

## Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp

Trần Tấn Đạt<sup>1\*</sup>, Lê Thị Bích Thuận<sup>2</sup>, Đoàn Chí Thăng<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>2</sup>Bộ môn Nội, Trường Đại học Y - Dược, Đại học Huế

<sup>3</sup>Bệnh viện Trung ương Huế

\*Tác giả liên hệ: Trần Tấn Đạt, Email: ttdat200993@gmail.com

Ngày nhận bài (Received): 05/11/2025; Ngày duyệt đăng (Accepted): 20/05/2026; Ngày xuất bản (Published): 28/06/2026

DOI:10.34071/jmp.2026.3.724

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Suy tim cấp là cấp cứu tim mạch thường gặp, có tỷ lệ tử vong và tái nhập viện cao. Dữ liệu về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp tại Việt Nam còn hạn chế.

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện, bệnh cảnh lâm sàng và các yếu tố thúc đẩy ở bệnh nhân suy tim cấp; đồng thời so sánh giữa nhóm suy tim cấp trên nền suy tim mạn và nhóm suy tim cấp lần đầu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang phân tích trên 456 bệnh nhân suy tim cấp điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất từ tháng 01/2024 đến tháng 06/2024. Dữ liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng Stata 15.0.

**Kết quả:** Tuổi trung bình là 70,7 ± 13,5 năm, nam chiếm 48,2%; 75,4% là suy tim cấp trên nền suy tim mạn. Các bệnh đồng mắc thường gặp gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hội chứng vành mạn, đái tháo đường và rung nhĩ. Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất; thể ẩm-ẩm là biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện thường gặp nhất, và đợt mất bù suy tim là bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu. Hội chứng vành cấp và nhiễm trùng là hai yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất. Nhóm suy tim cấp trên nền suy tim mạn lớn tuổi hơn, có nhiều bệnh đồng mắc hơn, biểu hiện sung huyết rõ hơn, đồng thời có NT-proBNP, BUN và creatinine cao hơn, trong khi EF và độ lọc cầu thận thấp hơn.

**Kết luận:** Bệnh nhân suy tim cấp nhập viện chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc và biểu hiện sung huyết chiếm ưu thế. Nhóm suy tim cấp trên nền suy tim mạn có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nặng hơn nhóm suy tim cấp lần đầu.

**Từ khóa:** suy tim cấp, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

## Clinical and paraclinical characteristics of patients with acute heart failure

Tran Tan Dat<sup>1\*</sup>, Le Thi Bich Thuan<sup>2</sup>, Doan Chi Thang<sup>3</sup>

<sup>1</sup>PhD Candidate, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

<sup>2</sup>Department of Internal Medicine, University of Medicine and Pharmacy, Hue University

<sup>3</sup>Hue Central Hospital

### Abstract

**Background:** Acute heart failure (AHF) is a common cardiovascular emergency associated with high mortality and readmission rates. Data on the clinical and paraclinical characteristics of hospitalized AHF patients in Vietnam remain limited.

**Objective:** To describe the clinical and paraclinical characteristics, main clinical presentation at admission, clinical scenarios, and precipitating factors in patients with AHF, and to compare acute decompensated chronic heart failure with first-onset AHF.

**Methods:** This cross-sectional analytical study included 456 patients hospitalized with AHF at the Cardiovascular Center, Thong Nhat Hospital, from January 2024 to June 2024. Data were collected from medical records and analyzed using Stata 15.0.

**Results:** Mean age was 70.7 ± 13.5 years, and 48.2% were male; 75.4% had AHF on a background of chronic heart failure. Common comorbidities included hypertension, dyslipidemia, chronic coronary syndrome, diabetes mellitus, and atrial fibrillation. Dyspnea was the most frequent symptom; the wet-warm profile was the most common main clinical presentation at admission, and acute decompensated heart failure was the

predominant clinical scenario. Acute coronary syndrome and infection were the most common precipitating factors. Compared with first-onset AHF, patients with acute decompensated chronic heart failure were older, had more comorbidities, more evident congestion, higher NT-proBNP, BUN, and creatinine, and lower LVEF and estimated glomerular filtration rate.

**Conclusions:** Hospitalized patients with AHF were predominantly elderly, had multiple comorbidities, and commonly presented with congestion. Patients with acute decompensated chronic heart failure had more severe clinical and paraclinical profiles than those with first-onset AHF.

**Keywords:** acute heart failure; clinical characteristics; paraclinical characteristics.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp (STC) là tình trạng khởi phát nhanh hoặc tiến triển nặng các triệu chứng cơ năng và/hoặc thực thể của suy tim, đe dọa tính mạng và thường đòi hỏi thay đổi phác đồ chăm sóc hoặc nhập viện điều trị khẩn cấp [1]. Bệnh nhân STC nhập viện có tiên lượng xấu với tỷ lệ tử vong nội viện khoảng 6–10% và tử vong sau 30 ngày và 1 năm lần lượt khoảng 6,5% và 30% [2],[3]. Phân tích từ nghiên cứu EVEREST cho thấy 46% bệnh nhân nhập viện do đột mất bù suy tim, với nguyên nhân tử vong do suy tim chiếm 41% và đột tử 26% [4]. Những dữ kiện này khẳng định STC vẫn là thách thức lớn trong thực hành lâm sàng hiện nay. Ngoài ra, giai đoạn nằm viện của STC là thời kỳ “dễ tổn thương”, khi tỷ lệ tử vong, biến cố và chi phí chăm sóc tăng cao [5]. Việc xác định các đặc điểm dịch tễ, lâm sàng và cận lâm sàng, từ đó làm rõ cơ chế sung huyết hoặc giảm tưới máu, đóng vai trò thiết yếu trong phân tầng nguy cơ và lựa chọn chiến lược điều trị tối ưu [2],[6]. Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu quy mô mô tả đặc điểm STC [1–4],[6], song tại Việt Nam số liệu công bố vẫn còn hạn chế [7],[8]. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mô tả chi tiết các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân STC nhập viện, đồng thời so sánh giữa nhóm STC trên nền suy tim mạn và STC lần đầu để góp phần hoàn thiện dữ liệu trong nước.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu cắt ngang phân tích được thực hiện tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Thống Nhất.

### 2.2. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán suy tim cấp và nhập viện điều trị nội trú tại Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Thống Nhất trong khoảng thời gian nghiên cứu. Chẩn đoán suy tim cấp được xác lập theo khuyến cáo ESC 2021 và khuyến cáo Hội Tim mạch học Việt Nam năm 2022, dựa trên triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thực thể và các bằng chứng cận lâm sàng hỗ trợ.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: từ 18 tuổi trở lên; có chẩn

đoán xác định suy tim cấp; có đầy đủ các thông tin cần thiết về đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong hồ sơ bệnh án

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu cần thiết. Bệnh nhân không đồng ý tham gia

### 2.3. Phương pháp thu thập số liệu

Các số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án và hồ sơ bệnh án điện tử theo một phiếu thu thập số liệu thống nhất. Các thông tin được ghi nhận bao gồm: đặc điểm nhân khẩu học, tiền sử bệnh, triệu chứng cơ năng, dấu hiệu thực thể, biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện (ấm-ấm, ấm-khô, lạnh-ấm, lạnh-khô), bệnh cảnh lâm sàng của suy tim cấp (đột mất bù suy tim, phù phổi cấp, suy thất phải đơn độc, sốc tim), các yếu tố thúc đẩy theo khung CHAMPIT, cùng các dữ liệu cận lâm sàng như điện tâm đồ, X-quang ngực, siêu âm tim và các xét nghiệm sinh hóa máu.

### 2.4. Biến số và phân tích số liệu

Các biến số nền bao gồm tuổi và giới. Các tiền căn bệnh lý gồm hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hội chứng vành mạn, đái tháo đường, rung nhĩ và đột quy. Các biến lâm sàng gồm khó thở, khó thở về đêm, mệt/yếu sức, đau ngực, ho về đêm, vã mồ hôi, phù ngoại biên, ran phổi, tĩnh mạch cổ nổi, nhịp tim nhanh, nhịp thở nhanh, SpO<sub>2</sub>, huyết áp tâm thu và rối loạn tri giác. Các biến cận lâm sàng gồm hemoglobin, NT-proBNP, troponin T hs, CRP, BUN, creatinine, độ lọc cầu thận, natri máu, kali máu, điện tâm đồ, X-quang ngực và siêu âm tim.

Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm Stata 15.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số và tỷ lệ phần trăm; biến định lượng được trình bày bằng trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc trung vị [khoảng tứ phân vị], tùy theo phân bố dữ liệu. So sánh giữa hai nhóm được thực hiện bằng phép kiểm  $\chi^2$  đối với các biến định tính; trong những trường hợp có tần số mong đợi nhỏ, sử dụng phép kiểm chính xác Fisher. Đối với các biến định lượng có phân bố chuẩn, sử dụng phép kiểm t-Student; đối với các biến không phân bố chuẩn, sử dụng phép kiểm Mann-Whitney U. Giá trị  $p < 0,05$  được xem là có ý nghĩa thống kê.

## 2.5. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Bệnh viện Thống Nhất chấp thuận theo quyết định số 102/2023/BVTN-HĐYĐ ngày 27/11/2023. Mọi thông tin cá nhân của bệnh nhân được bảo mật và nghiên cứu được thực hiện theo các nguyên tắc của Tuyên ngôn Helsinki.

## 3. KẾT QUẢ

### 3.1. Đặc điểm chung của quần thể nghiên cứu

Nghiên cứu gồm 456 bệnh nhân suy tim cấp, trong đó 75,4% là suy tim cấp trên nền suy tim mạn. Tuổi trung bình là  $70,7 \pm 13,5$  năm, nam giới chiếm 48,2%; nhóm có tiền căn suy tim mạn lớn tuổi hơn và có nhiều bệnh đồng mắc hơn (Bảng 1)

**Bảng 1.** Đặc điểm chung quần thể nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu	Tổng N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
<b>Đặc điểm chung (n,%)</b>				
Nam giới	220 (48,2)	165 (48,0)	55 (49,1)	0,902
Tuổi, năm, trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	$70,7 \pm 13,5$	$71,5 \pm 13,9$	$68,0 \pm 11,3$	0,028
$\geq 60$ tuổi	371 (81,4)	280 (81,4)	91 (81,3)	0,973
<b>Tiền căn (n,%)</b>				
Hút thuốc lá	157 (34,4)	109 (31,7)	48 (42,9)	0,031
Tăng huyết áp	401 (87,9)	304 (88,4)	97 (86,6)	0,618
Rối loạn lipid máu	327 (71,7)	267 (77,6)	60 (53,6)	<0,001
Hội chứng vành mạn	271 (59,4)	233 (67,7)	38 (33,9)	<0,001
Đái tháo đường	203 (44,5)	163 (47,4)	40 (35,7)	0,031
Rung nhĩ	114 (25,0)	104 (30,2)	10 (8,9)	<0,001
Đột quy	39 (8,6)	35 (10,2)	4 (3,6)	0,030

### 3.2. Đặc điểm lâm sàng

Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất; các dấu hiệu nổi bật gồm ran phổi, nhịp thở nhanh và phù ngoại biên. Nhóm có tiền căn suy tim mạn có biểu hiện sung huyết rõ hơn, và đột mất bù suy tim là bệnh cảnh lâm sàng thường gặp nhất (Bảng 2, 3).

**Bảng 2.** Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp theo tiền căn suy tim mạn

Đặc điểm lâm sàng	Tổng N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
<b>Triệu chứng cơ năng (n,%)</b>				
Khó thở	433 (95,0)	334 (97,1)	99 (88,4)	< 0,001
Khó thở về đêm	312 (68,4)	282 (82,0)	30 (26,8)	< 0,001
Khó thở mức độ NYHA III–IV	294 (64,5)	262 (76,2)	32 (28,6)	< 0,001
Mệt/yếu sức	349 (76,5)	293 (85,2)	56 (50,0)	< 0,001
Đau ngực	276 (60,5)	176 (51,2)	100 (89,3)	< 0,001
Ho về đêm	102 (22,4)	93 (27,0)	9 (8,0)	< 0,001
Vã mờ hôn	98 (21,5)	54 (15,7)	44 (39,3)	< 0,001
<b>Khám lâm sàng (n,%)</b>				
Phù ngoại biên	178 (39,0)	166 (48,3)	12 (10,7)	< 0,001
Ran phổi	316 (69,3)	273 (79,4)	43 (38,4)	< 0,001
Tĩnh mạch cổ nổi	70 (15,4)	60 (17,4)	10 (8,9)	0,017

Nhịp tim nhanh	138 (30,3)	109 (31,7)	29 (25,9)	0,123
Nhịp thở nhanh	256 (56,1)	215 (62,5)	41 (36,6)	< 0,001
SpO <sub>2</sub> < 90%	117 (25,7)	104 (30,2)	13 (11,6)	< 0,001
Huyết áp tâm thu < 90 mmHg	8 (1,8)	6 (1,7)	2 (1,8)	0,957
Rối loạn tri giác	38 (8,3)	35 (10,2)	3 (2,8)	0,008

**Bảng 3.** Biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện, bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp

Đặc điểm	Tổng N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
<b>Biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện (n,%)</b>				
Ấm - ẩm	313 (68,6)	273 (79,4)	40 (35,7)	< 0,001
Ấm - khô	132 (28,9)	64 (18,6)	68 (60,7)	< 0,001
Lạnh - ẩm	7 (1,5)	5 (1,5)	2 (1,8)	0,867
Lạnh - khô	4 (0,9)	2 (0,6)	2 (1,8)	0,267
<b>Bệnh cảnh lâm sàng của suy tim cấp (n,%)</b>				
Đợt mất bù suy tim	409 (89,7)	304 (88,4)	105 (93,8)	0,104
Phù phổi cấp	38 (8,3)	35 (10,2)	3 (2,7)	0,013
Suy thất phải đơn độc	6 (1,3)	4 (1,2)	2 (1,8)	0,613
Sốc tim	3 (0,7)	1 (0,3)	2 (1,8)	0,089

### 3.3. Nguyên nhân và yếu tố thúc đẩy

Phần lớn bệnh nhân có ít nhất một yếu tố thúc đẩy thuộc nhóm CHAMPIT. Hội chứng vành cấp và nhiễm trùng là hai yếu tố thường gặp nhất; hội chứng vành cấp gặp nhiều hơn ở nhóm không có tiền căn suy tim mạn, trong khi nhiễm trùng gặp nhiều hơn ở nhóm có tiền căn suy tim mạn (Bảng 4).

**Bảng 4.** Nguyên nhân/yếu tố thúc đẩy suy tim cấp theo tiền căn suy tim mạn

Nguyên nhân/yếu tố thúc đẩy suy tim cấp	Tổng số N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
<b>Có ít nhất một yếu tố thúc đẩy thuộc nhóm CHAMPIT (n,%)</b>	311 (68,2)	206 (59,9)	105 (93,8)	< 0,001
<b>Trong các yếu tố thuộc nhóm CHAMPIT (n,%)</b>				
Hội chứng vành cấp	194 (42,5)	106 (30,8)	88 (78,6)	< 0,001
Tăng huyết áp cấp cứu	15 (3,3)	13 (3,8)	2 (1,8)	0,304
Rối loạn nhịp tim	23 (5,0)	20 (5,8)	3 (2,7)	0,188
Biến chứng cơ học	1 (0,2)	0 (0,0)	1 (0,9)	0,079
Thuyên tắc phổi	8 (1,8)	4 (1,2)	4 (3,6)	0,092
Nhiễm trùng	130 (28,5)	111 (32,3)	19 (17,0)	0,002
Chèn ép tim cấp	3 (0,7)	3 (0,9)	0 (0,0)	0,321
<b>Có ít nhất một yếu tố thúc đẩy không thuộc nhóm CHAMPIT (n,%)</b>	189 (41,4)	180 (52,3)	9 (8,0)	< 0,001
<b>Có từ hai yếu tố thúc đẩy phối hợp trở lên (n,%)</b>	44 (9,6)	42 (12,2)	2 (1,8)	< 0,001

### 3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

Trên điện tâm đồ, bất thường thường gặp nhất là ST chênh xuống hoặc sóng T âm; trên X-quang ngực thường gặp thâm nhiễm phế trường, sung huyết rốn phổi và bóng tim to. Trên siêu âm tim, EF trung vị là 50 [35–63]%; về sinh hóa, NT-proBNP, BUN và creatinine tăng, trong khi độ lọc cầu thận giảm rõ hơn ở nhóm có tiền căn suy tim mạn (Bảng 5, 6).

**Bảng 5.** Xét nghiệm hình ảnh học

Xét nghiệm	Tổng N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
<b>Điện tâm đồ (n, %)</b>				
ST chênh lên	52 (11,4)	17 (4,9)	35 (31,3)	< 0,001
ST chênh xuống, sóng T âm	315 (69,1)	264 (76,7)	51 (45,5)	< 0,001
Sóng Q hoại tử, R cắt cụt	70 (15,4)	64 (18,6)	6 (5,4)	< 0,001
Nhịp nhanh xoang	77 (16,9)	57 (16,6)	20 (17,9)	0,100
Rung nhĩ	98 (21,5)	92 (26,7)	6 (5,4)	< 0,001
Ngoại tâm thu thất	23 (5,0)	20 (5,8)	3 (2,7)	0,186
<b>X-quang ngực thẳng (n, %)</b>				
Bóng tim to	184 (40,4)	170 (49,4)	14 (12,5)	< 0,001
Sung huyết rốn phổi	188 (41,2)	164 (47,7)	24 (21,4)	< 0,001
Thâm nhiễm phế trường	244 (53,5)	208 (60,5)	36 (32,1)	< 0,001
Tràn dịch màng phổi	60 (13,2)	51 (14,8)	9 (8,0)	0,140
<b>Siêu âm tim qua thành ngực</b>				
Phân suất tống máu thất trái (EF)	50 [35 - 63]	46 [34 - 61]	55 [44,5 - 67]	< 0,001
Áp lực động mạch phổi tâm thu (PAPs)	32,5 [25 - 45]	35 [25 - 45]	30 [25 - 40]	0,003
Giảm vận động vùng	257 (56,4)	206 (59,9)	51 (45,5)	0,016
Hở van hai lá trung bình trở lên	193 (42,3)	178 (51,7)	15 (13,4)	< 0,001
Hở van ĐMC trung bình trở lên	51 (11,2)	47 (13,7)	4 (3,6)	0,004
Hở van ba lá trung bình trở lên	190 (41,7)	169 (49,3)	21 (18,8)	< 0,001
Hẹp van động mạch chủ	18 (3,9)	17 (4,9)	1 (0,9)	0,071
Hẹp van hai lá	17 (3,7)	16 (4,7)	1 (0,9)	0,074

**Bảng 6.** Các xét nghiệm sinh hóa máu

Xét nghiệm	Tổng N = 456	Có tiền căn suy tim mạn n = 344	Không có tiền căn suy tim mạn n = 112	p
Hemoglobin (g/dL)	12,2 ± 2,1	12,1 ± 2,2	12,6 ± 1,9	0,035
BUN (mmol/L)	7,5 [5,4 - 11,6]	8,3 [5,9 - 12,2]	6,1 [4,8 - 6,1]	< 0,001
Creatinine (μmol/L)	109 [84 - 148,8]	116,5 [88,1 - 159,8]	92,5 [78 - 114]	< 0,001
Độ lọc cầu thận (mL/phút)	54,8 [37,3 - 72,1]	48,2 [33,6 - 68,3]	65,6 [52,3 - 79,1]	< 0,001
Natri máu (mmol/L)	137,2 ± 4,9	137,0 ± 5,1	137,8 ± 4,1	0,216

Kali máu (mmol/L)	4,1 ± 3,6	4,1 ± 3,7	4,1 ± 3,2	0,100
NT-proBNP (pg/mL)	5.113 [2.276 - 11.537]	6.509 [2.659 - 14.974]	2.645 [1.865 - 4.867]	< 0,001
CRP (mg/L)	15,8 [6,3 - 43,1]	15,1 [6,2 - 38,4]	21,5 [7,5 - 51,6]	0,170
Troponin T hs (pg/mL)	50,3 [23,2 - 335]	41,9 [23,1 - 138,5]	362 [30,2 - 1.384,8]	< 0,001

#### 4. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim cấp là 70,7 ± 13,5 năm, nam giới chiếm 48,2%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Duyên [9] tại Bệnh viện Chợ Rẫy, trong đó tuổi trung bình là 62 ± 17,4 năm và nam giới chiếm 52,3%; đồng thời cũng cao hơn nghiên cứu của Hoàng Huy Trường [10], nơi tuổi trung vị là 67 tuổi. So với Nguyễn Đức Khánh [11], tuổi của hai quần thể khá tương đồng, khoảng 71 tuổi, nhưng tỷ lệ nam trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn (48,2% so với 57,7%). Ở các số bộ quốc tế, tuổi trung bình của bệnh nhân suy tim cấp trong ESC-HF-LT vào khoảng 70 tuổi [5], trong ADHERE là 72 ± 14 năm [12], còn EAHFE cao hơn với khoảng 79 năm [1]; do đó, quần thể của chúng tôi gần với ESC-HF-LT [5] và ADHERE hơn là EAHFE.

Về bệnh đồng mắc, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tăng huyết áp 87,9%, rối loạn lipid máu 71,7%, đái tháo đường 44,5% và rung nhĩ 25,0%. Các tỷ lệ này khá gần với nghiên cứu của Hoàng Huy Trường, trong đó rối loạn lipid máu chiếm 72,2%, tăng huyết áp 68,6%, đái tháo đường 32,3% và rung nhĩ 42,2% [10]. Tỷ lệ bệnh nhân có tiền căn suy tim mạn trong nghiên cứu của chúng tôi là 75,4%, gần như tương đương ADHERE [12], nơi khoảng 75% bệnh nhân đã có tiền sử suy tim trước đó. Những số liệu này cho thấy bệnh nhân suy tim cấp nhập viện chủ yếu là người cao tuổi, có gánh nặng bệnh đồng mắc tim mạch - chuyển hóa cao, phù hợp với xu hướng chung trong nước và quốc tế.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, khó thở gặp ở 95,0%, ran phổi 69,3% và phù ngoại biên 39,0%. Kết quả này tương đối gần với Hồ Thị Ngọc Duyên [9], khi khó thở NYHA III trở lên chiếm 94,7%, ran phổi 57,0% và phù ngoại biên 47,0%. So với Hoàng Huy Trường, tỷ lệ khó thở của chúng tôi cao hơn (95,0% so với 84,3%), ran phổi cao hơn (69,3% so với 53,4%), nhưng phù ngoại biên thấp hơn (39,0% so với 50,7%) [10]. Nghiên cứu của Nguyễn Đức Khánh cũng ghi nhận khó thở 91,8% và ran phổi 52,9%, thấp hơn kết quả của chúng tôi [11]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến tỷ lệ bệnh nhân có tiền căn suy tim mạn trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn, làm biểu

hiện sung huyết rõ hơn khi nhập viện.

Khi so sánh với các nghiên cứu nước ngoài, kiểu hình lâm sàng của quần thể nghiên cứu vẫn phù hợp với suy tim cấp sung huyết là chủ yếu. EAHFE ghi nhận khó thở ở khoảng 89,9% và ran phổi khoảng 72,0% [13], rất gần với tỷ lệ khó thở 95,0% và ran phổi 69,3% của chúng tôi. Trong nghiên cứu này, thể ảm-ảm chiếm 68,6% và đợt mất bù suy tim là bệnh cảnh lâm sàng thường gặp nhất (89,7%), phù hợp với các mô tả từ ESC-HF-LT và ADHERE, nơi phần lớn bệnh nhân nhập viện vì biểu hiện sung huyết hơn là giảm tưới máu, còn sốc tim chỉ chiếm tỷ lệ thấp [5, 12]. Ngoài ra, nghiên cứu của Hoàng Văn Sỹ – Triệu Khánh Vinh trên nhóm bệnh nhân có biến cố ngắn hạn sau xuất viện ghi nhận phù phổi cấp chiếm 51,9% và LVEF trung vị 36% [14], cho thấy ở nhóm nguy cơ cao, bệnh cảnh lâm sàng và cấu trúc tim thường nặng hơn rõ rệt.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 68,2% bệnh nhân có ít nhất một yếu tố thúc đẩy thuộc nhóm CHAMPIT; trong đó hội chứng vành cấp chiếm 42,5% và nhiễm trùng chiếm 28,5%. Kết quả này khác với Hoàng Huy Trường, nơi các yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất là rối loạn nhịp tim 26,3%, nhiễm trùng 25,4% và không tuân thủ điều trị 25,0% [10]. So với Nguyễn Đức Khánh, hội chứng vành cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cũng nổi bật hơn, trong khi nghiên cứu tại Chợ Rẫy nhấn mạnh nhiều hơn đến không tuân thủ điều trị, nhiễm trùng và hội chứng vành cấp [11]. Sự khác biệt này có thể liên quan đến việc nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả nhóm suy tim cấp lần đầu; ở nhóm này, hội chứng vành cấp là yếu tố thúc đẩy rất thường gặp.

So sánh với dữ liệu quốc tế, tỷ lệ yếu tố thúc đẩy trong nghiên cứu của chúng tôi nhìn chung vẫn nằm trong phổ thường gặp, nhưng cơ cấu từng yếu tố có khác biệt. EAHFE ghi nhận khoảng 77,0% bệnh nhân có yếu tố thúc đẩy rõ ràng, trong đó nhiễm trùng chiếm 32,1%, còn thiếu máu cơ tim chỉ khoảng 2,6% [14]. So với EAHFE, tỷ lệ hội chứng vành cấp trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt (42,5%), cho thấy vai trò nổi bật của bệnh mạch vành trong quần thể bệnh nhân tại trung tâm nghiên cứu. Dữ liệu từ REPORT-HF cũng cho thấy cơ cấu yếu tố thúc đẩy thay đổi theo vùng địa lý, trong đó bệnh mạch vành

vẫn là một thành tố quan trọng ở nhiều quần thể suy tim cấp [15].

Về cận lâm sàng, nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận NT-proBNP trung vị 5.113 [2.276 - 11.537] pg/mL, EF trung vị 50 [35–63]%, BUN 7,5 [5,4 - 11,6] mmol/L và creatinine 109 [84–148,8]  $\mu$ mol/L. So với Nguyễn Đức Khánh, NT-proBNP của chúng tôi thấp hơn (5.113 so với khoảng 7.480 pg/mL), nhưng EF lại cao hơn (50% so với 42,7%) [11]. Điều này gợi ý quần thể của chúng tôi có thể có tỷ lệ bệnh nhân EF bảo tồn hoặc EF trung gian cao hơn. So với Hoàng Huy Trường [12], nơi 57,4% bệnh nhân thuộc nhóm suy tim EF giảm và 49,7% có eGFR < 60 mL/phút/1,73 m<sup>2</sup>, kết quả của chúng tôi cũng cho thấy gánh nặng rối loạn chức năng tim - thận đáng kể, đặc biệt ở nhóm có tiền căn suy tim mạn. Khi so sánh với các registry quốc tế, kết quả cận lâm sàng của chúng tôi vẫn phù hợp với đặc điểm chung của suy tim cấp. ADHERE cho thấy bệnh nhân nhập viện vì suy tim cấp thường lớn tuổi và rất thường có suy thận đi kèm. ESC-HF-LT cũng ghi nhận đa bệnh đồng mắc và rối loạn chức năng thận là đặc điểm phổ biến. Trong REPORT-HF, hơn 50% bệnh nhân suy tim cấp có kèm bệnh động mạch vành; điều này phù hợp với tỷ lệ hội chứng vành mạn 59,4% và hội chứng vành cấp 42,5% trong nghiên cứu của chúng tôi.

Nhìn chung, khi so sánh với các nghiên cứu trong nước gồm Hồ Thị Ngọc Duyên, Nguyễn Đức Khánh,

Hoàng Huy Trường và Hoàng Văn Sỹ – Triệu Khánh Vinh, cũng như các nghiên cứu quốc tế gồm ESC-HF-LT, EAHFE, REPORT-HF và ADHERE, quần thể bệnh nhân của chúng tôi có nhiều điểm tương đồng về tuổi cao, nhiều bệnh đồng mắc và biểu hiện sung huyết chiếm ưu thế. Tuy nhiên, quần thể nghiên cứu nổi bật hơn ở tỷ lệ hội chứng vành cấp cao, tỷ lệ suy tim cấp trên nền suy tim mạn lớn, và sự khác biệt rõ giữa hai nhóm có và không có tiền căn suy tim mạn. Những dữ liệu này có ý nghĩa thực hành, vì giúp định hướng tiếp cận ban đầu: ở bệnh nhân có tiền căn suy tim mạn cần chú trọng đánh giá sung huyết và rối loạn tim – thận; trong khi ở bệnh nhân suy tim cấp lần đầu cần tích cực tìm nguyên nhân cấp, đặc biệt là hội chứng vành cấp

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Thống Nhất chủ yếu là người cao tuổi, có nhiều bệnh đồng mắc, biểu hiện lâm sàng chính lúc nhập viện thường là thể ấm – ấm, bệnh cảnh lâm sàng chủ yếu là đợt mất bù suy tim, và hai yếu tố thúc đẩy thường gặp nhất là hội chứng vành cấp và nhiễm trùng. Nhóm suy tim cấp trên nền suy tim mạn có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng nặng hơn rõ rệt so với nhóm suy tim cấp lần đầu. Những kết quả này góp phần làm rõ đặc điểm bệnh nhân suy tim cấp trong thực hành lâm sàng tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Böhm M, et al. 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure. *Eur Heart J*. 2021;42(36):3599-3726.
2. Mebazaa A, Yilmaz MB, Levy P, Ponikowski P, Peacock WF, Laribi S, et al. Recommendations on pre-hospital and early hospital management of acute heart failure: a consensus paper from the Heart Failure Association of the European Society of Cardiology, the European Society of Emergency Medicine and the Society of Academic Emergency Medicine. *Eur J Heart Fail*. 2015;17(6):544-558.
3. Gheorghiade M, Zannad F, Sopko G, Klein L, Piña IL, Konstam MA, et al. Acute heart failure syndromes: current state and framework for future research. *Circulation*. 2005;112(25):3958-3968.
4. O'Connor CM, Miller AB, Blair JEA, Konstam MA, Wedge P, Bahit MC, et al. Causes of death and rehospitalization in patients hospitalized with worsening heart failure and reduced left ventricular ejection fraction: results from Efficacy of Vasopressin Antagonism in Heart Failure Outcome Study with Tolvaptan (EVEREST) program. *Am Heart J*. 2010;159(5):841-849.e1.
5. Chioncel O, Mebazaa A, Harjola VP, Coats AJS, Piepoli MF, Crespo-Leiro MG, et al. Clinical phenotypes and outcome of patients hospitalized for acute heart failure: the ESC Heart Failure Long-Term Registry. *Eur J Heart Fail*. 2017;19(10):1242-1254.
6. Crespo-Leiro MG, Anker SD, Maggioni AP, Coats AJS, Filippatos G, Ruschitzka F, et al. European Society of Cardiology Heart Failure Long-Term Registry (ESC-HF-LT): 1-year follow-up outcomes and differences across regions. *Eur J Heart Fail*. 2016;18(6):613-625.
7. Do TNP, Do QH, Cowie MR, Ha NB, Do VD, Do TH, et al. Effect of the Optimize Heart Failure Care Program on clinical and patient outcomes – the pilot implementation in Vietnam. *IJC Heart Vasc*. 2019;22:169-173.
8. Truong MC, Tran KH, Chau NH. Differences in clinical characteristics and mortality of de novo acute heart failure and acutely decompensated chronic heart failure: a prospective cohort study. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*. 2023;(107).
9. Hồ Thị Ngọc Duyên. Thang điểm AHEAD ở bệnh nhân suy tim cấp [luận văn chuyên khoa cấp II]. Thành phố Hồ Chí Minh: Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh; 2022.

10. Hoàng Huy Trường, Nguyễn Hoàng Hải, Nguyễn Thị Thu Quyên, Hà Hoài Nam. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị ở bệnh nhân suy tim mất bù cấp. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;550(3):23-28.
11. Nguyễn Đức Khánh, Trương Phi Hùng. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân suy tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Chợ Rẫy. Tạp chí Y học Việt Nam. 2024;542(1):381-386.
12. Adams KF Jr, Fonarow GC, Emerman CL, LeJemtel TH, Costanzo MR, Abraham WT, et al. Characteristics and outcomes of patients hospitalized for heart failure in the United States: rationale, design, and preliminary observations from the first 100,000 cases in the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE). *Am Heart J.* 2005;149(2):209-216.
13. Llorens P, Escoda R, Miró Ò, Herrero-Puente P, Martín-Sánchez FJ, Jacob J, et al. Characteristics and clinical course of patients with acute heart failure and the therapeutic measures applied in Spanish emergency departments: based on the EAHFE registry (Epidemiology of Acute Heart Failure in Emergency Departments). *Emergencias.* 2015;27(1):11-22.
14. Hoàng Văn Sỹ, Triệu Khánh Vinh, Trương Phi Hùng, Lý Văn Chiếu, Nguyễn Tri Thức. 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. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;524(1B):369-373.
15. Filippatos G, Angermann CE, Cleland JGF, Lam CSP, Dahlström U, Dickstein K, et al. Global differences in characteristics, precipitants, and initial management of patients presenting with acute heart failure. *JAMA Cardiol.* 2020;5(4):401-410.