

BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT RÀO CẢN CỦA BÁC SĨ TIM MẠCH TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM PHÂN SUẤT TỔNG MÁU BẢO TỒN Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Nguyễn Thanh Huân^{1,2}, Nguyễn Thị Mai Hương², Nguyễn Quang Huy¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (STPSTMBT) là một hội chứng tim mạch phức tạp, liên quan đến tỷ lệ biến cố bất lợi cao. Tuy nhiên, việc tiếp cận chẩn đoán và điều trị STPSTMBT vẫn còn nhiều thách thức do tính đa dạng về kiểu hình lâm sàng và sự hạn chế của các bằng chứng điều trị hiện có, đặc biệt ở người cao tuổi (NCT). Do đó, việc nhận diện và đánh giá các rào cản trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT là cần thiết nhằm xây dựng các chiến lược phù hợp cho đào tạo và thực hành lâm sàng. **Mục tiêu:** Khảo sát ý kiến của các bác sĩ tim mạch về những rào cản trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT ở NCT. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên tổng quan có hệ thống các tài liệu y văn liên quan. Công cụ khảo sát gồm 65 câu hỏi trắc nghiệm, chia thành ba phần chính: (1) chẩn đoán STPSTMBT, (2) điều trị STPSTMBT và (3) các hội chứng lão khoa ở người cao tuổi có STPSTMBT. **Kết quả:** Nghiên cứu khảo sát 30 bác sĩ có thực hành tim mạch lâm sàng, trong đó nam giới chiếm 53,3%. Thâm niên hành nghề dưới 5 năm, từ 5–10 năm và trên 10 năm lần lượt là 66,7%, 23,3% và 10%. Năm vấn đề đạt tỷ lệ đồng thuận tuyệt đối (100% trả lời "Có") bao gồm: (1) chẩn đoán sớm STPSTMBT giúp tối ưu hóa điều trị; (2) thiếu các bằng chứng mạnh từ thử nghiệm lâm sàng là rào cản lớn trong điều trị STPSTMBT; (3) sự cần thiết của cá thể hóa điều trị ở bệnh nhân STPSTMBT kèm hội chứng lão khoa; (4) sa sút trí tuệ hoặc suy giảm nhận thức là yếu tố cản trở trong quản lý STPSTMBT; và (5) khó khăn trong tiên lượng bệnh ở bệnh nhân STPSTMBT cao tuổi. **Kết luận:** Nghiên cứu bước đầu đã làm rõ các rào cản và khó khăn trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT ở NCT thông qua bộ câu hỏi khảo sát. Những kết quả này có thể đóng góp vào việc định hướng chiến lược đào tạo và cải thiện công tác quản lý STPSTMBT ở nhóm bệnh nhân cao tuổi. **Từ khóa:** Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn; người cao tuổi; rào cản.

ABSTRACT

A PRELIMINARY SURVEY OF BARRIERS FACED BY CARDIOLOGISTS IN THE DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HEART

¹ Bộ môn Lão khoa, Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

² Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huanguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 13.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 20.3.2026

Ngày duyệt bài: 10.4.2026

FAILURE WITH PRESERVED EJECTION FRACTION IN OLDER ADULTS

Background: Heart failure with preserved ejection fraction (HFpEF) is a complex cardiovascular syndrome associated with a high burden of adverse clinical outcomes. However, the diagnosis and management of HFpEF remain challenging due to heterogeneous clinical phenotypes and limited evidence-based therapeutic options, particularly in older adults. Therefore, identifying and evaluating barriers to the diagnosis and treatment of HFpEF is essential to inform appropriate strategies for clinical training and practice. **Objective:** To survey cardiologists regarding perceived barriers to the diagnosis and management of HFpEF in older adults. **Methods:** A structured questionnaire was developed based on a comprehensive review of the relevant literature. The survey instrument consisted of 65 multiple-choice questions covering three main domains: (1) diagnosis of HFpEF, (2) management of HFpEF, and (3) geriatric syndromes in older patients with HFpEF. **Results:** A total of 30 physicians involved in clinical cardiology practice were surveyed, of whom 53.3% were male. The proportions of physicians with <5 years, 5–10 years, and >10 years of clinical experience were 66.7%, 23.3%, and 10.0%, respectively. Five issues achieved unanimous agreement (100% "Yes" responses): (1) early diagnosis of HFpEF facilitates optimization of treatment; (2) the lack of robust evidence from randomized clinical trials represents a major barrier to HFpEF management; (3) treatment should be individualized in HFpEF patients with concomitant geriatric syndromes; (4) dementia or cognitive impairment constitutes a significant obstacle in HFpEF management; and (5) prognostication in older patients with HFpEF remains challenging. **Conclusion:** This preliminary survey identified key barriers and challenges in the diagnosis and management of HFpEF in older adults. These findings may help inform future educational initiatives and contribute to improving the management of HFpEF in the aging population. **Keywords:** Heart failure with preserved ejection fraction; older adults; barriers.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (STPSTMBT) hiện được xem là một thực thể lâm sàng phức tạp và ngày càng phổ biến, đặc biệt ở nhóm người cao tuổi (NCT) [1]. Việc chẩn đoán STPSTMBT thường gặp khó khăn do sự đa dạng trong kiểu hình bệnh, biểu hiện lâm sàng không điển hình và sự chồng lấp triệu chứng và dấu hiệu với các bệnh lý nội khoa thường gặp ở NCT [2]. Bên cạnh đó, sự hiện diện của các hội chứng

lão khoa như suy giảm chức năng, suy yếu, suy dinh dưỡng hoặc rối loạn nhận thức càng làm gia tăng thách thức trong đánh giá và định hướng điều trị [3, 4]. Trong bối cảnh bằng chứng điều trị cho STPSTMBT vẫn còn hạn chế, việc hiểu rõ đặc điểm bệnh học và tiếp cận đúng theo khuyến cáo hiện hành có ý nghĩa quan trọng nhằm cải thiện kết cục cho người cao tuổi mắc STPSTMBT.

Tại Việt Nam, dữ liệu về mức độ hiểu biết cũng như rào cản trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT của bác sĩ hiện còn hạn chế. Cho đến nay, các nghiên cứu mang tính hệ thống nhằm đánh giá kiến thức và thực hành lâm sàng của bác sĩ đối với STPSTMBT vẫn chưa được triển khai đầy đủ. Trong bối cảnh STPSTMBT ngày càng được quan tâm và nhận diện như một thách thức quan trọng trong tìm mạch học hiện đại, việc làm rõ những khó khăn mà bác sĩ gặp phải trong quá trình quản lý STPSTMBT là hết sức cần thiết. Do đó, nghiên cứu này được thực hiện nhằm khảo sát quan điểm của các bác sĩ tìm mạch về các rào cản trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT ở người cao tuổi.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu:

Các bác sĩ có tham gia thực hành tim mạch lâm sàng.

2.2. Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện tại Bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian từ tháng 12 năm 2025 đến tháng 01 năm 2026.

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

2.4. Biến số nghiên cứu và công cụ thu thập dữ liệu:

Công cụ nghiên cứu là bộ câu hỏi được xây dựng dựa trên tổng quan có hệ thống các tài liệu y văn liên quan. Bộ câu hỏi gồm 65 câu hỏi trắc nghiệm dạng lựa chọn "Có/Không", được chia thành ba phần chính: (1) chẩn đoán STPSTMBT; (2) điều trị STPSTMBT và (3) các hội chứng lão khoa ở người cao tuổi mắc STPSTMBT.

2.5. Phân tích thống kê:

Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ phần trăm (%). Nhập liệu và thống kê bằng phần mềm Excel (version 16.101.1).

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Bệnh viện Thống Nhất, số 226/2025/CN-HĐĐĐ-BVTN 08/12/2025.

III. KẾT QUẢ

Nghiên cứu ghi nhận 30 bác sĩ tham gia khảo sát bằng bộ câu hỏi, với thời gian hoàn thành trung bình từ 10–15 phút cho mỗi người. Độ tuổi của các bác sĩ tham gia dao động từ 26 đến 45 tuổi; nam giới chiếm 53,3%. Tỷ lệ bác sĩ có trình độ sau đại học là 36,7%. Về thâm niên hành nghề, nhóm có thời gian công tác dưới 5 năm chiếm 66,7%, nhóm từ 5–10 năm chiếm 23,3% và nhóm trên 10 năm chiếm 10%. Tất cả các tần số và tỷ lệ được trình bày cho từng câu hỏi trong Bảng 1, Bảng 2 và Bảng 3 đều tương ứng với câu trả lời "Có".

Bảng 1. Các câu hỏi liên quan đến rào cản trong chẩn đoán HFpEF

| Câu hỏi | Tần số (tỷ lệ) |
|--|----------------|
| 1. Tôi cảm thấy chẩn đoán HFpEF khó khăn hơn HFREF | 29 (96,7) |
| 2. Tôi nắm rõ các tiêu chuẩn chẩn đoán HFpEF | 19 (63,3) |
| 3. Tôi cho rằng HFpEF thường bị chẩn đoán nhầm thành bệnh hô hấp | 22 (73,3) |
| 4. Tôi tự tin phân biệt HFpEF với nguyên nhân khác gây khó thở ở người cao tuổi | 27 (90,0) |
| 5. Tôi đã tham gia đào tạo bài bản trong chẩn đoán HFpEF | 23 (76,7) |
| 6. Tôi cho rằng triệu chứng lâm sàng HFpEF thường không đặc hiệu | 28 (93,3) |
| 7. Tôi thường gặp khó khăn phân biệt khó thở do HFpEF với khó thở do tuổi già | 25 (83,3) |
| 8. Tôi cho rằng khám lâm sàng đủ để chẩn đoán HFpEF | 25 (83,3) |
| 9. Tôi thường dựa vào các bệnh đi kèm để củng cố chẩn đoán HFpEF | 25 (83,3) |
| 10. Tôi cho rằng chẩn đoán HFpEF ở nữ khó hơn ở nam | 22 (73,3) |
| 11. Tôi thường gặp khó khăn trong chỉ định NT-proBNP | 24 (80,0) |
| 12. Tôi cho rằng một mình NT-proBNP không đủ để chẩn đoán HFpEF | 28 (93,3) |
| 13. Tôi có thể khảo sát chức năng tâm trương trên siêu âm tim để chẩn đoán HFpEF | 16 (53,3) |
| 14. Tôi cho rằng khảo sát chức năng tâm trương trên siêu âm tim phức tạp | 19 (63,3) |
| 15. Tôi có kinh nghiệm sử dụng thang điểm H ₂ FPEF hoặc HFA-PEFF | 10 (33,3) |
| 16. Tôi cho rằng cần có hướng dẫn rõ ràng và dễ dàng hơn trong chẩn đoán HFpEF | 29 (96,7) |
| 17. Bệnh viện của tôi có đầy đủ phương tiện để chẩn đoán HFpEF | 25 (83,3) |
| 18. Tôi cho rằng quá tải bệnh nhân làm hạn chế khả năng chẩn đoán HFpEF | 27 (90,0) |
| 19. Tôi gặp khó khăn trong phối hợp đa chuyên khoa khi chẩn đoán HFpEF | 23 (76,7) |

| Câu hỏi | Tần số (tỷ lệ) |
|---|----------------|
| 20. Tôi cho rằng cần có các chương trình đào tạo, hội nghị, hội thảo về HFpEF | 28 (93,3) |
| 21. Tôi cảm thấy mất nhiều thời gian để chẩn đoán HFpEF so với HFrEF | 28 (93,3) |
| 22. Tôi từng gặp bệnh nhân HFpEF bị chẩn đoán nhầm là bệnh khác | 25 (83,3) |
| 23. Tôi nghĩ rằng các tiêu chuẩn chẩn đoán HFpEF hiện tại quá phức tạp | 25 (83,3) |
| 24. Tôi cho rằng cần có công cụ đơn giản để chẩn đoán HFpEF | 27 (90,0) |
| 25. Tôi cho rằng chẩn đoán sớm HFpEF sẽ giúp tối ưu hoá điều trị | 30 (100) |

Các chữ viết tắt: HFpEF, Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu giảm); HFpEF with Preserved Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu bảo tồn); HFrEF, Heart Failure B-type natriuretic peptide.

Bảng 2. Các câu hỏi liên quan đến rào cản trong điều trị bệnh nhân HFpEF

| Câu hỏi | Tần số (tỷ lệ) |
|---|----------------|
| 26. Tôi cho rằng các hướng dẫn điều trị HFpEF hiện nay chưa đủ rõ ràng để áp dụng | 22 (73,3) |
| 27. Tôi tự tin điều trị HFpEF cho bệnh nhân cao tuổi đa bệnh lý | 23 (76,7) |
| 28. Tôi cho rằng HFpEF có ít thuốc điều trị hiệu quả so với HFrEF | 28 (93,3) |
| 29. Tôi thấy khó khăn trong kiểm soát triệu chứng ở bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 26 (86,7) |
| 30. Tôi cho rằng thiếu bằng chứng mạnh mẽ thử nghiệm lâm sàng là rào cản điều trị HFpEF | 30 (100) |
| 31. Tôi thường gặp khó khăn khi kê đơn thuốc SGLT2i cho bệnh nhân HFpEF | 17 (56,7) |
| 32. Tôi cho rằng ARNI, MRA, chẹn beta không có bằng chứng mạnh mẽ trên HFpEF | 25 (83,3) |
| 33. Tôi cho rằng chức năng thận giảm là rào cản trong điều trị bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 25 (83,3) |
| 34. Tôi thường trì hoãn khởi trị ức chế SGLT2 cho HFpEF do lo ngại tác dụng phụ | 13 (43,3) |
| 35. Tôi cho rằng tuân thủ điều trị thuốc ở bệnh nhân HFpEF thấp hơn so với HFrEF | 22 (73,3) |
| 36. Tôi gặp khó khăn trong điều trị HFpEF kèm đa bệnh lý | 27 (90,0) |
| 37. Tôi cho rằng các bệnh đồng mắc làm phức tạp quá trình điều trị HFpEF | 29 (96,7) |
| 38. Tôi thường gặp khó khăn khi phối hợp điều trị HFpEF với các chuyên khoa khác | 25 (83,3) |
| 39. Tôi cho rằng điều trị HFpEF cần phối hợp đa chuyên khoa nhiều hơn so với HFrEF | 26 (86,7) |
| 40. Tôi cho rằng cần có quy trình phối hợp đa chuyên khoa trong điều trị HFpEF | 27 (90,0) |
| 41. Tôi cho rằng bệnh nhân cao tuổi HFpEF khó khăn trong thay đổi lối sống | 26 (86,7) |
| 42. Tôi thường gặp khó khăn trong việc giải thích HFpEF cho bệnh nhân cao tuổi | 24 (80,0) |
| 43. Tôi cho rằng yếu tố tài chính ảnh hưởng đến khả năng điều trị HFpEF hiệu quả | 24 (80,0) |
| 44. Tôi gặp khó khăn trong việc theo dõi lâu dài bệnh nhân HFpEF sau xuất viện | 27 (90,0) |
| 45. Tôi cho rằng bệnh nhân HFpEF nhập viện nhiều lần do khó kiểm soát bệnh đồng mắc | 28 (93,3) |
| 46. Tôi cho rằng cần có phòng khám chuyên về suy tim cho bệnh nhân HFpEF | 27 (90,0) |
| 47. Tôi thường gặp khó khăn trong tiếp cận thuốc mới điều trị HFpEF | 21 (70,0) |
| 48. Tôi cho rằng thiếu dữ liệu tại Việt Nam là trở ngại cho quản lý HFpEF | 29 (96,7) |
| 49. Tôi cho rằng chưa có nhiều chương trình đào tạo liên tục về HFpEF cho bác sĩ | 28 (93,3) |
| 50. Tôi cho rằng cần có hướng dẫn điều trị HFpEF cho bệnh nhân cao tuổi Việt Nam | 29 (96,7) |

Các chữ viết tắt: HFpEF, Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu giảm); HFpEF with Preserved Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu bảo tồn); HFrEF, Heart Failure with Cotransporter 2.

Bảng 3. Các câu hỏi liên quan đến rào cản quản lý HFpEF ở bệnh nhân có hội chứng lão khoa

| Câu hỏi | Tần số (tỷ lệ) |
|--|----------------|
| 51. Tôi có kinh nghiệm trong đánh giá hội chứng lão khoa ở bệnh nhân HFpEF | 19 (63,3) |
| 52. Tôi cho rằng sa sút trí tuệ hoặc suy giảm nhận thức là rào cản trong quản lý HFpEF | 30 (100) |
| 53. Tôi có kinh nghiệm đánh giá dinh dưỡng khi điều trị bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 17 (56,7) |
| 54. Tôi cho rằng cần đánh giá lão khoa thường quy cho bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 30 (100) |
| 55. Tôi đã được đào tạo về đánh giá lão khoa cho bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 21 (70,0) |
| 56. Tôi thấy khó khăn khi chỉnh liều thuốc HFpEF ở bệnh nhân có hội chứng lão khoa | 26 (86,7) |
| 57. Tôi cho rằng đa thuốc là một thách thức trong quản lý HFpEF ở người cao tuổi | 29 (96,7) |
| 58. Tôi thường phối hợp với bác sĩ lão khoa để quản lý HFpEF | 25 (83,3) |

| Câu hỏi | Tần số (tỷ lệ) |
|---|----------------|
| 59. Tôi cho rằng nguy cơ té ngã ảnh hưởng việc dùng thuốc ở bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 25 (83,3) |
| 60. Tôi cho rằng cần cá thể hóa điều trị cho bệnh nhân HFpEF kèm hội chứng lão khoa | 30 (100) |
| 61. Tôi có khó khăn khi giải thích bệnh cho bệnh nhân cao tuổi có suy giảm nhận thức | 29 (96,7) |
| 62. Tôi cho rằng gia đình/người chăm sóc có vai trò quan trọng trong quản lý HFpEF | 29 (96,7) |
| 63. Tôi gặp khó khăn trong tiên lượng bệnh nhân HFpEF cao tuổi | 30 (100) |
| 64. Tôi cho rằng thiếu nguồn lực hỗ trợ xã hội và phục hồi chức năng là một rào cản trong chăm sóc HFpEF ở người cao tuổi | 29 (96,7) |
| 65. Tôi cho rằng cần có các mô hình quản lý tích hợp tim mạch-lão khoa để tối ưu hóa điều trị HFpEF ở bệnh nhân cao tuổi | 29 (96,7) |

Các chữ viết tắt: HFpEF, Heart Failure with Preserved Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu bảo tồn); HFrEF, Heart Failure with Reduced Ejection Fraction (suy tim phân suất tống máu giảm).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã khảo sát các bác sĩ thực hành tim mạch về các rào cản trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân cao tuổi có STPSTMBT. Chúng tôi có những điểm bàn luận sau dựa trên các câu trả lời được ghi nhận.

4.1. Rào cản của bác sĩ trong chẩn đoán STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi

Kết quả từ Bảng 1 cho thấy bác sĩ tim mạch gặp nhiều rào cản đáng kể trong chẩn đoán STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi, phản ánh tính phức tạp và thách thức của thực hành lâm sàng trong nhóm bệnh nhân này. Phần lớn bác sĩ tham gia khảo sát cho rằng chẩn đoán STPSTMBT khó khăn hơn so với suy tim phân suất tống máu giảm, với tỷ lệ đồng thuận lên đến 96,7%. Nhận định này phù hợp với thực tế lâm sàng, khi STPSTMBT thường biểu hiện bằng các triệu chứng không đặc hiệu, dễ chồng lấp với các bệnh lý hô hấp hoặc các biểu hiện sinh lý của quá trình lão hóa. Hơn 90% bác sĩ cho rằng triệu chứng lâm sàng của STPSTMBT không đặc hiệu và 83,3% gặp khó khăn trong việc phân biệt khó thở do STPSTMBT với khó thở liên quan đến tuổi già.

Một rào cản quan trọng khác được ghi nhận là sự phức tạp trong việc áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện hành. Mặc dù 63,3% bác sĩ cho biết họ nắm rõ các tiêu chuẩn chẩn đoán STPSTMBT, chỉ có 33,3% có kinh nghiệm sử dụng các thang điểm chẩn đoán được khuyến cáo như H₂FPEF hoặc HFA-PEFF. Điều này cho thấy tồn tại khoảng cách đáng kể giữa kiến thức lý thuyết và việc áp dụng các công cụ chẩn đoán trong thực hành hằng ngày. Ngoài ra, hơn 80%

bác sĩ cho rằng các tiêu chuẩn chẩn đoán hiện tại còn phức tạp và cần có các công cụ đơn giản, dễ áp dụng hơn trong bối cảnh lâm sàng bận rộn, đặc biệt tại các cơ sở có số lượng bệnh nhân đông.

Việc sử dụng các phương tiện cận lâm sàng cũng là một thách thức. Đa số bác sĩ đồng thuận rằng một mình NT-proBNP không đủ để chẩn đoán STPSTMBT. Bên cạnh đó, chỉ khoảng một nửa số bác sĩ cho biết có khả năng khảo sát đầy đủ chức năng tâm trương trên siêu âm tim, trong khi 63,3% nhận định rằng đánh giá chức năng tâm trương là phức tạp. Những hạn chế này có thể liên quan đến yếu tố kỹ thuật, thời gian thăm khám hạn chế hoặc sự thiếu đồng bộ về đào tạo chuyên sâu. Đáng chú ý, 100% bác sĩ tham gia khảo sát đồng ý rằng chẩn đoán sớm STPSTMBT có vai trò quan trọng trong tối ưu hóa điều trị. Tổng hợp các kết quả trên cho thấy rào cản trong chẩn đoán STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi không chỉ xuất phát từ đặc điểm bệnh học phức tạp mà còn từ hạn chế về công cụ, đào tạo và điều kiện thực hành lâm sàng.

4.2. Rào cản của bác sĩ trong điều trị STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi

Kết quả từ Bảng 2 cho thấy các bác sĩ tim mạch gặp nhiều rào cản trong điều trị STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi, chủ yếu liên quan đến hạn chế bằng chứng, đặc điểm đa bệnh lý và yếu tố hệ thống. Tất cả bác sĩ tham gia khảo sát đều đồng thuận rằng việc thiếu các bằng chứng mạnh từ thử nghiệm lâm sàng là rào cản lớn trong điều trị STPSTMBT. Đồng thời, phần lớn cho rằng STPSTMBT có ít lựa chọn điều trị hiệu quả hơn so với suy tim phân suất tống máu giảm, góp phần làm giảm sự tự tin trong quyết định điều trị.

Tỷ lệ cao bác sĩ ghi nhận khó khăn trong kiểm soát triệu chứng, điều trị STPSTMBT kèm đa bệnh lý và ảnh hưởng của các bệnh đồng

mắc lên quá trình điều trị. Chức năng thận suy giảm, nguy cơ tác dụng phụ và vấn đề tuân thủ điều trị được xem là những yếu tố thường xuyên làm phức tạp chiến lược điều trị. Ngoài ra, các rào cản mang tính hệ thống như khó phối hợp đa chuyên khoa, hạn chế theo dõi lâu dài sau xuất viện, thiếu dữ liệu trong nước và thiếu các chương trình đào tạo liên tục về STPSTMBT cũng được ghi nhận với tỷ lệ cao. Những phát hiện này cho thấy điều trị STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi đòi hỏi không chỉ cập nhật bằng chứng mà còn cần các mô hình chăm sóc tích hợp và hướng dẫn phù hợp với bối cảnh thực hành tại Việt Nam.

4.3. Rào cản của bác sĩ trong quản lý STPSTMBT ở bệnh nhân có hội chứng lão khoa

Kết quả từ Bảng 3 cho thấy các hội chứng lão khoa là nhóm rào cản nổi bật và mang tính hệ thống trong quản lý STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi. Tất cả bác sĩ tham gia khảo sát đều đồng thuận rằng sa sút trí tuệ hoặc suy giảm nhận thức là yếu tố cản trở quan trọng trong quá trình điều trị, đồng thời gây khó khăn đáng kể trong tiên lượng bệnh. Mặc dù nhận thức về tầm quan trọng của đánh giá lão khoa là rất cao, với 100% bác sĩ cho rằng cần thực hiện đánh giá lão khoa thường quy và cá thể hóa điều trị, tỷ lệ bác sĩ có kinh nghiệm thực hành đánh giá lão khoa, dinh dưỡng hoặc được đào tạo bài bản vẫn còn hạn chế.

Đa thuốc, nguy cơ té ngã và khó khăn trong việc chỉnh liều thuốc ở bệnh nhân có hội chứng lão khoa được ghi nhận với tỷ lệ cao, cho thấy sự phức tạp trong cân bằng giữa hiệu quả và an toàn điều trị. Bên cạnh đó, hầu hết bác sĩ nhấn mạnh vai trò quan trọng của gia đình và người chăm sóc, cũng như sự thiếu hụt các nguồn lực hỗ trợ xã hội và phục hồi chức năng. Những kết quả này cho thấy việc quản lý STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi không thể tách rời bối cảnh lão khoa, và nhấn mạnh nhu cầu phát triển các mô hình chăm sóc tích hợp tim mạch-lão khoa nhằm tối ưu hóa kết cục điều trị.

4.4. Dữ liệu trên thế giới về rào cản trong quản lý STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi

Ở nhóm bệnh nhân cao tuổi, căn nguyên của suy tim có những đặc điểm riêng biệt và khác biệt đáng kể so với nhóm bệnh nhân trẻ hơn, không chỉ về mặt dịch tễ học mà còn trong tiếp cận chẩn đoán và biểu hiện lâm sàng. Khi tập trung vào quần thể này, có thể xem suy tim như một hội chứng lão khoa thực thụ, được đặc trưng bởi nhiều yếu tố cùng tồn tại, thường đi kèm với các bệnh đồng mắc khác và đòi hỏi

những chiến lược chăm sóc đặc hiệu, có mục tiêu [3]. Tuy nhiên, các thử nghiệm lâm sàng lớn về STPSTMBT như TOPCAT, PARAGON-HF và CHARM-Preserved mặc dù tuyển nhiều bệnh nhân cao tuổi, nhưng thường loại trừ những đối tượng suy yếu nặng, đa bệnh lý phức tạp hoặc suy giảm nhận thức, dẫn đến khoảng cách đáng kể giữa bằng chứng và thực hành lâm sàng [5-7]. Do đó, dữ liệu trên thế giới về cách nhìn nhận trong quản lý các bệnh nhân cao tuổi có STPSTMBT từ các bác sĩ cũng còn hạn chế.

Một nghiên cứu tại Trung Quốc tiếp cận vấn đề quản lý suy tim mạn ở bệnh nhân cao tuổi từ góc nhìn của 30 nhân viên y tế cộng đồng cho thấy nhiều rào cản tồn tại ở nhiều cấp độ khác nhau. Ở cấp độ cá nhân, nhân viên y tế thiếu kiến thức và kinh nghiệm trong quản lý suy tim. Sự thiếu hỗ trợ từ gia đình và sự thiếu tin tưởng của người bệnh đối với y tế cơ sở làm giảm hiệu quả chăm sóc. Các rào cản ở cấp độ tổ chức bao gồm thiếu chương trình đào tạo chuyên môn, thiếu nhân lực, phối hợp nhóm chưa hiệu quả và hạn chế trong hoạt động truyền thông và giáo dục sức khỏe. Ở cấp độ cộng đồng, việc thiếu các chương trình sàng lọc và theo dõi định kỳ, thiếu trang thiết bị y tế và hệ thống giám sát hỗ trợ bởi công nghệ thông tin làm hạn chế quản lý bệnh lâu dài. Ngoài ra, các yếu tố ở cấp độ chính sách như thiếu hỗ trợ tài chính, thiếu hướng dẫn quốc gia phù hợp với bối cảnh địa phương và mức chi trả bảo hiểm y tế thấp cũng được xác định là những rào cản quan trọng. Những kết quả này nhấn mạnh rằng quản lý suy tim ở bệnh nhân cao tuổi đòi hỏi các can thiệp đồng bộ về đào tạo, hệ thống y tế và chính sách nhằm giảm gánh nặng bệnh tật [8].

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu bước đầu cho thấy bác sĩ tim mạch Việt Nam gặp nhiều rào cản trong chẩn đoán và điều trị STPSTMBT ở bệnh nhân cao tuổi, liên quan đến tính phức tạp của lâm sàng, hạn chế bằng chứng điều trị và sự hiện diện của các hội chứng lão khoa. Những kết quả này nhấn mạnh nhu cầu tăng cường đào tạo, xây dựng hướng dẫn phù hợp với người cao tuổi và phát triển mô hình chăm sóc tích hợp tim mạch-lão khoa nhằm cải thiện chất lượng quản lý bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- 1. Llacer P, Melero MG, Fernandez MA, Torres P, Manzano L.** Heart failure with preserved ejection fraction in the elderly: Clinical, imaging, and biomarker profiles according to global longitudinal strain by cardiac magnetic resonance. *Eur J Intern Med* 2025;106653.

2. **Samson R, Jaiswal A, Ennezat PV, Cassidy M, Le Jemtel TH.** Clinical Phenotypes in Heart Failure With Preserved Ejection Fraction. *J Am Heart Assoc* 2016, 5(1).
3. **Fagotto V, Cavarape A, Boccanelli A:** Heart failure in the elderly. A geriatric syndrome. Picture of the modern situation. *Monaldi Arch Chest Dis* 2019, 89(1).
4. **Green P, Maurer MS.** Geriatric assessment of older adults with heart failure: an essential tool in planning of care. *Am J Med* 2013, 126(2):93–94.
5. **Pitt B, Pfeffer MA, Assmann SF, Boineau R, Anand IS, Claggett B, Clausell N, Desai AS, Diaz R, Fleg JL et al.** Spironolactone for heart failure with preserved ejection fraction. *N Engl J Med* 2014, 370(15):1383–1392.
6. **Solomon SD, McMurray JJV, Anand IS, Ge J, Lam CSP, Maggioni AP, Martinez F, Packer M, Pfeffer MA, Pieske B et al.** Angiotensin-Nepriylsin Inhibition in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. *N Engl J Med* 2019, 381(17):1609–1620.
7. **Yusuf S, Pfeffer MA, Swedberg K, Granger CB, Held P, McMurray JJ, Michelson EL, Olofsson B, Ostergren J, Investigators C et al.** Effects of candesartan in patients with chronic heart failure and preserved left-ventricular ejection fraction: the CHARM-Preserved Trial. *Lancet* 2003, 362(9386):777–781.
8. **Lou Y, Zhang M, Zou Y, Zhao L, Chen Y, Qiu Y.** Facilitators and barriers in managing older chronic heart failure patients in community health care centers: a qualitative study of medical personnel's perspectives using the socio-ecological model. *Front Health Serv* 2025, 5:1483758.

KẾT QUẢ KHẢO SÁT TỶ LỆ LO ÂU, TRẦM CẢM, STRESS CỦA NGƯỜI BỆNH UNG THƯ VÚ TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẦY NĂM 2024 - 2025

Dương Thị Ngọc Châu¹, Nguyễn Thị Kim Bằng², Huỳnh Quang Khánh³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm xác định tỷ lệ và phân tích một số yếu tố liên quan đến lo âu, trầm cảm, stress của người bệnh ung thư vú tại phòng khám tuyến vú Bệnh viện Chợ Rẫy. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 190 người bệnh mới được chẩn đoán ung thư vú tại phòng khám tuyến vú Bệnh viện Chợ Rẫy bằng thang đo DASS-21 (The 21-item Depression Anxiety and Stress Scales) để đánh giá mức độ lo âu, trầm cảm, stress, sử dụng hồi quy logistic để đo lường mối liên quan giữa một số đặc điểm và tình trạng lo âu, trầm cảm, stress. **Kết quả:** Có 65,8% bệnh nhân ung thư vú có tình trạng lo âu thực sự, 80,0% người bệnh có tình trạng trầm cảm thực sự và 71,1% người bệnh ung thư vú có tình trạng stress thực sự. Những yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn lo âu là tình trạng hôn nhân, giai đoạn bệnh. Những yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn stress là tình trạng trình độ học vấn, giai đoạn bệnh. **Kết luận:** Tỷ lệ người bệnh ung thư vú mắc rối loạn lo âu, trầm cảm, stress ở mức cao, cần quan tâm và đẩy mạnh công tác chăm sóc sức khỏe tâm thần cho

những người bệnh ung thư vú có nhu cầu cả trong và sau quá trình điều trị. **Từ khóa:** Lo âu, trầm cảm, stress; bệnh nhân ung thư vú; DASS -21.

ABSTRACT

RESULTS OF A SURVEY ON THE PREVALENCE OF ANXIETY, DEPRESSION, AND STRESS IN BREAST CANCER PATIENTS AT CHO RAY HOSPITAL IN 2024-2025

Objective: This study aims to determine the prevalence and analyze several factors related to anxiety, depression, and stress in breast cancer patients at the breast clinic of Cho Ray Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 190 newly diagnosed breast cancer patients at the breast clinic of Cho Ray Hospital using the DASS-21 scale (The 21-item Depression Anxiety and Stress Scales) to assess the levels of anxiety, depression, and stress. Logistic regression was used to measure the relationship between certain characteristics and anxiety, depression, and stress levels. **Results:** 65.8% of breast cancer patients experienced genuine anxiety, 80.0% experienced genuine depression, and 71.1% experienced genuine stress. Factors associated with anxiety disorders included marital status and disease stage. Factors associated with depression included marital status and disease stage. Factors associated with stress included educational level and disease stage. **Conclusion:** The high prevalence of anxiety, depression, and stress among breast cancer patients highlights the need for increased mental health care for those in need, both during and after treatment. **Keywords:** Anxiety, depression, stress; breast cancer patients; DASS-21.

¹ Khoa Siêu âm thăm dò chức năng, bệnh viện Chợ Rẫy

² Khoa U gan, bệnh viện Chợ Rẫy

³ Khoa Tuyến vú, bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Quang Khánh

Email: huynhquangkhanhbvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.2.2026

Ngày phản biện khoa học: 23.3.2026

Ngày duyệt bài: 13.4.2026