

- 140(6):883-99. 10.1016/j.cell.2010.01.025.
5. **Uribe-Querol E and Rosales C.** Neutrophils in Cancer: Two Sides of the Same Coin. *J Immunol Res.* 2015; 2015:983698. 10.1155/2015/983698.
 6. **Yuan C, Li N, Mao X, Liu Z, Ou W and Wang SY.** Elevated pretreatment neutrophil/white blood cell ratio and monocyte/lymphocyte ratio predict poor survival in patients with curatively resected non-small cell lung cancer: Results from a large cohort. *Thorac Cancer.* 2017; 8(4):350-358. 10.1111/1759-7714.12454.
 7. **Phan TT, Ho TT, Nguyen HT, Nguyen HT, Tran TB and Nguyen ST.** The prognostic impact of neutrophil to lymphocyte ratio in advanced non-small cell lung cancer patients treated with EGFR TKI. *Int J Gen Med.* 2018; 11:423-430. 10.2147/IJGM.S174605.
 8. **Liu J, Li S, Zhang S, et al.** Systemic immune-inflammation index, neutrophil-to-lymphocyte ratio, platelet-to-lymphocyte ratio can predict clinical outcomes in patients with metastatic non-small-cell lung cancer treated with nivolumab. *J Clin Lab Anal.* 2019; 33(8):e22964. 10.1002/jcla.22964.

ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP THEO PHÂN GIAI ĐOẠN SCAI SHOCK TẠI KHOA HỒI SỨC TÍCH CỰC VÀ CHỐNG ĐỘC BỆNH VIỆN TIM MẠCH AN GIANG

Lê Thị Kiều Duyên¹, Nguyễn Duy Thanh¹, Bùi Thế Dũng²

TÓM TẮT

Cơ sở nghiên cứu: Phân loại suy tim cấp (AHF) theo 5 giai đoạn mới gần đây được đề xuất bởi Hiệp hội Chụp và Can thiệp Tim mạch (SCAI) với mục đích phân tầng nguy cơ tử vong. **Mục tiêu:** Áp dụng phân loại những bệnh nhân suy tim cấp trong 24h đầu nhập viện và theo dõi kết quả điều trị ngắn hạn 30 ngày theo phân giai đoạn SCAI SHOCK. **Đối tượng:** Tất cả các bệnh nhân >18 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp theo ESC 2021 hoặc được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, đồng ý tham gia nghiên cứu. **Phương pháp nghiên cứu:** cắt ngang mô tả, lấy mẫu thuận tiện, thu thập số liệu theo mẫu. **Kết quả:** Trong 150 bệnh nhân thỏa tiêu chí nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân phân vào SCAI SHOCK từ A đến E lần lượt là 8.7%, 43.3%, 25.3%, 10.7%, 12%. Sau 30 ngày theo dõi tỉ lệ sống sót chung là 58%, tỉ lệ sống sót theo từng giai đoạn SCAI là SCAI A 92.3%, SCAI B 89.2%, SCAI C 44.7%, SCAI D 0%, SCAI E 0%. **Kết luận:** Giai đoạn SCAI B chiếm tỉ lệ cao nhất tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc, Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Trong khoảng thời gian 30 ngày theo dõi, tỉ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu là khoảng 1/2 số ca, trong đó tỉ lệ sống sót cao nhất ở giai đoạn SCAI A, B và thấp nhất ở giai đoạn D, E. Phân giai đoạn SCAI trong 24 giờ đầu càng cao, tỉ lệ sống sót càng thấp. **Từ khóa:** Chỉ số tim, hồi sinh tim phổi, tim phổi nhân tạo.

SUMMARY

ASSESSMENT OF SCAI SHOCK STAGE IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

¹Bệnh viện Tim Mạch An Giang

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: dung.bt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 24.4.2024

ADMITTED TO INTENSIVE CARE AND TOXICOLOGY UNIT AT AN GIANG CARDIOLOGY HOSPITAL

Background: A new 5-stage classification of acute heart failure (AHF) was recently introduced by the Society for Cardiovascular Imaging and Interventions (SCAI) with the purpose of stratifying the mortality risk of cardiogenic shock. **Objective:** To implement shock severity assessment for patients with AHF within the first 24 hours of hospitalization and monitor short-term treatment outcomes over 30 days based on the SCAI SHOCK stages. **Population:** All patients over 18 years old who were admitted to Intensive Care and Toxicology Unit and met the diagnostic criteria for AHF as established by ESC 2021 or were diagnosed with acute myocardial infarction and had consented to participate in the study. **Method:** This is a descriptive cross-sectional study. A convenience sampling technique and a structured questionnaire was used to collect the data. **Results:** Among 150 patients meeting the study criteria, the proportion of patients classified into SCAI SHOCK stage from A to E was 8.7%, 43.3%, 25.3%, 10.7%, and 12%, respectively. After a 30-day follow-up, the overall survival rate was 58%, with survival rates for each stage as follows: SCAI A 92.3%, SCAI B 89.2%, SCAI C 44.7%, SCAI D 0%, and SCAI E 0%. **Conclusion:** The SCAI B stage had the highest prevalence in Intensive Care and Toxicology Unit at An Giang Cardiology Hospital. During the 30-day follow-up period, the overall survival rate of the study group was approximately half of the cases. The highest survival rate was observed in stages A and B, while the lowest was in stages D and E. The higher SCAI SHOCK stage was in the first 24 hours, the lower survival rates were as consequences.

Keywords: Cardiac index, cardiopulmonary resuscitation, extracorporeal membrane oxygenation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sốc tim (Cardiogenic shock - CS) là dạng

Suy tim cấp tính (Acute heart failure - AHF)

nặng nhất gây ra bởi tình trạng giảm cung lượng tim nghiêm trọng làm giảm tưới máu cơ quan đích và có liên quan đến tỷ lệ tử vong cao. Có nhiều nguyên nhân khác nhau gây ra sốc tim như nhồi máu cơ tim cấp tính (Acute Myocardial Infarction - AMI) là nguyên nhân cơ bản, suy tim mãn tính mất bù hoặc bệnh tim cấu trúc không mạch máu dẫn đến sốc tim. Mặc dù rất nỗ lực điều trị, nhưng tỷ lệ tử vong vẫn ở mức cao trong nhiều thập kỷ qua. Tuy vậy, chỉ có một số thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên cho thấy lợi ích điều trị đối với bệnh nhân mắc CS và nhiều thử nghiệm khác cho thấy hiệu quả điều trị trung tính [1].

Hiệp hội Chụp và Can thiệp Tim mạch - The Society of Cardiovascular Angiography and Interventions (SCAI) gần đây đã đề xuất một phân loại mới về CS chia bệnh nhân thành 5 phân nhóm: bệnh nhân có nguy cơ CS (A), bệnh nhân tiền sốc (B) hoặc CS điển hình (C), bệnh nhân tiến triển (D) hoặc bệnh nhân CS nguy kịch (E) để đánh giá khả năng dự đoán thời gian sống thêm 30 ngày trong bệnh cảnh CS, tăng tỉ lệ sống sót từ 47% trước can thiệp lên 58% và 70% trong liên tục 2 năm sau áp dụng [2].

Hiện tại, ở Việt Nam nói chung và Bệnh Viện Tim mạch An Giang chưa có các đề tài nghiên cứu chi tiết về đánh giá bệnh nhân suy tim cấp theo phân loại SCAI SHOCK. Nhận thấy tầm quan trọng của việc phân nhóm bệnh nhân suy tim cấp, chúng tôi tiến hành đề tài này với 2 mục tiêu:

1. Phân loại những bệnh nhân suy tim cấp có nguy cơ hoặc đã biểu hiện sốc tim trong 24 giờ đầu nhập viện theo phân giai đoạn SCAI SHOCK
2. Khảo sát kết quả điều trị ngắn hạn 30 ngày theo từng nhóm bệnh nhân theo phân giai đoạn SCAI SHOCK

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**Đối tượng nghiên cứu**

- Tất cả các bệnh nhân >18 tuổi tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim cấp theo ESC 2021 [3] hoặc được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Sốc do nguyên nhân khác: sốc nhiễm trùng, sốc giảm thể tích, sốc phản vệ, bệnh nhân từ chối tham gia nghiên cứu, bệnh nhân chuyển tuyến không theo dõi được kết cục.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Địa điểm: Khoa Hồi sức tích cực và Chống độc
- Thời gian: từ tháng 4 năm 2022 đến tháng 9 năm 2023

Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả
- Phương pháp chọn mẫu: lấy mẫu thuận tiện, thu thập số liệu theo mẫu thuận tiện

Nội dung nghiên cứu

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Tuổi, giới

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

- Yếu tố nguy cơ tim mạch
 - + Tăng huyết áp: chẩn đoán theo Hội Tim Mạch Học Việt Nam 2008.
 - + Đái tháo đường: chẩn đoán Hiệp Hội Đái Tháo Đường Hoa Kỳ 2015.
 - + Hút thuốc lá
 - + Nhồi máu cơ tim cũ
 - + Ngưng hô hấp tuần hoàn ngoại viện
 - Lâm sàng
 - + Dấu hiệu của giảm tưới máu các cơ quan: thay đổi tri giác, da lạnh, thiếu niệu.
 - + Huyết áp tâm thu: 2 nhóm <90 mmHg và ≥ 90 mmHg
 - + Huyết áp trung bình: 2 nhóm <60 mmHg và ≥ 60 mmHg
 - + Nhịp tim: 2 nhóm <100 l/ph và ≥100 l/ph
 - Cận lâm sàng
 - + Lactate: chia 3 nhóm <2 mmol/l; 2-5 mmol/l; ≥ 5 mmol/l
 - + Khí máu động mạch: pH ≤7.2 và pH > 7.2
 - + Troponin T hs: bình thường < 0,014 ng/ml
 - + NT-proBNP: chia thành 2 nhóm < 300 pg/ml, ≥300 pg/ml
 - + Siêu âm tim: CI (Cadiac Index)
 - Nguyên nhân: Sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp/ không do nhồi máu cơ tim cấp
 - Các biện pháp can thiệp: thuốc tăng co bóp/ vận mạch, IABP (bóng thổi xung động mạch chủ), thở máy, can thiệp mạch vành/ tiêu sợi huyết.
- Các tiêu chí đánh giá trên sẽ được áp vào bảng phân giai đoạn SCAI SHOCK, gồm 5 giai đoạn: SCAI A (nguy cơ), SCAI B (tiền sốc), SCAI C (điển hình), SCAI D (tiến triển), SCAI E (nguy kịch).
- Tiến trình nghiên cứu:** Bệnh nhân nhập viện thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh sẽ được theo dõi trong 24 giờ đầu và phân giai đoạn theo SCAI SHOCK, thu thập số liệu theo mẫu và kiểm tra kết cục điều trị vào ngày 30 của bệnh.
- Đánh giá kết quả điều trị**
- Sống sót và xuất viện
 - Tử vong hoặc bệnh nặng xin về trong vòng 30 ngày
- Xử lý số liệu:** - Tất cả các số liệu thu thập được xử lý theo phương pháp thống kê y học với phần mềm SPSS 20.0.
- Các biến định tính: trình bày tần số, tỉ lệ

phần trăm.

- Các biến định lượng: trình bày số trung bình, độ lệch chuẩn, giá trị nhỏ nhất, giá trị lớn nhất.
- Xác suất sống sót trên mỗi nhóm SCAI được ước tính bằng phương pháp Kaplan – Meier.
- Kết quả được xem là có ý nghĩa thống kê với P < 0,05.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Sau khi thu thập trên 150 bệnh nhân chúng tôi ghi nhận các kết quả sau:

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, yếu tố nguy cơ và nguyên nhân gây suy tim cấp

Tuổi trung bình nghiên cứu của chúng tôi 70 ± 11 (tuổi)

Trong đó: nam 76 (51%), nữ 74 (49%).

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch

Đặc điểm yếu tố nguy cơ (n, %)	Nhóm chung (n=150)
Hút thuốc lá	35 (23%)
Tăng huyết áp động mạch	128 (85%)
Đái tháo đường	65 (43%)
Rối loạn lipid máu	93 (62%)
Nhồi máu cơ tim cũ	49 (32%)

Nhận xét: tỉ lệ nam/nữ = 1/1.

Bảng 2. Nguyên nhân gây suy tim cấp/sốc tim:

Nguyên nhân gây suy tim cấp/sốc tim (n, %)	Nhóm chung (n=150)
Nhồi máu cơ tim	102 (68%)
Không phải nhồi máu cơ tim gồm:	48 (32%)
Tăng huyết áp cấp cứu	15 (10%)
Nhiễm trùng cấp tính	18 (12%)
Rối loạn nhịp	15 (10%)

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ tim mạch Tăng huyết áp cao nhất 85% (128/150) sau đó là rối loạn Lipid máu 62% (93/150) và Đái tháo đường 43% (65/150). Nguyên nhân gây ra suy tim cấp chủ yếu là nhồi máu cơ tim 68% (102/150).

Bảng 3. Nguyên nhân Suy tim cấp và tử vong chung

Tử vong (n, %)	Nhóm chung (n=150)	p
Nhồi máu cơ tim cấp	52(34.7%)	0.01
Nguyên nhân khác	11(7.3%)	0.01

Nhận xét: Nguyên nhân tử vong của suy tim cấp do nhồi máu cơ tim và không nhồi máu cơ tim khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0.01)

Phân giai đoạn SCAI SHOCK 24 giờ đầu

Bảng 4. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biện pháp hỗ trợ tuần hoàn của đối tượng nghiên cứu, tỉ lệ bệnh nhân theo phân giai đoạn SCAI trong 24 giờ đầu nhập viện

Lâm sàng, Cận lâm sàng, Hỗ trợ tuần hoàn	SCAI A (n,%) n=13 (8.7%)	SCAI B (n,%) n=65 (43.3%)	SCAI C (n,%) n=38 (25.3%)	SCAI D (n,%) n=16 (10.7%)	SCAI E (n,%) n=18 (12%)
Huyết áp tâm thu <90mmHg	1(7.7%)	1 (1.5%)	15 (39.5%)	13 (81.2%)	13 (72.2%)
Huyết áp trung bình <60mmHg	1(7.7%)	1 (1.5%)	17 (44.7%)	14(87.5%)	14 (77.8%)
Nhịp tim ≥ 100 l/ph	10 (76.9%)	57 (87.7%)	30 (78.9%)	11 (68.8%)	10 (55.6%)
Sốc	0 (0%)	4 (6.2%)	29 (76.3%)	16 (100%)	18 (100%)
Có hồi sinh tim-phổi	0	8 (12.3%)	8 (21%)	11 (68.8%)	16 (88.9%)
Sử dụng thuốc tăng co bóp/vận mạch	7 (53.8%)	56 (86.2%)	37 (97.4%)	16 (100%)	18 (100%)
IABP	0	0	5 (13.2%)	1(6.3%)	0
Thở máy	0	10 (15.4%)	21 (55.3%)	11 (68.8%)	14 (77.8%)
Lactate máu >2	5 (38.5%)	46 (70.7%)	35 (92.1%)	15 (93.8%)	17 (94.4%)
pH < 7.2	2 (15.4%)	2 (3.1%)	1 (2.6%)	5 (31.3%)	7 (41.2%)
NT-proBNP >300pg/ml	9 (69.2%)	61 (93.8%)	35 (92.1%)	15 (93.8%)	16 (100%)
Troponin T hs ≥ 1000 ng/l	2 (15.4%)	11(16.9%)	22 (57.9%)	9 (56.3%)	11 (61.1%)
CI < 2.2	1 (7.7%)	6 (9.2%)	12 (31.6%)	7 (43.8%)	12 (66.7%)
Tiêu sợi huyết	1 (7.7%)	6 (9.2%)	2 (5.3%)	0	2 (11.1%)
Có can thiệp mạch vành	3 (23.1%)	1 (1.5%)	5 (13.2%)	2 (12.5%)	1 (5.6%)

Nhận xét: Bệnh nhân được dùng tiêu sợi huyết là 10,7% (11/102), chụp và can thiệp mạch vành 11,7% (12/102), sử dụng bóng đối xung động mạch chủ 4% (6/150). Số lượng bệnh nhân suy tim cấp được phân giai đoạn trong 24 giờ đầu nhập viện cao nhất SCAI B 43,3% sau đó là SCAI C 25,3%, SCAI E 12%, SCAI D

10.7%, SCAI A 8.7%.

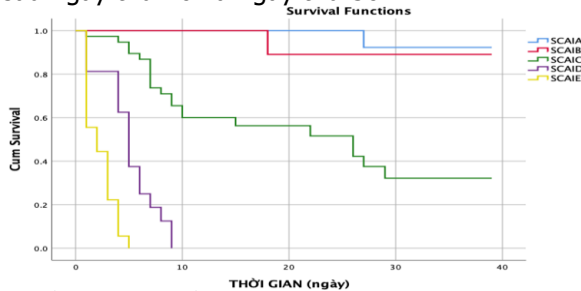
Tỉ lệ bệnh nhân sống sót sau 30 ngày

Bảng 5. Tỉ lệ sống sót sau 30 ngày

Phân loại	Ngày 1 N=127 (n, %)	Ngày 10 N=93 (n, %)	Ngày 30 N=87 (n, %)
SCAI A	100%(n=13)	100%(n=13)	92.3%(n=12)

SCAI B	98.5%(n=64)	92.3%(n=60)	89.2%(n=58)
SCAI C	97.4%(n=37)	52.6%(n=20)	44.7%(n=17)
SCAI D	81.3%(n=13)	0%	0%
SCAI E	55.6%(n=10)	0%	0%

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân sống sót theo phân giai đoạn SCAI giảm dần theo thời gian, nặng nhất là bệnh nhân giai đoạn SCAI D, E tử vong 100% sau ngày thứ 10, kể đó là SCAI C giảm còn 50% sau ngày thứ 10 và ngày thứ 30. Tiếp theo là tỷ lệ SCAI A, B sống sót trên 90% sau ngày thứ 10 và ngày thứ 30.



Biểu đồ 1. Biểu đồ Kaplan-Meier ước tính tỷ lệ sống sót 30 ngày

Nhận xét: Biểu đồ đường cong Kaplan-Meier phân giai đoạn SCAI về tỷ lệ sống sót theo thời gian tách nhau rõ ràng và rất sớm ngay từ những ngày đầu nhập viện, với giai đoạn SCAI càng cao tỷ lệ sống sót càng thấp.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu, yếu tố nguy cơ và nguyên nhân gây suy tim cấp: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu khá cao 70 ± 11 . Kết quả này cũng phản ánh đúng thực trạng nhóm tuổi bệnh nhân suy tim nhập viện tại bệnh viện Tim mạch An Giang khá tương đồng với trung bình nhóm tuổi trong nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng [6] 68 ± 12 và Schrage là 68 ± 15 [3]. Nam giới chiếm tỷ lệ 51%, cao hơn Nữ giới tương đương trong nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng [6] và khác biệt với nghiên cứu của Schrage với Nam chiếm tỷ lệ 72 %, cao hơn giới Nữ [4].

Các yếu tố nguy cơ dẫn đến suy tim cấp: Chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp chiếm 85% tương đồng nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng [6] với tỷ lệ THA 63,5% và nghiên cứu của Schrage với yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất cũng là tăng huyết áp với 53% [4] (Bảng 1).

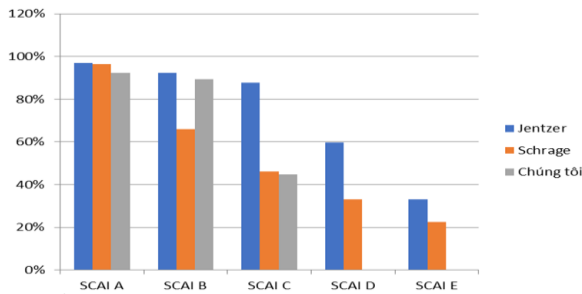
Nguyên nhân dẫn đến suy tim cấp: Trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu từ nhồi máu cơ tim chiếm tỷ lệ 68% có sự khác biệt với nghiên cứu Schrage chỉ chiếm tỷ lệ 58% [4] (Bảng 2). Đồng thời nguyên nhân tử vong của suy tim cấp do nhồi máu cơ tim và không nhồi máu cơ tim khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0.01$).

**Phân giai đoạn SCAI SHOCK 24 giờ đầu
Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biện pháp hỗ trợ tuần hoàn của đối tượng nghiên cứu, Tỷ lệ bệnh nhân theo phân giai đoạn SCAI trong 24 giờ đầu nhập viện:**

Sự tăng lactate máu và sự giảm pH máu được quan sát thấy nhiều hơn ở các nhóm giai đoạn SCAI cao hơn, nhiều nhất ở giai đoạn SCAI B,C tương đồng với nghiên cứu của Schrage [4]. Nồng độ Troponin-T hs >1000 ng/l gặp nhiều nhất ở giai đoạn SCAI C tương tự nghiên cứu của Schrage [4] phản ánh mức độ nặng của tình trạng sốc tim. Bệnh nhân được dùng tiêu sợi huyết là 10,7% (11/102), chẹp và can thiệp mạch vành 11,7% (12/102), sử dụng bóng đối xung động mạch chủ 4% (6/150), và được tiến hành nhiều nhất ở giai đoạn SCAI B,C. Tỷ lệ sử dụng tiêu sợi huyết và được can thiệp khá thấp một phần là do trong khoảng thời gian thu thập số liệu gặp những vấn đề như hết thầu bảo hiểm y tế, thiếu thiết bị vật tư...

Tỷ lệ bệnh nhân được phân vào giai đoạn SCAI SHOCK trong 24 giờ đầu nhập viện từ A đến E trong nghiên cứu của chúng tôi lần lượt là 8.7%, 43.3%, 25,3%,10,7%, 12% (Bảng 4) còn nghiên cứu của Phạm Mạnh Hùng[6] là: 46.2%, 19.2%, 30,8%, 2.5%, 1.3%, nghiên cứu của Schrage là 19%, 4%, 37%, 22%, 18% [4], nghiên cứu của Jentzer là 46%, 30%, 15.7%, 7.3%, 1% [5]. Tỷ lệ phân giai đoạn SCAI A của chúng tôi thấp nhất trong 3 nghiên cứu vì mẫu chúng tôi thu thập chủ yếu trên nhóm bệnh nhân nhập khoa Hồi sức tích cực, nhưng các giai đoạn SCAI B, C, D, E thì có tỷ lệ đều tương đồng so với 3 nghiên cứu trên.

Tỷ lệ sống sót sau 30 ngày. Trong khoảng thời gian 30 ngày theo dõi tỷ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu chúng tôi là 58% cao hơn so với nghiên cứu của Schrage với tỷ lệ sống sót chung là 53.4%, tuy nhiên có sự khác biệt lớn trong tỷ lệ sống sót phân theo từng nhóm giai đoạn SCAI giữa các nghiên cứu, cụ thể là ở nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ sống sót theo từng phân nhóm lần lượt là 92.3%, 89,2%, 44,7%, 0%, 0% (Bảng 5) thấp hơn so với nghiên cứu của Schrage với tỷ lệ sống sót trong từng giai đoạn lần lượt là 96.4%, 66.1%, 46.1%, 33.1%, 22.6% [4], hay trong nghiên cứu với nhóm đối tượng nghiên cứu tại khoa CCU của Jentzer lần lượt là SCAI A 97%, SCAI B 92.4%, SCAI C 87.6%, SCAI D 59.6%, SCAI E 33% [5]. Ở đây chúng ta thấy nhóm SCAI A, B, C của chúng tôi có tỷ lệ sống tương đương đồng với nghiên cứu của Schrage, nhưng tỷ lệ sống sót SCAI D, E của chúng tôi là 0% rất thấp so với nghiên cứu của Schrage.



Biểu đồ 1: Tỷ lệ sống sót sau 30 ngày theo phân giai đoạn SCAI

Tỷ lệ sống sót ở các giai đoạn sau (SCAI D, E) tại bệnh viện chúng ta thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu khác trên thế giới xuất phát từ thực tế shock tim là một bệnh lý nặng nề với tỷ lệ tử vong cao, bệnh nhân lớn tuổi với nhiều bệnh đồng mắc. Ngoài ra, một trong các nguyên nhân có thể lý giải trực tiếp cho sự khác biệt trên là tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp hỗ trợ tuần hoàn rất thấp do thiếu trang thiết bị, bệnh chúng tôi chỉ có trang bị bóng đối xung động mạch chủ (IABP) nhưng tỷ lệ can thiệp vào bệnh nhân suy tim cấp còn rất thấp chỉ 4% (6/150), đồng thời IABP chỉ được khuyến cáo như dụng cụ hỗ trợ thất trái ở các giai đoạn sớm SCAI A, B hoặc C [7] nên số bệnh nhân SCAI D, E hầu như quá khả năng điều trị của chúng tôi. Theo nghiên cứu của Schrage bệnh nhân được nhận các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn như Impella, ECMO khi vào các giai đoạn sốc thật sự (SCAI D, E) chiếm tỷ lệ rất cao, hơn nữa việc hỗ trợ tuần hoàn được áp dụng rất sớm ngay từ SCAI B [4]. Ngoài ra các biện pháp điều trị như sử dụng tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành của chúng tôi trong nghiên cứu cũng chiếm tỷ lệ khá thấp so với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới, cụ thể có 11.7% (12/102) số ca được can thiệp mạch vành, 10.7% (11/102) số ca nhồi máu cơ tim được sử dụng tiêu sợi huyết, IABP chỉ chiếm 4% (6/150), xuất phát từ thực tế và các nguyên nhân khách quan như: bệnh nhân hoặc thân nhân không đồng ý, thiếu trang thiết bị y tế... Tuy nhiên, có thể thấy được điểm chung trong cả 3 nghiên cứu là tỷ lệ sống sót sau 30 ngày giảm dần theo độ nặng của phân giai đoạn SCAI biểu hiện rõ trên biểu đồ Kaplan-Meier (Biểu đồ 1).

V. HẠN CHẾ

Do cỡ mẫu chúng tôi còn nhỏ, nhóm bệnh nhân của chúng tôi chỉ nghiên cứu đơn trung tâm và chỉ đánh giá SCAI tại một thời điểm trong vòng 24 giờ đầu nhập viện, quá trình theo dõi ngắn hạn nên chưa đánh giá toàn diện quá trình diễn tiến của suy tim cấp.

VI. KẾT LUẬN

Qua phân tích 150 ca suy tim cấp/sốc tim ghi nhận giai đoạn SCAI B chiếm tỷ lệ cao nhất tại khoa Hồi sức tích cực và Chống độc Bệnh viện Tim Mạch An Giang. Trong khoảng thời gian 30 ngày theo dõi, tỷ lệ sống sót chung của nhóm nghiên cứu là khoảng 1/2 số ca, trong đó tỷ lệ sống sót cao nhất ở giai đoạn SCAI A, B và thấp nhất ở giai đoạn D, E. Phân giai đoạn SCAI trong 24 giờ đầu càng cao, tỷ lệ sống sót càng thấp.

VII. KIẾN NGHỊ

Việc phân giai đoạn SCAI SHOCK trong 24 giờ đầu có giá trị trong việc đánh giá và tiên lượng bệnh nhân, nên cần được áp dụng rộng rãi tại các tuyến y tế cơ sở để có những điều trị và mức độ theo dõi phù hợp với từng giai đoạn, nâng cao hiệu quả điều trị và cải thiện tỷ lệ tử vong do suy tim cấp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thiele H, Ohman EM, de Waha-Thiele S, Zeymer U, Desch S. 2019, Management of cardiogenic shock complicating myocardial infarction: an update 2019. Eur Heart J, pp.;40(32):2671-83.
2. Baran DA, Grines CL, Bailey S, Burkhoff D, Hall SA, Henry TD, et al. SCAI clinical expert consensus statement on the classification of cardiogenic shock. April 2019, This document was endorsed by the American College of Cardiology (ACC), the American Heart Association, the Society of Critical Care Medicine (SCCM), and the Society of Thoracic Surgeons (STS), pp. 94(1):29-37.
3. Theresa A McDonagh, Marco Metra, Marianna Adamo, Roy S Gardner, Andreas Baumbach, Michael Böhm, Haran Burri, Javed Butler, Jelena Celutkienė, Ovidiu Chioncel, John G F Cleland, Andrew J S Coats, Maria G Crespo-Leiro, Dimitrios Farmakis, Martine Gilard,.. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. 36, s.l. : European Heart Journal, 21 September 2021, European Heart Journal, Volume 42, Issue 36, Vol. 42, pp. Pages 3599–3726. Pages 3599–3726.
4. B. Schrage, S. Dabboura, I. Yan, et al. Application of the SCAI classification in a cohort of patients with cardiogenic shock, Catheter Cardiovasc Interv, 96 (3) (2020), pp. E213-E219.
5. J.C. Jentzer, S. van Diepen, G.W. Barsness. Cardiogenic shock classification to predict mortality in the cardiac intensive care unit, J Am Coll Cardiol, 74 (17) (2019), pp. 2117-2128.
6. Phạm Mạnh Hùng 2022. Tác động của phân giai đoạn SCAI đến kết cuộc lâm sàng trên bệnh nhân Nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, Nhà Xuất Bản Y Học, số 103E, tr. 26- 33.
7. Hội Tim Mạch Việt Nam, 2022, Đồng thuận của Hội Tim Mạch Việt Nam về chẩn đoán và xử trí sốc tim, tr. 34.