

hiều nhất chiếm 78,8%. Sai số này là sai số cho phép được. Ước lượng cân nặng thai nhi đóng vai trò rất quan trọng trong tiên lượng cuộc đẻ, nếu ước lượng cân nặng thai nhi sai số lớn sẽ dẫn đến nhiều hậu quả như: bỏ sót các trường hợp thai to dẫn đến đẻ khó do mắc vai, tỉ lệ đầu không lọt cao, hoặc cũng có thể mổ sai trong trường hợp chỉ định mổ do thai to nhưng cân nặng thai nhi lại nhỏ. Với vai trò của siêu âm và kinh nghiệm lâm sàng việc ước lượng cân nặng thai nhi đúng góp phần rất lớn cho việc an toàn trong cuộc đẻ.

V. KẾT LUẬN

Những sản phụ mổ lấy thai con so tại viện 19-8 Bộ Công An chủ yếu là trẻ tuổi, có thai tự nhiên. Kết quả siêu âm có độ chính xác cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyattvill MD (2004). Preliminary birth for 2004

- infant and Maternal health , National center for health statistics.
2. Vũ Công Khanh (1998), Tình hình chỉ định và một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại BVBM TSS năm 1997, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 3. Nguyễn Thị Hiền (2017) Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2016, luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 4. Nguyễn Tài Đức (2019): "Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản trung ương"
 5. Korula George and Mohan S Kamath, "Fertility and age" J Hum Reprod Sci. 2010 Sep-Dec; 3(3): 121-123.
 6. "Aging and infertility in women" The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.
 7. Ingrid Mogren (2018) "Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016", 2018; 13(5), www.ncbi.nlm.nih.gov

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG HOẶC TÁI NHẬP VIỆN TRONG VÒNG 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM

Triệu Khánh Vinh^{1,2}, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện được dùng làm tiêu chuẩn đo lường chất lượng cho các bệnh nhân nội viện, đặc biệt trên bệnh nhân suy tim khi mà tần suất tử vong trong vòng 30 ngày tại Việt Nam là 2 - 3% [7]. Do đó đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện đóng vai trò quan trọng trong quản lý các bệnh nhân suy tim. **Mục tiêu:** Đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân suy tim nằm tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022 có 111 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Trong đó nam giới có 56 bệnh nhân (chiếm 50,4%). Tuổi trung bình là 62 ± 18,1 năm. Có 27 bệnh nhân (24,3%) có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Các yếu tố nguy cơ cho tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày lần lượt là: tiền căn rung nhĩ (OR = 7,45), tiền căn suy tim (OR = 1,15), phân độ NYHA IV lúc xuất viện (OR = 5,47), có ngoại

tâm thu trên điện tâm đồ (OR = 7,13), có rung nhĩ trên điện tâm đồ (OR = 7,13), tỉ số E/A cao (OR = 1,813), tỉ số E/e' trung bình cao (OR = 1,06), điều trị kháng đông lúc xuất viện (OR = 4,55) và điều trị nitrate lúc xuất viện (OR = 2,69). Thang điểm với 3 yếu tố bao gồm tiền căn suy tim, phân độ NYHA IV lúc xuất viện và có rung nhĩ trên điện tâm đồ có diện tích dưới đường cong ROC là 0,7174 (KTC 95%, 0,598 - 0,818) với điểm cắt là ≥1 điểm có độ nhạy là 70,27% và độ đặc hiệu là 62,96%. **Kết luận:** Các bệnh nhân suy tim có tỉ lệ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày cao sau xuất viện. Dự đoán nhóm bệnh nhân suy tim có nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày dựa trên các yếu tố về lâm sàng không quá phức tạp nhằm đưa ra chiến lược quản lý tối ưu.

Từ khóa: Suy tim, tử vong, tái nhập viện, yếu tố tiên lượng.

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR 30-DAY HEART FAILURE-SPECIFIC READMISSION OR DEATH AFTER DISCHARGE

Background: Readmission within 30 days is used as a standard quality metric for hospitalized patients, especially for patients with heart failure the rate of mortality within 30 days is 2 - 3% in Vietnam. Consequently, assessing prognostic factors for mortality or readmission within 30 days after discharge plays an important role in the management of heart failure patients. **Objectives:** Assessment of prognostic factors for mortality or readmission within 30 days after discharge of heart failure patients.

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022

Methods: Retrospective study, surveying heart failure patients in the Cardiology Department at Cho Ray Hospital from October 2021 to May 2022. **Results:** From October 2021 to May 2022, 111 patients were selected for the study. Among them, there are 56 male patients (accounting for 50.4%). The mean age was 62 ± 18.1 years. 27 patients (23.4%) had 30-day death or readmission after discharge. The risk factors for death or readmission within 30 days after discharge are: history of atrial fibrillation (OR = 7.45), history of heart failure (OR = 1.15), NYHA IV at discharge (OR = 5.47), ectopic beat on electrocardiogram (OR = 7.13), atrial fibrillation on electrocardiogram (OR = 7.13), high E/A ratio (OR = 1.813), high average E/e' ratio (OR = 1.06), treatment with anticoagulants at discharge (OR = 4.55) and treatment with nitrate at discharge (OR = 2.69). A scale with 3 factors including a history of heart failure, NYHA IV at discharge, and atrial fibrillation on electrocardiogram which has an area under the receiver operating characteristic curve (AUC) is 0.7174 (95% confidence interval, 0.598 - 0.818) and a cut-point ≥ 1 has the sensitivity 70.27% and the specificity 62.96%. **Conclusion:** Heart failure patients have a high mortality or readmission rate within 30 days after discharge. Predicting heart failure patients with death or readmission risk within 30 days after discharge based on uncomplicated clinical factors to provide an optimal management approach.

Keywords: Heart failure, mortality, readmission, prognostic factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng không đồng nhất, và cả trường hợp xác định lẫn phân loại các bệnh nhân trong các nghiên cứu dịch tễ học vẫn còn đang thách thức. Hiện nay, ước tính có khoảng 64,3 triệu người trên thế giới đang chung sống với suy tim. Sau khi chẩn đoán, số lần trung bình bệnh nhân suy tim nhập viện là khoảng một lần mỗi năm. Dựa theo số liệu từ nghiên cứu dựa trên đa chủng tộc Châu Á tại thành phố Singapore đơn thuần, tỷ lệ nhập viện vì suy tim hiệu chỉnh theo tuổi đã tăng 40% trong thập kỷ qua, làm cho suy tim trở thành nguyên nhân tim mạch nhập viện thường gặp nhất (với khoảng 24% tổng số tất cả trường hợp nhập viện vì tim mạch), với chỉ 32% sống còn sau 5 năm. Nghiên cứu của các chuyên gia từ 9 quốc gia hoặc vùng của Châu Á (trong đó có cả Việt Nam) vào năm 2016 đã báo cáo tỷ lệ tái nhập viện trong 30 ngày dao động giữa 3% đến 15%, trong đó thì tại Việt Nam là 7% và tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau xuất viện dao động từ 1% đến 17%, trong đó tại Việt Nam là 2 - 3%.

Từ đó cho thấy việc nhận diện các bệnh nhân suy tim có nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện sớm hết sức quan trọng trong chiến lược điều trị và quản lý các bệnh nhân này. Để làm rõ

vấn đề đó, chúng tôi tiến hành khảo sát các yếu tố nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy

Mục tiêu: Khảo sát các yếu tố nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim nhập viện.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn nhận vào: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, nằm tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 5/2022, được chẩn đoán suy tim và có chỉ định xuất viện.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án không đầy đủ. Bệnh nhân có các bệnh lý tim mạch khác như bóc tách động mạch chủ ngực, tràn dịch màng ngoài tim lượng nhiều hoặc chèn ép tim cấp, viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, hẹp van hai lá trung bình - nặng.

Thiết kế nghiên cứu: Hồi cứu

Các biến số

Tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện

Biến sống còn, 2 giá trị: có hoặc không. Tử vong do bất kỳ nguyên nhân nào trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện trong lần nhập viện này.

Tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện

Biến nhị giá, 2 giá trị: có hoặc không. Tình trạng nhân chuyển nặng phải nhập viện trở lại ngoài ý muốn tại cùng bệnh viện hoặc bệnh viện bất kỳ trong vòng 30 ngày kể từ ngày xuất viện trong lần nhập viện này.

Phương pháp tiến hành

Những bệnh nhân thỏa tiêu chí chọn bệnh được đưa vào khảo sát, không thỏa tiêu chí loại trừ. Khảo sát lần lượt các đặc điểm nhân trắc căn bản, đặc điểm lâm sàng, các cận lâm sàng lúc nhập viện và lúc xuất viện, các thông số siêu âm tim lúc nhập viện và lúc xuất viện, toa thuốc lúc xuất viện và liên hệ lại sau 30 ngày xuất viện để đánh giá tử vong hoặc tái nhập viện.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 16.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn.

So sánh các biến định tính: phép kiểm chi bình phương, hoặc Fisher (khi có $> 20\%$ ô có vọng trị < 5 hoặc có ô vọng trị < 1).

So sánh biến định lượng (biến phụ thuộc) với biến nhị giá (biến độc lập): dùng phép kiểm t bất cặp nếu cùng 1 nhóm đối tượng, dùng phép kiểm t

không bắt cặp nếu trên 2 đối tượng khác nhau.

So sánh 2 biến định lượng: Hồi quy tuyến tính với hệ số tương quan Pearson nếu biến phụ thuộc có phân phối bình thường, dùng hệ số tương quan Spearman nếu biến phụ thuộc không có phân phối bình thường.

Mô hình hồi quy logistic đa biến với phương pháp hồi quy lựa chọn biến từng bước (stepwise) nhằm tìm ra các yếu tố nguy cơ cho tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày và từ đó xây dựng nên một thang điểm.

Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 10/2021 đến 05/2022, chúng tôi thu nhận 111 bệnh nhân vào nghiên cứu. Chúng tôi ghi nhận 27 bệnh nhân có tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện chiếm tỉ lệ 23,4% và các kết quả được trình bày dưới dạng so sánh giữa 2 nhóm có và không có biến cố tái nhập viện và tử vong.

Bảng 1. Các đặc điểm của dân số nghiên cứu

| Biến số | | Tử vong/tái nhập viện trong 30 ngày | | p |
|-------------------------------------|-----------------|-------------------------------------|-------------------|--------------|
| | | Có (n = 27) | Không (n = 84) | |
| Tiền căn (%) | Tăng huyết áp | 55,6 | 69 | 0,199 |
| | Đái tháo đường | 33,3 | 29,8 | 0,726 |
| | Hút thuốc lá | 29,6 | 29,8 | 0,99 |
| | Rối loạn mỡ máu | 51,9 | 41,7 | 0,354 |
| | Béo phì | 11,1 | 15,5 | 0,574 |
| | Bệnh thận mạn | 25,9 | 16,7 | 0,285 |
| | Bệnh mạch vành | 44,4 | 35,7 | 0,416 |
| | Rung nhĩ | 14,8 | 2,4 | 0,013 |
| | Suy tim | 40,7 | 17,9 | 0,015 |
| NYHA lúc xuất viện (%) | NYHA I | 0 | 9,5 | 0,096 |
| | NYHA II | 22,2 | 26,2 | 0,680 |
| | NYHA III | 48,1 | 57,1 | 0,414 |
| | NYHA IV | 29,6 | 7,1 | 0,002 |
| Tuổi | | 63,7 ± 16,2 | 61,5 ± 18,7 | 0,5885 |
| Nam giới | | 51,8% | 50% | 0,867 |
| Thời gian nằm viện (ngày) | | 10,1 ± 8,4 | 10 ± 7,6 | 0,9316 |
| AST (U/L) | | 57,4 ± 33,8 | 170,3 ± 437,7 | 0,1847 |
| ALT (U/L) | | 69,5 ± 122,9 | 118,3 ± 270,4 | 0,3672 |
| Creatinin máu lúc xuất viện (mg/dL) | | 1,46 ± 1,04 | 1,56 ± 1,75 | 0,7544 |
| BUN lúc xuất viện (mg/dL) | | 32,5 ± 24,4 | 28,9 ± 17 | 0,3975 |
| Natri lúc xuất viện (mmol/L) | | 135,4 ± 5,4 | 135,9 ± 4,6 | 0,6272 |
| Kali lúc xuất viện (mmol/L) | | 3,7 ± 0,6 | 3,76 ± 0,53 | 0,6870 |
| NT-proBNP lúc nhập viện (pg/mL) | | 17458,1 ± 11283,9 | 18776,8 ± 12667,5 | 0,6304 |
| NT-proBNP lúc xuất viện (pg/mL) | | 8731,4 ± 8803,8 | 10188,5 ± 10161,3 | 0,5053 |
| Troponin I (ng/mL) | | 5321,9 ± 13251,7 | 7620,8 ± 14189,9 | 0,4586 |

Bảng 2. Các đặc điểm trên điện tâm đồ của dân số nghiên cứu

| Biến số | Tử vong/tái nhập viện trong 30 ngày | | p |
|------------------|-------------------------------------|----------------|--------------|
| | Có (n = 27) | Không (n = 84) | |
| Bình thường | 0% | 7,1% | 0,153 |
| Thiếu máu cục bộ | 88,9% | 86,9% | 0,787 |
| Ngoại tâm thu | 14,8% | 2,4% | 0,013 |
| Rung nhĩ | 14,8% | 2,4% | 0,013 |
| Block nhánh | 7,4% | 6% | 0,787 |
| Block nhĩ thất | 0% | 2,4% | 0,418 |

Bảng 3. Các đặc điểm siêu âm tim của dân số nghiên cứu

| Biến số | Tử vong/tái nhập viện trong 30 ngày | | p |
|----------------------|-------------------------------------|----------------|--------|
| | Có (n = 27) | Không (n = 84) | |
| EF lúc nhập viện (%) | 33 ± 10,8 | 32,5 ± 10,8 | 0,8248 |

| | | | |
|---------------------------------------|--------------|--------------|---------------|
| EF lúc xuất viện (%) | 37,7 ± 11,5 | 37,4 ± 10,5 | 0,9197 |
| HF _r EF | 66,7% | 70,2% | 0,726 |
| HF _m rEF | 29,6% | 22,6% | 0,546 |
| HF _p EF | 3,7% | 7,2% | 0,522 |
| LVM _I (g/m ²) | 159,9 ± 62,8 | 147,6 ± 48,5 | 0,2917 |
| LAV _I (mL/m ²) | 43,2 ± 26 | 35,8 ± 22,9 | 0,1566 |
| Vận tốc sóng E (cm/s) | 96 ± 35,7 | 77,1 ± 25 | 0,0028 |
| Vận tốc sóng A (cm/s) | 70,7 ± 27,3 | 74,3 ± 24,6 | 0,5212 |
| E/A | 1,65 ± 1,06 | 1,21 ± 0,72 | 0,0151 |
| E/e' trung bình | 18 ± 9,5 | 14,7 ± 6,3 | 0,0400 |
| TRV _{max} (m/s) | 2,41 ± 0,78 | 2,21 ± 0,81 | 0,2755 |

Bảng 4. Thuốc tim mạch lúc xuất viện của dân số nghiên cứu

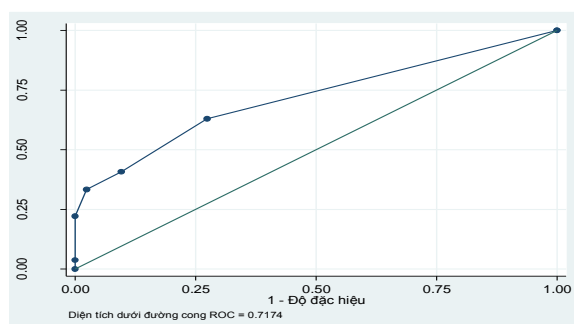
| Biến số | Tử vong/tái nhập viện trong 30 ngày | | p |
|---|-------------------------------------|----------------|--------------|
| | Có (n = 27) | Không (n = 84) | |
| Ước chế men chuyển/Ước chế thụ thể | 44,4% | 54,8% | 0,35 |
| Ước chế thụ thể Angiotensin–Neprilysin (ARNI) | 33,3% | 25% | 0,396 |
| Chẹn thụ thể beta giao cảm | 37% | 41,7% | 0,67 |
| Lợi tiểu kháng thụ thể mineralocorticoid | 66,7% | 67,9% | 0,908 |
| Lợi tiểu quai | 70,3% | 55,9% | 0,522 |
| Ước chế kênh đồng vận chuyển sodium–glucose 2 | 14,8% | 16,7% | 0,82 |
| Nitrate | 51,9% | 27,4% | 0,019 |
| Statin | 70,4% | 77,4% | 0,46 |
| Digoxin | 3,7% | 1,2% | 0,393 |
| Ivabradine | 14,8% | 4,8% | 0,079 |
| Thuốc kháng đông | 25,9% | 7,1% | 0,008 |

Bảng 5. Các yếu tố nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện

| Các biến số | Hệ số β | p | OR | KTC 95% của OR |
|---|---------|--------|-------|----------------|
| Tiền căn rung nhĩ | 2,009 | 0,0208 | 7,45 | 1,281 – 43,390 |
| Tiền căn suy tim | 1,151 | 0,0188 | 1,15 | 1,223 – 8,171 |
| NYHA IV lúc xuất viện | 1,700 | 0,0045 | 5,47 | 1,697 – 17,658 |
| Ngoại tâm thu trên ECG | 1,964 | 0,0235 | 7,13 | 1,227 – 41,414 |
| Rung nhĩ trên ECG | 1,964 | 0,0235 | 7,13 | 1,227 – 41,414 |
| Vận tốc sóng E | 0,022 | 0,0035 | 1,02 | 1,007 – 1,039 |
| E/A | 0,595 | 0,020 | 1,813 | 1,090 – 3,015 |
| E/e' trung bình | 0,057 | 0,0472 | 1,06 | 0,999 – 1,122 |
| Điều trị thuốc kháng đông lúc xuất viện | 1,515 | 0,0140 | 4,55 | 1,376 – 15,046 |
| Điều trị thuốc nitrate lúc xuất viện | 0,990 | 0,0293 | 2,69 | 1,104 – 6,563 |

Bảng 6. Mô hình hồi quy logistic đa biến

| Các biến số | Hệ số β | p | OR | KTC 95% của OR |
|-----------------------|---------|--------|--------|----------------|
| NYHA IV lúc xuất viện | 1,679 | 0,009 | 5,361 | 1,528 – 18,812 |
| Tiền căn suy tim mạn | 1,352 | 0,011 | 3,864 | 1,368 – 10,909 |
| Rung nhĩ trên ECG | 2,473 | 0,009 | 11,862 | 1,847 – 76,165 |
| Hằng số | - 1,982 | 0,0002 | | |



Hình 1. Đường cong ROC của thang điểm dự đoán khả năng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu. Tỷ lệ nam và nữ gần bằng nhau. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu cao (đều >60 tuổi) phù hợp với dân số suy tim. Tiền căn thường gặp nhất là tăng huyết áp,

kế đến là rối loạn mỡ máu và bệnh mạch vành ở cả 2 nhóm. Nhóm bệnh nhân có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện thì có tỉ lệ tiền căn rung nhĩ và suy tim cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$) và có tỉ lệ khó thở ở phân độ NYHA IV lúc xuất viện cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,002$). Thời gian nằm viện của cả 2 nhóm đều có giá trị trung bình ít nhất 10 ngày. Có sự tăng dấu ấn sinh học tim, rối loạn chức năng thận lúc xuất viện và tăng men gan ở cả 2 nhóm và sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

4.2. Nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Gần một phần tư bệnh nhân (23,4%) có tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Tỉ lệ này lớn hơn so với các nghiên cứu liên quan trên đối tượng bệnh nhân suy tim nói chung của tác giả Nam-Kyoo Lim (9,8%) [3]. Nghiên cứu của tác giả Clementino Labrosciano cho ra kết quả tỉ lệ trong vòng 30 ngày về tử vong gần tương đương là 10,7% và tái nhập viện cao hơn với 22,3% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân suy tim có tái nhập viện hoặc tử vong trong vòng 30 ngày sau xuất viện thường có tiền sử suy tim và rung nhĩ, có phân độ NYHA IV lúc xuất viện, có ngoại tâm thu hoặc rung nhĩ trên điện tâm đồ lúc nhập viện, vận tốc sóng E cao, có tỉ số E/A cao, tỉ số E/e' trung bình cao và toa thuốc ra viện có điều trị kháng đông và nitrate. Kết quả này có một số sự tương đồng với một số nghiên cứu liên quan. Nghiên cứu của tác giả Dương Khang cũng cho thấy tiền sử suy tim là một yếu tố nguy cơ của tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện [1]. Nghiên cứu của tác giả Nam-Kyoo Lim cho thấy nhóm tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày có tiền căn suy tim có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tái nhập viện và không tử vong trong vòng 30 ngày sau xuất viện ($p < 0,0001$) [3]. Nghiên cứu của tác giả Bredy Pierre-Louis cũng cho kết quả là giữa nhóm bệnh nhân suy tim có tái nhập viện trong vòng 60 ngày có tiền căn suy tim và rung nhĩ có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có tái nhập viện trong vòng 60 ngày [5]. Nghiên cứu của tác giả Paaladinesh Thavendiranathan cho thấy tỉ số E/e' trung bình >21 có sự khác biệt ý nghĩa giữa nhóm có tái nhập viện và không tái nhập viện trong vòng 30 ngày và điểm cắt 23 của tỉ số này có giá trị tiên lượng cao nhất về tái nhập viện trong vòng 30 ngày [6].

4.3. Thang điểm dự đoán tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Dựa trên kết quả nghiên cứu, chúng tôi đưa vào thang điểm NHA với chỉ cần 3 yếu tố

đơn giản bao gồm NYHA IV lúc xuất viện, tiền căn suy tim và có rung nhĩ trên điện tâm đồ. Giá trị diện tích dưới đường cong ROC của thang điểm là 0,7174, điểm cắt ≥ 1 điểm có độ nhạy là 62,96% và độ đặc hiệu là 70,27%, giá trị tiên đoán dương là 81,8% và giá trị tiên đoán âm là 82%. So sánh với các thang điểm của các nghiên cứu gần đây, thang điểm của chúng tôi đơn giản hơn khá nhiều so với thang điểm của tác giả Nam-Kyoo Lim với 9 yếu tố và tổng số điểm từ 0 – 36 (bao gồm tuổi, phân độ NYHA, tiền căn bệnh lý, nguyên nhân suy tim, HATT lúc xuất viện, PSTM thất trái, dùng thuốc chẹn beta giao cảm và dùng thuốc ỨCMC/ỨCTT lúc xuất viện, natri máu thấp, BNP hoặc NT-proBNP tăng cao) với giá trị diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,710 (KTC 95% 0,686 - 0,737) về dự báo khả năng tử vong hoặc tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện ở bệnh nhân suy tim [3]. Nghiên cứu của tác giả Kui Toh Gerard Leong cho thấy có 7 yếu tố tiên đoán độc lập tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện bao gồm số lần nhập viện liên quan suy tim trong một năm qua, thời gian nằm viện, nồng độ creatinin huyết thanh, thời gian của phức bộ QRS, nồng độ NT-proBNP, số lượng nhu cầu dịch vụ y xã hội và điều trị chẹn thụ thể beta giao cảm lúc xuất viện. Từ đó, tác giả cũng cho ra một thang điểm dự đoán khả năng tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện với 7 yếu tố trên với diện tích dưới đường cong là 0,76 và độ nhạy cũng như độ đặc hiệu lần lượt là 78,3% và 60,7% [4].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy có tỉ lệ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện cao. Có nhiều yếu tố nguy cơ ở nhóm bệnh nhân có tử vong hoặc tái nhập viện, tuy nhiên thang điểm đơn giản với NYHA IV lúc xuất viện, có tiền căn suy tim và có rung nhĩ trên điện tâm đồ giúp các nhà lâm sàng nhận diện sớm các bệnh nhân có nguy cơ biến cố và đưa ra kết hoạch điều trị tối ưu các yếu tố nguy cơ có thể điều chỉnh được cũng như đưa ra chiến lược quản lý phù hợp sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dương Khang, Châu Ngọc Hoa (2020), "Nghiệm pháp đi bộ 6 phút trước xuất viện và tỉ lệ tái nhập viện trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân suy tim", Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh
2. Labrosciano, C., et al (2021), Frequency, trends and institutional variation in 30-day all-cause

- mortality and unplanned readmissions following hospitalisation for heart failure in Australia and New Zealand. *Eur J Heart Fail*, 23: 31-40.
- Lim NK, et al.** Risk prediction for 30-day heart failure-specific readmission or death after discharge: Data from the Korean Acute Heart Failure (KorAHF) registry. *J Cardiol*. 2019 Feb;73(2):108-113.
 - Leong KT, et al.** Risk Stratification Model for 30-Day Heart Failure Readmission in a Multiethnic South East Asian Community. *Am J Cardiol*. 2017 May 1;119(9):1428-1432
 - Pierre-Louis B, et al.** Clinical factors associated with early readmission among acutely decompensated heart failure patients. *Arch Med Sci*. 2016 Jun 1;12(3):538-45[6] Thavendiranathan P, et al. Prediction of 30-day heart failure-specific readmission risk by echocardiographic parameters. *Am J Cardiol*. 2014 Jan 15;113(2):335-41
 - Reyes EB, et al.** Heart failure across Asia: Same healthcare burden but differences in organization of care. *Int J Cardiol*. 2016 Nov 15;223:163-167.

ĐÁNH GIÁ ĐỘC TÍNH CẤP VÀ ĐỘC TÍNH BÁN TRƯỜNG DIỄN CỦA CHẾ PHẨM SÂM THẢO CAN KHƯƠNG THANG

Nguyễn Hữu Lạc Thủy¹, Trương Minh Nhật¹, Trịnh Thị Diệu Thường¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm sâm thảo can khương thang (STCKT) trên động vật thực nghiệm. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được thực hiện trên giống chuột nhắt trắng Swiss albino. Đánh giá độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của chế phẩm STCKT theo hướng dẫn của Bộ Y tế. **Kết quả:** Ở liều tối đa dùng theo đường uống trên chuột nhắt là 200 ml/kg không thể hiện độc tính cấp trên động vật thử nghiệm sau 14 ngày theo dõi. Cân nặng của chuột, chức năng tạo máu, chức năng gan, thận và các cơ quan khác nhìn chung không bị ảnh hưởng khi sử dụng liều 4 và 12 ml/kg trong 14 và 28 ngày. **Kết luận:** Chế phẩm STCKT trên mô hình thử nghiệm không gây độc cho chuột nhắt trắng. Tuy nhiên, cần cẩn trọng với khả năng giảm số lượng tiểu cầu trên chuột đực.

Từ khóa: sâm thảo can khương thang, độc tính cấp, độc tính bán trường diễn.

SUMMARY

EVALUATE ACUTE TOXICITY AND SEMI-PERMANENT TOXICITY OF SHEN CAO GAN JIANG TANG (SAM THAO CAN KHUONG THANG)

Objectives: To study the acute toxicity and semi-permanent toxicity of Shen Cao Gan Jiang Tang (SCGJT) in experimental animals. **Subjects and methods:** The study was conducted on Swiss albino white mice. Acute toxicity and semi-permanent toxicity of SCGJT were evaluated according to the guidance of the Ministry of Health. **Results:** The acute toxicity and LD₅₀ of SCGJT in maximum dose of 200 ml/kg cannot be determined. The mice weight, hematopoietic function, liver and kidney function, and other organisms were generally unaffected when using

SCGJT with the dose of 4 and 12 ml/kg during 14 and 28 days. **Conclusion:** SCGJT has no acute and semi-permanent toxicity in experimental mice. However, caution should be exercised regarding the potential for decreasing the number of platelets in male mice.

Keywords: Shen Cao Gan Jiang Tang, acute toxicity, semi-permanent toxicity.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

SARS-CoV-2 là một loại virus gây ra đại dịch viêm đường hô hấp cấp trên toàn cầu, xuất hiện lần đầu tiên ở Vũ Hán, Trung Quốc vào năm 2019 và được báo cáo là tác nhân gây ra COVID-19 (bệnh coronavirus 2019). Theo Y học cổ truyền, COVID-19 thuộc phạm vi "Ôn dịch" của "Học thuyết Ôn bệnh học" và có tên "Cảm mạo ôn bệnh" [1]. Do đó, việc sử dụng các phương pháp và thuốc y học cổ truyền trong phòng và hỗ trợ điều trị COVID-19 là cần thiết.

Sâm Thảo Can Khương Thang (STCKT) là bài thuốc được phát triển từ bài thuốc cổ phương Cam thảo can khương gia nhân sâm có tác dụng đuổi tà khí, hồi phục sức khỏe, lập lại thể cân bằng âm dương [4]. Nhằm mục đích trước khi đưa vào sử dụng hỗ trợ điều trị COVID-19 cho bệnh nhân, chúng tôi tiến hành nghiên cứu độc tính cấp và độc tính bán trường diễn của bài thuốc STCKT.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Nguyên liệu và đối tượng nghiên cứu

- **Nguyên liệu nghiên cứu:** chế phẩm STCKT có thành phần: Nhân sâm, Cam thảo và Can khương được cô đặt đến còn 1/10 thể tích ban đầu. Sản phẩm do Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh bào chế, đạt chất lượng theo tiêu chuẩn cơ sở.

- **Đối tượng nghiên cứu:** chuột nhắt trắng chủng Swiss albino ở cả hai giống, cân nặng 18 –

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thị Diệu Thường

Email: thuong.ttd@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022