

#### 4.2. Tuân thủ của bác sĩ với hướng dẫn chẩn đoán, điều trị bệnh đái tháo đường típ 2.

Tỷ lệ bác sĩ tuyến tỉnh trả lời đúng về yêu cầu tuân thủ chẩn đoán và điều trị ĐTĐ là cao nhất, nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với tỷ lệ này của bác sĩ ở tuyến thành phố và tuyến huyện. Sự khác biệt cũng không có ý nghĩa thống kê giữa các năm kinh nghiệm, chuyên ngành đào tạo và có/ không được tập huấn. Kết quả này khác biệt với nghiên cứu của Đoàn Thị Hồng Thúy thực hiện tại bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La năm 2019, trước can thiệp kiến thức về bệnh và tuân thủ ĐTĐ típ 2 của đối tượng nghiên cứu đạt  $20,58 \pm 5,6$  điểm trên tổng 36 điểm của thang đo kiến thức. Sự khác biệt có thể do phương pháp tính điểm với thang đo khác nhau [8].

#### V. KẾT LUẬN

Kiến thức về biến chứng ĐTĐ, các bác sĩ có số năm hành nghề  $\leq 3$  năm có trung bình số câu trả lời đúng thấp nhất, các bác sĩ có thời gian hành nghề  $\geq 5$  năm có trung bình số câu trả lời đúng cao nhất, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bác sĩ chuyên khoa Nội tiết trả lời đúng  $48,1 \pm 3,5$  câu hỏi, chính xác hơn của các bác sĩ chuyên ngành Nội chung với  $43,3 \pm 6,0$  câu hỏi. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ . Bác sĩ được tập huấn có số câu trả lời đúng cao hơn các bác sĩ không được tập huấn; tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,242$ . Việc tuân thủ với hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ĐTĐ của bác sĩ không có mối liên quan tới tuyến điều trị, chuyên khoa theo

học và việc được tập huấn hàng năm.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tạ Văn Bình (2009)**, Mục tiêu điều trị bệnh Đái tháo đường, trong: Khuyến cáo về bệnh Đái tháo đường tại Việt Nam, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr93-94.
2. **Phạm Văn Sang (2017)**, Thực trạng quản lý và điều trị người bệnh ĐTĐ type 2 tại Bệnh viện đa khoa Tứ Kỳ, Hải Dương năm 2017, Luận văn BSCKII, trường Đại học Y Thái Bình
3. **Herman HW (2015)** "Response to comment on American Diabetes Association. Approaches to glycemetic treatment. Sec. 7. In Standards of Medical Care in Diabetes-2015. Diabetes Care, 38 (10): e175.
4. **Luis-Emilio GP, Álvarez M, Dilla T, Gil-Guillén V, OrozcoBeltrán D, et al (2013)**. "Adherence to therapies in patients with type 2 diabetes". Diabetes Therapy, 4(2):175-194.
5. **Nguyễn Thị Hải (2015)**. Thực trạng tuân thủ điều trị và một số yếu tố liên quan ở người bệnh đái tháo đường Type 2 điều trị ngoại trú tại phòng khám nội tiết bệnh viện Bãi Cháy, tỉnh Quảng Ninh năm 2015. Luận Văn Tiến Sĩ, Trường Đại học Y tế Công cộng.
6. **Shera AS, Jawad F, Basit A.** Diabetes related knowledge, attitude and practices of family physicians in Pakistan. JPMA The Journal of the Pakistan Medical Association. 2002;52(10):465-470.
7. **A. R. Khan ZNAAL, M. B. Khamseen và cộng sự.** Knowledge, attitude and practice of ministry of health primary health care physicians in the management of tipe 2 diabetes mellitus: a cross-sectional study in the Al Hasa District of Saudi Arabia Niger J Clin Pract. 2011;14 (1):52-59.
8. **Đoàn Thị Hồng Thúy, Ngô Huy Hoàng (2019)**. "Thay đổi kiến thức tuân thủ điều trị của người bệnh đái tháo đường Típ 2 ngoại trú tại Bệnh viện Nội tiết tỉnh Sơn La năm 2019". Khoa Học Điều Dưỡng, 2(3):42-54.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM TIM Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP NHẬP VIỆN CÓ BIẾN CỐ TỬ VONG VÀ TÁI NHẬP VIỆN 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN

Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>, Triệu Khánh Vinh<sup>2</sup>, Trương Phi Hùng<sup>1,2</sup>,  
Lý Văn Chiêu<sup>2</sup>, Nguyễn Tri Thức<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp làm tăng nguy cơ tái nhập viện và tử vong sau xuất viện.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Trung tâm Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Triệu Khánh Vinh

Email: triekhanhvinh95@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2023

Ngày duyệt bài: 23.2.2023

Việc xác định các bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp có nguy cơ cao tái nhập viện hoặc tử vong sau xuất viện sẽ có thể tối ưu hóa trong việc điều trị và quản lý. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân suy tim cấp 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 27 bệnh nhân trong 111 bệnh nhân suy tim cấp nhập viện (chiếm 24,3%) có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện do mọi

nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Tuổi trung bình của các bệnh nhân là  $63,7 \pm 16,2$  và tỉ lệ nam giới chiếm 51,9% (n = 14). Các tiền căn bệnh lý thường gặp là tăng huyết áp chiếm 55,6% (n = 15), rối loạn mỡ máu chiếm 51,9% (n = 14), bệnh mạch vành chiếm 44,4% (n = 12) và suy tim mạn chiếm 40,7% (n = 11). Thời gian nằm viện trung vị là 8 (6 - 13) ngày. Phân loại khó thở theo NYHA lúc xuất viện của các bệnh nhân chiếm nhiều nhất là NYHA III với 48,1% (n = 13). Nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ chiếm 70,4% (n = 19). Phân loại suy tim cấp thường gặp là phù phổi cấp với 51,9% (n = 14) và suy tim mất bù cấp với 40,7% (n = 13). Siêu âm tim tại thời điểm trước xuất viện của 27 bệnh nhân ghi nhận giá trị trung vị của LVEF(%) là 36 (32 - 43) và phân loại suy tim dựa trên LVEF thường gặp nhất là suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF) với 18 trường hợp (66,7%). 25 trường hợp (92,6%) có phì đại thất trái trên siêu âm tim và tổn thương van tim thường gặp nhất là hở van hai lá mức độ trung bình - nặng chiếm 62,9% (n = 17). Rối loạn chức năng tâm trương thường gặp nhất là độ III với 15 trường hợp (chiếm 55,6%). **Kết luận:** Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy có tỉ lệ tử vong và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện cao. Đặc điểm lâm sàng bao gồm nguyên nhân suy tim phổ biến nhất là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, phân loại suy tim cấp thường gặp nhất là phù phổi cấp, phân loại suy tim dựa trên LVEF chiếm tỉ lệ cao nhất là HFrEF. Các đặc điểm siêu âm tim thường gặp nhất là phì đại thất trái, hở van hai lá trung bình - nặng, giá trị E/e' trung bình cao và rối loạn chức năng tâm trương thất trái độ III.

**Từ khóa:** Suy tim cấp, tử vong, tái nhập viện, siêu âm tim.

## SUMMARY

### CLINICAL CHARACTERISTICS AND ECHOCARDIOGRAPHY FINDINGS IN PATIENTS ADMITTED FOR ACUTE HEART FAILURE WITH 30-DAY READMISSION OR DEATH AFTER DISCHARGE

**Background:** Patients admitted to hospital with acute heart failure are at increased risk of readmission and mortality post-discharge. Identifying patients with acute heart failure at high risk for readmission or death after hospital discharge will enable the optimization of treatment and management. **Objectives:** To describe clinical characteristics and echocardiography findings in patients admitted for acute heart failure with 30-day readmission or death after discharge. **Methods:** Retrospective study, surveying acute heart failure patients in the Cardiology Department at Cho Ray Hospital from October 2021 to May 2022. **Results:** From October 2021 to May 2022, there were 27 patients among 111 hospitalized patients with acute heart failure (accounting for 24.3%) who had an event of all-cause death or re-hospitalization within 30 days after discharge. The mean age was  $63.7 \pm 16.2$  years and the proportion of men accounted for 51.9% (n = 14). The common medical history was hypertension accounted for 55.6% (n = 15),

dyslipidemia accounted for 51.9% (n = 14), coronary heart disease accounted for 44.4% (n = 12) and chronic heart failure accounted for 40.7% (n = 11). Median hospital stay was 8 (6 - 13) days. The classification of dyspnea according to NYHA at hospital discharge of the most patients was NYHA III with 48.1% (n = 13). The most common cause of heart failure was ischemic cardiomyopathy accounting for 70.4% (n = 19). The common classification of acute heart failure was acute pulmonary edema with 51.9% (n = 14) and acute decompensated heart failure with 40.7% (n = 13). Pre-discharge echocardiography of 27 patients recorded a median LVEF(%) of 36 (32 - 43) and the most common LVEF-based classification was heart failure with reduced ejection fraction. (HFrEF) with 18 cases (66.7%). 25 cases (92.6%) had left ventricular hypertrophy on echocardiography and the most common valvular injury was moderate-severe mitral regurgitation, accounting for 62.9% (n = 17). The most common diastolic dysfunction was grade III with 15 cases (55.6%). **Conclusion:** Patients with acute heart failure hospitalized at the Cardiology Department of Cho Ray Hospital have a high rate of death and re-admission within 30 days after discharge. Clinical features include the most common cause of heart failure is ischemic cardiomyopathy, the most common classification of acute heart failure is acute pulmonary edema, and the most common LVEF classification is HFrEF. The most common echocardiographic features were left ventricular hypertrophy, moderate-severe mitral regurgitation, high mean E/e' value, and grade III left ventricular diastolic dysfunction.

**Keywords:** Acute heart failure, mortality, readmission, echocardiography.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một bệnh lý phổ biến và đem lại gánh nặng cho các quốc gia trên thế giới, ước tính tỉ lệ hiện mắc suy tim tại Hoa Kỳ năm 2023 lên đến 3,5% dân số và các chi phí y khoa dự kiến dành cho suy tim tăng từ 24,7 tỉ đô la Mỹ vào năm 2010 lên 77,7 tỉ đô la Mỹ vào năm 2030. Mặc dù có sự tiến bộ trong quản lý và cải thiện tiên lượng của suy tim mạn trong suốt hai thập kỷ gần đây, bệnh nhân suy tim mất bù cấp vẫn còn tỉ lệ tử vong cao, dao động từ 5 - 15% khoảng 60 đến 90 ngày sau xuất viện. Tỉ lệ tái nhập viện vẫn còn cao với 24% tại thời điểm 30 ngày sau xuất viện và 30% tại thời điểm 60 đến 90 ngày sau xuất viện, và  $\geq 50\%$  trong vòng 6 tháng sau xuất viện. Tất cả vấn đề trên dẫn đến gánh nặng bệnh tật và chi phí lớn cho việc quản lý suy tim và cho thấy nhu cầu cấp thiết cần cải thiện các chiến lược dự đoán và can thiệp biến cố tái nhập viện của bệnh nhân suy tim [1].

Từ đó cho thấy việc nhận diện sớm các đặc điểm các bệnh nhân suy tim có nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện sau xuất viện hết sức quan trọng trong chiến lược điều trị và quản lý các

bệnh nhân này. Tại Việt Nam, vẫn còn rất ít các nghiên cứu mô tả các đặc điểm về lâm sàng và siêu âm tim của các bệnh nhân suy tim có biến cố tử vong và tái nhập viện sau xuất viện. Do đó, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu nhằm mô tả các đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim của bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy

**Mục tiêu.** *Mô tả đặc điểm lâm sàng và siêu âm tim ở bệnh nhân suy tim cấp nhập viện có biến cố tử vong và tái nhập viện 30 ngày sau xuất viện.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn nhận vào:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, nằm tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2021 đến 5/2022, được chẩn đoán suy tim cấp và điều trị ổn 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, suy tim phải đơn độc.

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 lúc nhập viện và lúc xuất viện, các thông số siêu âm tim lúc nhập viện và lúc xuất viện dựa trên hồ sơ bệnh án. Bệnh nhân được liên hệ lại tại thời điểm sau 30 ngày xuất viện qua số điện thoại để xác định 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  $\pm$  độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn hoặc trung vị (tứ phân vị thứ nhất - tứ phân vị thứ ba) nếu không có phân phối chuẩn.

**Y đức.** Nghiên cứu đã được thực hiện với sự chấp thuận của Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, quyết định số 524/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày chấp thuận: 09/11/2021

## 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 với 13 bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân (11,7%) và 14 bệnh nhân tái nhập viện do mọi nguyên nhân (12,6%) trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Tuổi trung bình của các bệnh nhân này là  $63,7 \pm 16,2$ , nhỏ nhất là 19 tuổi và cao nhất là 97 tuổi. Tỉ lệ giới tính với nam chiếm 51,9% (n = 14) và nữ chiếm 48,1% (n = 13). Thời gian nằm viện có giá trị trung vị là 8 (6 - 13) ngày.

**Đặc điểm lâm sàng.** Tiền căn tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh mạch vành và suy tim là các tiền căn bệnh lý thường gặp của dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 1. Phân loại suy tim cấp theo Hội Tim Châu Âu ESC 2021 ghi nhận hai phân loại thường gặp nhất là phù phổi cấp (51,9%) và suy tim mất bù cấp (40,7%). Phân độ NYHA lúc xuất viện nhiều nhất là NYHA III (48,1%).

**Bảng 1.** Các đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số		Số bệnh nhân (n = 27)	Tỉ lệ (%)
Tiền căn	Tăng huyết áp	15	55,6
	Đái tháo đường	9	33,3
	Hút thuốc lá	8	29,6
	Rối loạn mỡ máu	14	51,9
	Béo phì	4	11,1
	Bệnh thận mạn	7	25,9
	Bệnh mạch vành	12	44,4
	Rung nhĩ	4	14,8
Phân loại suy tim cấp theo ESC 2021	Suy tim	11	40,7
	Suy tim mất bù cấp	11	40,7
	Phù phổi cấp	14	51,9
	Choáng tim	1	3,7
NYHA lúc	Không phân loại	1	3,7
	NYHA I	0	0

xuất viện	NYHA II	6	22,3
	NYHA III	13	48,1
	NYHA IV	8	29,6
Sinh hiệu lúc nhập viện	Huyết áp tâm thu	120,6±29,9mmHg	
	Huyết áp tâm trương	74,8 ± 17,6 mmHg	
	Tần số tim	104,4±17lần/phút	
Sinh hiệu lúc xuất viện	Huyết áp tâm thu	114,1±12,2mmHg	
	Huyết áp tâm trương	68,9 ± 7mmHg	
	Tần số tim	84 ± 8,8 lần/phút	

Các nguyên nhân suy tim ghi nhận được trong 27 trường hợp là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, bệnh cơ tim dẫn nỡ, bệnh cơ tim do lupus, bệnh van tim và bệnh tim bẩm sinh. Trong đó, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ chiếm tỉ lệ cao nhất với 19 trường hợp (70,4%) (Bảng 2).

**Bảng 2.** Nguyên nhân suy tim của dân số nghiên cứu

Nguyên nhân suy tim	Số bệnh nhân (n = 27)	Tỉ lệ (%)
Bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ	19	70,4
Bệnh cơ tim dẫn nỡ	3	11,1
Bệnh cơ tim do lupus	1	3,7
Bệnh van tim	3	11,1
Bệnh tim bẩm sinh	1	3,7

Dựa trên giá trị của phân suất tổng máu thất trái (LVEF) lúc xuất viện ổn định để phân loại suy tim, suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF) chiếm tỉ lệ cao nhất với 66,7% (n = 18).

**Bảng 3.** Phân loại suy tim dựa trên phân suất tổng máu lúc xuất viện theo ESC 2021

Phân loại suy tim dựa trên LVEF	Số bệnh nhân (n = 27)	Tỉ lệ (%)
Suy tim phân suất tổng máu giảm (HFrEF)	18	66,7
Suy tim phân suất tổng máu giảm nhẹ (HFmrEF)	8	29,6
Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn (HFpEF)	1	3,7%

**Đặc điểm siêu âm tim.** Giá trị trung vị của LVEF tại thời điểm nhập viện và xuất viện đều giảm với 34 (24 - 37,8)% và 36 (32 - 43)%. Phi đại thất trái là biến đổi cấu trúc tim thường gặp nhất được xác định dựa trên chỉ số khối thất trái trên siêu âm tim với tỉ lệ 92,6% (n = 25). Tổn thương van tim ở mức độ trung bình-nặng thường gặp là hở van hai lá với tỉ lệ 62,9% (n = 17).

**Bảng 4.** Đặc điểm siêu âm tim của dân số nghiên cứu

Đặc điểm siêu âm tim	Giá trị	Đơn vị
Phân suất tổng máu thất trái (LVEF)	Lúc nhập viện	34 (24 - 37,8) %
	Lúc xuất viện	36 (32 - 43) %
Thay đổi cấu trúc tim	Phi đại thất trái	92,6% (n = 25)
	Dẫn nhĩ trái	55,6% (n = 15)
Tổn thương van tim mức độ trung bình-nặng	Hở van hai lá	62,9% (n = 17)
	Hở van ba lá	40,7% (n = 11)
	Hẹp van động mạch chủ	11,1% (n = 3)
	Hở van động mạch chủ	7,4% (n = 2)
Các thông số đánh giá chức năng tâm trương thất trái	LVMI	145 (131-167) g/m <sup>2</sup>
	LAVI	35,4 (25,5-53,6) mL/m <sup>2</sup>
	Vận tốc sóng E	89,9 (82 - 127) cm/s
	Vận tốc sóng A	70,7 ± 27,3 cm/s
	E/A	1,4 (1,0 - 2,3)
	Sóng e' vách	4,51 (3,09 - 6,02) cm/s
	Sóng e' bên	6,81 (4,83 - 9,42) cm/s
	E/e' trung bình	17,2 (13,6 - 24,7)
	TRVmax	2,56 (1,75 - 3) m/s

Dựa trên các thông số đánh giá chức năng tâm trương (CNTTr) thất trái lúc xuất viện và theo lưu đồ đánh giá rối loạn chức năng tâm trương thất trái của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ 2016, 15 trường hợp có rối loạn chức năng tâm trương thất độ III chiếm tỉ lệ cao nhất (55,6%).

**Bảng 5.** Phân độ rối loạn chức năng tâm trương của dân số nghiên cứu

Phân độ rối loạn chức năng tâm trương	Số bệnh nhân (n = 27)	Tỉ lệ (%)
Không rối loạn	6	22,2
Độ I	1	3,7
Độ II	5	18,5
Độ III	15	55,6

#### IV. BÀN LUẬN

**Tỉ lệ tử vong hoặc tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 27 trường hợp trong 111 bệnh nhân có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày sau xuất viện (chiếm 24,3%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả A. Driscoll (2022) với 24,1% [2]. Bên

cạnh đó, một nghiên cứu khác ghi nhận tỉ lệ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày nhưng do nguyên nhân suy tim của tác giả Nam-Kyoo Lim (2019) là 9,8% [3]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn tác giả Nam-Kyoo Lim cho thấy các bệnh nhân suy tim sau khi xuất viện đang gặp phải một gánh nặng rất lớn về tử vong và tái nhập viện, đặc biệt các nhóm nguyên nhân khác gây các biến cố này thì lại chiếm ưu thế hơn nguyên nhân suy tim nặng hơn đơn thuần.

**Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu.** Tỉ lệ nam và nữ gần bằng nhau tương tự như nghiên cứu của tác giả Lý Quang Sang (2021) với tỉ lệ nam là 51% và nữ là 49% [4]. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu của chúng tôi là  $63,7 \pm 16,2$ , gần tương đồng với nghiên cứu của tác giả Lý Quang Sang với  $58,5 \pm 17,4$  [4]. Các tiền căn thường gặp là tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, bệnh mạch vành và suy tim, kết quả này tương tự với tác giả Lý Quang Sang với tăng huyết áp (56,9%), suy tim mạn (78,4%), bệnh mạch vành (25,5%). Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền căn rung nhĩ chỉ có 14,8% trường hợp, thấp hơn nghiên cứu của tác giả Lý Quang Sang với 31,4% [4]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nguyên nhân suy tim thường gặp nhất là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Hồ Thị Ngọc Duyên với 68,1% [5]. Dựa trên phân suất tổng máu lúc xuất viện, HFrEF là phân loại suy tim thường gặp nhất trong nghiên cứu của chúng tôi và kết quả này tương tự với tác giả Lý Quang Sang với HFrEF (62,7%), HFmrEF (13,8%) và HFpEF (23,5%) [4].

**Đặc điểm siêu âm tim của dân số nghiên cứu.** Chúng tôi ghi nhận phân suất tổng máu thất trái của dân số nghiên cứu có giá trị thấp chiếm ưu thế, kết quả này tương tự với kết quả của tác giả Lý Quang Sang với giá trị trung vị LVEF là 35 (25 - 48)% [4] và tác giả Paaladinesh Thavendiranathan với  $35 \pm 17\%$  [6]. Tổn thương van tim thường gặp trong nghiên cứu của tác giả Paaladinesh Thavendiranathan (2014) là hở van hai lá từ mức độ trung bình trở lên (45%) và hở van ba lá từ mức độ trung bình trở lên (48%) [6] và nghiên cứu của tác giả Markku S.Nieminen (2006) cũng ghi nhận hở van hai lá chiếm tỉ lệ cao nhất (79,8%) [7]. Giá trị trung bình của chỉ số thể tích nhĩ trái (LAVI) trong nghiên cứu của tác giả Paaladinesh Thavendiranathan là  $50 \pm 19$  mL/m<sup>2</sup> [6] và giá trị trung bình của khối thất trái (LVM) trong nghiên cứu của tác giả Ying-Chang

Lung là  $284,25 \pm 105,13$  gram [1], kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của chúng tôi.

Các bệnh nhân trong dân số nghiên cứu có sự tăng tỉ lệ E/e' trung vị là 17,2 (13,6 - 24,7), giá trị này thấp hơn so với tỉ lệ E/e' trung bình trong nghiên cứu của tác giả Paaladinesh Thavendiranathan là  $20,1 \pm 8,1$  [6]. Rối loạn CNTTt thất trái độ III chiếm tỉ lệ cao nhất trong phân độ rối loạn CNTTt thất trái trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Markku S. Nieminen với 50,5% bệnh nhân có rối loạn CNTTt thất trái mức độ trung bình và nặng [7].

## V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại khoa Nội Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy có tỉ lệ tử vong và tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện cao. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân này bao gồm nguyên nhân suy tim phổ biến nhất là bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, phân loại suy tim cấp thường gặp nhất là phù phổi cấp, phân loại suy tim dựa trên LVEF thường nhất là HFrEF. Các đặc điểm siêu âm tim thường gặp nhất ở dân số nghiên cứu là có phì đại thất trái, hở van hai lá trung bình - nặng, giá trị E/e' trung bình cao và rối loạn chức năng tâm trương thất trái độ III.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Tung YC, Chou SH, Liu KL, et al.** Worse Prognosis in Heart Failure Patients with 30-Day Readmission. *Acta Cardiologica Sinica*. Nov 2016;32(6):698-707
- Driscoll A, Romaniuk H, Dinh D, et al.** Clinical risk prediction model for 30-day all-cause re-hospitalisation or mortality in patients hospitalised with heart failure. *Int J Cardiol*. Mar 1 2022; 350:69-76
- Lim NK, Lee SE, Lee HY, et al.** Risk prediction for 30-day heart failure-specific readmission or death after discharge: Data from the Korean Acute Heart Failure (KorAHF) registry. *Journal of cardiology*. Feb 2019;73(2):108-113
- Lý Quang Sang.** Bài xuất natri niệu trong đánh giá đáp ứng lợi tiểu quai ở bệnh nhân suy tim cấp. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2021
- Hồ Thị Ngọc Duyên.** Thang điểm AHEAD ở bệnh nhân suy tim cấp. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II. Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. 2022
- 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
- Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, et al.** EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. *Eur Heart J*. Nov 2006;27(22):2725-36