

- antimicrobial peptide, indolicidin: evidence for multiple conformations involved in binding to membranes and DNA, *Nucleic Acids Res* 33(13) (2005) 4053-4064.
6. **C.L. Friedrich, A. Rozek, A. Patrzykat, R.E.W. Hancock**, Structure and Mechanism of Action of an Indolicidin Peptide Derivative with Improved Activity against Gram-positive Bacteria *, *Journal of Biological Chemistry* 276(26) (2001) 24015-24022.
 7. **W.E. Robinson, Jr., B. McDougall, D. Tran, M.E. Selsted**, Anti-HIV-1 activity of indolicidin, an antimicrobial peptide from neutrophils, *Journal of Leukocyte Biology* 63(1) (1998) 94-100.
 8. **H.X. Luong, T.T. Thanh, T.H. Tran**, Antimicrobial peptides – Advances in development of therapeutic applications, *Life Sciences* 260 (2020) 118407.
 9. **S.-M. Kim, J.-M. Kim, B.P. Joshi, H. Cho, K.-H. Lee**, Indolicidin-derived antimicrobial peptide analogs with greater bacterial selectivity and requirements for antibacterial and hemolytic activities, *Biochimica et Biophysica Acta (BBA) - Proteins and Proteomics* 1794(2) (2009) 185-192.
 10. **C. Subbalakshmi, E. Bikshapathy, N. Sitaram, R. Nagaraj**, Antibacterial and hemolytic activities of single tryptophan analogs of indolicidin, *Biochemical and Biophysical Research Communications* 274(3) (2000) 714-716.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ TIỀN LƯỢNG CỦA THANG ĐIỂM H2FPEF TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU BẢO TỒN

Đoàn Chí Thắng¹, Trần Lợi Trầm Tiên², Hoàng Anh Tiến³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân suy tim có phân suất tổng máu bảo tồn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang có theo dõi, được thực hiện trên 171 bệnh nhân được chẩn đoán suy tim có phân suất tổng máu thất trái bảo tồn tại Khoa Nội Tim mạch – Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế từ 01/5/2023 đến 30/4/2024. **Kết quả:** Đa số các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều dùng 2 thuốc huyết áp trở lên, 5 bệnh nhân không sử dụng thuốc huyết áp và 16 bệnh nhân chỉ dùng 1 thuốc huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng từ 2 thuốc huyết áp trở lên chiếm 87,1%. Yếu tố nguy cơ lớn tuổi (>60 tuổi) chiếm tần suất cao nhất, trong khi đó BMI >30 kg/m² là yếu tố nguy cơ có tần suất thấp nhất. Nhóm H2FPEF từ 3-5 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất trên mẫu nghiên cứu (56,7%). Có sự khác biệt về mức huyết áp tâm thu trung bình và huyết áp tâm trương trung bình giữa các nhóm ($p < 0,05$). Đường kính nhĩ trái trên siêu âm tim có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF, khi điểm H2FPEF càng cao thì đường kính nhĩ trái càng lớn. Tương tự như vậy thông số E/e' và áp lực động mạch phổi tâm thu PAPS tăng dần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm H2FPEF ($p < 0,05$). Các thông số đường kính thất trái tâm trương, đường kính thất trái tâm thu, phân suất tổng máu EF không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p > 0,05$). **Kết luận:** Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các đặc điểm trên bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn và thang điểm H2FPEF trong các nhóm nghiên cứu. **Từ khóa:** H2FPEF, Suy tim phân suất tổng máu bảo tồn.

SUMMARY

STUDY ON THE PROGNOSTIC VALUE OF H2FPEF SCORE IN HEART FAILURE PATIENTS WITH PRESERVED EJECTION FRACTION

Purposes: To investigate the H2FPEF score in heart failure patients with preserved ejection fraction. **Subjects and Methods:** A cross-sectional study with follow-up was conducted on 171 patients diagnosed with heart failure with preserved left ventricular ejection fraction at the Cardiology Department – Cardiology Center, Hue Central Hospital from May 1st, 2023 to April 30th, 2024. **Results:** The majority of patients in the study sample were taking two or more antihypertensive medications, 5 patients were not using any antihypertensive medication, and 16 patients were using only one antihypertensive medication. The proportion of patients using two or more antihypertensive medications was 87.1%. Old age (>60 years) was the most frequent risk factor, while BMI > 30 kg/m² was the least frequent risk factor. The group with an H2FPEF score of 3-5 constituted the largest proportion of the study sample (56.7%). There was a difference in the average systolic and diastolic blood pressures between the groups ($p < 0.05$). The left atrial diameter on echocardiography differed among the H2FPEF groups, with higher H2FPEF scores associated with larger left atrial diameter. Similarly, the E/e' ratio and pulmonary artery systolic pressure (PASP) gradually increased, showing statistically significant differences between the H2FPEF groups ($p < 0.05$). The parameters of left ventricular diastolic diameter, left ventricular systolic diameter, and ejection fraction (EF) did not differ between the groups ($p > 0.05$). **Conclusion:** There are statistically significant differences in the characteristics of heart failure patients with preserved ejection fraction and the H2FPEF score among the study groups. **Keywords:** H2FPEF, Heart failure with preserved ejection fraction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một hội chứng lâm sàng rất

¹Bệnh viện Trung ương Huế

²Viện Tim Thành Phố Hồ Chí Minh

³Trường Đại học Y Dược Huế, Đại học Huế

Chịu trách nhiệm chính: Đoàn Chí Thắng

Email: thangdoanchi1981@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

thường gặp trên lâm sàng và là hậu quả của phần lớn các bệnh tim như: các bệnh về van tim, cơ tim, bệnh mạch vành, bệnh tim bẩm sinh và một số bệnh lý khác có ảnh hưởng đến tim. Hiện nay suy tim đang là một trong những vấn đề sức khỏe cộng đồng mang tính toàn cầu nặng nề nhất, ảnh hưởng khoảng 64,3 triệu người trên toàn thế giới [1].

Theo Hiệp hội tim mạch Châu Âu (ESC) 2022, suy tim được chia thành: Suy tim với phân suất tống máu giảm (HFrEF), suy tim với phân suất tống máu giảm nhẹ (HFmrEF) và suy tim với phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF) dựa trên phân suất tống máu thất trái (LVEF). Trong vài thập kỷ qua, suy tim phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF) đã trở thành dạng suy tim chiếm ưu thế trên toàn thế giới, chiếm khoảng 50% tổng số ca nhập viện vì suy tim [2], có tới 76% các trường hợp suy tim không được phát hiện là những bệnh nhân có phân suất tống máu được bảo tồn.

Gần đây thang điểm H2FPEF (0-9 điểm) đã được đề xuất bởi Reddi và cộng sự để phân biệt suy tim với phân suất tống máu bảo tồn (HFpEF) với các nguyên nhân khó thở không do tim và các tình trạng khó thở khác. Sáu biến số lâm sàng và siêu âm tim cấu thành điểm số H2FPEF bao gồm: (i) Chỉ số khối cơ thể (BMI) > 30 kg/m² (H); (ii) sử dụng ≥ 2 thuốc hạ huyết áp (H); (iii) sự hiện diện của rung nhĩ (AF) (F); (iv) tăng áp lực động mạch phổi (được định nghĩa là áp lực tâm thu động mạch phổi (PAPs) > 35mmHg) (P); (v) tuổi > 60 (E); và (vi) áp lực đổ đầy tăng E/e' > 9 (F). Sự hiện diện của rung nhĩ kịch phát hoặc dai dẳng: 3 điểm; BMI > 30 kg/m²: 2 điểm và tất cả các tiêu chí khác được liệt kê ở trên: 1 điểm [3, 4].

Mặc dù trên thế giới và Việt Nam cũng có các tác giả nghiên cứu về thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân suy tim với phân suất tống máu bảo tồn. Tuy nhiên, giá trị tiên lượng của thang điểm H2FPEF trên bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu bảo tồn vẫn chưa đánh giá một cách toàn diện.

Chính vì những lí do trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu đề tài này nhằm khảo sát thang điểm H2FPEF ở bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu bảo tồn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Thực hiện trên 171 bệnh nhân suy tim có phân suất tống máu thất trái bảo tồn tại Khoa Nội Tim mạch – Trung tâm Tim mạch, Bệnh viện Trung ương Huế

từ 01/5/2023 đến 30/4/2024. Phương pháp lấy mẫu: lấy mẫu thuận tiện.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân nhập viện vì suy tim do mọi nguyên nhân và được chẩn đoán suy tim mạn tính có phân suất tống máu thất trái bảo tồn theo tiêu chuẩn ESC 2022. Theo dõi các biến cố tim mạch gồm: nhồi máu cơ tim không tử vong, đột quỵ không tử vong, tử vong và nhập viện vì suy tim trong 1 năm từ 01/5/2023 đến 30/4/2024 theo hình thức gọi điện thoại cho bệnh nhân và người nhà bệnh nhân, dừng theo dõi khi đến thời điểm kết thúc hoặc khi xảy ra biến cố.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân suy tim với phân suất tống máu thất trái giảm. Bệnh nhân đang trong giai đoạn suy tim mất bù cấp và có hội chứng mạch vành cấp. Bệnh nhân có bệnh cơ tim phì đại hoặc giãn nở. Bệnh nhân có bệnh van tim nặng hoặc thay van tim. Bệnh nhân có bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính. Bệnh nhân suy thận giai đoạn cuối (tốc độ lọc cầu thận ước tính (eGFR < 30 ml/ phút/1,73m²). Bệnh nhân có bệnh hệ thống. Bệnh nhân xơ gan Child C trở lên. Bệnh nhân bỏ tái khám hoặc khám ở bệnh viện khác không theo dõi được.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang có theo dõi với cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng tỷ lệ. Từ đó tính được n = 194

Chẩn đoán suy tim dựa vào tiền sử chắc chắn, điều trị suy tim trước đó. Các trường hợp suy tim mới khởi phát hoặc nghi ngờ chẩn đoán, tiến hành chẩn đoán theo quy trình chẩn đoán suy tim theo khuyến cáo của ESC và Hội Tim mạch học Việt Nam 2022. Phân độ nặng suy tim dựa trên phân loại của Hội Tim New York (New York Heart Association – NYHA) và giai đoạn suy tim theo ACCF/AHA năm 2008 [5]. Các thông số nghiên cứu trên siêu âm tim được đo và phân loại theo khuyến cáo của Hội siêu âm tim Hoa Kỳ (ASE: American Society of Echocardiography).

Sáu biến số lâm sàng và siêu âm tim cấu thành điểm số H2FPEF bao gồm: (1) Chỉ số khối cơ thể (BMI) > 30 kg/m² (H); (2) Sử dụng ≥ 2 thuốc hạ huyết áp (H); (3) Sự hiện diện của rung nhĩ (AF) (F); (4) Tăng áp lực động mạch phổi, được định nghĩa là áp lực tâm thu động mạch phổi (PAPs) > 35mmHg (P); (5) Tuổi > 60 (E); (6) Áp lực đổ đầy tăng (E/e' > 9) (F).

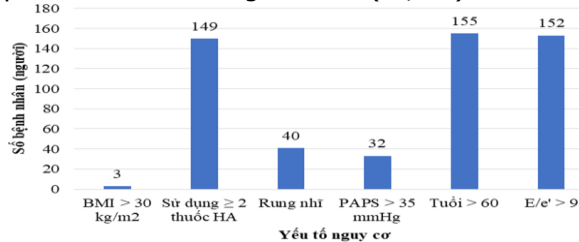
Sự hiện diện của rung nhĩ kịch phát hoặc dai dẳng: 3 điểm, BMI > 30 kg/m²: 2 điểm và tất cả các tiêu chí khác: 1 điểm. Mỗi điểm làm tăng tỷ lệ suy tim theo hệ số 2.

Số liệu được xử lý bằng máy vi tính nhờ

phần mềm SPSS 20.0, Excel 2019. Giá trị $p < 0.05$ là có ý nghĩa thống kê.

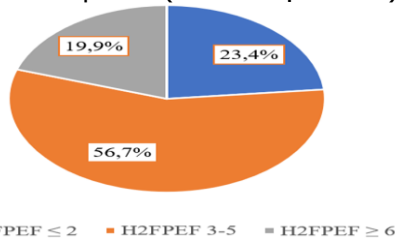
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đa số các bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu đều dùng 2 thuốc huyết áp trở lên, chỉ có 5 bệnh nhân không sử dụng thuốc huyết áp và 16 bệnh nhân chỉ dùng 1 thuốc huyết áp. Tỷ lệ bệnh nhân sử dụng từ 2 thuốc huyết áp trở lên chiếm phần lớn trên mẫu nghiên cứu (87,1%).



Biểu đồ 1. Phân bố các yếu tố nguy cơ của thang điểm H2FPEF

Yếu tố nguy cơ lớn tuổi (>60 tuổi) chiếm tần suất cao nhất (155 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ này), trong khi đó BMI > 30 kg/m² là yếu tố nguy cơ có tần suất thấp nhất (chỉ có 3 bệnh nhân).



Biểu đồ 2. Phân bố thang điểm H2FPEF theo 3 nhóm

Nhóm H2FPEF từ 3-5 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất trên mẫu nghiên cứu (56,7%).

Bảng 1. So sánh các đặc điểm nhân trắc học, tiền căn bệnh lý ở các nhóm H2FPEF

	H2FPEF ≤ 2 (n=40)	H2FPEF 3-5 (n=97)	H2FPEF ≥ 6 (n=34)	p
Tuổi (năm)	70,83 ± 13,51	75,36 ± 10,67	75,29 ± 9,28	0,110
Giới nam (%)	27,3	46,7	26,0	0,051
BMI (kg/m ²)	21,61 ± 2,91	21,61 ± 3,48	21,85 ± 3,42	0,930
Tiền sử THA (%)	24,4	58,0	17,6	0,378
Tiền sử BMV (%)	27,0	53,9	19,1	0,515
Tiền sử ĐTDĐ (%)	30,8	61,5	7,7	0,209
Hút thuốc lá (%)	0	71,4	28,6	0,387

Các đặc điểm nhân trắc học, tiền căn bệnh lý không có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF ($p > 0,05$).

Bảng 2. So sánh các đặc điểm lâm sàng ở các nhóm H2FPEF

	H2FPEF ≤ 2 (n=40)	H2FPEF 3-5 (n=97)	H2FPEF ≥ 6 (n=34)	p
HATT (mmHg)	134,63 ± 29,75	141,49 ± 32,83	122,79 ± 17,20	<0,001
HATT _r (mmHg)	77,00 ± 14,34	79,69 ± 13,95	73,53 ± 9,17	0,018
Mạch (lần/phút)	74,03 ± 10,57	78,15 ± 12,97	88,94 ± 19,09	0,001

Có sự khác biệt về mức huyết áp tâm thu trung bình và huyết áp tâm trương trung bình giữa các nhóm ($p < 0,05$). Tần số mạch có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm, khi nhóm điểm càng tăng thì mạch càng cao (lần lượt là $74,03 \pm 10,57$, $78,15 \pm 12,97$ và $88,94 \pm 19,09$, $p < 0,05$).

Bảng 3. So sánh các đặc điểm trên siêu âm tim ở các nhóm H2FPEF

	H2FPEF ≤ 2 (n=40)	H2FPEF 3-5 (n=97)	H2FPEF ≥ 6 (n=34)	p
LA (mm)	30,15 ± 3,11	32,57 ± 5,45	37,29 ± 9,04	<0,001
LVDD (mm)	46,77 ± 3,72	46,70 ± 3,19	46,65 ± 3,56	0,987
LVDS (mm)	26,75 ± 1,91	26,73 ± 1,79	26,79 ± 1,92	0,986
EF (%)	60,25 ± 3,59	59,68 ± 3,78	59,00 ± 3,89	0,365
E/e'	10,13 ± 1,83	12,39 ± 2,18	13,91 ± 2,83	<0,001
PAPS (mmHg)	26,62 ± 2,63	30,62 ± 8,30	33,68 ± 9,56	<0,001

Đường kính nhĩ trái trên siêu âm tim có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF, khi điểm H2FPEF càng cao thì đường kính nhĩ trái càng lớn. Tương tự như vậy thông số E/e' và áp lực động mạch phổi tâm thu PAPS tăng dần, có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm H2FPEF ($p < 0,05$). Các thông số đường kính thất trái tâm trương, đường kính thất trái tâm thu, phân suất tổng máu EF không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của nhóm tác giả Hoàng Văn Kỳ, Nguyễn Thị Lý Minh, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Đỗ Quân, Đoàn Đức Dũng, Nguyễn Lân Hiếu (2022) cho thấy đa số bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu gồm 134 bệnh nhân đều được sử dụng từ 2 loại thuốc hạ huyết áp trở lên chiếm tỷ lệ 67,2%, cũng phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [6]. Nghiên cứu của nhóm tác giả Satoru Suzuki, Koichi Kaikita et al. (2020) cho thấy tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng từ 2 thuốc hạ huyết áp trở

lên chiếm 49% thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi. Trong đó, tỷ lệ sử dụng thuốc chẹn kênh canxi là 57%, thuốc ức chế hệ RAS là 52%, thuốc lợi tiểu quai là 10% và thuốc chống kết tập tiểu cầu là 25% [4]. Hầu hết bệnh nhân đều phối hợp 2 loại thuốc trong điều trị tăng huyết áp.

Trong các yếu tố nguy cơ thì đặc điểm lớn tuổi (> 60 tuổi) chiếm tần suất cao nhất (155 bệnh nhân có yếu tố nguy cơ này), trong khi đó BMI > 30 kg/m² là yếu tố nguy cơ có tần suất thấp nhất (chỉ có 3 bệnh nhân). Đa số các bệnh nhân suy tim phân suất tổng máu bảo tồn trong mẫu nghiên cứu của chúng tôi có điểm H2FPEF là 3 (có 73 bệnh nhân trên tổng số 171 bệnh, chiếm tỷ lệ 42,4%). Nhóm H2FPEF từ 3-5 điểm chiếm tỷ lệ cao nhất trên mẫu nghiên cứu (56,7%). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của nhóm tác giả Hoàng Văn Kỳ, Nguyễn Thị Lý Minh, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Đỗ Quân, Đoàn Đức Dũng, Nguyễn Lâm Hiếu (2022) cho thấy yếu tố nguy cơ lớn tuổi chiếm tỷ lệ cao nhất (79,9%), còn tỷ lệ bệnh nhân có béo phì (BMI ≥ 30) chỉ có 3 trong tổng số 134 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 2,2%. Ngoài ra, nghiên cứu của nhóm tác giả trên còn cho thấy điểm H2FPEF trung bình là $2,75 \pm 1,42$, cao nhất là 7 điểm và thấp nhất là 0 điểm [6]. Nghiên cứu của nhóm tác giả Daisuke Sueta, MD, PhD, Eiichiro Yamamoto, et al. (2019) trong mẫu 404 bệnh nhân thì số lượng bệnh nhân có điểm thấp (0 – 3 điểm), trung bình (4 – 6 điểm) và cao (7 – 9 điểm) lần lượt là 165 (40,8%), 171 (42,3%) và 68 (15,8%) [7]. Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của các tác giả khác đều cho thấy điểm H2FPEF ở nhóm trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất và biến cố tim mạch nhập viện vì suy tim mất bù chiếm tỷ lệ cao nhất.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy các đặc điểm nhân trắc học, tiền căn bệnh lý không có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF ($p > 0,05$). Nghiên cứu của nhóm tác giả Hoàng Văn Kỳ, Nguyễn Thị Lý Minh, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Đỗ Quân, Đoàn Đức Dũng, Nguyễn Lâm Hiếu (2022) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi giữa các nhóm H2FPEF ($p < 0,05$), trong đó nhóm H2FPEF trung bình, cao chiếm tỷ lệ cao nhất $70,3 \pm 10,1$; không có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF ($p > 0,05$) về các đặc điểm nhân trắc như giới, BMI và các tiền sử bệnh như bệnh mạch vành, bệnh đái tháo đường, bệnh rối loạn lipid máu [6]. Kết quả này cũng tương tự của nhóm tác giả Satoru Suzuki, Koichi Kaikita et al. (2020) trong mẫu nghiên cứu gồm 356 bệnh nhân cho thấy có sự khác biệt có

ý nghĩa thống kê về tuổi, tiền căn tăng huyết áp, và rung nhĩ giữa các nhóm H2FPEF, trong đó nhóm H2FPEF (6 – 9 điểm) có tỷ lệ về tuổi (chiếm $79,2 \pm 10,0$) và tỷ lệ rung nhĩ (chiếm 100%) cao hơn các nhóm khác ($p < 0,05$); nhóm H2FPEF (2 – 5 điểm) có tỷ lệ tăng huyết áp (chiếm 82,0%) cao hơn các nhóm khác ($p < 0,05$) [4]. Sự khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi so với các nghiên cứu khác có thể là do quy mô mẫu nhỏ và thời gian theo dõi tương đối ngắn, do đó, chúng tôi không thể loại trừ mối tương quan giữa các yếu tố này ở bệnh nhân HFpEF giữa các nhóm H2FPEF.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy đường kính nhĩ trái trên siêu âm tim có sự khác biệt giữa các nhóm H2FPEF, khi điểm H2FPEF càng cao thì đường kính nhĩ trái càng lớn (lần lượt là $30,15 \pm 3,11$; $32,57 \pm 5,45$ và $37,29 \pm 9,04$ mm, $p < 0,05$). Tương tự như vậy thông số E/e' (tăng dần từ $10,13 \pm 1,83$; $12,39 \pm 2,18$; $13,91 \pm 2,83$) và áp lực động mạch phổi tâm thu PAPS (tăng dần từ $26,62 \pm 2,63$; $30,62 \pm 8,30$; $33,68 \pm 9,56$) có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm H2FPEF ($p < 0,05$). Các thông số đường kính thất trái tâm trương, đường kính thất trái tâm thu, phân suất tổng máu EF không có sự khác biệt giữa các nhóm ($p > 0,05$). Nhóm tác giả Hoàng Văn Kỳ, Nguyễn Thị Lý Minh, Bùi Văn Nhơn, Nguyễn Đỗ Quân, Đoàn Đức Dũng, Nguyễn Lâm Hiếu (2022) nghiên cứu cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chỉ số thể tích nhĩ trái trên siêu âm, chỉ số này càng lớn khi điểm H2FPEF càng cao (lần lượt là 27 (40,3%); 48 (71,6%), $p < 0,001$) [6].

Nghiên cứu của nhóm tác giả Andrea Bonelli, Anna Degiovanni, Daniele Beretta, Marco Metra et al. (2024) cho thấy có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các thông số: đường kính nhĩ trái, E/e' và áp lực động mạch phổi tâm thu PAPS giữa các nhóm H2FPEF theo thứ tự tăng dần (LA: $36,4 \pm 12,4$; $41,0 \pm 12,4$; $p < 0,05$; E/e': $7,1 \pm 2,0$; $10,5 \pm 2,8$; $p < 0,05$; PAPS: $28,4 \pm 5,8$; $32,4 \pm 7,8$; $p < 0,05$). Kết quả nghiên cứu trên không có sự khác biệt về phân suất tổng máu thất trái EF giữa các nhóm H2FPEF ($P > 0,05$) [8].

Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng như nghiên cứu của các tác giả trên đều cho thấy có những chứng cứ khách quan bất thường cấu trúc và/hoặc chức năng tim phù hợp với rối loạn tâm trương thất trái /tăng áp lực đổ đầy thất trái trong chẩn đoán suy tim phân suất tổng máu bảo tồn.

V. KẾT LUẬN

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về các

đặc điểm trên bệnh nhân suy tim phân suất tống máu bảo tồn và thang điểm H2FPEF trong các nhóm nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Groenewegen A, Rutten FH, Mosterd A, et al.** Epidemiology of heart failure. *European Journal of Heart Failure*. 2020; 22(8): 1342 - 1356.
2. **Shah KS, Xu H, Matsouaka RA, et al.** Heart Failure with Preserved, Borderline, and Reduced Ejection Fraction: 5-Year Outcomes. *Journal of the American College of Cardiology*. 2017; 70(20): 2476 - 2486.
3. **Paulus WJ.** H2FPEF Score. *Circulation*. 2018; 138: 871 - 873.
4. **Satoru S, Koichi K.** H2FPEF score for predicting future heart failure in stable outpatients with cardiovascular risk factors. *ESC Heart Fail*. 2020; 7(1): 65 - 74.
5. **Hội Tim mạch quốc gia Việt Nam.** Khuyến cáo của hội Tim mạch quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và điều trị suy tim: Cập nhật 2022. 2022.
6. **Hoàng Văn Kỳ.** Điểm H2FPEF của người bệnh tăng huyết áp kèm khó thở chưa rõ nguyên nhân. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 521(2): 173.
7. **Daisuke S, Eiichiro Y.** H2FPEF Score as a Prognostic Value in HFpEF patients. *American Journal of Hypertension*. 2019; 32(11): 1082 - 1090.
8. **Andrea Bi, Anna D, Daniele B, Marco M, et al.** H2FPEF and HFA-PEFF scores performance and the additional value of cardiac structure and function in patients with atrial fibrillation. *International Journal of Cardiology*. 2024; 413: 132 - 385.

ĐẶC ĐIỂM NỘI SOI, MÔ BỆNH HỌC VÀ KẾT QUẢ CẮT ĐỐT KẾT HỢP VỚI KẸP CLIP QUA NỘI SOI POLYP CÓ CUỐNG Ở ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Thanh Liêm¹, Lê Thị Thúy Loan¹, Huỳnh Văn Lộc¹,
Trần Đặng Đăng Khoa¹, Lương Thị Thúy Loan², Nguyễn Văn Tuấn¹,
Nguyễn Việt Phương¹, Nguyễn Thị Kim Tường¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Cắt đốt polyp có cuống ở đại trực tràng qua nội soi có nguy cơ chảy máu cao hơn so với polyp không cuống. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm nội soi, mô bệnh học và kết quả cắt đốt kết hợp với kẹp clip polyp có cuống ở đại trực tràng qua nội soi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 108 bệnh nhân polyp có cuống ở đại trực tràng. Tất cả bệnh nhân polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi. Lấy polyp làm giải phẫu bệnh. **Kết quả:** Nội soi 108 bệnh nhân có 162 polyp có cuống ở đại trực tràng với kích thước đầu polyp từ 6-19mm. Tỷ lệ polyp tân sinh và polyp không tân sinh tương ứng là 53,4% và 42,6%. Tất cả polyp có cuống ở đại trực tràng được cắt đốt và kẹp clip vào chân cuống polyp thành công. Tất cả bệnh nhân đều không có tai biến, biến chứng trong thủ thuật và trong vòng 30 ngày sau thủ thuật. **Kết luận:** Polyp có cuống ở đại trực tràng có tỷ lệ polyp tân sinh cao. Điều trị polyp có cuống ở đại trực tràng bằng phương pháp cắt đốt kết hợp với kẹp clip qua nội soi đạt hiệu quả cao, không ghi nhận có biến chứng.

Từ khóa: polyp có cuống đại trực tràng, cắt polyp qua nội soi, kẹp clip phòng ngừa.

SUMMARY

THE ENDOSCOPIC, HISTOPATHOLOGICAL FINDINGS, AND RESULTS OF ENDOSCOPIC POLYPECTOMY WITH PROPHYLACTIC CLIPPING OF PEDUNCULATED COLORECTAL POLYPS

Background: Endoscopic polypectomy of pedunculated colorectal polyps carries a higher risk of bleeding compared to non-pedunculated polyps. **Objectives:** This study aims to describe the endoscopic imaging, histopathological findings, and results of endoscopic polypectomy with prophylactic clipping in the management of pedunculated colorectal polyps. **Materials and Methods:** This was a cross-sectional study involving 108 patients with pedunculated colorectal polyps. All patients underwent endoscopic polypectomy with clipping. The excised polyps were sent for histopathological examination. **Results:** A total of 162 pedunculated colorectal polyps were identified in the 108 patients, with polyp head sizes ranging from 6 to 19 mm. The proportion of neoplastic polyps was 53.4%, while non-neoplastic polyps accounted for 42.6%. All pedunculated colorectal polyps were successfully removed via endoscopic polypectomy and clipped. No adverse events or complications were observed either during the procedure or within 30 days following the procedure. **Conclusion:** Pedunculated colorectal polyps have a high rate of neoplastic change. Endoscopic polypectomy combined with prophylactic clipping is an effective and safe treatment option for these polyps, with no significant complications noted in this study. **Keywords:** Pedunculated colorectal polyps, endoscopic polypectomy, prophylactic clip

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Loan

Email: lttloan@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024