

GIÁ TRỊ TIÊN LƯỢNG TÁI NHẬP VIỆN DO MỌI NGUYÊN NHÂN TRONG NGẮN HẠN CỦA THANG ĐIỂM AHEAD Ở BỆNH NHÂN SUY TIM CẤP

Trần Tấn Đạt¹, Đoàn Chí Thắng², Lê Thị Bích Thuận³

¹Nghiên cứu sinh Trường Đại học Y Dược, Đại học Huế, Việt Nam

²Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế, Việt Nam

³Bộ môn nội, Trường đại học Y dược, Đại học Huế, Việt Nam

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân suy tim cấp (STC) thường có nhiều bệnh đồng mắc đi kèm, bên cạnh tiền sử suy tim. Các bệnh đồng mắc có liên quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng xấu ở bệnh nhân suy tim. Thang điểm AHEAD đã được chứng minh có giá trị tiên lượng tốt các kết cục lâm sàng của bệnh nhân STC có nhiều bệnh đồng mắc. Đề tài này nhằm mục tiêu: (1) Xác định tỉ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân STC tại thời điểm 90 ngày sau xuất viện. (2) Xác định giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong ngắn hạn của thang điểm AHEAD ở bệnh nhân STC.

Đối tượng, phương pháp: Phương pháp cắt ngang mô tả, theo dõi dọc bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán xuất viện STC tại trung tâm tim mạch bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024. Tất cả bệnh nhân được theo dõi 90 ngày về kết cục lâm sàng tái nhập viện do mọi nguyên nhân.

Kết quả: Có 321 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán STC được xuất viện. Tỉ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân là: 34,89%. Trong đó nhóm điểm AHEAD = 0 là: 4,88%, điểm AHEAD = 1 là: 12,73%, điểm AHEAD = 2 là: 29,35%, điểm AHEAD = 3 là: 50,00%, điểm AHEAD = 4 là: 69,23%, điểm AHEAD = 5 là: 75,00%. So với điểm AHEAD = 0, điểm ở AHEAD là 1, 2, 3, 4, 5 có tỉ số nguy cơ (HR) tái nhập viện do mọi nguyên nhân lần lượt là: 1,07 lần ($p = 0,286$), 1,63 lần ($p = 0,103$), 2,19 lần ($p = 0,028$), 3,24 lần ($p = 0,001$), 3,01 lần ($p = 0,003$).

Kết luận: Tỉ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân tại thời điểm sau xuất viện là 34,89%. Điểm AHEAD càng cao thì nguy cơ tái nhập viện càng tăng dần, đặc biệt là khi điểm AHEAD từ 3 trở lên ($p < 0,05$).

Từ khóa: Suy tim cấp, tái nhập viện do mọi nguyên nhân, thang điểm AHEAD.

ABSTRACT

PROGNOSTIC VALUE OF THE AHEAD SCORE FOR SHORT - TERM ALL - CAUSE READMISSION IN PATIENTS WITH ACUTE HEART FAILURE

Tran Tan Dat¹, Doan Chi Thang², Le Thi Bich Thuan³

Background: Patients with acute heart failure (AHF) often present with multiple comorbidities in addition to a history of heart failure. These comorbidities are closely associated with adverse clinical outcomes in AHF patients. The AHEAD score has been validated as a reliable prognostic tool for predicting clinical outcomes in AHF patients with multiple comorbid conditions. This study aims to: (1) Determine the all-cause readmission rate in AHF patients within three months post-discharge and (2) Evaluate the prognostic value of the AHEAD score in predicting short-term all-cause readmission in AHF patients.

Ngày nhận bài: 16/02/2025. Ngày chỉnh sửa: 06/4/2025. Chấp thuận đăng: 15/4/2025

Tác giả liên hệ: Đoàn Chí Thắng. Email: thangdoanchi1981@gmail.com. ĐT: 0905469595

Giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong ngắn hạn...

Methods: A descriptive cross-sectional study with longitudinal follow-up was conducted on patients aged ≥ 18 years who were diagnosed with AHF and discharged from the Cardiology Center of Thong Nhat Hospital between January 2024 and August 2024. All patients were followed for 90 days post-discharge to assess all-cause readmission as the primary clinical outcome.

Results: A total of 321 patients aged ≥ 18 years diagnosed with AHF were included in the study. The all-cause readmission rate within 90 days post-discharge was 34.89%. The readmission rates based on AHEAD scores were as follows: AHEAD score = 0: 4.88%; AHEAD = 1: 12.73%; AHEAD = 2: 29.35%; AHEAD = 3: 50.00%; AHEAD = 4: 69.23%; and AHEAD = 5: 75.00%. Compared to an AHEAD score of 0, the hazard ratios (HR) for all-cause readmission associated with AHEAD scores of 1, 2, 3, 4, and 5 were 1.07 ($p = 0.286$), 1.63 ($p = 0.103$), 2.19 ($p = 0.028$), 3.24 ($p = 0.001$), and 3.01 ($p = 0.003$), respectively.

Conclusion: The 90-day all-cause readmission rate post-discharge in AHF patients was 34.89%. Higher AHEAD scores were associated with an increased risk of readmission, particularly for patients with AHEAD scores of 3 or higher ($p < 0.05$).

Keywords: Acute heart failure, all-cause readmission, AHEAD score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim cấp là nguyên nhân nhập viện hàng đầu đối với những người từ 65 tuổi trở lên ở phương Tây [1]. Hàng năm trên thế giới có hàng triệu bệnh nhân nhập viện vì STC với kết cục tỉ lệ tử vong nội viện từ 4% đến 10% và tái nhập viện vượt quá 50% trong vòng một năm [1]. Ngày nay, đối với STC thì hầu hết các thử nghiệm đều thất bại trong cải thiện tiên lượng dẫn đến kết cục tử vong và tái nhập viện của bệnh nhân suy tim cấp vẫn còn cao [2]. Do đó, trong chiến lược quản lý và điều trị STC đòi hỏi phải tiên lượng, đánh giá và phân tầng nguy cơ các kết cục tử vong, tái nhập viện hay diễn tiến nặng của bệnh. Thế nhưng việc dự đoán các kết cục bất lợi của bệnh nhân suy tim cấp đang là một thách thức đối với các bác sĩ lâm sàng ngày nay. Bên cạnh sử dụng các dấu ấn sinh học để tiên lượng, việc sử dụng các thang điểm để dự đoán kết cục lâm sàng đã và đang có nhiều thử nghiệm cho thấy hiệu quả. BN suy tim cấp thường có nhiều bệnh đồng mắc đi kèm, bên cạnh tiền sử suy tim [3]. Các bệnh đồng mắc có liên quan chặt chẽ với kết cục lâm sàng xấu ở bệnh nhân suy tim [4]. Tuy nhiên, hiện có rất ít bằng điểm đánh giá tiên lượng STC dựa trên các bệnh đồng mắc ở nhóm BN này. Từ năm 2011, bảng điểm AHEAD (A: rung nhĩ; H: huyết sắc tố; E: người cao tuổi; A: chỉ số thận bất thường; D: đái tháo đường) được biết đến là bảng điểm tiên lượng kết cục tử vong của bệnh nhân suy tim cấp đơn giản và hữu hiệu dựa trên ghi nhận các bệnh lý đồng mắc [4]. Theo Spinar, cứ mỗi lần tăng 1 điểm của thang điểm AHEAD thì tỉ lệ tử vong trong vòng 1 năm tăng lên 10%, thang điểm

AHEAD có ý nghĩa trong tiên lượng tử vong ngắn hạn và dài hạn với tỉ lệ tử vong tại 30 ngày, 1 năm, 3 năm và 5 năm lần lượt là 13,7% - 32,3% - 48,4% và 60,3%. Giá trị dự đoán của thang điểm (AUC) tốt hơn theo thời gian theo dõi từ thời điểm 12 tháng, 3 năm và 5 năm tương ứng là 0,64 - 0,67 và 0,70 [4]. Tại Việt Nam, có một số các nghiên cứu được thực hiện trên BN suy tim cấp với cỡ mẫu nhỏ, mô tả về kết cục tử vong nội viện và thời điểm sau 30 ngày, 60 ngày sau xuất viện [5], [6], [7]. Tại Bệnh viện Chợ Rẫy, có một nghiên cứu được thực hiện năm 2021 của tác giả Hồ Thị Ngọc Duyên [8] khảo sát ý nghĩa tiên lượng tử vong do mọi nguyên nhân của thang điểm AHEAD ghi nhận tại thời điểm 18 tháng sau xuất viện, điểm AHEAD từ 0 đến 5 có tỉ lệ tử vong lần lượt là: 19,1% - 33,3% - 45,7% - 78,6% - 90%, so với điểm AHEAD = 0, điểm AHEAD = 1,2,3,4,5 có tỉ số nguy cơ lần lượt gấp 1,8 - 2,39 - 3,32 - 6,43 - 12,28 lần. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân của bệnh nhân suy tim cấp tại bệnh viện Thống Nhất trong ngắn hạn và giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân của thang điểm AHEAD ở bệnh nhân suy tim cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi thực hiện nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu trên đối tượng là tất cả bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán suy tim cấp tại thời điểm xuất viện theo khuyến cáo ESC 2021 [9]. Loại trừ các bệnh nhân mắc bệnh lý ác tính, không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong ngắn hạn...

Nghiên cứu được thực hiện tại trung tâm tim mạch bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2024 đến tháng 8/2024.

Cỡ mẫu: Chọn p có để được cỡ mẫu lớn nhất là 0,5; $\alpha = 0,05$ và $d = 0,06$, chúng tôi tính toán được cỡ mẫu tối thiểu theo công thức: $n = Z^2(1-\alpha/2) * p(1-p)/d^2$

Ước tính số lượng BN là 267, dự đoán mất mẫu 10%. Số lượng bệnh nhân tối thiểu là 294 BN.

Chọn mẫu: lấy liên tục trong thời gian nghiên cứu.

Các yếu tố trong thang điểm AHEAD được trình bày ở Bảng 1.

Bảng 1: Định nghĩa các yếu tố trong thang điểm AHEAD [4]

Yếu tố	Định nghĩa	Điểm
Rung nhĩ	Tiền căn ghi nhận rung nhĩ, hoặc chẩn đoán rung nhĩ mới trong hồ sơ bệnh án	1
Thiếu máu	Nồng độ Hemoglobin ≤ 13 g/dl ở nam, ≤ 12 g/dl ở nữ	1
Lớn tuổi	Tuổi ≥ 70 tuổi	1
Tổn thương thận	Nồng độ Creatinine ≥ 130 mmol/L	1
Đái tháo đường	Tiền căn ghi nhận đái tháo đường, hoặc chẩn đoán đái tháo đường mới mất trong hồ sơ bệnh án	1

Tái nhập viện do mọi nguyên nhân: trong thời gian theo dõi, bệnh nhân phải nhập viện lại vì bất kì nguyên nhân nào.

Quá trình theo dõi bệnh nhân: Theo dõi bệnh nhân mỗi tháng qua hệ thống quản lý bệnh viện Thống Nhất, hoặc gọi điện trực tiếp. Tất cả bệnh nhân theo dõi tái nhập viện (nếu có) ở bệnh viện Thống Nhất bằng hệ thống quản lý của bệnh viện Thống Nhất, nếu bệnh nhân tái nhập viện ở bệnh viện khác (nếu có) thì được xác nhận qua điện thoại.

Mất mẫu nếu không liên lạc được với bệnh nhân trong thời gian theo dõi 90 ngày.

Phân tích thống kê: Biến số nhị giá: tần suất, tỉ lệ %. Biến số danh định (biến định tính): tần số, tỉ lệ %. Biến số liên tục (biến định lượng): Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn (có phân phối chuẩn), trung vị và khoảng tứ phân vị 25% - 75% (có phân phối không chuẩn). Kiểm định tương quan đơn biến: sử dụng mô hình hồi quy COX đơn biến. Sử dụng mô hình hồi quy COX và đường cong Kaplan - Meier cho mô hình tiên lượng tái nhập viện. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi trị số $p < 0,05$ với độ tin cậy 95%.

Y đức: đề tài nghiên cứu được chấp nhận của Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh Trường đại học y dược, Đại học Huế số H2024/013 ngày 16/01/2024.

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu và theo dõi 90 ngày sau xuất viện, chúng tôi thu nhận được 321 bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán suy tim cấp khi xuất viện thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Các đặc điểm dân số nghiên cứu được trình bày trong Bảng 2. Tỉ lệ tái nhập viện sau 90 ngày được ghi nhận ở Bảng 3.

Bảng 2: Đặc điểm dân số nghiên cứu

Đặc điểm dân số nghiên cứu		Cỡ mẫu nghiên cứu (N = 321)	Tỉ lệ (%)
Đặc điểm chung	Nam giới	152	47,35
	Tuổi (năm)	$71 \pm 12,8$	
Tiền căn	Tăng huyết áp	287	89,41
	Đái tháo đường	152	47,35
	Rối loạn lipid máu	242	75,39

Giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong ngắn hạn...

Đặc điểm dân số nghiên cứu		Cỡ mẫu nghiên cứu (N = 321)	Tỉ lệ (%)
Tiền căn	Rung nhĩ	75	23,36
	Bệnh thận mạn	77	23,99
	Suy tim	237	73,83
	Bệnh mạch vành	177	55,14
	Đột quy	28	8,72
Cận lâm sàng	Tổn thương thận	112	34,89
	Thiếu máu	179	55,76
Thể lâm sàng suy tim cấp	Đột mất bù suy tim	279	86,92
	Phù phổi cấp	33	10,28
	Suy thất phải	6	1,87
	Sốc tim	3	0,93
Yếu tố thúc đẩy suy tim cấp	Hội chứng vành cấp	159	49,53
	Nhiễm trùng	100	31,15
	CHAMPIT	233	72,59
	Các nguyên nhân khác	119	37,07
	Đa yếu tố thúc đẩy	31	9,66

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu có độ tuổi trung bình khá cao ($71 \pm 12,8$ tuổi), nam giới chiếm 47,35%, ngoài tiền căn suy tim (73,87%), có nhiều bệnh đồng mắc (cao nhất là tăng huyết áp: 89,41%, rối loạn lipid máu: 75,39%, bệnh mạch vành: 55,14%, đái tháo đường: 47,35%). Thể lâm sàng của suy tim cấp thường gặp nhất là đột mất bù suy tim mạn (86,92%). Yếu tố thúc đẩy/ nguyên nhân thường gặp nhất là hội chứng vành cấp (49,53%), tiếp đến là nhiễm trùng (31,15%), các nguyên nhân suy tim cấp trong nhóm CHAMPIT (72,59%), ngoài ra có 9,66% bệnh nhân có đa yếu tố thúc đẩy vào suy tim cấp.

Bảng 3: Tỉ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân

	Số bệnh nhân tái nhập viện	Tỉ lệ (%)	P
Tái nhập viện do mọi nguyên nhân (N = 321)	112	34,89	-
Trong đó:			
AHEAD = 0 điểm (n = 41)	2	4,88	< 0,001
AHEAD = 1 điểm (n = 55)	7	12,73	
AHEAD = 2 điểm (n = 92)	27	29,35	
AHEAD = 3 điểm (n = 86)	43	50,00	
AHEAD = 4 điểm (n = 39)	27	69,23	
AHEAD = 5 điểm (n = 8)	6	75,00	

Trong 90 ngày sau xuất viện, có 112 bệnh nhân (34,89%) tái nhập viện ở lại vì mọi nguyên nhân. Tỉ lệ tái nhập viện tăng dần theo điểm AHEAD từ thấp nhất là 4,88% ở điểm AHEAD = 0 đến cao nhất là 75% ở điểm AHEAD = 5, sự khác biệt về tỉ lệ tái nhập viện ở các nhóm điểm AHEAD có ý nghĩa thống kê với $p = 0,000$.

Giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong ngắn hạn...

Mối liên quan giữa các yếu tố trong thang điểm AHEAD với nguy cơ tái nhập viện: tất cả các yếu tố đều làm tăng nguy cơ tái nhập viện do mọi nguyên nhân có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$ (chỉ riêng đái tháo đường có $p = 0,174$), trong đó tổn thương thận là yếu tố nguy cơ cao nhất (HR: 1,99, KTC 95%: 1,31 – 3,02, $p = 0,001$) (Bảng 4).

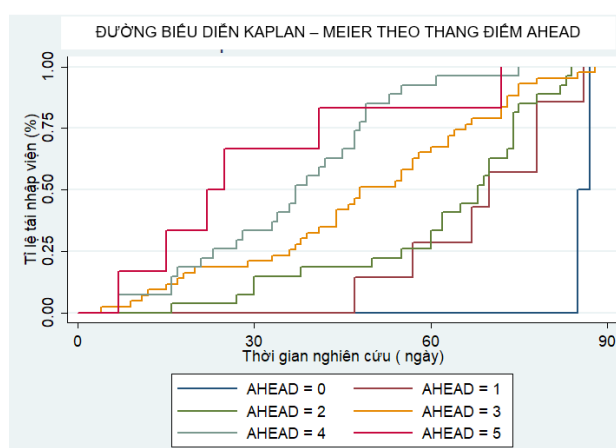
Bảng 4: Mối liên quan giữa các yếu tố thành phần trong thang điểm AHEAD và tái nhập viện do mọi nguyên nhân

Yếu tố	Tỉ số rủi ro (HR)	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị P
Rung nhĩ	1,79	1,17 - 2,75	0,007
Thiếu máu	1,62	1,06 - 2,48	0,025
Lớn tuổi	1,67	1,13 - 2,47	0,009
Tổn thương thận	1,99	1,31 - 3,02	0,001
Đái tháo đường	1,31	0,89 - 1,92	0,174

Mối liên quan giữa thang điểm AHEAD và nguy cơ tái nhập viện do mọi nguyên nhân: điểm AHEAD càng cao thì nguy cơ tái nhập viện càng cao, đặc biệt là khi điểm AHEAD từ 3 điểm trở lên ($p < 0,05$) (Bảng 5 và Biểu đồ 1).

Bảng 5: Mối liên quan giữa thang điểm AHEAD và nguy cơ tái nhập viện do mọi nguyên nhân

Điểm AHEAD	Tỉ số rủi ro (HR)	Khoảng tin cậy 95%	Giá trị P
AHEAD = 1 điểm	1,07	0,48 - 11,68	0,286
AHEAD = 2 điểm	1,63	0,78 - 14,95	0,103
AHEAD = 3 điểm	2,19	1,19 - 21,47	0,028
AHEAD = 4 điểm	3,24	2,65 - 52,94	0,001
AHEAD = 5 điểm	3,01	2,41 - 65,77	0,003



Biểu đồ 1: Đường cong Kaplan - Meier về mối liên quan giữa các điểm AHEAD và tái nhập viện do mọi nguyên nhân.

IV. BÀN LUẬN

Dân số nghiên cứu của chúng tôi bao gồm bệnh nhân suy tim cấp có độ tuổi trung bình $71 \pm 12,8$ tuổi, trong đó nam giới (47,35%) và có tỷ lệ mắc các bệnh đồng mắc cao như tăng huyết áp (89,41%), đái tháo đường (52,8%) và bệnh mạch vành (55,14%). So với nghiên cứu của Hồ Thị Ngọc Duyên và cộng sự (2021) tại bệnh viện Chợ Rẫy có tuổi trung bình là $62 \pm 17,4$ tuổi, nam giới chiếm 52,3%, tiền căn bệnh mạch vành 59,9%, tăng huyết áp 61,9% và suy tim mạn 59,9% [8]. Nghiên cứu của tại bệnh viện Nhân dân 115 của Thượng Thanh Phương (2020) có độ tuổi trung bình là $65,8 \pm 14,8$ tuổi [6]. Nghiên cứu năm 2024 tại bệnh viện Chợ Rẫy của Nguyễn Đức Khánh ghi nhận tuổi trung bình là 71 tuổi, 57,7% là nam giới, các bệnh lý đi kèm gồm suy giảm chức năng thận là 69%, thiếu máu mạn là 59,2%, tăng huyết áp là 41,8%, đái tháo đường là 28,5% và rối loạn lipid máu là 21,1% [7]. Về thể lâm sàng suy tim cấp và nguyên nhân/yếu tố thúc đẩy suy tim cấp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận thể lâm sàng phổ biến nhất là đợt mất bù của suy tim mạn (86,92%), tiếp đến là phù phổi cấp (10,28%), sốc tim và suy thất phải chiếm tỉ lệ ít. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam. Nguyên nhân/ yếu tố thúc đẩy vào suy tim cấp trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều nhất là hội chứng vành cấp chiếm gần 1/2 trường hợp, tiếp đến là nhiễm trùng chiếm gần 1/3 trường hợp. Các nguyên nhân trong nhóm nguyên nhân suy tim cấp thường gặp theo khuyến cáo của ESC 2021 (CHAMPIT) chiếm 72,59%. Ngoài ra có tới 9,66% trường hợp có nhiều yếu tố thúc đẩy phối hợp với nhau. Trong nghiên cứu, 112 bệnh nhân đã tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong 90 ngày sau xuất viện. Đáng chú ý, tỉ lệ này có sự gia tăng rõ rệt theo thang điểm AHEAD, từ mức thấp nhất là 4,88% ở nhóm điểm AHEAD = 0 đến mức cao nhất là 75% ở nhóm điểm AHEAD = 5, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,001$. Điều này chứng minh rằng thang điểm AHEAD là một công cụ hữu ích trong việc phân tầng nguy cơ tái nhập viện ngắn hạn. Khuyến cáo của ESC 2021 cũng đề cập thang điểm AHEAD và nghiên cứu BIOSTAT-CHF là công cụ có giá trị tiên lượng dựa

trên các yếu tố đồng mắc và chỉ dấu sinh học như NT-proBNP,... Việc áp dụng các công cụ này giúp hỗ trợ cá thể hóa điều trị, cải thiện tiên lượng và giảm tỷ lệ tái nhập viện sau xuất viện [8].

Mối liên quan giữa các yếu tố thành phần của thang điểm AHEAD và nguy cơ tái nhập viện cũng được xác định. Trong đó, tổn thương thận là yếu tố nguy cơ cao nhất (HR = 1,99; KTC 95%: 1,31 - 3,02; $p = 0,001$), tiếp theo là rung nhĩ (HR = 1,79; KTC 95%: 1,17 - 2,75; $p = 0,007$), lớn tuổi (HR = 1,67; KTC 95%: 1,13 - 2,47; $p = 0,009$) và thiếu máu (HR = 1,62; KTC 95%: 1,06 - 2,48; $p = 0,025$). Đái tháo đường thì ghi nhận chưa có ý nghĩa thống kê trong tiên lượng tái nhập viện ngắn hạn ($p = 0,174$). Điều này nhấn mạnh vai trò của các bệnh đồng mắc trong tiên lượng bệnh nhân suy tim cấp. Về giá trị tiên lượng tái nhập viện do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân suy tim cấp của thang điểm AHEAD, nghiên cứu cho thấy rằng nguy cơ tái nhập viện tăng đáng kể từ điểm AHEAD ≥ 3 , với HR lần lượt là 2,19 ($p = 0,028$) cho AHEAD = 3, 3,24 ($p = 0,001$) cho AHEAD = 4 và 3,01 ($p = 0,003$) cho AHEAD = 5. Đối với AHEAD bằng 1 và 2 điểm cũng ghi nhận gia tăng nguy cơ tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Phân tích đường cong Kaplan-Meier cho thấy sự khác biệt trong thời gian tái nhập viện giữa các nhóm bệnh nhân có điểm AHEAD khác nhau. Kết quả phân tích cho thấy nhóm bệnh nhân có điểm AHEAD thấp (0-1) có thời gian không bị tái nhập viện kéo dài hơn đáng kể so với nhóm có điểm AHEAD cao (≥ 3). Sự khác biệt giữa các đường cong Kaplan-Meier của các nhóm điểm AHEAD có ý nghĩa thống kê theo phép kiểm Log-rank ($p < 0,001$), cho thấy thang điểm AHEAD có khả năng phân tầng nguy cơ rõ ràng. Cụ thể, đường cong Kaplan-Meier có xu hướng đi lên nhanh hơn ở nhóm bệnh nhân có điểm AHEAD cao, đặc biệt là từ AHEAD ≥ 3 . Điều này phản ánh nguy cơ tái nhập viện sớm ở những bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao. Tại mốc thời gian 30 ngày, tỷ lệ tái nhập viện ở nhóm AHEAD ≥ 3 đã tăng đáng kể so với nhóm AHEAD < 3 . Đến mốc 90 ngày, tỷ lệ tái nhập viện ở nhóm AHEAD = 5 cao nhất, với sự khác biệt rõ ràng so với các nhóm còn lại. Phân tích Kaplan-Meier

cũng giúp xác định ngưỡng điểm AHEAD có ý nghĩa tiên lượng mạnh. Kết quả cho thấy nguy cơ tái nhập viện tăng đáng kể từ điểm AHEAD ≥ 3 , với HR lần lượt là 2,19 ($p = 0,028$) cho AHEAD = 3, 3,24 ($p = 0,001$) cho AHEAD = 4 và 3,01 ($p = 0,003$) cho AHEAD = 5. Sự phân tách rõ ràng giữa các đường cong cho thấy AHEAD có giá trị cao trong dự báo tiên lượng ngắn hạn. Việc tuân thủ điều trị bằng thuốc đã được chứng minh có tác động đáng kể đến tiên lượng lâm sàng ở bệnh nhân suy tim. Do đó, việc kê đơn không phù hợp với khuyến cáo điều trị của bác sĩ, cũng như sự không tuân thủ dùng thuốc của bệnh nhân, có thể làm gia tăng nguy cơ tái nhập viện. Yếu tố này có khả năng ảnh hưởng đến tỷ lệ tái nhập viện được ghi nhận trong nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tái nhập viện do mọi nguyên nhân tại thời điểm sau xuất viện là 34,89%. Thang điểm AHEAD là một công cụ hữu ích trong việc tiên lượng nguy cơ tái nhập viện trong vòng 90 ngày ở bệnh nhân suy tim cấp. Kết quả nghiên cứu cho thấy điểm AHEAD cao có liên quan đến nguy cơ tái nhập viện sớm và cao hơn. Đường cong Kaplan-Meier cho thấy sự phân tầng rõ rệt giữa các nhóm bệnh nhân có điểm AHEAD khác nhau, với nguy cơ tái nhập viện tăng đáng kể ở nhóm AHEAD ≥ 3 .

Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được chấp thuận Hội đồng y đức trong nghiên cứu y sinh Trường đại học y dược, Đại học Huế số H2024/013 ngày 16/01/2024.

Xung đột lợi ích

Các tác giả khẳng định không có xung đột lợi ích đối với các nghiên cứu, tác giả, và xuất bản bài báo.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nieminen MS, Brutsaert D, Dickstein K, Drexler H, Follath F, Harjola VP, et al. EuroHeart Failure Survey II (EHFS II): a survey on hospitalized acute heart failure patients: description of population. Eur Heart J. 2006; 27(22): 2725-36.
2. Passantino A, Monitillo F, Iacoviello M, Scrutinio D. Predicting mortality in patients with acute heart failure: Role of risk scores. World J Cardiol. 2015; 7(12): 902-11.
3. Fonarow GC, Committee ASA. The Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE): opportunities to improve care of patients hospitalized with acute decompensated heart failure. Rev Cardiovasc Med. 2003; 4 Suppl 7: S21-30.
4. Spinar J, Jarkovsky J, Spinarova L, Mebazaa A, Gayat E, Vitovec J, et al. AHEAD score--Long-term risk classification in acute heart failure. Int J Cardiol. 2016; 202: 21-6.
5. Hồ TND, Thang điểm AHEAD ở bệnh nhân suy tim cấp. 2021, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh: Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ chuyên khoa cấp II.
6. Thượng TP, Phạm NV. Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu về suy tim cấp: Đặc điểm chẩn đoán, điều trị và tiên lượng tử vong trong viện. Tim mạch học – Hội Tim mạch Thành phố Hồ Chí Minh. 2020.
7. Nguyễn ĐK, Trương PH. 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.
8. Pham DX, Nguyen HD, Phung AHT, Bui TD, Tran TS, Tran BNH, et al. Trends in incidence and histological pattern of thyroid cancer in Ho Chi Minh City, Vietnam (1996-2015): a population-based study. BMC Cancer. 2021; 21(1): 296.
9. McDonagh TA, Metra M, Adamo M, Gardner RS, Baumbach A, Bohm 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.