

V. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ MRSA phân lập được là 84,37% trong số các chủng tụ cầu phân lập được. Vancomycin còn duy trì mức độ nhạy cảm 100% trên các chủng *S. aureus* và *Enterococcus*.

- Tỷ lệ bệnh nhân được chỉ định liều nạp Vancomycin: 72,38%.

- Chế độ liều duy trì với bệnh nhân không lọc máu sử dụng chủ yếu tại bệnh viện là 1g/12h và 1g/24h tương ứng với mức lọc cầu thận $ClCr > 50ml/phút$ và từ 10 -50 ml/phút.

- Với các khoa thuộc hệ Hồi sức, bệnh nhân được giám sát chức năng thận thường xuyên, với tỷ lệ bệnh nhân giám sát chức năng thận hàng ngày là 76,11%. Với các khoa không thuộc hệ Hồi sức, giám sát chức năng thận chủ yếu sau 2-5 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Álvarez R., López Cortés L.E., Molina J., et al.** (2016). Optimizing the Clinical Use of Vancomycin. *Antimicrob Agents Chemother*, 60 (5), 2601–2609.
2. **Rybak M., Lomaestro B., Rotschafer J.C., et al.** (2009). Therapeutic monitoring of vancomycin in adult patients: a consensus review of the

- American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*, 66(1), 82–98.
3. **Anh N.T.M.** (2019). Phân tích thực trạng sử dụng kháng sinh Vancomycin tại Bệnh viện Thanh Nhân. Luận Văn Thạc Sĩ Dược học.
4. **Vu T.V.D., Choisy M., Do T.T.N., et al.** (2021). Antimicrobial susceptibility testing results from 13 hospitals in Viet Nam: VINARES 2016-2017. *Antimicrob Resist Infect Control*, 10(1), 78.
5. **Roberts J.A. and Lipman J.** (2009). Pharmacokinetic issues for antibiotics in the critically ill patient. *Crit Care Med*, 37(3), 840–851; quiz 859.
6. **Mai M.T., Hà N.T., Chính Đ.Đ., et al.** (2021). Thực trạng sử dụng vancomycin tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108. *J 108 - Clin Med Pharmacy*.
7. **Rybak M.J., Le J., Lodise T.P., et al.** (2020). Therapeutic monitoring of vancomycin for serious methicillin-resistant *Staphylococcus aureus* infections: A revised consensus guideline and review by the American Society of Health-System Pharmacists, the Infectious Diseases Society of America, the Pediatric Infectious Diseases Society, and the Society of Infectious Diseases Pharmacists. *Am J Health-Syst Pharm AJHP Off J Am Soc Health-Syst Pharm*, 77(11), 835–864.

THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ NT-PROBNP Ở BỆNH NHÂN SUY TIM

Hà Mạnh Tuấn¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Suy tim là tình trạng bệnh thường gặp và gây tử vong cao. NT-proBNP được dùng trong chẩn đoán suy tim bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố. Nghiên cứu với mục tiêu khảo sát sự thay đổi nồng độ NT-pro BNP ở bệnh nhân suy tim. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang trên bệnh nhân suy tim từ độ II theo NYHA nhập bệnh viện Đại học Y Dược 5/2020 - 5/2022. **Kết quả:** 276 bệnh nhân được nhận vào nghiên cứu gồm 129 nam và 147 nữ. Nồng độ NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân suy tim thừa cân béo phì và suy tim không béo phì lần lượt là 4933 (2112-11720) (pg/ml) và 3177 (1409-5927) (pg/ml) ($p < 0,001$). Nồng độ NTproBNP theo giới trên nhóm thừa cân, béo phì ở nam là 2547 (1276-4574)(pg/ml) thấp hơn nhóm không béo phì ở nam là 3427 (1796-9892) (pg/ml) ($p = 0,029$). Nồng độ NT-proBNP theo giới nữ nhóm thừa cân, béo phì là 4039 (1414-8192) (pg/ml) và nữ nhóm không béo phì là 4498 (2672-16191)(pg/ml) ($p < 0,028$). Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê còn được thấy ở nồng độ NT-proBNP

trong nội bộ nhóm thừa cân, béo phì giữa giới nam và nữ với ($p = 0,024$). Nồng độ NT-proBNP theo tuổi trên nhóm thừa cân, béo phì ở độ tuổi từ 50 - 75 là 3151 (1575-6812) (pg/ml) và ≥ 75 là 3156 (1074-4975) (pg/ml) thấp hơn nhóm không béo phì ở độ tuổi từ 50 - 75 là 4988 (2066-10383) và ≥ 75 là 4343 (2435-16488) sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. **Kết luận:** Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân suy tim thừa cân béo phì thấp hơn ở bệnh nhân suy tim không béo phì theo giới và nhóm tuổi. Điều này có ý nghĩa trong việc điều chỉnh chẩn đoán và đánh giá mức độ suy tim của bệnh nhân cho phù hợp với tình trạng thừa cân béo phì của bệnh nhân.

Từ khóa: NT-proBNP, suy tim, béo phì, dấu ấn sinh học.

SUMMARY

CHANGES IN NT-pro BNP IN HEART FAILURE PATIENTS

Background: Heart failure is a common condition and results in high mortality in adults. NT-proBNP is used in diagnosing heart failure, but affected by various factors. The study aimed to investigate the changes in NT-proBNP levels in heart failure patients. **Methods:** A cross-sectional study on heart failure patients classified as NYHA class II admitted to the University of Medicine Center from May 2020 to May 2022. **Results:** 276 patients were

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hà Mạnh Tuấn

Email: hamanhtuan@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.3.2024

Ngày duyệt bài: 10.4.2024

recruited, including 129 men and 147 women. Mean age was 68. The median concentration of NT-proBNP in overweight and obesity heart failure patients and non obesity heart failure patients respectively 4933 (2112-11720) (pg/ml) and 3177 (1409-5927) (pg/ml) ($p < 0,001$). The median concentration of NT-proBNP by gender in the overweight and obese group in men was 2547 (1276-4574)(pg/ml) lower than the non-obese group in men by 3427 (1796-9892) (pg/ml) ($p = 0,029$). The median concentration of NT-proBNP according to overweight and obese women was 4039 (1414-8192) (pg/ml) and non-obese women was 4498 (2672-16191)(pg/ml) ($p < 0,028$). This difference was statistically significant in both two genders. A statistically significant differences were also found in the concentration of NT-proBNP within the overweight and obese groups between men and women with ($p = 0,024$). The concentration of NT-proBNP by age in the overweight and obese group at the age of 50 - 75 was 3151 (1575-6812) (pg/ml) and ≥ 75 was 3156 (1074-4975) (pg/ml) lower. the non-obese group at the age of 50 - 75 was 4988 (2066-10383) and ≥ 75 was 4343 (2435-16488) this difference was statistically significant with $p < 0,05$. **Conclusion:** Plasma NT-proBNP concentrations in overweight and obese heart failure patients were lower than in non-obese heart failure patients according to gender and age groups. This is meaningful in adjusting the diagnosis and assessment of the patient's heart failure to agree with the patient's overweight and obesity status.

Keywords: NT-proBNP, heart failure, obesity, biomarker

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là tình trạng suy giảm chức năng của cơ tim làm cho máu không được bơm đủ để đáp ứng nhu cầu cơ thể. Suy tim là tình trạng bệnh lý phổ biến trên thế giới ở người trưởng thành. Có thể gây ra tình trạng bệnh tật và tử vong cao. Do đó suy tim cần phải được chẩn đoán và xử trí kịp thời để giảm thiểu gánh nặng về bệnh tật của tình trạng này⁽¹⁾. Chẩn đoán suy tim cần phối hợp nhiều dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng và các chỉ số sinh học. Trong đó NT-proBNP (N-terminal pro B-type natriuretic peptide) là dấu ấn sinh học đang được dùng phổ biến để dự báo nguy cơ suy tim cho bệnh nhân thuộc nhiều nhóm đối tượng khác nhau. Tuy nhiên, việc sử dụng xét nghiệm này trong đánh giá suy tim có thể bị ảnh hưởng ở những bệnh nhân béo phì có suy tim vì nồng độ NT-proBNP có xu hướng thấp hơn ở những bệnh nhân này⁽²⁾. Tại Việt Nam hiện tại có ít nghiên cứu khảo sát về ảnh hưởng của béo phì lên nồng độ NT-proBNP máu ở bệnh nhân suy tim. Nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu là khảo sát sự thay đổi NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim béo phì và không béo phì để từ đó phân tích về ảnh hưởng của béo phì lên giá trị của NT-proBNP trong chẩn đoán suy tim.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu cắt ngang
Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân suy tim từ độ II theo phân loại của NYHA nhập bệnh viện Đại học Y Dược từ tháng 05/2020 -05/2022.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân mắc các bệnh đi kèm như: bệnh phổi mạn, bệnh tự miễn, bệnh gan nặng, suy thận nặng.

Cỡ mẫu và cách chọn mẫu. Cỡ mẫu được tính theo ước lượng cỡ mẫu theo tỷ lệ⁽¹⁾ với cỡ mẫu ước tính là 264 trường hợp. Mẫu được chọn theo cách thuận tiện.

Cách thu thập số liệu. Số liệu thu thập lúc bệnh nhân nhập viện theo phiếu thu thập dữ liệu. Bệnh nhân đều được ký giấy đồng thuận trước khi thu thập dữ liệu. Các biến số chính là: Suy tim được xác định theo tiêu chuẩn NYHA; Béo phì được xác định bằng chỉ số khối cơ thể (Body Mass Index: BMI). Các chỉ số sinh hóa được đo bằng máy Roche Elecsys 2010 và thuốc thử của hãng Roche. Nồng độ NT-proBNP được đo bằng máy Cobas theo kỹ thuật điện hóa phát quang (ECLIA – Electrochemiluminescence immunoassay).

Xử lý số liệu. Các số liệu được trình bày bằng tỷ lệ (%) (biến định tính) hay là trung bình \pm độ lệch chuẩn (biến định lượng liên tục phân phối chuẩn), hoặc trung vị và khoảng tứ phân vị (biến định lượng phân phối không chuẩn). So sánh hai trung bình dùng phép kiểm t- student, so sánh hai trung vị dùng phép kiểm Mann-Whitney, so sánh hai tỷ lệ dùng phép kiểm chi bình phương. Các số liệu được phân tích bằng phần mềm Stata 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu được thực hiện trên 276 bệnh nhân, trong đó tuổi trung bình ở nhóm thừa cân béo phì là $66,81 \pm 12,29$ tuổi, ở nhóm không béo phì là $69,62 \pm 11,86$ tuổi ($p = 0,056$). Giới nam và nữ ở 2 nhóm thừa cân béo phì và không béo phì không khác nhau ($p = 0,066$). Huyết áp tâm thu ở nhóm thừa cân, béo phì là 130 (110-147), nhóm không béo phì là 130 (120-140) ($p = 0,512$). Huyết áp tâm trương ở nhóm thừa cân béo phì là 80 (70-80), nhóm không béo phì là 80 (61-90) ($p = 0,939$). Độ nặng của suy tim theo NYHA ở 2 nhóm thừa cân, béo phì và nhóm không béo phì không khác nhau ($p = 0,931$). BMI của mẫu nghiên cứu có trung vị là 23,3 (20,8-25). BMI ở nhóm không béo phì là 20,5 (19,0-21,8) và ở nhóm thừa cân béo phì là 25,3 (23,9-27,3) ($p < 0,001$). Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới, huyết áp trung bình và độ nặng

của suy tim theo NYHA giữa hai nhóm (bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Các đặc tính của mẫu	Tần số (tỷ lệ) n (%)			p
	Chung (n=276)	Không béo phì (n=121)	Thừa cân, béo phì (n=155)	
Tuổi*	68,04±12,16	69,62±11,86	66,81±12,29	0,056 ^b
Nhóm tuổi				
< 50 tuổi, n (%)	17 (6,2)	5 (4,1)	12 (7,7)	0,324 ^c
Từ 50 - 75 tuổi, n (%)	168 (60,9)	72 (59,5)	96 (61,9)	
≥ 75 tuổi, n (%)	91 (32,9)	44 (36,4)	47 (30,3)	
Giới tính				
Nam, n (%)	129 (46,7)	49 (40,5)	80 (51,6)	0,066 ^c
Nữ, n (%)	147 (53,3)	72 (59,5)	75 (48,4)	
HA tâm thu **	130 (110-146)	130 (120-140)	130 (110-147)	0,513 ^a
HA tâm trương **	80 (70-85)	80 (70-80)	80 (61-90)	0,939 ^a
Độ nặng của suy tim theo NYHA				
Độ II	101 (36,6)	45 (37,2)	56 (36,1)	0,931 ^c
Độ III	169 (61,2)	73 (60,3)	96 (61,9)	
Độ IV	6 (2,2)	3 (2,5)	3 (2)	
BMI **	23,4 (20,8-25,6)	20,5 (19,0-21,8)	25,3 (23,9-27,3)	<0,001 ^a

*Trung bình – Độ lệch chuẩn, **Trung vị - Khoảng tứ phân vị

^a Kiểm định Mann Whitney, ^c Kiểm định Chi bình phương, ^b Kiểm định t-test không bắt cặp

So sánh nồng độ NT-proBNP giữa 2 nhóm bệnh nhân suy tim béo phì và không béo phì cho thấy nồng độ NT-proBNP ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì là 4933 (2112-11720) và nhóm bệnh nhân không béo phì là 3177 (1409-5927). Kết quả nghiên cứu ghi nhận nồng độ NT-proBNP có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân béo phì và không béo phì (p<0,05) (bảng 2).

Nồng độ NT-proBNP ở giới nam thừa cân béo phì là 2547 (1276-4574) pg/mL thấp hơn giới nam không béo phì 3427 (1796-9892) pg/mL (p =

0,029). Nồng độ NT-proBNP ở giới nữ thừa cân, béo phì là 4039 (1414-8192) thấp hơn giới nữ không béo phì 4498 (2672-16191) pg/mL (p = 0,028).

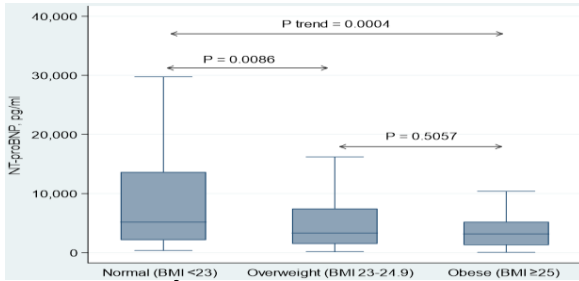
Trong nội bộ nhóm thừa cân béo phì, nồng độ NT-proBNP giới nam thấp hơn giới nữ (p=0,024). Tỷ lệ các nhóm tuổi ở giới nam và giới nữ giữa 2 nhóm thừa cân, béo phì và không béo phì không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p<0,05). Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ NT-proBNP ở giới nam thấp hơn giới nữ có ý nghĩa thống kê ở nhóm thừa cân béo phì (p=0,024) (bảng 2).

Bảng 2. Nồng độ NT – proBNP theo đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng giữa nhóm bệnh nhân không béo phì và nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì

Các biến số	Nồng độ NT-proBNP (pg/mL)**		Giá trị p
	Nhóm không béo phì (n=121)	Nhóm thừa cân béo phì (n=155)	
Tuổi (năm)			
< 60	4.753,5 (1.301-10.533)	2.883 (1.435-5.927)	0,376 ^b
≥ 60	5.604 (2.451-15.086)	3.202 (1.409-5.619)	<0,001 ^b
Giá trị p	0,115 ^b	0,766 ^b	
Giới tính			
Nam	5.313,5 (1.796-11.720)	2.257 (1.228-4.577)	0,003 ^b
Nữ	5.604 (2.712-16.785)	4.060 (1.477-8.203)	0,016 ^b
Giá trị p	0,112 ^b	0,013 ^b	
Phân nhóm EF			
EF < 40%	7.827,5 (329,5-14.950)	3.932 (1.972-7.738)	0,002 ^b
EF 40-49%	5.096 (1861,5-15276)	1.662 (638-3.497)	<0,001 ^b
EF ≥ 50%	3.171 (1501-7686)	2.290,5 (1.262-4.707)	0,331 ^b
Giá trị p	0,013 ^c	<0,001 ^c	
Độ nặng suy tim theo NYHA			
< III	3.323,5 (1510-7308)	2.040 (1.228-3.674)	0,020 ^b

≥ III	8.396 (2851-16785)	3.864,5 (1.694-7.362)	0,001 ^b
Giá trị p	0,002 ^b	0,001 ^b	

****Trung vị (khoảng tứ phân vị), ^bKiểm định Mann-Whitney, ^cKiểm định Kruskal-Wallis**
 NYHA: New York Heart Association (Hội Tim mạch New York),
 EF: Ejection Fraction (phân suất tổng máu)



Hình 1. Biểu đồ boxplot so sánh nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim với cân nặng bình thường, thừa cân và béo phì

Nồng độ NT-proBNP nhóm tuổi ≤ 50 ở nhóm thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm không béo phì (p=0,461). Nồng độ NT-proBNP nhóm tuổi từ 50 – 75 ở nhóm thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm không béo phì (p=0,036). Nồng độ NT-proBNP nhóm tuổi ≥ 75 ở nhóm thừa cân, béo phì thấp hơn nhóm không béo phì (p=0,009). Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm tuổi từ 50 - 75 và ≥ 75 giữa hai nhóm thừa cân, béo phì và không béo phì.

Trong nhóm thừa cân, béo phì, có sự khác biệt không ý nghĩa thống kê (p=0,493) giữa 3 nhóm tuổi < 50, từ 50 – 75 và ≥ 75 với nồng độ NT-proBNP lần lượt là 3310 (1098-5045) pg/mL, 3151 (1575-6812)pg/mL và 3156 (1074-4975) pg/mL. Trong nhóm không béo phì, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,757) giữa 3 nhóm tuổi < 50, từ 50 – 75 và ≥ 75 với nồng độ NT-proBNP lần lượt là 4528 (2036-5416) pg/mL, 4988 (2066-10383) pg/mL và 4343 (2435-16488) pg/mL (bảng 2).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cắt ngang tiến hành trên 276 bệnh nhân bị suy tim đã được chẩn đoán nhằm so sánh nồng độ NT-proBNP ở bệnh nhân suy tim thừa cân, béo phì và không béo phì. Xét về đặc điểm của bệnh nhân nghiên cứu, nghiên cứu ghi nhận các đặc điểm về tuổi, giới tính, huyết áp trung bình và độ nặng của suy tim theo NYHA không có sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân thừa cân, béo phì thừa cân và nhóm bệnh nhân không béo phì. Điều này cho thấy đối tượng đưa vào nghiên cứu đáp ứng tốt tiêu chuẩn chọn mẫu, nhóm so sánh đối chứng có độ tuổi, giới tính, huyết áp và độ nặng suy tim tương đương nhóm bệnh. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu

này có độ tuổi khá cao. Ở nhóm suy tim thừa cân, béo phì nhóm tuổi từ 50 - 75 chiếm 61,9% cao gấp 8 lần so với nhóm tuổi < 50 và gấp 2 lần so với nhóm tuổi ≥ 75. Ở nhóm suy tim không béo phì nhóm tuổi từ 50 - 75 chiếm 59,5 % cao gấp 14,4 lần so với nhóm tuổi < 50 và gấp 1,6 lần so với nhóm tuổi ≥ 75. Đối tượng nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao có thể do đặc thù bệnh lý tim mạch thường gặp ở người lớn tuổi (1).

NT-proBNP được tạo thành từ proBNP được tiết ra do sự căng thẳng về huyết động học như dẫn não thất, phì đại tâm thất và tăng sức căng thành tâm thất. Do đó, định lượng nồng độ NT-proBNP huyết tương đóng vai trò quan trọng trong việc đánh giá tình trạng suy tim (3). Kết quả nghiên cứu cho thấy nồng độ NT-proBNP huyết tương thấp hơn đáng kể ở những bệnh nhân suy tim bị thừa cân, béo phì so với bệnh nhân bình thường. Kết quả nghiên cứu này tương đồng với nghiên cứu Vibhu Parcha năm 2021(6), mức nồng độ NT-proBNP thấp hơn ở những người béo phì. Sự tương đồng này được giải thích do một chất được tạo ra trong khối nạc ngăn chặn sự tổng hợp hoặc giải phóng NT-proBNP từ các tế bào cơ tim ở những bệnh nhân thừa cân, béo phì một phần trong các cơ chế cơ bản làm giảm mức độ lưu thông của peptide này ở những người có giá trị BMI cao hơn (4).

Nghiên cứu này chỉ ra có sự khác biệt nồng độ NT-proBNP giữa giới nữ thừa cân, béo phì so với giới nữ không béo phì, cũng như giới nam thừa cân, béo phì so với giới nam không béo phì. Nồng độ NT-proBNP giữa giới nam và nữ trong nhóm thừa cân, béo phì cũng có sự khác biệt. Cụ thể, nồng độ NT-proBNP ở phụ nữ cao hơn nam giới. Sự khác biệt này có lẽ do tình trạng béo phì cùng với NT-proBNP được điều hòa bởi các hormon steroid sinh dục. Nhiều nghiên cứu gần đây đã chỉ ra rằng nồng độ NT-proBNP có mối tương quan nghịch chặt chẽ với testosterone. Nguyên nhân có lẽ hormon androgen thúc đẩy sự phát triển khối lượng nạc có thể là nguyên nhân ngăn chặn sự giải phóng NT-proBNP, trong khi estrogen có liên quan đến khối lượng nạc trong cơ thể thấp hơn do đó làm tăng nồng độ NT-proBNP (4,5). Giả thuyết này được chứng minh qua khảo sát rằng những phụ nữ bổ sung estrogen cho thấy tăng nhẹ nồng độ NT-proBNP huyết thanh hơn những người không bổ sung

estrogen.

Về sự thay đổi nồng độ NT-proBNP theo phân nhóm tuổi, trong nghiên cứu của chúng tôi không có sự chênh lệch nồng độ NT-proBNP giữa 3 nhóm tuổi < 50, từ 50 – 75 và ≥ 75 trong nội bộ mỗi nhóm ở cả 2 nhóm thừa cân, béo phì và không béo phì nhưng lại có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ khi so sánh 2 nhóm với nhau ở độ tuổi từ 50 – 75 và ≥ 75. Điều này có thể lý giải có thể có ảnh hưởng của tình trạng béo phì đến nồng độ NT-proBNP trên các đối tượng bệnh nhân này, mối quan hệ giữa NT-proBNP và tuổi được mong đợi và đã được quan sát trong các nghiên cứu trước đây. Trong các nguy cơ gây suy tim, tuổi và béo phì là yếu tố kết hợp.

V. KẾT LUẬN

Nồng độ NT-proBNP huyết tương ở bệnh nhân suy tim thừa cân béo phì thấp hơn ở bệnh nhân suy tim không béo phì, và sự khác biệt này có phân bố theo giới (nữ cao hơn nam) và nhóm tuổi (trên 50 tuổi thì thấp hơn). Phát hiện này có ý nghĩa trong lâm sàng, khi tiến hành chẩn đoán, đánh giá mức độ suy tim, cũng như theo dõi đáp ứng điều trị suy tim cần phải tính đến tình trạng thừa cân, béo phì của bệnh nhân cũng như giới và tuổi của bệnh nhân có thể làm ảnh hưởng đến giá trị NT-proBNP, để chọn lựa

các thái độ xử trí thích hợp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Thanh Hiền, Trần Lê Diễm Thúy, Thương Thanh Phương, (2016). Cập nhật khuyến cáo 2016 về chẩn đoán và xử trí suy tim – P1. Hội tim mạch học Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, truy cập ngày 13/06/2021, tại trang web <https://timmachhoc.vn/cap-nhat-khuyen-cao-2016-ve-chan-doan-va-xu-tri-suy-tim-p1/>.
2. Tamara B Horwich, Michele A Hamilton, Gregg C Fonarow, (2006), "B-type natriuretic peptide levels in obese patients with advanced heart failure", J Am Coll Cardiol, 47 (1), pp. 85-90.
3. Alan S Go, Dariush Mozaffarian, Véronique L Roger, et al, (2014), "Executive summary: heart disease and stroke statistics--2014 update: a report from the American Heart Association", Circulation, 129 (3), pp. 399-410.
4. Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, (2011), Global strategy for the diagnosis, management, and prevention of chronic obstructive pulmonary disease, Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, pp.
5. Sandeep R Das, Mark H Drazner, Daniel L Dries, Gloria L Vega, et al, (2005), "Impact of body mass and body composition on circulating levels of natriuretic peptides: results from the Dallas Heart Study", Circulation, 112 (14), pp. 2163-2168.
6. Vibhu Parcha, Nirav Patel, Rajat Kalra, et al, (2021), "Obesity and Serial NT-proBNP Levels in Guided Medical Therapy for Heart Failure With Reduced Ejection Fraction: Insights From the GUIDE-IT Trial", J Am Heart Assoc, 10 (7), pp. e018689.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN VIÊM PHỔI LIÊN QUAN THỞ MÁT TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC, BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Văn Thiết¹, Đỗ Ngọc Sơn², Nguyễn Đức Phúc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân viêm phổi liên quan thở máy (VPLQTM) tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện Hữu nghị Đa khoa (HNĐK) Nghệ An. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 84 bệnh nhân VPLQTM điều trị tại khoa Hồi sức tích cực, bệnh viện HNĐK Nghệ An từ tháng 10/2022 đến tháng 11/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ VPLQTM là 9,2%, tần suất mắc là 20,3/1000 ngày thở

máy. Độ tuổi chiếm nhiều nhất là ≥ 60 tuổi (66,7%). Bệnh nhân nam giới chiếm đa số với 71,4%. Bệnh nhân chính lúc vào khoa gặp nhiều nhất là xuất huyết não với 61,9%. Tiền sử bệnh thường gặp nhất là tăng huyết áp với 50%. Lý do đặt ống nội khí quản (NKQ) thường gặp nhất là hôn mê với 82,1%. Đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có sốt (70,2%), thay đổi tính chất đờm (71,4%), xét nghiệm máu có tăng bạch cầu (78,6%). Thời gian xuất hiện VPLQTM trung bình là 4,8±1,8 ngày, thời gian thở máy trung bình là 7,3±2,2 ngày, thời gian nằm ICU trung bình là 9,3±2,4 ngày, thời gian nằm viện trung bình là 11,9±5,9 ngày. Kết quả nuôi cấy vi khuẩn dương tính gặp ở 70,2% bệnh nhân, gặp ở nhóm bệnh nhân VPLQTM muộn nhiều hơn nhóm bệnh nhân VPLQTM sớm (82,9% so với 61,2%), có 15,5% bệnh nhân nuôi cấy gặp 2 vi khuẩn trong cùng 1 mẫu bệnh phẩm nuôi cấy. Tỷ lệ vi khuẩn Gram âm gặp nhiều nhất với 80,6%. Vi khuẩn gây VPLQTM gặp nhiều nhất là Klebsiella pneumoniae với 23,6%, tiếp đến là Acinetobacter baumannii với

¹Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Ngọc Sơn

Email: sonngocdo@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024