ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;29(12):144-150
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.18

Đặc điểm suy tim kèm rung nhĩ tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Trần Nguyễn Minh Lộc[1,*], Bùi Thế Dũng[2], Vũ Hoàng Vũ[1,2], Trương Quang Bình[1,2]

[1]Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Suy tim và rung nhĩ thường đồng mắc và làm xấu tiên lượng lẫn nhau. Trong những năm gần đây, đặc điểm và cách phân loại suy tim đã có nhiều thay đổi, đồng thời các phương tiện theo dõi nhịp ngày càng được mở rộng, nâng cao khả năng phát hiện rung nhĩ. Những thay đổi này đặt ra nhu cầu cập nhật đặc điểm của bệnh nhân suy tim kèm rung nhĩ trong thực hành hiện nay tại Việt Nam.

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim kèm rung nhĩ được chẩn đoán suy tim cấp trong thời gian nằm viện.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Phân tích mô tả cắt ngang trên 112 bệnh nhân suy tim kèm rung nhĩ được chẩn đoán suy tim cấp trong thời gian nằm viện tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM). Các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổng điểm CHA_2DS_2-VA và HAS-BLED; từng thành phần của thang điểm CHA_2DS_2-VA cũng được ghi nhận.

Kết quả: Tuổi trung bình 74,7 ± 14,3; nữ 59,8%. HFpEF là kiểu hình chiếm tỷ lệ cao nhất 57,1%, tiếp theo là HFrEF 26,8% và HFmrEF 16,1%. CHA_2DS_2-VA 4,7 ± 1,6 (94,6% ≥ 2 điểm); HAS-BLED 2,1 ± 1,1 (34,8% ≥ 3 điểm). Bệnh đồng mắc thường gặp: tăng huyết áp 78,6%, bệnh mạch vành 69,6%, thiếu máu 59,8%, đái tháo đường 53,6%, bệnh thận mạn 50,9%, thiếu máu 59,8%. Nguyên nhân gây suy tim thường gặp nhất là bệnh tim thiếu máu cục bộ (55,4%); yếu tố thúc đẩy suy tim cấp hàng đầu là nhiễm trùng (47,3%).

Kết luận: Bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ chủ yếu là người lớn tuổi, nữ chiếm ưu thế và thường thuộc kiểu hình HFpEF. Phần lớn bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc cao, trong khi một phần ba có HAS-BLED ≥ 3, cho thấy sự cần thiết của việc phối hợp giữa đánh giá chỉ định kháng đông với nhận diện và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ xuất huyết có thể thay đổi được.

Từ khóa: suy tim; rung nhĩ; bệnh tim thiếu máu cục bộ; nhiễm trùng

Abstract

CHARACTERISTICS OF HEART FAILURE WITH ATRIAL FIBRILLATION AT UNIVERSITY MEDICAL CENTER HO CHI MINH CITY

Tran Nguyen Minh Loc, Bui The Dung, Vu Hoang Vu, Truong Quang Binh

Ngày nhận bài: 29-06-2026 / Ngày chấp nhận đăng bài: 10-10-2026 / Ngày đăng bài: 16-10-2026
*Tác giả liên hệ: Trần Nguyễn Minh Lộc. Trường Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: tnmloc.nt.noi23@ump.edu.vn
© 2026 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Background: Heart failure (HF) and atrial fibrillation (AF) frequently coexist and worsen each other's prognosis. In recent years, the characteristics and classification of HF have evolved, while rhythm-monitoring modalities have expanded, improving AF detection. These changes highlight the need to update the clinical characteristics of hospitalized patients with concomitant HF and AF in contemporary practice in Vietnam.

Objectives: To describe the clinical, laboratory, and echocardiographic characteristics of patients with HF and AF who were diagnosed with acute heart failure during hospitalization.

Methods: A cross-sectional descriptive analysis was conducted in 112 patients with HF and AF who were diagnosed with acute HF during hospitalization at University Medical Center Ho Chi Minh City. Clinical, laboratory, and echocardiographic characteristics; total CHA_2DS_2-VA and HAS-BLED scores; and individual components of the CHA_2DS_2-VA score were recorded.

Results: Mean age was 74.7 ± 14.3 years; 59.8% were female. The most common phenotype was HFpEF 57.1%, followed by HFrEF 26.8% and HFmrEF 16.1%. Mean CHA_2DS_2-VA was 4.7 ± 1.6 (94.6% ≥ 2); mean HAS-BLED was 2.1 ± 1.1 (34.8% ≥ 3). Common comorbidities were hypertension (78.6%), coronary artery disease (69.6%), anemia (59.8%), diabetes (53.6%) and chronic kidney disease (50.9%) and anaemia (59.8%). The most common cause of HF was ischemic heart disease (55.4%), while infection was the leading precipitating factor for acute heart failure (47.3%).

Conclusions: Patients with acute HF and AF were predominantly older, female, and characterized by the HFpEF phenotype. Most patients had a high thromboembolic risk, while approximately one-third had a HAS-BLED score ≥ 3, underscoring the need to assess indications for anticoagulation alongside the identification and modification of modifiable bleeding risk factors.

Keywords: heart failure; atrial fibrillation; ischemic heart disease; infection

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở bệnh nhân suy tim cấp, rung nhĩ là bệnh đồng mắc thường gặp và làm phức tạp việc đánh giá cũng như điều trị. Hai bệnh có mối liên hệ hai chiều: rung nhĩ có thể thúc đẩy mất bù thông qua tần số thất nhanh, nhịp thất không đều và mất co bóp nhĩ; ngược lại, tăng áp lực đổ đầy và giãn nhĩ trong suy tim tạo cơ chất duy trì rung nhĩ. Rung nhĩ hiện diện ở khoảng 30–40% bệnh nhân suy tim và thường gặp hơn ở nhóm phân suất tống máu bảo tồn [1]. Sự đồng mắc này liên quan với tăng tử vong và nhập viện vì suy tim [1,2].

Bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ có thể khác nhau về tuổi, bệnh đồng mắc, loại rung nhĩ, tần số tim và mức độ suy tim; đồng thời cũng có sự khác biệt về các đặc điểm cận lâm sàng và siêu âm tim [2]. Việc đánh giá tổng hợp các đặc điểm này giúp nhận diện kiểu hình bệnh, đánh giá mức độ nặng và xác định những vấn đề có thể ảnh hưởng đến quyết định điều trị [3,4]. Trong những năm gần đây, các hướng dẫn điều trị đã có sự thay đổi về phân loại suy tim và cách tiếp cận rung nhĩ [3,4]. Vì vậy, việc mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ trong thực hành hiện nay tại Việt Nam là cần thiết.

Bên cạnh đó, đánh giá nguy cơ thuyên tắc và xuất huyết có vai trò quan trọng trong điều trị kháng đông ở bệnh nhân rung nhĩ. Đánh giá tổng điểm CHA_2DS_2-VA và HAS-BLED, đồng thời phân tích từng thành phần của CHA_2DS_2-VA, giúp mô tả rõ hơn nguy cơ thuyên tắc và xuất huyết của dân số nghiên cứu [4]. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm: (1) mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh (TP.HCM); và (2) mô tả tổng điểm CHA_2DS_2-VA và HAS-BLED, cùng tỷ lệ phân bố theo từng thành phần của CHA_2DS_2-VA.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân có rung nhĩ, được chẩn đoán suy tim cấp nằm viện tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM. Nghiên cứu được thực hiện từ tháng 12/2025 đến tháng 08/2026.

2.1.1. Tiêu chuẩn chọn

Tuổi ≥ 18.

Thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán suy tim theo Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị suy tim cấp và mạn ESC 2021 [3].

Có rung nhĩ ghi nhận trên ít nhất một điện tâm đồ 12 chuyển đạo hoặc Holter điện tâm đồ trong thời gian nằm viện.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nặng xin về.
- Định hướng chăm sóc giảm nhẹ.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án thiếu các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu phân tích mô tả cắt ngang từ dữ liệu của một đoàn hệ quan sát thu thập số liệu hồi cứu và tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu

Cỡ mẫu được tính theo công thức ước lượng một tỷ lệ:

$$n = \frac{Z^2_{1-\frac{\alpha}{2}}\, p(1-p)}{d^2}$$

Trong đó,

n là cỡ mẫu tối thiểu, p = 0,50, α = 0,05 và sai số tuyệt đối d = 0,10. Cỡ mẫu tính được là 97 bệnh nhân.

Kỹ thuật chọn mẫu: Chọn theo thuận tiện, trong thời gian nghiên cứu có 112 bệnh nhân đáp ứng tiêu chuẩn chọn vào và không thuộc tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào phân tích.

2.2.3. Phương pháp thực hiện

Đối với phần tiến cứu, bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ được mời tham gia nghiên cứu; sau khi ký phiếu đồng thuận, thông tin về bệnh sử, tiền sử, lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập qua hỏi bệnh, thăm khám và hồ sơ bệnh án.

Đối với phần hồi cứu, bệnh nhân được xác định từ cơ sở dữ liệu có sẵn của bệnh viện và thông tin được thu thập từ hồ sơ bệnh án; sự đồng ý tham gia của bệnh nhân hoặc thân nhân được ghi nhận bằng lời qua điện thoại.

Dữ liệu được ghi nhận theo mẫu thu thập số liệu thống nhất. Siêu âm tim qua thành ngực được thực hiện bởi bác sĩ tim mạch có chứng chỉ và ít nhất 5 năm kinh nghiệm, theo khuyến cáo ASE/EACVI; LVEF đo bằng phương pháp Simpson, PAPs ước tính từ vận tốc dòng hở van ba lá. Nếu có nhiều lần siêu âm, sử dụng kết quả gần thời điểm xuất viện nhất.

2.2.4. Biến số nghiên cứu

Kiểu hình suy tim theo LVEF (HFrEF ≤ 40%, HFmrEF 41–49%, HFpEF ≥ 50%) [3]. Rung nhĩ được phân loại thành kịch phát (tự chấm dứt hoặc được chuyển nhịp trong vòng ≤ 7 ngày), dai dẳng (kéo dài liên tục > 7 ngày) và vĩnh viễn (không tiếp tục các nỗ lực khôi phục hoặc duy trì nhịp xoang) [4]. Nguyên nhân suy tim và yếu tố thúc đẩy suy tim cấp được xác định theo đánh giá của bác sĩ điều trị ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Nguy cơ thuyên tắc được đánh giá bằng CHA_2DS_2-VA theo ESC 2024 [4]. Điểm HAS-BLED được ghi nhận để mô tả nguy cơ xuất huyết. Tổng điểm của hai thang điểm và từng thành phần của CHA_2DS_2-VA được ghi nhận. eGFR được ước tính theo công thức CKD-EPI 2021.

Bệnh thận mạn được xác định khi eGFR < 60 mL/phút/1,73 m² hoặc có ít nhất một dấu hiệu tổn thương thận (albumin niệu, bất thường cặn lắng nước tiểu hoặc tiểu máu kéo dài, rối loạn ống thận, bất thường mô học/hình ảnh học hoặc tiền sử ghép thận) tồn tại ≥ 3 tháng [5].

Thiếu máu được xác định khi hemoglobin lúc nhập viện < 130 g/L ở nam hoặc < 120 g/L ở nữ, hoặc có truyền hồng cầu trong thời gian nằm viện.

Các chỉ số huyết học, sinh hóa và viêm được lấy tại thời điểm nhập viện.

2.2.5. Xử lý và phân tích dữ liệu

Dữ liệu được quản lý bằng Microsoft Excel 365 và phân tích bằng phần mềm Stata 17. Biến định lượng được kiểm tra phân phối bằng Shapiro–Wilk: biến phân phối chuẩn trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn, biến phân phối lệch trình bày theo trung vị và khoảng tứ phân vị; biến định tính trình bày dưới dạng tần số (%). Phân tích mang tính mô tả.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng

Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 74,7 ± 14,3 tuổi; 80,4% bệnh nhân ≥ 65 tuổi, 52,7% ≥ 75 tuổi và nữ giới chiếm

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.18

59,8%. Phần lớn bệnh nhân thuộc NYHA III–IV (80,4%). Ba thể rung nhĩ phân bố tương đối đồng đều, gồm rung nhĩ kịch phát 33,9%, dai dẳng 35,7% và vĩnh viễn 30,4%. HFpEF chiếm tỷ lệ cao nhất 57,1%, tiếp theo là HFrEF 26,8% và HFmrEF 16,1%. Điểm CHA_2DS_2-VA trung bình là 4,7 ± 1,6, với 94,6% bệnh nhân có điểm ≥ 2; điểm HAS-BLED trung bình là 2,1 ± 1,1, với 34,8% có điểm ≥ 3 (Bảng 1).

Bảng 1. Đặc điểm nhân khẩu học và lâm sàng (n = 112)

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	74,7 ± 14,3
Tuổi ≥ 65 / ≥ 75, n (%)	90 (80,4) / 59 (52,7)
Giới nữ, n (%)	67 (59,8)
BMI (kg/m²), TB ± ĐLC	22,6 ± 3,7
Thời gian nằm viện (ngày), TV (KTPV)	10 (7–17)
NYHA II / III / IV, n (%)	22 (19,6) / 86 (76,8) / 4 (3,6)
Rung nhĩ kịch phát / dai dẳng / vĩnh viễn, n (%)	38 (33,9) / 40 (35,7) / 34 (30,4)
HFpEF / HFmrEF / HFrEF, n (%)	64 (57,1) / 18 (16,1) / 30 (26,8)
CHA_2DS_2-VA, TB ± ĐLC (≥ 2 điểm)	4,7 ± 1,6 (94,6%)
HAS-BLED, TB ± ĐLC (≥ 3 điểm)	2,1 ± 1,1 (34,8%)
Tần số tim trung bình lúc nhập viện (lần/phút)	95,3 ± 26,2

TB ± ĐLC: trung bình ± độ lệch chuẩn; TV (KTPV): trung vị (khoảng tứ phân vị)

3.2. Nguyên nhân suy tim và yếu tố thúc đẩy suy tim cấp

Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân suy tim thường gặp nhất, ghi nhận ở 62 bệnh nhân (55,4%), tiếp theo là bệnh van tim với 22 bệnh nhân (19,6%). Tăng huyết áp chiếm 8,0%. Bệnh cơ tim giãn, bệnh cơ tim do nhịp nhanh và các bệnh cơ tim khác có cùng tỷ lệ 6,2%. Nhóm bệnh tim phải, tăng áp động mạch phổi hoặc tim bẩm sinh ít gặp nhất, chiếm 4,5% (Bảng 2).

Bảng 2. Nguyên nhân suy tim (n = 112)*

Nguyên nhân suy tim	n	%
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	62	55,4
Bệnh van tim	22	19,6
Tăng huyết áp	9	8,0
Bệnh cơ tim giãn	7	6,2
Bệnh cơ tim do nhịp nhanh	7	6,2
Bệnh cơ tim khác	7	6,2
Bệnh tim phải/tăng áp động mạch phổi/bệnh tim bẩm sinh	5	4,5

* Một bệnh nhân có thể suy tim do nhiều nguyên nhân phối hợp nên tổng tỷ lệ vượt 100%

Nhiễm trùng là yếu tố thúc đẩy suy tim cấp thường gặp nhất, ghi nhận ở 53 bệnh nhân (47,3%), tiếp theo là quá tải dịch với 31 bệnh nhân (27,7%) và không tuân thủ điều trị hoặc ăn mặn với 18 bệnh nhân (16,1%). Các yếu tố ít gặp hơn gồm rối loạn nhịp nhanh (9,8%), cơn tăng huyết áp (7,1%), chưa điều trị tối ưu (6,2%) và tổn thương thận cấp (5,4%) (Bảng 3).

Bảng 3. Yếu tố thúc đẩy suy tim cấp (n = 112)*

Yếu tố thúc đẩy	n	%
Nhiễm trùng	53	47,3
Quá tải dịch	31	27,7
Không tuân thủ điều trị, ăn mặn	18	16,1
Rối loạn nhịp nhanh	11	9,8
Cơn tăng huyết áp	8	7,1
Chưa điều trị tối ưu	7	6,2
Tổn thương thận cấp	6	5,4

* Một bệnh nhân có thể có nhiều yếu tố thúc đẩy suy tim cấp nên tổng tỷ lệ vượt 100%

3.3. Đặc điểm bệnh đồng mắc

Bảng 4. Đặc điểm bệnh đồng mắc (n = 112)

Bệnh đồng mắc	n (%)	Bệnh đồng mắc	n (%)
Tăng huyết áp	88 (78,6)	Bệnh thận mạn	57 (50,9)
Bệnh mạch vành	78 (69,6)	Lọc máu định kỳ	10 (8,9)
Đái tháo đường	60 (53,6)	Bệnh phổi mạn	34 (30,4)
Rối loạn lipid máu	44 (39,3)	Thiếu máu	67 (59,8)
Đột quỵ não	18 (16,1)	Cường giáp/suy giáp	9 (8,0)

Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc thường gặp nhất (78,6%), tiếp theo là bệnh mạch vành (69,6%), thiếu máu (59,8%), đái tháo đường (53,6%) và bệnh thận mạn (50,9%). Rối loạn lipid máu và bệnh phổi mạn lần lượt chiếm 39,3% và 30,4%. Tiền sử đột quỵ não được ghi nhận ở 16,1% bệnh nhân; 8,9% bệnh nhân đang lọc máu định kỳ (Bảng 4).

3.4. Siêu âm tim và cận lâm sàng

LVEF trung bình là 51,0 ± 15,7% và LVEDD trung bình là 50,7 ± 8,3 mm. Đường kính nhĩ trái trung bình là 43,2 ± 8,9 mm; LAVI trung bình ở 69 bệnh nhân có dữ liệu là 60,6 ± 28,5 mL/m². PAPs trung bình ở 103 bệnh nhân có dữ liệu là 48,0 ± 16,9 mmHg. Hở van hai lá nặng và hở van ba lá nặng lần lượt được ghi nhận ở 17,9% và 21,4% bệnh nhân. NT-proBNP lúc nhập viện có trung vị 5701 ng/L (2644–11488); eGFR trung bình là 49,5 ± 26,5 mL/phút/1,73 m² và hemoglobin trung bình là 117,3 ± 23,3 g/L. CRP có trung vị 18 mg/L (7–33) ở 73 bệnh nhân được xét nghiệm (Bảng 5).

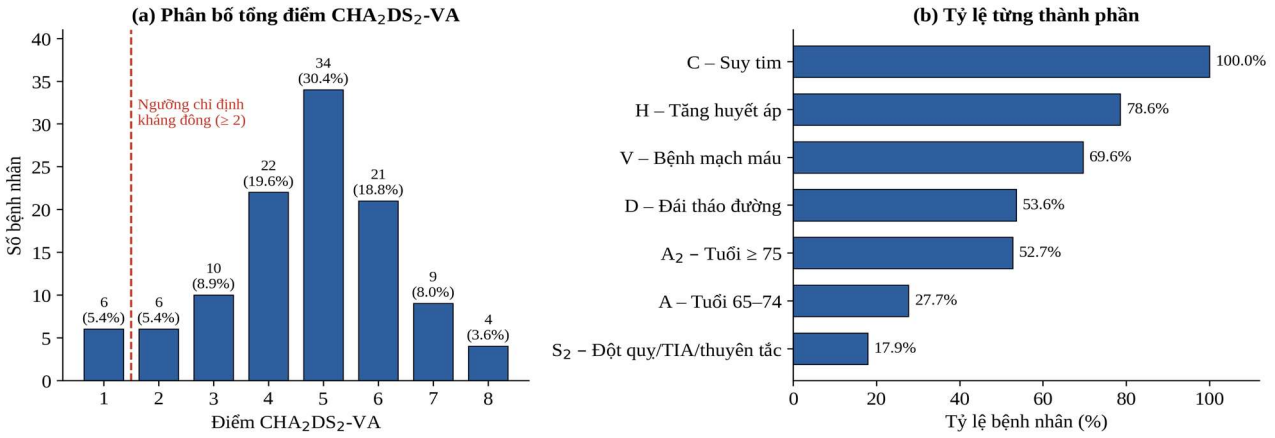
3.5. Các giá trị thành phần của thang điểm CHA_2DS_2-VA

CHA_2DS_2-VA trung bình là 4,7 ± 1,6, với 94,6% bệnh nhân có điểm ≥ 2. Điểm tập trung quanh 4–6 điểm (68,8%), trong đó 5 điểm thường gặp nhất (30,4%), tiếp theo là 4 điểm (19,6%) và 6 điểm (18,8%). Trong các thành phần của thang điểm, suy tim hiện diện ở 100% bệnh nhân, tăng huyết áp 78,6%, bệnh mạch máu 69,6%, đái tháo đường 53,6%, tuổi ≥ 75 chiếm 52,7%, tuổi 65–74 chiếm 27,7% và tiền sử đột quỵ/TIA/thuyên tắc chiếm 17,9% (Hình 1).

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm tim và cận lâm sàng trong thời gian nằm viện

Siêu âm tim	n	Giá trị	Cận lâm sàng	n	Giá trị
LVEF (%)	112	51,0 ± 15,7	NT-proBNP (ng/L), TV	112	5701 (2644–11488)
LVEDD (mm)	112	50,7 ± 8,3	eGFR (mL/ph/1,73m²)	112	49,5 ± 26,5
Đường kính nhĩ trái (mm)	112	43,2 ± 8,9	Creatinine (mg/dL)	112	1,9 ± 1,6
LAVI (mL/m²)	69	60,6 ± 28,5	Na^+ (mmol/L)	112	135,9 ± 5,7
PAPs (mmHg)	103	48,0 ± 16,9	Hemoglobin (g/L)	112	117,3 ± 23,3
Hở van hai lá nặng, n (%)	112	20 (17,9)	Bạch cầu (G/L), TV	112	9 (7–12)
Hở van ba lá nặng, n (%)	112	24 (21,4)	Tiểu cầu (G/L)	112	222,3 ± 83,2
Hẹp van hai lá TB–nặng, n (%)	112	3 (2,7)	CRP (mg/L), TV	73	18 (7–33)

TV: trung vị (KTPV). Siêu âm tim đo một thời điểm trong thời gian nằm viện; các xét nghiệm được lấy lúc nhập viện



Hình 1. Phân bố tổng điểm và tỷ lệ từng thành phần CHA_2DS_2-VA (n = 112)

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu mô tả 112 bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ điều trị nội trú tại bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM với ba đặc điểm nổi bật: lớn tuổi, nữ ưu thế và đa số HFpEF, nhất quán với y văn về tỷ lệ rung nhĩ cao và liên hệ chặt với HFpEF/HFmrEF trong mối quan hệ hai chiều [1,2]; kích thước nhĩ trái giãn lớn (LAVI 60,6 mL/m²) củng cố hiện tượng tái cấu trúc tâm nhĩ trong cơ chế bệnh sinh của rung nhĩ. Tuy vậy, chẩn đoán HFpEF trong rung nhĩ khó khăn hơn vì bản thân rung nhĩ cũng làm tăng NT-proBNP, nên trung vị NT-proBNP cao (5701 ng/L) cần được diễn giải cẩn thận [2].

So với suy tim cấp chung tại bệnh viện Chợ Rẫy (tuổi trung

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.18

bình 71, nam ưu thế, LVEF 42,7%, rung nhĩ 16,3%) [6], dân số của chúng tôi lớn tuổi hơn, nữ ưu thế và LVEF cao hơn; điều này phù hợp do dân số nghiên cứu được chọn lọc là bệnh nhân rung nhĩ. Bệnh tim thiếu máu cục bộ vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây suy tim trong cả hai nghiên cứu (55,4% so với 57,7%) [6]. Điểm CHA_2DS_2-VA trung bình 4,7 và tỷ lệ bệnh nhân có điểm ≥ 2 là 94,6% trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với kết quả của Châu Ngọc Hoa và Nguyễn Thanh Thảo tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, với điểm CHA_2DS_2-VASc trung bình 4,16 và 95,3% bệnh nhân có điểm ≥ 2 [7]. Tuy nhiên, việc so sánh trực tiếp còn hạn chế vì hai nghiên cứu sử dụng hai thang điểm khác nhau; CHA_2DS_2-VASc tính thêm yếu tố giới nữ, trong khi CHA_2DS_2-VA đã loại bỏ thành phần này [4]. Đồng thời, nghiên cứu trên cũng ghi nhận ưu thế của phân suất tống máu bảo tồn và tình trạng giãn nhĩ trái, qua đó củng cố mối liên quan giữa rung nhĩ và kiểu hình HFpEF.

Phân tích từng thành phần cho thấy nguy cơ thuyên tắc cao của dân số mang tính hệ thống, với sự hiện diện đồng thời của nhiều yếu tố khác nhau: suy tim, tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh mạch vành, lớn tuổi. Với 94,6% bệnh nhân đạt ngưỡng ≥ 2 điểm, gần như toàn bộ dân số có chỉ định kháng đông đường uống theo khuyến cáo ESC 2024 [4]. Đáng chú ý, tiền sử đột quỵ/TIA/thuyên tắc hiện diện ở 17,9% dân số, càng nhấn mạnh tầm quan trọng của liệu pháp kháng đông ở những bệnh nhân này.

Trong bối cảnh nguy cơ thuyên tắc cao, nguy cơ xuất huyết cũng cần được đánh giá song song; điểm HAS-BLED trung bình trong nghiên cứu là 2,1 ± 1,1, với 34,8% bệnh nhân có điểm ≥ 3. Theo khuyến cáo hiện hành, điểm HAS-BLED cao không nên được sử dụng đơn độc để từ chối hoặc ngừng điều trị kháng đông, mà nên được dùng để nhận diện các yếu tố nguy cơ xuất huyết có thể điều chỉnh và xác định những bệnh nhân cần được theo dõi chặt chẽ hơn [4].

Gánh nặng bệnh đồng mắc cao phản ánh tính phức tạp của dân số; việc nhận diện và điều trị thiếu máu, bệnh thận mạn, đái tháo đường là một phần thiết yếu của điều trị, bên cạnh kiểm soát đồng thời gánh nặng rung nhĩ vốn có giá trị tiên lượng ở nhóm suy tim với phân suất tống máu giảm [8]. Nhiễm trùng là yếu tố thúc đẩy suy tim cấp thường gặp nhất, phù hợp với y văn [9]. Điều này nhấn mạnh vai trò của việc tìm kiếm và kiểm soát sớm ổ nhiễm trùng song song với điều trị sung huyết.

Hạn chế của nghiên cứu

Đây là phân tích mô tả cắt ngang, đơn trung tâm, sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện với cỡ mẫu 112 bệnh nhân và không có nhóm suy tim không kèm rung nhĩ để so sánh; do đó, chưa thể xác định những đặc điểm riêng biệt liên quan đến rung nhĩ. LAVI thiếu dữ liệu ở 38% bệnh nhân, làm hạn chế khả năng đại diện của kết quả này. Ngoài ra, ở bệnh nhân rung nhĩ, sự thay đổi khoảng RR gây biến thiên giữa các nhịp; vì vậy, việc đo thể tích nhĩ trái cần được lấy trung bình qua nhiều nhịp để tăng độ ổn định [10]. Sai số đo lường LAVI do nhịp tim không đều vì thế chưa thể được loại trừ hoàn toàn. NT-proBNP cũng có thể chịu ảnh hưởng của rung nhĩ và suy giảm chức năng thận, làm hạn chế khả năng diễn giải riêng biệt chỉ số này. Do thiết kế cắt ngang, nghiên cứu không cho phép đánh giá quan hệ nhân quả; khả năng khái quát hóa kết quả cần được khảo sát thêm trong các nghiên cứu đa trung tâm có cỡ mẫu lớn hơn.

5. KẾT LUẬN

Bệnh nhân suy tim cấp kèm rung nhĩ điều trị nội trú là nhóm lớn tuổi, nữ giới chiếm ưu thế, chủ yếu thuộc kiểu hình HFpEF và có nhiều bệnh đồng mắc. Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân suy tim thường gặp nhất, trong khi nhiễm trùng là yếu tố thúc đẩy suy tim cấp hàng đầu. Phần lớn bệnh nhân có nguy cơ thuyên tắc cao, với điểm CHA_2DS_2-VA trung bình 4,7 và 94,6% có điểm ≥ 2; đồng thời, 34,8% có điểm HAS-BLED ≥ 3. Kết quả nhấn mạnh sự cần thiết của việc đánh giá chỉ định kháng đông dựa trên nguy cơ thuyên tắc, song song với nhận diện và điều chỉnh các yếu tố nguy cơ xuất huyết có thể thay đổi được.

Lời cảm ơn

Tôi xin chân thành cảm ơn quý Thầy/Cô, đặc biệt là giảng viên hướng dẫn, đã tận tình hướng dẫn và hỗ trợ tôi trong quá trình thực hiện bài báo này. Tôi cũng xin gửi lời cảm ơn đến các nhân viên của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM đã tạo điều kiện thuận lợi trong quá trình thu thập, hoàn thiện số liệu nghiên cứu. Đồng thời, tôi xin trân trọng cảm ơn các bệnh nhân có dữ liệu được sử dụng trong nghiên cứu, góp phần giúp bài báo được hoàn thành.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Trần Nguyễn Minh Lộc
https://orcid.org/0009-0002-0039-8621
Bùi Thế Dũng
https://orcid.org/0009-0008-9242-3110
Vũ Hoàng Vũ
https://orcid.org/0000-0001-5482-859X
Trương Quang Bình
https://orcid.org/0000-0003-4973-6919

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Trần Nguyễn Minh Lộc
Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Trần Nguyễn Minh Lộc, Bùi Thế Dũng
Thu thập dữ liệu: Trần Nguyễn Minh Lộc
Giám sát nghiên cứu: Bùi Thế Dũng, Trương Quang Bình
Nhập dữ liệu: Trần Nguyễn Minh Lộc
Quản lý dữ liệu: Trần Nguyễn Minh Lộc
Phân tích dữ liệu: Trần Nguyễn Minh Lộc
Viết bản thảo đầu tiên: Trần Nguyễn Minh Lộc
Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Bùi Thế Dũng, Vũ Hoàng Vũ, Trương Quang Bình

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số QĐ: 5111/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 08/12/2025.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sartipy U, Dahlström U, Fu M, Lund LH. Atrial fibrillation in heart failure with preserved, mid-range, and reduced ejection fraction. JACC Heart Fail. 2017;5(8):565-574.
2. Kotecha D, Lam CSP, van Veldhuisen DJ, Van Gelder IC, Voors AA, Rienstra M. Heart failure with preserved ejection fraction and atrial fibrillation: vicious twins. J Am Coll Cardiol. 2016;68(20):2217-2228.
3. 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.
4. Van Gelder IC, Rienstra M, Bunting KV, Casado-Arroyo R, Caso V, Crijns HJGM, et al. 2024 ESC Guidelines for the management of atrial fibrillation. Eur Heart J. 2024;45(36):3314-3414.
5. Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO) CKD Work Group. KDIGO 2024 Clinical Practice Guideline for the Evaluation and Management of Chronic Kidney Disease. Kidney Int. 2024;105(4 Suppl):S117–S314.
6. 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(9-1):381-386.
7. Châu Ngọc Hoa, Nguyễn Thanh Thảo. Khảo sát rung nhĩ trên bệnh nhân suy tim. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(PB 2):157-163.
8. Vũ Đức Thành, Phan Đình Phong. Gánh nặng rung nhĩ ở bệnh nhân suy tim mạn tính phân suất tống máu thất trái giảm. Tạp chí Y học Việt Nam. 2025;555(10-3):37-41.
9. Kapoor JR, Kapoor R, Ju C, Heidenreich PA, Eapen ZJ, Hernandez AF, et al. Precipitating clinical factors, heart failure characterization, and outcomes in patients hospitalized with heart failure with reduced, borderline, and preserved ejection fraction. JACC Heart Fail. 2016;4(6):464-472.
10. Heo R, Hong GR, Kim YJ, Mancina J, Cho IJ, Shim CY, et al. Automated quantification of left atrial size using three-beat averaging real-time three-dimensional echocardiography in patients with atrial fibrillation. Cardiovasc Ultrasound. 2015;13:38.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2026.12.18