

đánh giá theo thang điểm DASH; kết quả tốt chiếm 80%, khá chiếm 20%. Phẫu thuật ngón tay lò xo là phương pháp điều trị đơn giản, có hiệu quả cao và mang lại chức năng hoạt động của bàn tay cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **A S, M R.** Trigger Finger Location and Association of Comorbidities. Bulletin of the Hospital for Joint Disease. 2017; 75(3), 198-200.
2. **Jeanmonod R, et al.** Trigger Finger, StatPearls Publishing Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC., Treasure Island (FL)
3. **Hansen RL, et al.** Open Surgery Versus Ultrasound-Guided Corticosteroid Injection for Trigger Finger: A Randomized Controlled Trial With 1-Year Follow-up. The Journal of hand surgery. 2017; 42(5), 359-66.
4. **Nguyễn Quốc Huy.** Đánh giá kết quả ban đầu điều trị bệnh ngón tay bất bằng phẫu thuật tại bệnh viện trường đại học y khoa thái nguyên. Tạp chí khoa học & công nghệ. 12016; 65(77 - 80).
5. **Langer D, et al.** Evaluating Hand Function in Clients with Trigger Finger. Occup Ther Int. 2017; 9539206.
6. **Nguyễn Thành Tấn.** Đánh giá kết quả điều trị ngón tay cò súng bằng phương pháp can thiệp tối thiểu qua da với kim 18. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2015; 6 (143).
7. **Trần Trung Dũng.** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tổn thương ngón tay lò xo. Tạp chí Y - Dược học Quân sự. 2014; 3 (113),
8. **MH L.** Outcome of open trigger digit release. The Journal of hand surgery, European volume. 2007; 32(4), 457-9.
9. **Fiorini HJ et al.** Surgery for trigger finger. Cochrane Database Syst Rev. 2018; 2 (2), CD009860-CD.

TỶ LỆ VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN TỚI TÁI NHẬP VIỆN HOẶC TỬ VONG Ở NGƯỜI BỆNH SUY TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN THỐNG NHẤT

Nguyễn Quan Như Hảo^{1,2}, Lê Đình Thanh³, Nguyễn Văn Tân³,
Nguyễn Thị Yến³, Phạm Thị Thu Hiền³, Bùi Thị Hương Quỳnh^{1,3}

TÓM TẮT

Mở đầu: Suy tim cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở người trên 65 tuổi với tỷ lệ tử vong và tái nhập viện cao, góp phần nhiều nhất (gần 70%) vào tổng chi phí chăm sóc y tế liên quan đến suy tim. **Mục tiêu:** Khảo sát tỷ lệ và các yếu tố liên quan đến tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và trong 90 ngày sau khi xuất viện trên người bệnh suy tim cấp tại Bệnh viện Thống Nhất. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả được thực hiện trên 106 người bệnh được chẩn đoán xuất viện suy tim cấp hoặc đợt cấp mất bù suy tim mạn từ 01/01/2018 đến 31/12/2019 và có đầy đủ thông tin về tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày kể từ khi xuất viện. Dữ liệu khảo sát bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, thuốc điều trị, thông tin tái nhập viện hoặc tử vong được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phỏng vấn qua điện thoại. **Kết quả:** Tuổi trung vị của người bệnh là 78 (67 – 84), có 49,1% người bệnh là nữ giới. Tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày lần lượt là 34,9% và 56,6%. Kết quả phân tích hồi quy logistics đơn biến cho thấy, trong vòng 30 ngày sau xuất viện, những người bệnh tuổi trên 65 (OR: 3,71), mắc kèm hội chứng mạch vành cấp (OR: 3,06), NT-proBNP lúc nhập

viện trên 3000 ng/mL (OR: 2,39) và NT-proBNP xuất viện trên 3000 ng/mL (OR: 3,49) là những yếu tố làm tăng khả năng tái nhập viện hoặc tử vong. Ngược lại, thể huyết động là ẩm – ướt làm giảm 63% khả năng tái nhập viện hoặc tử vong (OR 0,37; 95% CI 0,14 – 0,94; P = 0,038) so với thể ẩm – khô. Trong vòng 90 ngày sau xuất viện, người bệnh có NT-proBNP nhập viện trên 3000 pg/mL có khả năng nhập viện hoặc tử vong cao hơn nhóm còn lại (OR 2,68; 95% CI 1,19 – 6,06; P = 0,018). **Kết luận:** Tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trên người bệnh suy tim cấp khá cao. Tuổi cao, mắc kèm hội chứng mạch vành cấp, thể huyết động, NT-proBNP nhập viện và xuất viện cao là những yếu tố nên được cân nhắc theo dõi chặt chẽ hơn trong quá trình điều trị nhằm giảm biến cố tái nhập viện hoặc tử vong sau xuất viện.

Từ khóa: suy tim cấp, đợt cấp mất bù suy tim mạn, tái nhập viện, tử vong

SUMMARY

PROPORTIONS AND RELATED FACTORS OF HOSPITAL READMISSION OR MORTALITY IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE AT THONG NHAT HOSPITAL

Background: Acute heart failure (AHF) represents the leading cause of hospitalization for people over 65 years of age along with the high rate of mortality and readmission and is the main determinant (approximately 70%) of the huge healthcare expenditure related to heart failure. **Objective:** To investigate the prevalence and related factors of the 30-day and 90-day hospital readmission or mortality in patients with AHF at Thong Nhat hospital. **Materials and Methods:** This retrospective, descriptive cross-

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

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

³Bệnh viện Thống Nhất, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thị Hương Quỳnh

Email: bthquynh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022

sectional study involved 106 patients who were diagnosed with AHF or acute decompensation of chronic heart failure (ADHF) from 1st of January 2018 to 31st of December 2019 and could be collected sufficient information about their events of hospital readmission or mortality in 30 days and 90 days after discharge. Data concerning clinical features, paraclinical investigations, drug use, and information about hospital readmission or mortality were collected from medical records and telephone surveys. **Results:** The median age of patients was 78 years (interquartile range [IQR], 67 – 84), and 49,1% were women. The readmission or mortality rates were 34,9% within 30 days and 56,6% within 90 days after discharge. The univariate logistic regression analysis found that patients aged over 65 years, with acute coronary syndrome (ACS), and NT-proBNP level at admission and at discharge over 3000 ng/mL elevated the odds of readmission or mortality within 30 days after discharge (ORs were 3,71; 3,06; 2,39 and 3,49, respectively); those who presented in the “warm-wet” hemodynamic category had a 63% decrease in that odd (OR 0,37; 95% CI 0,14 – 0,94; P = 0,038) compared with “warm-dry”. Odds of readmission or mortality within 90 days of discharge in patients with NT-proBNP level at admission over 3000 pg/mL were higher than others (OR 2.68; 95% CI 1.19 – 6,06; P = 0,018). **Conclusion:** The rates of hospital readmission or mortality in patients within 30 days and 90 days with AHF remained high. The factors including old age, coexistence of ACS, hemodynamic profile, NT-proBNP level at admission and at discharge should be considered as the indicators to be monitored during the treatment to reduce rehospitalization or mortality in patients with AHF.

Keywords: acute heart failure (AHF), acute decompensation of chronic heart failure (ADHF), rehospitalization, mortality

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là hội chứng lâm sàng phổ biến trong các bệnh lý tim mạch, có ảnh hưởng đến ít nhất 26 triệu người trên toàn thế giới với tỷ lệ mắc mới và tỷ lệ lưu hành tăng theo tuổi ở cả hai giới [1]. Suy tim cấp tính được định nghĩa là hội chứng khởi phát nhanh hoặc thay đổi cấp tính các triệu chứng của suy tim, do đó người bệnh cần được điều trị khẩn cấp [2]. Suy tim cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu ở người trên 65 tuổi. Mặc dù đã có những tiến bộ đáng kể trong việc điều trị và phòng ngừa, suy tim cấp vẫn là một hội chứng có tiên lượng đặc biệt dè dặt, gây tăng tỷ lệ tử vong, tăng tỷ lệ tái nhập viện và làm suy giảm chất lượng cuộc sống. Ngoài ra, suy tim cấp là yếu tố góp phần nhiều nhất (chiếm gần 70%) vào tổng chi phí chăm sóc y tế liên quan đến suy tim [1]. Tại Việt Nam, dù chưa có một nghiên cứu chính thức về tỷ lệ mắc suy tim, song theo tần suất mắc bệnh của thế giới, ước tính có khoảng 320.000 đến 1,6 triệu

người bệnh bị suy tim.

Tỷ lệ tái nhập viện của người bệnh suy tim cấp sau khi xuất viện cao, với hơn 20 – 30% người bệnh cần nhập viện lại trong vòng 30 – 60 ngày [3]. Theo khảo sát mô hình bệnh tật năm 2010 tại Bệnh viện Thống Nhất, có 60% người bệnh có tuổi trên 60, trong đó, nhóm bệnh lý tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (23,9%) và cũng thuộc các nhóm bệnh hàng đầu gây tử vong tại bệnh viện [4], tuy nhiên vẫn chưa có thống kê cụ thể nào về suy tim cấp. Việc xác định các yếu tố trên những người bệnh suy tim cấp có liên quan tới tái nhập viện hoặc tử vong sau khi xuất viện sẽ góp phần giúp tối ưu hóa việc điều trị và quản lý người bệnh phù hợp. Do đó, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu: khảo sát tỷ lệ tái nhập viện, tỷ lệ tử vong do mọi nguyên nhân (do suy tim cấp hoặc mạn, do nguyên nhân tim mạch và do nguyên nhân không thuộc tim mạch) trong 30 ngày và trong 90 ngày sau khi xuất viện; phân tích các yếu tố liên quan đến tái nhập viện hoặc tử vong do mọi nguyên nhân trong 30 ngày và trong 90 ngày ở người bệnh suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp cắt ngang mô tả. Các số liệu thu thập được từ bệnh án và phỏng vấn qua điện thoại sẽ được điền vào mẫu phiếu thu thập thông tin người bệnh.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

- Hồ sơ bệnh án của người bệnh có chẩn đoán xuất viện chính là: suy tim cấp hoặc đợt cấp mất bù suy tim mạn.
- Tuổi đủ 18 trở lên.
- Điều trị tại bệnh viện Thống Nhất và xuất viện trong thời gian từ 01/01/2018 đến 31/12/2019.
- Khoa xuất viện là khoa Tim mạch cấp cứu can thiệp.
- Người bệnh hoặc người nhà người bệnh đồng ý trả lời điện thoại phỏng vấn về tình trạng tái nhập viện hoặc tử vong trong vòng 30 ngày và 90 ngày sau khi xuất viện.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Người bệnh xin về vì những lý do không liên quan đến y tế.
- Người bệnh không thể được thu thập thông tin về tình trạng tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày sau khi xuất viện.

Cỡ mẫu: Tất cả các hồ sơ bệnh án thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ.

Định nghĩa các biến số chính

Khảo sát đặc điểm người bệnh. Tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, phân loại suy tim cấp theo thể huyết động, các thông số cận lâm sàng trước

khi xuất viện (huyết áp tâm thu (HATT), huyết áp tâm trương (HATTr), nhịp tim, nhịp thở, natri huyết, eGFR, NT-proBNP), NT-proBNP lúc nhập viện, đáp ứng NT-proBNP tại thời điểm kết thúc điều trị (được định nghĩa là giá trị NT-proBNP tại thời điểm trước khi xuất viện giảm ít nhất 30% so với khi nhập viện [7]), thuốc xuất viện và thời gian nằm viện.

Đánh giá phân loại thể huyết động dựa trên triệu chứng lâm sàng (theo Hướng dẫn về chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn năm 2016 của Hội Tim mạch Châu Âu (European Society of Cardiology, ESC) [2]) vào 1 trong 4 nhóm: ẩm - ướt (tưới máu tốt và sung huyết), lạnh - ướt (giảm tưới máu và sung huyết), lạnh - khô (giảm tưới máu và không sung huyết) và ẩm - khô (còn bù, được tưới máu tốt và không sung huyết).

Tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày sau xuất viện và các yếu tố liên quan. Thông tin về tình trạng tái nhập viện hoặc tử vong được thu thập như sau:

Dựa vào cơ sở dữ liệu được lưu trên phần mềm quản lý thông tin khám, chữa bệnh của tại Bệnh viện Thống Nhất Hsoft, thống kê số lượng người bệnh có thông tin về tái nhập viện.

Đối với những người bệnh không có thông tin ghi nhận trên phần mềm, thực hiện gọi điện thoại trực tiếp cho người bệnh hoặc người nhà của người bệnh theo số điện thoại lưu trên cơ sở dữ liệu tại bệnh viện để xác nhận tình trạng tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và trong 90 ngày. Những người bệnh không có thông tin về số điện thoại để liên lạc hoặc không thể liên lạc qua điện thoại (số điện thoại cung cấp không đúng hoặc đã được thay đổi hoặc không thể kết nối điện thoại sau 3 lần gọi vào 3 ngày khác nhau) sẽ bị loại ra khỏi nhóm khảo sát.

Ghi nhận nguyên nhân tái nhập viện dựa trên lần tái nhập viện đầu tiên trong khoảng thời gian khảo sát (30 ngày và 90 ngày). Xác định các yếu tố liên quan tới biến cố (tái nhập viện hoặc tử vong), với biến phụ thuộc là biến cố tái nhập viện hoặc tử vong (có/không), biến độc lập là các biến liên quan tới đặc điểm của người bệnh.

Phương pháp thống kê. Số liệu được thu thập và lưu trữ trên phần mềm Microsoft Excel 365. Tất cả các phép kiểm thống kê được thực hiện với phần mềm thống kê R version 4.0.2. Xác định tần số, tỷ lệ phần trăm, số trung bình và trung vị bằng cách sử dụng phân tích thống kê mô tả.

Các yếu tố liên quan đến tái nhập viện hoặc tử vong được phân tích bằng hồi quy logistics đơn biến, với:

- Biến phụ thuộc là biến cố tái nhập viện hoặc tử vong do mọi nguyên nhân trong 30 ngày và trong 90 ngày sau khi xuất viện (có/không);

- Biến độc lập là các biến liên quan tới đặc điểm của người bệnh bao gồm: tuổi, giới tính, bệnh mắc kèm, thể huyết động, cận lâm sàng, đáp ứng NT-proBNP tại thời điểm kết thúc điều trị, thuốc xuất viện và thời gian nằm viện.

Mỗi liên quan được xem là có ý nghĩa thống kê khi $P < 0,05$.

Đạo đức y sinh. Đề tài nghiên cứu được Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Thống Nhất thông qua vào tháng 01/2020 (Số 03/BVTN-HĐĐĐ năm 2020).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong 128 người bệnh đủ tiêu chuẩn chọn mẫu có 84 người bệnh có thông tin về tái nhập viện trên hệ thống phần mềm Hsoft của bệnh viện, còn lại 44 người bệnh cần thu thập thông tin thông qua gọi điện thoại. Tuy nhiên, có 13 người bệnh không có thông tin về số điện thoại để liên lạc và 9 người bệnh không thể liên lạc qua điện thoại, tổng cộng có 22 người bệnh không thể khảo sát được tình trạng tái nhập viện và tử vong. Như vậy, mẫu nghiên cứu có 106 người bệnh.

Đặc điểm của người bệnh trong nghiên cứu. Người bệnh trong nghiên cứu có tuổi trung vị là 78 (67 – 84) tuổi; trong đó, có 81,1% số người bệnh có độ tuổi trên 65, nữ giới chiếm 49,1%. Trong 103 người bệnh được đo NT-proBNP lúc nhập viện, có 60,2% có chỉ số cao hơn 3000 pg/mL. Tỷ lệ người bệnh có NT-proBNP cao hơn 3000 pg/mL trên 82 người bệnh được đo trước khi xuất viện là 42,7%. Tỷ lệ đáp ứng NT-proBNP trên 82 người bệnh được ghi nhận tại thời điểm trước xuất viện là 63,4% (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm của người bệnh trong nghiên cứu ($n = 106$)

Đặc điểm	Giá trị
> 65 tuổi	86 (81,1%)
Giới (nữ)	52 (49,1%)
Bệnh mắc kèm	
Tăng huyết áp	102 (96,2%)
Rung nhĩ	26 (24,5%)
Bệnh cơ tim	4 (3,8%)
Hội chứng mạch vành cấp	32 (30,2%)
Đái tháo đường	57 (53,8%)
Bệnh thận mạn	42 (39,6%)
Bệnh lý hô hấp	29 (27,4%)
Phân loại theo thể huyết động	
Âm - khô	29 (27,4%)
Âm - ướt	55 (51,9%)

Lạnh - khô	4 (3,8%)
Lạnh - ướt	18 (17,0%)
Cận lâm sàng	
HATT khi xuất viện (n = 104), mmHg	120 (110 - 130)
Nhịp tim khi xuất viện (n = 104), lần/phút	78,0 (72,0-84,0)
Nhịp thở khi xuất viện (n = 82), lần/phút	20,0 (18,0 -20,0)
eGFR khi xuất viện, mL/phút/1,73m ²	55,2 (32,1 - 72,5)
Natri huyết khi xuất viện, mmol/L	137 (134 - 139)
NT-proBNP khi nhập viện > 3000 pg/mL (n = 103)	62 (60,2%)
NT-proBNP khi xuất viện > 3000 pg/mL (n = 82)	35 (42,7%)

Đáp ứng NT-proBNP (n = 82): 52 (63,4%)	
Thuốc xuất viện	
Ước chế men chuyển/ chẹn thụ thể	63 (59,4%)
Chẹn beta	15 (14,2%)
Spironolactone	53 (50,0%)
Thời gian nằm viện (ngày): 9 (7 - 14)	

Tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong vòng 30 ngày và 90 ngày sau xuất viện

Tái nhập viện do các bệnh tim mạch bao gồm cả suy tim (cấp và mạn) là nguyên nhân chủ yếu của tái nhập viện hoặc tử vong (trong 30 ngày: 24/37; trong 90 ngày: 41/60) (Bảng 2). Các lý do tái nhập viện do nguyên nhân tim mạch khác suy tim bao gồm cơn tăng huyết áp và hội chứng mạch vành cấp. Nguyên nhân không thuộc tim mạch dẫn đến tái nhập viện thường là viêm phổi.

Bảng 2. Tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày sau xuất viện (n = 106)

Tái nhập viện hoặc tử vong	30 ngày		90 ngày	
	Số BN	Tỷ lệ (%)	Số BN	Tỷ lệ (%)
Tái nhập viện do mọi nguyên nhân	32	30,2	54	50,9
Do suy tim cấp	10	9,4	24	22,6
Do suy tim mạn	5	4,7	7	6,6
Do nguyên nhân tim mạch khác	9	8,5	10	9,4
Do nguyên nhân không thuộc tim mạch	8	7,5	13	12,3
Tử vong	5	4,7	6	5,7
Tái nhập viện hoặc tử vong	37	34,9	60	56,6

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và trong 90 ngày sau xuất viện. Kết quả phân tích hồi quy logistics đơn biến được thể hiện ở bảng 3 và 4.

Bảng 3. Phân tích hồi quy logistics đơn biến xác định mối liên quan giữa các yếu tố với khả năng tái nhập viện hoặc tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 30 ngày (n = 106)

Đặc điểm	Tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày		β (SE)	OR (95%CI)	Chỉ số P
	Có (n = 37)	Không (n = 69)			
Tuổi (năm)	78 (73 - 84)	78 (65 - 83)	0,026 (0,019)	1,03 (0,99-1,06)	0,154
> 65 tuổi	34 (91,9%)	52 (75,4%)	1,310 (0,664)	3,71(1,01-13,61)	0,049
Giới nữ	19 (51,4%)	33 (47,8%)	0,141 (0,408)	1,15 (0,52 - 2,56)	0,729
Bệnh mắc kèm					
Hội chứng mạch vành cấp	3 (8,11%)	1 (1,45%)	1,118 (0,441)	3,06 (1,30 - 7,36)	0,011
Phân loại theo thể huyết động					
Ấm - khô	14 (37,8%)	15 (21,7%)	-	-	
Ấm - ướt	14 (37,8%)	41 (59,4%)	-1,006 (0,484)	0,37(0,14 - 0,94)	0,038
Lạnh - khô	2 (5,4%)	2 (2,9%)	0,069 (1,067)	1,07(0,13 - 8,67)	0,948
Lạnh - ướt	7 (18,9%)	11 (15,9%)	-0,383 (0,610)	0,68(0,21 - 2,25)	0,530
Cận lâm sàng					
NT-proBNP nhập viện > 3000 pg/mL, n = 103	27/37 (73,0%)	35/66 (53,0%)	0,872 (0,445)	2,39 (1,02 - 5,92)	0,050
NT-proBNP xuất viện > 3000 pg/mL, n = 82	17/27 (63,0%)	18/55 (32,7%)	1,251 (0,491)	3,49 (1,33 - 9,15)	0,011

Bảng 4. Phân tích đơn biến hồi quy logistics đơn biến xác định mối liên quan giữa các yếu tố tiên lượng với khả năng tái nhập viện hoặc tử vong do mọi nguyên nhân trong vòng 90 ngày (n = 106)

Đặc điểm	Tái nhập viện hoặc tử vong trong 90 ngày		β (SE)	OR (95%CI)	Chi số P
	Có (n = 60)	Không (n = 46)			
Cận lâm sàng					
NT-proBNP nhập viện > 3000 pg/mL, n = 103	42/60 (70,0%)	20/43 (46,5%)	0,987 (0,416)	2,68 (1,19 – 6,06)	0,018

IV. BÀN LUẬN

Tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và trong 90 ngày sau xuất viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ người bệnh tái nhập viện hoặc tử vong do mọi nguyên nhân lần lượt là 34,9% trong 30 ngày và 56,6% trong 90 ngày sau xuất viện.

Tỷ lệ tái nhập viện của người bệnh suy tim cấp sau khi xuất viện cao, với hơn 20 – 30% người bệnh cần nhập viện lại trong vòng 30 – 60 ngày [3]. Nghiên cứu của tác giả Lim N.K. và cộng sự thực hiện trên người bệnh suy tim cấp tại Hàn Quốc ghi nhận được tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày thấp hơn, chỉ 9,8% [5]. Sự khác biệt này có thể do tuổi trung bình trên mẫu khảo sát của Lim N.K. và cộng sự là 68,4 tuổi, thấp hơn so với của chúng tôi (trung vị là 77 tuổi). Bên cạnh đó, tỷ lệ các bệnh mắc kèm được tác giả ghi nhận cũng thấp hơn (tăng huyết áp: 59,1% so với 96,1%; đái tháo đường: 35,2% so với 50%; bệnh mạch vành: 27,9% so với 37,5%).

Nghiên cứu của Vader J. M. và cộng sự thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên cỡ mẫu lớn hơn 744 người bệnh trong ba thử nghiệm suy tim cấp (DOSE-AHF, CARRESS-HF và ROSE-AHF) đã ghi nhận được tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày do mọi nguyên nhân là 26%, trong đó, tỷ lệ tái nhập viện do vấn đề về tim mạch khác (trừ suy tim) chiếm 23% [6]. Kết quả này cũng tương đồng nghiên cứu của chúng tôi, trong 30 ngày sau xuất viện, có 30,2% trường hợp tái nhập viện do mọi nguyên nhân và 9/37 (24,3%) trường hợp là do các vấn đề tim mạch khác ngoài suy tim.

Chúng tôi ghi nhận được tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau xuất viện trong mẫu nghiên cứu là 4,7% và trong 90 ngày là 5,7%. Tác giả Nguyễn Minh Nhật và cộng sự khi khảo sát các yếu tố tiên lượng tử vong trên 148 người bệnh suy tim cấp rất cao tuổi đã ghi nhận tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau xuất viện là 62,3%. Sau khi hiệu chỉnh, các yếu tố tiên lượng độc lập tử vong sau xuất viện trong 30 ngày bao gồm: giới nữ, bệnh thận mạn và EF < 40% tại thời điểm nhập viện [7]. Sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa các nghiên cứu có thể do đặc điểm không tương đồng về cấu trúc tuổi dân số, vùng địa lý cũng

như sự khác biệt về tình trạng bệnh, sự tuân thủ điều trị của người bệnh, cỡ mẫu và phương pháp thống kê. Điển hình như nghiên cứu của tác giả Nguyễn Minh Nhật có tỷ lệ tử vong trong 30 ngày sau xuất viện rất cao có thể được giải thích do nghiên cứu lựa chọn người bệnh rất cao tuổi (từ 80 tuổi trở lên) so với nghiên cứu của chúng tôi.

Các yếu tố liên quan đến tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong vòng 30 ngày và trong 90 ngày sau xuất viện. Ở nhóm người bệnh trên 65 tuổi, odds tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày cao hơn 3,71 lần (P = 0,049) so với nhóm trẻ hơn. Nghiên cứu trên người bệnh suy tim nhập viện tại Thái Lan của Krittayaphong R. và cộng sự cho thấy người trên 65 tuổi có OR tử vong do mọi nguyên nhân là 1,47 (95% CI: 1.46–1.49; P < 0,001) [8]. Kết quả từ nghiên cứu của chúng tôi đã gợi ý việc cần chú trọng cải thiện chất lượng chăm sóc và theo dõi trên người bệnh cao tuổi có suy tim cấp.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, odds tăng 3,06 lần (95% CI 1,30 – 7,36; P = 0,011) ở người bệnh có chẩn đoán đồng thời là hội chứng mạch vành cấp. Kết quả tương đồng cũng được ghi nhận trong nghiên cứu phân tích từ dữ liệu HEARTS (trên 2609 người bệnh suy tim cấp với 27,8% có kèm hội chứng mạch vành cấp) cho thấy nguy cơ tái nhập viện và tử vong trong 1 tháng cao hơn ở người bệnh có đồng thời suy tim cấp và hội chứng mạch vành cấp (lần lượt OR 1,6 (1,2 – 2,2); P = 0,003 và 1,4 (1,0 – 1,9); P = 0,026) [9]. Những người bệnh này có tiên lượng sống sót và tái nhập viện dài hạn xấu hơn so với người bệnh suy tim cấp đơn thuần, nhấn mạnh tầm quan trọng của việc ghi nhận và quản lý kịp thời những người bệnh mắc kèm hội chứng mạch vành cấp theo các hướng dẫn nhằm nâng cao hiệu quả điều trị.

So với nhóm người bệnh thể ấm – khô, những người bệnh được phân loại suy tim cấp thể ấm – ướt có odds tái nhập viện hoặc tử vong giảm đến 63% (P = 0,038). Kết quả cũng được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Javaloyes P. trên 11 261 người bệnh suy tim cấp từ 41 khoa Cấp cứu ở Tây Ban Nha, các thể huyết động liên quan đến tình trạng sung huyết (thể ướt bao gồm ấm – ướt và lạnh – ướt) làm giảm odds tái nhập viện trong 30 ngày (lần lượt là 31% và

27%) so với thể ấm – khô [10].

Trên 103 người bệnh có đo NT-proBNP lúc nhập viện, odds tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và trong 90 ngày ở nhóm có chỉ số trên 3000 pg/mL cao hơn nhóm có chỉ số \leq 3000 pg/mL lần lượt là 2,39 lần (95% CI 1,02 – 5,92; P = 0,050) và 2,68 lần (95% CI 1,19 – 6,06; P = 0,018). Trong 82 người bệnh được đo NT-proBNP trước khi xuất viện, vẫn ghi nhận odds tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày tăng trên nhóm người bệnh có chỉ số > 3000 pg/mL (OR 3,49; 95% CI 1,33 – 9,15; P = 0,011). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Lim N.-K. và cộng sự thực hiện khi phân tích trên 5341 người bệnh suy tim cấp từ 40 tuổi trở lên. Nhóm tác giả đã ghi nhận 446 (9,8%) trường hợp tái nhập viện hoặc tử vong do suy tim trong 30 ngày. Trong đó, những người bệnh có nồng độ NT-proBNP từ 8000 pg/mL trở lên làm tăng khả năng tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày sau xuất viện (OR (95% CI): 1,92 (1,56–2,37); P < 0,001) [5]. Một nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu tại Brazil thực hiện phân tích đa biến và ghi nhận được NT-proBNP trước xuất viện là yếu tố tiên lượng chính, độc lập với NT-proBNP lúc nhập viện và các yếu tố nguy cơ khác. Nồng độ NT-proBNP trước xuất viện tăng làm tăng tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 60 ngày (OR 1,002; 95% CI 1,001 – 1,003; P = 0,02) [11]. Theo nhóm tác giả, vai trò tiên lượng của NT-proBNP rất quan trọng. Tuy nhiên, chúng tôi không ghi nhận sự khác biệt của sự giảm tối thiểu 30% NT-proBNP trước xuất viện (đáp ứng NT-proBNP) giữa hai nhóm có và không có tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày. Sự không tương đồng này có thể là do nghiên cứu của nhóm tác giả đã loại trừ người bệnh có hội chứng mạch vành cấp (cũng là một nguyên nhân quan trọng làm tăng NT-proBNP) nên việc khảo sát hiệu quả tiên lượng của sự thay đổi NT-proBNP đối với suy tim cấp được thực hiện chính xác hơn.

Những điểm mạnh và hạn chế của nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi đã báo cáo tỷ lệ tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 ngày sau xuất viện trên người bệnh suy tim cấp tại Bệnh viện Thống Nhất cũng như tìm được những yếu tố liên quan bao gồm người cao tuổi, hội chứng mạch vành cấp, thể huyết động, NT-proBNP cao lúc nhập viện và xuất viện, từ đó góp phần gợi ý việc theo dõi chặt chẽ trên những người bệnh này nhằm cải thiện tiên lượng bệnh. Tuy nhiên, việc truy hồi dữ liệu thông qua trao đổi qua điện thoại với người bệnh hoặc

người nhà của người bệnh là một điểm hạn chế của nghiên cứu vì có thể làm mất mẫu do các vấn đề sai thông tin số điện thoại liên lạc hay không liên lạc được. Điều này dẫn đến cỡ mẫu nhỏ và từ đó, việc phân tích mối liên quan có thể chưa có ý nghĩa lớn về mặt thống kê. Trong tương lai, cần tiến hành những hướng nghiên cứu theo dõi dọc chiều thời gian, với cỡ mẫu lớn hơn, đa trung tâm để xây dựng mô hình dự đoán nguy cơ tái nhập viện hoặc tử vong nhằm định hướng chiến lược điều trị hiệu quả trên người bệnh suy tim cấp.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ người bệnh suy tim cấp tái nhập viện hoặc tử vong trong 30 ngày và 90 sau xuất viện khá cao. Các yếu tố có liên quan như tuổi cao trên 65, hội chứng mạch vành cấp, thể huyết động, NT-proBNP nhập viện và xuất viện nên được cân nhắc theo dõi trong quá trình điều trị nhằm giảm biến cố sau xuất viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Savarese G. , Lund L. H. (2017)**, "Global Public Health Burden of Heart Failure", *Cardiac failure review*, **3**(1), 7-11.
2. **Ponikowski P., Voors A. A., Anker S. D. et al. (2016)**, "2016 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure", *Eur J Heart Fail*, **18**(8), 891-975.
3. **Bhosale K. H., Nath R. K., Pandit N. et al. (2020)**, "Rate of Rehospitalization in 60 Days of Discharge and It's Determinants in Patients with Heart Failure with Reduced Ejection Fraction in a Tertiary Care Centre in India", *Int J Heart Fail*, **2**(2), 131-144.
4. **Võ Văn Ty, Trần Mạnh Hùng, Võ Thị Xuân Đài et al. (2012)**, "Khảo sát mô hình bệnh tật và tử vong tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2010", *Tạp chí Y học TP.HCM*, **16**, 11 - 17.
5. **Lim N.-K., Lee S. E., Lee H.-Y. et al. (2019)**, "Risk prediction for 30-day heart failure-specific readmission or death after discharge: Data from the Korean Acute Heart Failure (KorAHF) registry", *J Cardiol*, **73**(2), 108-113.
6. **Vader J. M., LaRue S. J., Stevens S. R. et al. (2016)**, "Timing and Causes of Readmission After Acute Heart Failure Hospitalization-Insights From the Heart Failure Network Trials", *J Card Fail*, **22**(11), 875-883.
7. **Nguyễn Minh Nhật , Nguyễn Văn Tân (2018)**, "Khảo sát tiên lượng ngắn hạn trên bệnh nhân suy tim cấp rất cao tuổi", *Tạp chí Y học Việt Nam*, **484**, 368 - 373.
8. **Krittayaphong R., Karaketklang K., Yindeengam A. et al. (2018)**, "Heart failure mortality compared between elderly and non-elderly Thai patients", *Journal of geriatric cardiology* : JGC, **15**(12), 718-724.
9. **AlFaleh H., Elasfar A. A., Ullah A. et al. (2016)**, "Acute heart failure with and without acute coronary syndrome: clinical correlates and

prognostic impact (From the HEARTS registry)", BMC cardiovascular disorders, **16**, 98-98.

10. Javaloyes P., Miró O., Gil V. et al. (2019), "Clinical phenotypes of acute heart failure based on signs and symptoms of perfusion and congestion at emergency department presentation and their relationship with patient management

and outcomes", Eur J Heart Fail, **21**(11), 1353-1365.

11. Magalhães J., Soares F., Noya M. et al. (2017), "NT-ProBNP at Admission Versus NT-ProBNP at Discharge as a Prognostic Predictor in Acute Decompensated Heart Failure ", Int J Cardiovasc Sci, **30**, 469-475.

ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH HỌC VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA HUYẾT KHỐI XOANG TĨNH MẠCH DỌC TRÊN

Võ Hồng Khôi^{1,2,3}, Phan Hà Quân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh học và một số yếu tố nguy cơ của huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên. **Đối tượng:** 40 bệnh nhân được chẩn đoán là huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên tại Bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2015 - 11/2016. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, hồi cứu và tiền cứu. **Kết quả:** Đặc điểm tổn thương trên phim cắt lớp vi tính hay gặp nhất là chảy máu não chiếm 37,5%, tiếp đến là nhồi máu não và chảy máu dưới nhện, nhồi máu chảy máu chiếm tỷ lệ thấp. Ngược lại, trên phim chụp cộng hưởng từ, tổn thương hay gặp nhất là nhồi máu chảy máu chiếm 40,6%, tiếp đến là chảy máu nhu mô não và nhồi máu não, chảy máu dưới nhện ít gặp chiếm tỷ lệ 6,3%. Các bệnh nhân có rối loạn yếu tố đông máu nguyên phát: giảm protein S (10%), giảm ATIII (10%), giảm protein C (5%). Trong 40 bệnh nhân nghiên cứu có 22 bệnh nhân nữ, trong đó chiếm tỉ lệ cao nhất là sau sinh (22,7%), tiếp đến là mang thai (18,2%) và dùng thuốc tránh thai đường uống (13,6%). **Kết luận:** Biểu hiện HKTMN nói chung và huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên có hình ảnh học đa dạng, bao gồm nhồi máu chảy máu, chảy máu não, nhồi máu não, chảy máu dưới nhện. Những rối loạn tăng đông nguyên phát và thứ phát là những yếu tố nguy cơ quan trọng.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN), huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên, yếu tố nguy cơ.

SUMMARY

IMAGING CHARACTERISTICS AND RISK FACTORS OF SUPERIOR SAGITTAL SINUS THROMBOSIS

Objective: Determine the imaging characteristics and risk factors of superior sagittal sinus thrombosis. **Subjects:** 40 patients were diagnosed with superior sagittal sinus thrombosis at Bach Mai Hospital during January 2015 to October 2016. **Methods:** cross-

sectional descriptive study. **Results:** The most common finding of brain damage on the imaging of computed tomography was cerebral haemorrhage (37,5%), followed by cerebral infarction and subarachnoid haemorrhage, haemorrhagic transformation of cerebral infarction accounted for lowest proportion. In contrast, on MRI, the most common lesion was haemorrhagic transformation of cerebral infarction (40,6%). The proportion of cases with congenital thrombophilia: Protein S deficiency (10%), ATIII deficiency (10%), Protein C deficiency (5%). There were 22 female out of 40 selected patients, the proportion of postnatal, pregnancy and oral contraception using patients were 22,7%, 18,2% and 13,6%, respectively. **Conclusions:** The disease's imaging findings are non-specific and variable including haemorrhagic transformation of cerebral infarction, cerebral haemorrhage, cerebral infarction and subarachnoid haemorrhage. Acquired and congenital of thrombophilia appears to be an important additional risk factor.

Key word: Cerebral venous thrombosis, superior sagittal sinus thrombosis, risk factor.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Huyết khối tĩnh mạch não (HKTMN) thuộc nhóm bệnh lý mạch máu não, là thuật ngữ chung mô tả bệnh lý huyết khối của hệ thống tĩnh mạch não, bao gồm huyết khối xoang màng cứng và huyết khối hệ tĩnh mạch não sâu cũng như tĩnh mạch vùng vỏ não. Trong các thể lâm sàng của huyết khối tĩnh mạch não, ba thể do huyết khối ba xoang màng cứng lớn bao gồm xoang tĩnh mạch hang, xoang tĩnh mạch dọc trên và xoang tĩnh mạch ngang là nổi bật nhất.

Việc chẩn đoán HKTMN thường bị bỏ sót, phát hiện muộn hoặc chẩn đoán sai do triệu chứng lâm sàng và hình ảnh học của huyết khối tĩnh mạch não rất đa dạng, không điển hình và dễ nhầm với các bệnh lý khác. Vì vậy, để góp phần tìm hiểu về đặc điểm của bệnh huyết khối tĩnh mạch não, đặc biệt là huyết khối xoang tĩnh mạch dọc trên, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm hình ảnh học và một số yếu tố nguy cơ của huyết khối xoang tĩnh*

¹Trung tâm Thần kinh Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN.

Chịu trách nhiệm chính: Võ Hồng Khôi

Email: drvohongkhoi@yahoo.com.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022