

KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM NGƯỜI BỆNH SUY TIM CẤP

Nguyễn Thành Tuyên, Võ Thị Xuân Hoa và Nguyễn Hoàng Minh Phương

Bệnh Viện Tim Mạch An Giang

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị người bệnh suy tim cấp.

Đối tượng và phương pháp: cắt ngang mô tả người bệnh suy tim cấp (suy tim mới phát, đợt cấp mất bù suy tim mạn) nhập viện khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực, Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 11/2011 đến 04/2012.

Kết quả: có 85 người bệnh được vào nghiên cứu. Tuổi trung bình $73,1 \pm 13,0$; nữ chiếm 69,4%, bệnh đi kèm tăng huyết áp (65,9%), hội chứng mạch vành cấp (23,5%). Có 30 ca (35,3%) huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg. Phân suất tổng máu thất trái trung bình $47,8 \pm 13,4\%$, 43 ca (50,6%) $EF \leq 45\%$. Về điều trị: 13 ca (15,3%) dùng inotrope, 16 ca (18,8%) dùng nitroglycerin TM, 60 ca (70,6%) dùng furosemid TM. Kết quả điều trị có 78 ca (91,8%) cải thiện, 7 ca (8,2%) tử vong; thời gian điều trị tại phòng săn sóc đặc biệt trung bình là $2,4 \pm 1,7$ ngày. Thời gian điều trị tại phòng săn sóc đặc biệt ở nhóm người bệnh có dùng inotrop dài hơn nhóm không dùng (4,5 và 2,0 ngày; $p < 0,005$), huyết áp tâm thu lúc vào thấp, dùng inotrope có liên quan nguy cơ tử vong trong viện cao hơn nhóm còn lại.

Kết luận: trong nghiên cứu của chúng tôi, người bệnh suy tim cấp có tuổi cao, nữ chiếm đa số, tỷ lệ dùng inotrope dương là 15,3%. Bước đầu ghi nhận dùng inotrope có liên quan với kéo dài thời gian nằm săn sóc đặc biệt, và tử vong trong viện.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là một trong những hội chứng tim mạch có tỷ lệ mắc phải và tử vong cao. Tại Châu Âu, tần suất suy tim có triệu chứng ước tính khoảng 0,4 – 2,0%[1]. Tại Hoa Kỳ, tần suất suy tim khoảng 10/1000 dân số sau 65 tuổi. Suy tim cấp (acute heart failure :AHF) chiếm 1 triệu người nhập viện mỗi năm, và là nguyên nhân nhập viện hàng đầu với người bệnh > 65 tuổi[2].

Suy tim cấp được định nghĩa là: triệu chứng hay dấu chứng khó thở, mệt hay phù mới khởi phát hay nặng thêm đưa đến nhập viện và liên quan suy giảm chức năng thất trái[3].

Về điều trị suy tim cấp: trong nghiên cứu ADHERE có 9% người bệnh dung inotrope dương (trong đó có 2% huyết áp thấp), đáp ứng với inotrope dương khác nhau giữa người bệnh có chức năng tâm thu thất trái bảo tồn và suy giảm[4, 5]. 88% người bệnh dùng thuốc lợi tiểu tĩnh mạch, và những người bệnh này có thời gian điều trị dài hơn, nằm ICU lâu hơn nhóm còn lại[6].

Nghiên cứu ADHERE ghi nhận các yếu tố tiên đoán tử vong trong viện là BUN lúc vào cao (≥ 43 mg/dL), huyết áp tâm thu lúc vào thấp (< 115 mmHg), creatinin cao ($\geq 2,75$ mg/dL)[7].

Tại Việt Nam, suy tim cấp có đặc điểm gì? Đây là vấn đề còn ít được nghiên cứu. Đó là lý do chúng tôi tiến hành nghiên cứu này, với các mục tiêu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của người bệnh suy tim cấp.
2. Liên quan giữa kết quả điều trị tại bệnh viện với một số đặc điểm lâm sàng và điều trị của người bệnh.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp: cắt ngang mô tả

Đối tượng:

- Người bệnh nhập viện khoa Cấp cứu – Hồi sức tích cực & Chống độc, Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 11/2011 đến 04/2012 được chẩn đoán suy tim cấp.
- Tiêu chuẩn chẩn đoán: suy tim cấp: suy tim mới phát hay đợt cấp mất bù suy tim mạn.
- Tiêu chuẩn loại trừ: (1) kèm bệnh nặng khác ảnh hưởng điều trị, (2) chẩn đoán suy tim cấp chưa rõ, (3) bệnh chuyển viện không đánh giá được kết quả điều trị.

Tiến hành:

- Người bệnh nhập viện trong thời gian nghiên cứu được chẩn đoán suy tim cấp, không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu.
- Hồi cứu hồ sơ ghi nhận vào phiếu thu thập số liệu.

- Xử lý thống kê: phần mềm SPSS 16.0.

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 11/2011 đến tháng 04/2012 có 85 người bệnh suy tim cấp nhập khoa

Cấp cứu – Hồi sức tích cực & Chống độc được đưa vào nghiên cứu.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng		
<i>Đặc điểm</i>		<i>Giá trị</i>
Chung	Giới nam (%)	26 (30,6)
	Tuổi trung bình (TB ± ĐLC)	73,1 ± 13,0
Bệnh đi kèm	Tăng huyết áp lúc vào (%)	56 (65,9)
	Hội chứng mạch vành cấp (%)	20 (23,5)
	Bệnh van tim (%)	9 (10,6)
	Đái tháo đường (%)	28 (32,9)
Huyết áp tâm thu lúc vào	Trung bình (TB ± ĐLC) mmHg	130,6 ± 29,7
	< 115 mmHg (%)	30 (35,3)
	≥ 115 mmHg (%)	55 (64,7)

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng		
<i>Đặc điểm</i>		<i>Giá trị</i>
Phân suất tổng máu thất trái	Trung bình (TB ± ĐLC)	47,8 ± 13,4
	≤ 45% (%)	43 (50,6)
	> 45% (%)	42 (49,4)
NT – proBNP (ng/L)	Trung bình (TB ± ĐLC)	5740,1 ± 3303,5

Bảng 3. Thuốc điều trị	
<i>Thuốc</i>	<i>n (%)</i>
Vận mạch inotrope	13 (15,3)
Nitroglycerine TM	16 (18,8)
Furosemid TM	60 (70,6)
Ức chế men chuyển	44 (51,8)
Ức chế thụ thể angiotensin II	35 (41,2)

Bảng 4. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	n (%)
Cải thiện	78 (91,8)
Tử vong	7 (8,2)

Liên quan huyết áp tâm thu lúc vào, phân suất tổng máu thất trái, dùng inotrope với điều trị.

Bảng 5. Thời gian nằm ICU trung bình

Đặc điểm	Thời gian nằm ICU (ngày)		P
	Có	Không	
Huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg	2,9 ± 2,2	2,1 ± 1,2	.072
Phân suất tổng máu thất trái < 45%	2,5 ± 1,4	2,3 ± 1,9	.682
Dùng inotrope dương	4,5 ± 2,5	2,0 ± 1,2	.004
Furosemid TM	2,6 ± 1,7	1,9 ± 1,4	.079

Nhóm người bệnh có dùng inotrope có thời gian nằm ICU dài hơn nhóm không dùng có ý nghĩa thống kê (4,5 so với 2,0 ngày, $p < 0,05$).

Huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg có thời gian nằm ICU dài hơn (2,9 so với 2,1 ngày) nhưng không có ý nghĩa thống kê.

Bảng 6. Kết quả điều trị

Đặc điểm	Kết quả điều trị n(%)		P
	Cải thiện	Tử vong (nặng)	
Huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg	24(30,7)	6(85,7)	.019
Phân suất tổng máu thất trái < 45%	39(50,0)	4(57,1)	.718
Dùng inotrope dương	7(8,9)	6(85,7)	.000
Furosemid TM	55(70,5)	5(71,4)	.959

Huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg liên quan tỷ lệ tử vong (nặng) cao hơn nhóm không có ý nghĩa thống kê (85,7% so với 30,7%) với OR = 2,6 , KTC 95% 0,4 – 4,7, $p < 0,05$.

Người bệnh dùng inotrope dương có liên quan tỷ lệ tử vong cao hơn nhóm không dùng có ý nghĩa thống kê (85,7% so với 8,9%) với OR = 4,1, KTC 95% 1,8 – 6,3, $p < 0,05$.

BÀN LUẬN

Đặc điểm lâm sàng

Nghiên cứu của chúng tôi có nam chiếm 30,6% tuổi trung bình là 73. Nghiên cứu ADHERE, tuổi trung bình 72,5, nam chiếm 48%[8], nghiên cứu Thai ADHERE ghi nhận tuổi trung bình là 64, nam chiếm 49,6%[9]. Như vậy, tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương nghiên cứu ADHERE, cao hơn nghiên cứu Thai ADHERE nhưng có tỷ lệ nam ít hơn.

Tỷ lệ người bệnh tăng huyết áp trong nghiên cứu của chúng tôi là 65,9%, tương đương nghiên cứu Thai ADHERE (64,8%)[9], thấp hơn nghiên cứu ADHERE (73%)[8].

Chúng tôi ghi nhận có 35,3% người bệnh có huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg cao hơn nghiên cứu ADHERE có tỷ lệ này là 18,2%[7].

Đặc điểm cận lâm sàng

Tỷ lệ người bệnh có phân suất tổng máu giảm là 50,6%. Nghiên cứu Thai ADHERE, ADHERE sử dụng tiêu chuẩn LVEF < 40% ghi nhận tỷ lệ người bệnh có giảm LVEF là 43,6% và 46%[8, 9]. Nghiên cứu EHFS sử dụng tiêu chuẩn LVEF < 45% ghi nhận tỷ lệ này là 65,7%[10].

Đặc điểm điều trị

Chúng tôi ghi nhận tỷ lệ điều trị bằng inotrope dương là 15,3%. Tỷ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu Thai ADHERE (dopamine: 15%, dobutamine 22,8%)[9], cao hơn so với nghiên cứu ADHERE (9%)[8].

Tỷ lệ tử vong (nặng xin về) trong nghiên cứu của chúng tôi là 8,2%, cao hơn so với nghiên cứu ADHERE là 4,0%[8], nghiên cứu Thai ADHERE 5,4%[9].

Thời gian nằm ICU trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,4 ngày so với nghiên cứu ADHERE là 3,7 ngày[8].

Liên quan huyết áp tâm thu lúc vào, phân suất tổng máu thất trái, dùng inotrope với kết quả điều trị.

Chúng tôi ghi nhận huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg có liên quan với tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện có ý nghĩa thống kê, liên quan với thời gian nằm ICU dài hơn không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu Thai ADHERE ghi nhận huyết áp tâm thu < 90 mmHg có ý nghĩa tiên lượng (với OR 3,45, $p < 0,0001$)[9]. Trong nghiên cứu ADHERE khi phân tích đơn biến huyết áp tâm thu ≤ 125 mmHg có ý nghĩa tiên lượng tử vong trong viện (OR 2,58, KTC 95% 2,33 – 2,86)[11], khi phân tích hồi qui logistic sau $BUN < 43$ mg/dL, huyết áp tâm thu < 115 mmHg là yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong trong viện[7].

Chúng tôi không ghi nhận liên quan tử vong trong viện với phân suất tổng máu thất trái, tương tự với nghiên cứu ADHERE[11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, dùng inotrope dương có liên quan thời gian nằm ICU kéo dài, tử vong trong viện. Từ nghiên cứu ADHERE, Adams phân tích trên những người bệnh có phân suất tổng máu bảo tồn ghi nhận dùng inotrope dương có liên quan thời gian nằm viện dài hơn (12,9 so với 9,6 ngày, $p < 0,0001$), tử vong cao hơn (19 so với 14%, $p < 0,0002$)[5].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 85 người bệnh suy tim cấp nhập viện Bệnh viện Tim mạch An Giang, chúng tôi ghi nhận:

- Tuổi trung bình là $73,1 \pm 13,0$; nữ chiếm 68,4%. Tăng huyết áp đi kèm chiếm đa số 65,9%. 35,3% huyết áp tâm thu lúc vào < 115 mmHg.
- Có 15,3% người bệnh được điều trị inotrope dương.
- Kết quả điều trị có 78 ca (91,8%) cải thiện, 7 ca (8,2%) tử vong; thời gian điều trị tại phòng sản sóc đặc biệt trung bình là $2,4 \pm 1,7$ ngày.
- Thời gian điều trị tại phòng sản sóc đặc biệt ở nhóm người bệnh có dùng inotrope dài hơn nhóm không dùng (4,5 và 2,0 ngày; $p < 0,005$), huyết áp tâm thu lúc vào thấp, dùng inotrope có liên quan nguy cơ tử vong trong viện cao hơn nhóm còn lại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Cowie, M.R., et al., The epidemiology of heart failure. *Eur Heart J*, 1997. **18**: p. 208-25.
2. Fonarow, G.C., 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**: p. S21-30.
3. Felker, G.M., et al., The problem of decompensated heart failure: nomenclature, classification, and risk stratification. *Am Heart J*, 2003. **145** (2 Suppl): p. S18-25.
4. Fonarow, G.C., The treatment targets in acute decompensated heart failure. *Rev Cardiovasc Med*, 2001. **2 Suppl 2**: p. S7-S12.
5. Adams, K.F., et al., Inotrope use and negative outcomes in treatment of acute heart failure in patients with preserved systolic function: data from the ADHERE database. *Circulation*, 2003. **108**(Suppl. IV): p. 695.
6. Emerman, C., et al., Impact of intravenous diuretics on the outcomes of patients hospitalized with acute decompensated heart failure: insight from the ADHERE registry, in 8th Annual Scientific Meeting of the Heart Failure Society of America. 2004: Toronto, Canada.
7. Fonarow, G., et al., Risk stratification for in-hospital mortality in acute decompensated heart failure: classification and regression tree analysis. *JAMA*, 2005. **293**: p. 572-580.
8. Adams, K.F., Jr., 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): p. 209-16.
9. Laothavorn, P., et al., Thai Acute Decompensated Heart Failure Registry (Thai ADHERE). *CVD Prevention and Control*, 2010. **5**: p. 89-95.
10. Komajda, M., et al., Study group on diagnosis of the working group on heart failure of The European Society of Cardiology. The Euro Heart failure survey programme a survey on the quality of care among patients with heart failure in Europe. Part 2: treatment. *Eur Heart J*, 2003. **24**: p. 442-63.
11. Yancy, C.W., et al., Clinical presentation, management, and in-hospital outcomes of patients admitted with acute decompensated heart failure with preserved systolic function: a report from the Acute Decompensated Heart Failure National Registry (ADHERE) Database. *J Am Coll Cardiol*, 2006. **47**(1): p. 76-84.