, mỗi tăng 1 điểm CFS làm tăng nguy cơ biến cố gộp (HR = 1,77; KTC 95%: 1,45–2,17), tử vong tim mạch (HR = 2,39; KTC 95%: 1,80–3,19) và tái nhập viện do suy tim (HR = 1,41; KTC 95%: 1,09–1,82). CFS cho AUC 0,703 đối với biến cố gộp và 0,836 đối với tử vong tim mạch tại điểm cắt CFS ≥ 5 , nhưng không có giá trị phân biệt tái nhập viện (AUC 0,493). **Kết luận:** Suy yếu theo CFS rất phổ biến ở bệnh nhân suy tim cấp cao tuổi và là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh đối với biến cố tim mạch gộp và đặc biệt là tử vong tim mạch 6 tháng. Ngưỡng CFS ≥ 5 giúp nhận diện nhóm nguy cơ rất cao cần quản lý đa chuyên khoa sau xuất viện; CFS đơn độc không đủ để dự báo tái nhập viện do suy tim.

Từ khóa: suy yếu, Clinical Frailty Scale, suy tim cấp, người cao tuổi, biến cố tim mạch, tử vong, tái nhập viện.

SUMMARY

PROGNOSTIC VALUE OF THE CLINICAL FRAILTY SCALE FOR 6-MONTH MAJOR

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Minh Tuấn

Email: phminhtuan6382@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.11.2025

Ngày duyệt bài: 15.12.2025

CARDIOVASCULAR EVENTS IN ELDERLY PATIENTS HOSPITALIZED WITH ACUTE HEART FAILURE

Objectives: To evaluate the association between CFS-defined frailty and 6-month major cardiovascular events in elderly AHF patients. **Results:** Mean age was 72.9 ± 8.8 years; 57.5% were men; 53.3% were frail (CFS ≥ 5). At 6 months, cardiovascular death occurred in 19.2%, heart-failure rehospitalization in 33.8%, and the composite endpoint in 52.9%. Frail patients had markedly higher rates of composite events (67.2% vs. 36.6%) and cardiovascular death (33.6% vs. 2.7%; both $p < 0.001$), while heart-failure rehospitalization was similar between groups. In multivariable Cox models, each 1-point increase in CFS independently increased the risk of the composite endpoint (HR 1.77; 95% CI 1.45–2.17), cardiovascular death (HR 2.39; 95% CI 1.80–3.19) and rehospitalization (HR 1.41; 95% CI 1.09–1.82). CFS showed fair discrimination for the composite endpoint (AUC 0.703) and good discrimination for cardiovascular death (AUC 0.836) at CFS ≥ 5 , but no discrimination for rehospitalization (AUC 0.493). **Conclusions:** Frailty assessed by CFS is highly prevalent and is an independent and powerful predictor of 6-month cardiovascular death and composite events in elderly AHF patients. A cutoff CFS ≥ 5 identifies a high-risk group, whereas CFS alone is insufficient to predict heart-failure rehospitalization.

Keywords: frailty, Clinical Frailty Scale, acute heart failure, elderly, cardiovascular events, mortality, rehospitalization.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở người cao tuổi, với tỷ lệ mắc khoảng 1–2% dân số trưởng thành và tăng lên tới gần 10% ở người ≥ 70 tuổi; tiên lượng vẫn nặng nề dù điều trị đã cải thiện^{1,2}. Ở nhóm bệnh nhân này, gánh nặng bệnh đồng mắc và

hội chứng lão khoa rất cao, trong đó suy yếu (frailty) được coi là một thành tố quan trọng ảnh hưởng đến tử vong và tái nhập viện³.

Các phân tích gộp cho thấy khoảng 40–60% bệnh nhân suy tim bị suy yếu; sự hiện diện của suy yếu làm tăng nguy cơ tử vong và nhập viện khoảng 1,5–2 lần so với bệnh nhân không suy yếu^{4,5}. Ở châu Á, nghiên cứu ASIAN-HF báo cáo khoảng 60% bệnh nhân suy tim có suy yếu hoặc tiền suy yếu, và suy yếu liên quan độc lập với tử vong/tái nhập viện sau 1 năm⁵.

Trong số các công cụ đánh giá hội chứng suy yếu, Clinical Frailty Scale (CFS) là thang điểm 9 mức dựa trên đánh giá lâm sàng tổng thể về hoạt động và mức độ phụ thuộc, được khuyến khích sử dụng rộng rãi nhờ tính đơn giản và giá trị tiên lượng đã được chứng minh^{6,7}. CFS đã được chứng minh dự báo tử vong và biến cố tim mạch ở nhiều quần thể suy tim khác nhau, bao gồm suy tim cấp và HFpEF^{8–10}.

Tại Việt Nam, dữ liệu về suy yếu ở bệnh nhân suy tim còn ít, và hầu như chưa có nghiên cứu nào đánh giá trực tiếp giá trị tiên lượng của CFS ở bệnh nhân suy tim cấp cao tuổi. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm: (1) Mô tả các biến cố tim mạch chính sau 6 tháng ở bệnh nhân suy tim cấp ≥ 60 tuổi; (2) Đánh giá mối liên quan giữa mức độ suy yếu theo CFS và các biến cố này.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi nhập viện vì suy tim cấp tại Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai, chẩn đoán theo khuyến cáo ESC 2021¹. Bệnh nhân/người nhà đồng ý tham gia, cung cấp được thông tin về chức năng trước nhập viện, hồ sơ đầy đủ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có rối loạn tâm thần nặng, ung thư tiến triển hoặc bệnh mạn tính giai đoạn cuối không liên quan trực tiếp suy tim nhưng chi phối tiên lượng, bệnh cấp tính khác gây nhiễu nặng, CFS = 9 và các trường hợp mất theo dõi.

Trong thời gian nghiên cứu, 251 bệnh nhân suy tim cấp đủ tiêu chuẩn được thu nhận; sau khi loại 11 trường hợp mất theo dõi, còn 240 bệnh nhân được đưa vào phân tích.

2.2. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu mô tả cắt ngang có tiến cứu và theo dõi dọc 6 tháng sau xuất viện. Thời gian thu nhận từ 8/2024 đến 3/2025 tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

2.3. Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu

Cỡ mẫu: 251 bệnh nhân suy tim cấp đủ

điều kiện được thu nhận; sau loại 11 bệnh nhân mất theo dõi, còn 240 bệnh nhân có dữ liệu đầy đủ để phân tích.

Chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện tất cả bệnh nhân suy tim cấp nhập viện trong thời gian nghiên cứu, thỏa mãn tiêu chuẩn lựa chọn và không có tiêu chuẩn loại trừ.

2.4. Đánh giá suy yếu bằng CFS. CFS (1–9) được đánh giá trong 24–48 giờ sau nhập viện, dựa trên chức năng sống nền 2 tuần – 1 tháng trước nhập viện, qua phỏng vấn bệnh nhân và/hoặc người nhà, không dựa trên tình trạng cấp tính. Phân nhóm: CFS 1–3 (không suy yếu), 4 (tiền suy yếu), 5–6 (suy yếu nhẹ–trung bình), 7–8 (suy yếu nặng–rất nặng). CFS = 9 loại khỏi nghiên cứu^{6,7}. Trong phân tích chính, suy yếu được định nghĩa là CFS ≥ 5 .

2.5. Biến số và tiêu chí đánh giá. Thu thập các biến số nhân trắc, tiền sử bệnh lý, lâm sàng và cận lâm sàng nhập viện và điều trị

Biến cố tim mạch chính: (1) Tử vong tim mạch; (2) Tái nhập viện do suy tim; (3) Biến cố gộp: tử vong tim mạch hoặc tái nhập viện do suy tim.

Bệnh nhân được theo dõi 180 ngày kể từ ngày ra viện bằng tái khám và/hoặc điện thoại.

2.6. Phân tích thống kê. Sử dụng SPSS. Biến định lượng biểu diễn bằng trung bình \pm SD hoặc trung vị (IQR), so sánh bằng t-test hoặc Mann–Whitney; biến định tính bằng tần số, tỷ lệ %, so sánh bằng χ^2 hoặc Fisher. Phân tích Kaplan–Meier và log-rank cho tỷ lệ sống không biến cố. Mô hình Cox đơn biến và đa biến ước tính HR và KTC 95%. Đường cong ROC đánh giá AUC và điểm cắt tối ưu của CFS. Ngưỡng ý nghĩa $p < 0,05$.

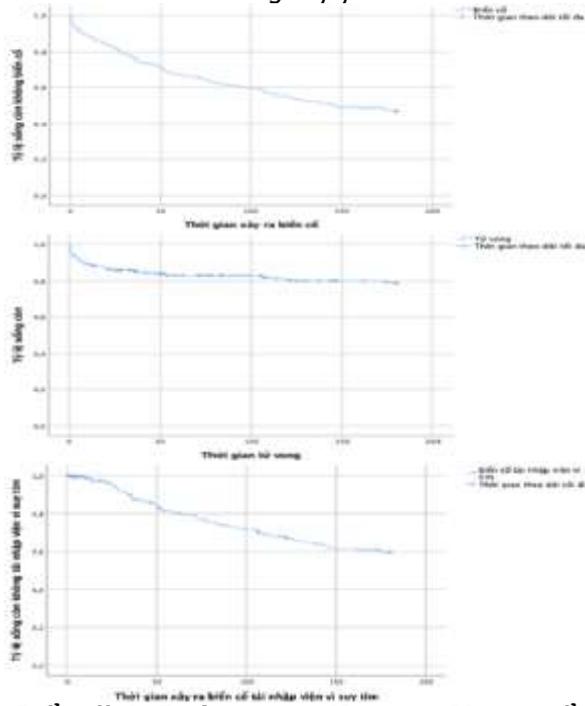
2.7. Đạo đức nghiên cứu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận. Bệnh nhân hoặc người đại diện được giải thích mục tiêu, nội dung và ký cam kết tham gia; dữ liệu được bảo mật và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 240 bệnh nhân suy tim cấp cao tuổi được đưa vào phân tích. Tuổi trung bình là $72,9 \pm 8,8$ (60–97) tuổi; nam 57,5%. Bệnh đồng mắc rất phổ biến: tăng huyết áp 60,8%, đái tháo đường typ 2 47,5%, bệnh mạch vành 44,6%, suy thận mạn 63,7%, suy tim mạn 80,4%, rung nhĩ 30,8%.

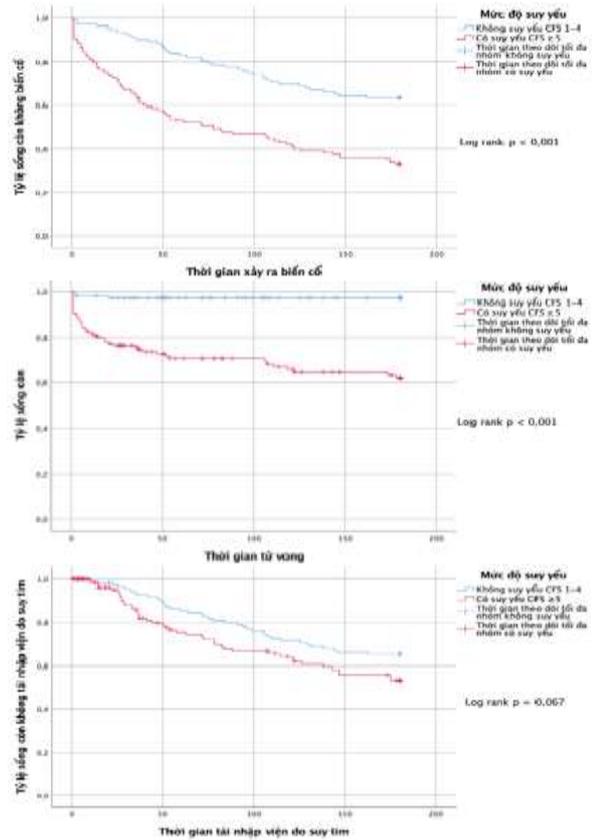
Phân bố CFS: không suy yếu (1–3) 17,9%; tiền suy yếu (4) 28,7%; suy yếu nhẹ–trung bình (5–6) 47,9%; suy yếu nặng–rất nặng (7–8) 5,4%. Như vậy, suy yếu (CFS ≥ 5) chiếm 53,3% quần thể. Bệnh nhân suy yếu lớn tuổi hơn, nhiều bệnh thận mạn, tiền sử đột quỵ, tình trạng suy tim nặng hơn, chức năng thận và NT-proBNP xấu

hơn so với nhóm không suy yếu.



Biểu đồ 1: Đường cong Kaplan - Meier biểu thị tỷ lệ sống không biến cố theo thời gian

Sau 6 tháng, ghi nhận: tử vong tim mạch 46 trường hợp (19,2%), tái nhập viện do suy tim 81 trường hợp (33,8%) và có ít nhất một biến cố gộp 127 trường hợp (52,9%). Đa phần biến cố xảy ra trong 3 tháng đầu sau xuất viện.



Biểu đồ 2: Đường cong Kaplan - Meier biểu thị tỷ lệ sống không biến cố theo thời gian phân theo mức độ suy yếu

Ở nhóm bệnh nhân có chỉ số CFS ≥ 5 , tỷ lệ biến cố gộp là 67,2%, cao hơn rõ rệt so với 36,6% ở nhóm CFS ≤ 4 ($p < 0,001$). Tử vong tim mạch cũng gặp nhiều hơn ở nhóm suy yếu (33,6% so với 2,7%; $p < 0,001$). Trong khi đó, tỷ lệ tái nhập viện do suy tim giữa hai nhóm gần như tương đương (33,6% so với 33,9%; $p = 0,956$). Đường cong Kaplan–Meier cho thấy nhóm suy yếu có tỷ lệ sống không biến cố gộp và không tử vong thấp hơn rõ rệt so với nhóm không suy yếu, còn sự khác biệt về tái nhập viện do suy tim thì không đạt ý nghĩa thống kê.

Bảng 1. Mối liên quan giữa biến cố gộp với mức độ suy yếu

Yếu tố	Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
	HR (KTC 95%)	P	HR	P	HR	P
CFS (Tăng mỗi 1 điểm)	1,722 [1,474-2,013]	<0,001	1,998 [1,692 – 2,361]	<0,001	1,774 [1,448 – 2,173]	<0,001
Tuổi	-	-	0,962 [0,942 – 0,984]	0,001	0,970 [0,947 – 0,994]	0,016
Giới nam	-	-	0,932 [0,654 – 1,329]	0,697	0,853 [0,588 – 1,236]	0,4
Đái tháo đường type 2	-	-	-	-	1,202 [0,825 – 1,752]	0,337
Bệnh mạch vành	-	-	-	-	1,263 [0,859 – 1,859]	0,235
Tiền sử suy tim	-	-	-	-	0,548 [0,312 – 0,964]	0,037
Suy thận	-	-	-	-	0,894 [0,577 – 1,385]	0,615
Nhồi máu não cũ	-	-	-	-	0,625 [0,326 – 1,198]	0,157
Sốc tim	-	-	-	-	0,727 [0,457 – 1,156]	0,178
EF \leq 40	-	-	-	-	1,210 [0,751 – 1,952]	0,433
Log ₁₀ NT-proBNP	-	-	-	-	3,264 [1,887 – 5,645]	<0,001
CrCl	-	-	-	-	1,004 [0,993 – 1,016]	0,453

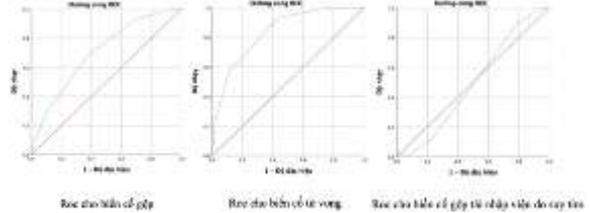
Bảng 2. Mối liên quan giữa biến cố tử vong do tim mạch với mức độ suy yếu

Yếu tố	Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
	HR (KTC 95%)	P	HR	P	HR	P
CFS (Tăng mỗi 1 điểm)	2,772 [2,157 – 3,562]	<0,001	2,869 [2,241 – 3,673]	<0,001	2,393 [1,795 – 3,190]	<0,001
Tuổi	-	-	0,978 [0,949 – 1,007]	0,139	0,995 [0,960 – 1,031]	0,783
Giới nam	-	-	1,022 [0,564 – 1,852]	0,942	0,961 [0,529 – 1,748]	0,897
Bệnh mạch vành	-	-	-	-	1,711 [0,873 – 3,356]	0,118
Sốc tim	-	-	-	-	0,482 [0,239 – 0,973]	0,042
Log ₁₀ NT-proBNP	-	-	-	-	3,868 [1,596 – 9,376]	0,003
CrCl	-	-	-	-	0,993 [0,974 – 1,012]	0,461

Bảng 3. Mối liên quan giữa biến cố tái nhập viện do suy tim với mức độ suy yếu

Yếu tố	Mô hình 1		Mô hình 2		Mô hình 3	
	HR (KTC 95%)	P	HR	P	HR	P
CFS (Tăng mỗi 1 điểm)	1,289 [1,061 – 1,565]	0,011	1,537 [1,220 – 1,938]	<0,001	1,406 [1,086 – 1,822]	0,010
Tuổi	-	-	0,963 [0,933 – 0,993]	0,015	0,968 [0,937 – 1,000]	0,048
Giới nam	-	-	0,840 [0,537 – 1,315]	0,446	0,858 [0,541 – 1,360]	0,514
Đái tháo đường type 2	-	-	-	-	1,336 [0,848 – 2,103]	0,212
Tiền sử suy tim	-	-	-	-	0,726 [0,383 – 1,378]	0,328
Suy thận mạn	-	-	-	-	0,775 [0,477 – 1,259]	0,303
EF	-	-	-	-	0,986 [0,964 – 1,008]	0,205
Log ₁₀ NT-proBNP	-	-	-	-	1,784 [0,963 – 3,306]	0,066
Kali	-	-	-	-	1,276 [0,906 – 1,798]	0,164

Khi xem CFS như một biến liên tục trong mô hình Cox đa biến, mỗi một đơn vị tăng của CFS làm tăng nguy cơ xảy ra biến cố gộp với HR = 1,774 (KTC 95%: 1,448–2,173; p < 0,001), tăng nguy cơ tử vong tim mạch với HR = 2,393 (KTC 95%: 1,795–3,190; p < 0,001) và tăng nguy cơ tái nhập viện do suy tim với HR = 1,406 (KTC 95%: 1,086–1,822; p = 0,010).



Biểu đồ 3: Đường cong ROC của chỉ số thang điểm CFS dự đoán các biến cố tim mạch

Bảng 4. Điểm cut off của chỉ số thang điểm CFS dự báo các biến cố tim mạch

Thông số	Giá trị cho biến cố tim mạch gộp	Giá trị cho biến cố tử vong tim mạch	Giá trị cho biến cố tái nhập viện do suy tim
Diện tích dưới đường cong (AUC)	0,703	0,836	0,493
Khoảng tin cậy 95%	0,637 - 0,768	0,777 - 0,895	0,420 - 0,567
P	<0,001	<0,001	0,869
Điểm cắt (dựa trên chỉ số Youden)	CFS ≥ 5 điểm (cut-off 4,5 trên SPSS)	CFS ≥ 5 điểm (cut-off 4,5 trên SPSS)	CFS ≥ 4 điểm (cut-off 3,5 trên SPSS)
Độ nhạy	67,7%	93,5%	88,9%
Độ đặc hiệu	62,8%	56,2%	21,4%
Giá trị dự đoán dương tính (PPV)	67,2%	33,6%	36,6%
Giá trị dự đoán âm tính (NPV)	63,4%	97,3%	79,1%
Tỷ lệ biến cố trong mẫu	127/240 ≈ 52,9%	46/240 ≈ 19,2 %	81/240 ≈ 33,8 %

Đường cong ROC của thang điểm CFS cho thấy khả năng dự đoán ở mức khá đối với biến cố gộp với AUC = 0,703 (KTC 95%: 0,637–0,768; p < 0,001) và rất tốt đối với tử vong tim mạch với AUC = 0,836 (KTC 95%: 0,777–0,895; p < 0,001). Ngược lại, CFS hầu như không có giá

trị trong dự đoán tái nhập viện do suy tim (AUC = 0,493; p = 0,869). Điểm cắt tối ưu cho cả biến cố gộp và tử vong tim mạch là CFS ≥ 5; tại ngưỡng này, độ nhạy trong dự đoán tử vong đạt 93,5% và giá trị tiên đoán âm là 97,3%.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy hơn một nửa bệnh nhân suy tim cấp ≥ 60 tuổi bị suy yếu (CFS ≥ 5), phù hợp với các tổng quan quốc tế báo cáo tỷ lệ suy yếu khoảng 40–60% ở bệnh nhân suy tim^{4,5}. Ở châu Á, ASIAN-HF cũng ghi nhận khoảng 60% bệnh nhân suy tim có suy yếu hoặc tiền suy yếu⁵. Điều này khẳng định suy yếu là “hình thái gần như mặc định” ở bệnh nhân suy tim cao tuổi.

Tỷ lệ biến cố 6 tháng trong nghiên cứu (tử vong tim mạch 19,2%, biến cố gộp 52,9%) phản ánh gánh nặng rất lớn của suy tim cấp ở người cao tuổi, tương đương hoặc cao hơn các báo cáo quốc tế ở nhóm tương tự^{1,2}.

Kết quả cho thấy mỗi tăng 1 điểm CFS làm tăng khoảng 1,8 lần nguy cơ biến cố gộp và 2,4 lần nguy cơ tử vong tim mạch sau 6 tháng, độc lập với các yếu tố khác. Điều này nhất quán với phân tích gộp của Zhang và cộng sự (tăng ~70% nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim bị suy yếu) cũng như các tổng quan về mối liên hệ giữa frailty và kết cục xấu trong suy tim^{3,4}.

Nghiên cứu của Costa trên bệnh nhân suy tim cấp cũng cho thấy suy yếu theo CFS liên quan độc lập với tử vong 1 năm (59% so với 29% ở nhóm không suy yếu)⁹. Trong HFpEF, Sunaga và cộng sự ghi nhận CFS là yếu tố tiên lượng mạnh đối với tử vong và nhập viện¹⁰. Gần đây, dữ liệu từ các quần thể suy tim nặng/ICU tiếp tục khẳng định mối liên hệ giữa suy yếu và tử vong nội viện¹¹.

AUC 0,836 của CFS trong dự đoán tử vong tim mạch cho thấy khả năng phân biệt rất tốt, tương đương hoặc cao hơn một số thang điểm nguy cơ suy tim kinh điển. Quan trọng hơn, CFS < 5 đi kèm nguy cơ tử vong 6 tháng rất thấp, gợi ý có thể sử dụng CFS như công cụ “loại trừ nguy cơ rất cao” trên lâm sàng.

Mặc dù CFS liên quan có ý nghĩa với tái nhập viện trong mô hình Cox, AUC chỉ 0,493 cho thấy giá trị phân biệt gần như không đáng kể. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu cho thấy suy yếu dự báo tử vong tốt hơn tái nhập viện; tái nhập viện còn chịu ảnh hưởng mạnh của yếu tố xã hội, hệ thống y tế và tuân thủ điều trị^{3,8}. Do đó, CFS không nên dùng đơn độc để dự báo tái nhập viện, mà cần kết hợp thêm các biến lâm sàng, sinh học và yếu tố xã hội.

V. KẾT LUẬN

Suy yếu theo thang điểm Clinical Frailty Scale rất phổ biến ở bệnh nhân suy tim cấp cao tuổi, với hơn một nửa bệnh nhân có CFS ≥ 5 .

Mức độ suy yếu là yếu tố tiên lượng độc lập mạnh đối với biến cố tim mạch gộp và đặc biệt là tử vong tim mạch trong 6 tháng, với khả năng phân biệt tốt. Ngưỡng CFS ≥ 5 giúp nhận diện nhóm nguy cơ rất cao cần được quản lý đa chuyên khoa và theo dõi sát sau xuất viện; trong khi đó, CFS đơn độc không đủ để dự báo tái nhập viện do suy tim. Việc đưa đánh giá CFS vào thực hành thường quy có thể hỗ trợ phân tầng nguy cơ và cá thể hóa điều trị ở bệnh nhân suy tim cao tuổi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **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;42(36): 3599-3726. doi:10.1093/eurheartj/ehab368
2. **Savarese G, Becher PM, Lund LH, Seferovic P, Rosano GMC, Coats AJS.** Global burden of heart failure: a comprehensive and updated review of epidemiology. *Cardiovasc Res.* 2023; 118(17):3272-3287. doi:10.1093/cvr/cvac013
3. **Pandey A, Kitzman D, Reeves G.** Frailty Is Intertwined With Heart Failure. *JACC Heart Fail.* 2019;7(12): 1001-1011. doi:10.1016/j.jchf.2019.10.005
4. **Zhang Y, Yuan M, Gong M, Tse G, Li G, Liu T.** Frailty and Clinical Outcomes in Heart Failure: A Systematic Review and Meta-analysis. *J Am Med Dir Assoc.* 2018;19(11):1003-1008.e1. doi:10.1016/j.jamda.2018.06.009
5. **Aung T, Qin Y, Tay WT, et al.** Prevalence and Prognostic Significance of Frailty in Asian Patients With Heart Failure. *JACC Asia.* 2021;1(3):303-313. doi:10.1016/j.jacasi.2021.09.006
6. **Chokshi NBK, Karmakar B, Pathan SK, et al.** A Systematic Review of Frailty Scores Used in Heart Failure Patients. *Heart Lung Circ.* 2023; 32(4): 441-453. doi:10.1016/j.hlc.2023.01.011
7. **Rockwood K.** A global clinical measure of fitness and frailty in elderly people. *Can Med Assoc J.* 2005;173(5):489-495. doi:10.1503/cmaj.050051
8. **Boureau A, Annweiler C, Belmin J, et al.** Practical management of frailty in older patients with heart failure: Statement from a panel of multidisciplinary experts on behalf the Heart Failure Working Group of the French Society of Cardiology and on behalf French Society of Geriatrics and Gerontology. *ESC Heart Fail.* 2022;9(6):4053-4063. doi:10.1002/ehf2.14040
9. **Costa D, Aladio M, Girado CA, Pérez De La Hoz R, Sara Berensztein C.** Frailty is independently associated with 1-year mortality after hospitalization for acute heart failure. *IJC Heart Vasc.* 2018;21:103-106. doi:10.1016/j.ijcha.2018.10.004
10. **Sunaga A, Hikoso S, Yamada T, et al.** Prognostic impact of Clinical Frailty Scale in patients with heart failure with preserved ejection fraction. *ESC Heart Fail.* 2021;8(4):3316-3326. doi:10.1002/ehf2.13482

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẬU GIANG

Nguyễn Thị Mỹ Thuyền¹, Trương Hải Đăng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, thực hiện trên 51 bệnh nhân được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang. **Kết quả:** Có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn, tuổi trung bình là $52,88 \pm 13,32$, tỷ lệ nữ:nam $\approx 9,2:1$. bệnh nhân có chỉ số ASA 1 chiếm 70,6%, ASA 2 chiếm 19,6% và ASA 3 chiếm 8,8%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $106,73 \pm 44,69$ phút (28-125 phút). Tai biến thủng túi mật chiếm 3,9%. Không có bệnh nhân tử vong, biến chứng chủ yếu là chảy máu vết mổ trocar chiếm 15,7%, nhiễm trùng và chảy máu ổ bụng ít gặp với 1,9%. phẫu thuật nội soi thành công 100,0%, kết quả tốt chiếm 82,4%, trung bình chiếm 17,6%. **Từ khóa:** viêm túi mật cấp do sỏi, phẫu thuật nội soi cắt túi mật, sỏi túi mật.

SUMMARY

EVALUATION OF THE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE TREATMENT OF ACUTE CHOLECYSTITIS AT HAU GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To evaluate the results of laparoscopic cholecystectomy for acute cholecystitis caused by stones. **Methods:** Retrospective descriptive study. All patients diagnosed with acute cholecystitis caused by stones, underwent laparoscopic cholecystectomy at Hau Giang Provincial General Hospital. **Results:** There were 51 eligible patients, with an average age of 52.88 ± 13.32 years, and a female:male ratio of $\approx 9.2:1$. patients with ASA 1 accounted for 70.6%, ASA 2 accounted for 19.6%, and ASA 3 accounted for 8.8%. The average surgical time was 106.73 ± 44.69 minutes (28-125 minutes). Gallbladder perforation accounted for 3.9%. There were no deaths, the main complications were trocar wound bleeding accounting for 15.7%, infection and abdominal bleeding were rare with 1.9%. Laparoscopic surgery was 100.0% successful, with good results accounting for 82.4% and average results for 17.6%. Conclusion: Laparoscopic cholecystectomy to treat acute cholecystitis due to chronic cholecystitis had no major complications during surgery, no cases were converted to open surgery and no deaths. Laparoscopic surgery was 100.0% successful, with a

high percentage of good results.

Keywords: acute calculous cholecystitis, laparoscopic cholecystectomy, gallstones.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi mật cấp là tình trạng nhiễm khuẩn cấp ở túi mật. Nguyên nhân gây viêm túi mật cấp thường do sỏi túi mật [8]. Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nếu không chẩn đoán và điều trị kịp thời, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng như: hoại tử, viêm mù, áp xe túi mật,... Cho tới nay phẫu thuật nội soi cắt túi mật là lựa chọn hàng đầu để điều trị bệnh lý túi mật như viêm túi mật do sỏi. Tại Việt Nam, đã có những nghiên cứu về ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp, nhưng chủ yếu ở các Bệnh viện Trung Ương, các Trung tâm ngoại khoa lớn [1],[5]. Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang đã thực hiện phẫu thuật nội soi cắt túi mật trong những năm gần đây nhưng vẫn chưa có nhiều nghiên cứu nên chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt túi mật điều trị viêm túi mật cấp do sỏi tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả những bệnh nhân, ≥ 16 tuổi, được chẩn đoán là viêm túi mật cấp do sỏi, được phẫu thuật nội soi cắt túi mật tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hậu Giang năm 2023-2024. Hồ sơ bệnh án đầy đủ dữ liệu.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân ung thư túi mật. bệnh nhân viêm túi mật cấp không do sỏi. bệnh nhân không đủ dữ liệu nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Có 51 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn đưa vào NC, nữ giới chiếm 90,2%, nam giới chiếm 9,8%, tỷ lệ nữ:nam $\approx 9,2:1$. Nhóm 51 - 60 tuổi chiếm đa số với 33,3%, nhóm > 60 tuổi chiếm 27,5%, nhóm 41 - 50 tuổi chiếm 25,5%. Tuổi trung bình là $52,88 \pm 13,32$ nhỏ nhất 25 tuổi và lớn nhất 85 tuổi. ASA (American Society of Anesthesiologists) trước mổ chiếm đa số là ASA 1 với 70,6%, ASA 2 chiếm 19,6% và ASA 3 chiếm 8,8%.

3.2. Kết quả điều trị

Bảng 3.1. Thời gian phẫu thuật-Vị trí sỏi

Thời gian phẫu thuật –	Số bệnh	Tỷ lệ
------------------------	---------	-------

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Mỹ Thuyền

Email: 3632041101@stu.vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 16.12.2025