

Platinum, miễn dịch hỗ trợ là phác đồ hiện nay vẫn còn nhiều tranh cãi song bước đầu cũng đã cho những kết quả điều trị khả quan thông qua các nghiên cứu.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. Richard Webb, Charles B Higgins.** "Thoracic Imaging: Pulmonary and Cardiovascular Radiology"; Third edition; (2017); 108 – 162.
2. **Watanabe R, Ito I, Kenmotsu H, Endo M, et al.** Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung: is it possible to diagnose from biopsy specimens? *Jpn J Clin Oncol.* 2013 Mar;43(3):294-304. doi: 10.1093/jjco/hys221. Epub 2013 Feb 3. PMID: 23381206
3. **Zhang J, Yang L, Li J.** Advances in Molecular Biomarker for Pulmonary Large Cell Neuroendocrine Carcinoma.
4. **Zhongguo Fei Ai Za Zhi.** 2020 Nov 20;23(11):983-988. doi: 10.3779/j.issn.1009-3419.2020.101.46. PMID: 33203199
5. **Montebello A, Zahra Bianco E, Babi et al.** Large cell neuroendocrine carcinoma arising from the anterior mediastinum. *BMJ Case Rep.* 2021 May 25;14(5):e240453. doi: 10.1136/bcr-2020-240453. PMID: 34035017
6. **Sakurai H, Asamura H.** Large-cell neuroendocrine carcinoma of the lung: surgical management. *Thorac Surg Clin.* 2014 Aug;24(3):305-11. doi: 10.1016/j.thorsurg.2014.05.001. PMID: 25065932
7. **Zombori T, Juhász-Nagy G, Tiszlavicz L, et al.** Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung - challenges of diagnosis and treatment. *Orv Hetil.* 2020 Feb;161(8):313-319. doi: 10.1556/650.2020.31581. PMID: 32073294
8. **Fernandez FG, Battafarano RJ.** Large cell neuroendocrine carcinoma of the lung. *Cancer Control.* 2006 Oct;13(4):270-5. doi: 10.1177/107327480601300404. PMID: 17075564
9. **Komiya T, Ravindra N, Powell E.** Role of Immunotherapy in Stage IV Large Cell Neuroendocrine Carcinoma of the Lung.
10. **Asian Pac J Cancer Prev.** 2021 Feb 1;22(2):365-370. doi: 10.31557/APJCP.2021.22.2.365. PMID: 33639649

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CÁC SẢN PHỤ MỔ LẤY THAI CON SO ĐỦ THÁNG TẠI VIỆN 19-8 BỘ CÔNG AN

Khổng Thị Vân<sup>1</sup>, Nguyễn Quảng Bắc<sup>2</sup>, Vũ Ngân Hà<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại viện 19-8 Bộ Công An. **Phương pháp:** Tiến cứu mô tả. **Kết quả:** Các sản phụ có nhóm tuổi từ 20-30 chiếm 84,4%, nghề nghiệp là công nhân - nhân viên văn phòng chiếm 58,7%, sản phụ chiếm 60,9% sản phụ được MLT ở pha tiềm tàng. Nhóm sản phụ có thai tự nhiên chiếm 93,3%, sản phụ ước lượng cân nặng theo siêu âm sai số 200-300g chiếm 78,8%. **Kết luận:** Những sản phụ mổ lấy thai con so tại viện 19-8 Bộ Công An chủ yếu là trẻ tuổi, có thai tự nhiên. Kết quả siêu âm có độ chính xác cao.

**Từ khóa:** Mổ lấy thai, con so, bơm tinh trùng (IUI), thụ tinh ống nghiệm (IVF).

### SUMMARY

#### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AMONG NULLIPAROUS PREGNANT WOMEN IN C-SECTION AT HOSPITAL 19-8 MINISTRY OF DOMESTIC SECURITY

**Objectives:** To describe clinical and subclinical

characteristics of nulliparous pregnant women underwent C-section in 19-8 Hospital. **Methodology:** this is a retrospective study. **Results:** The age from 20-30 was 84,4%, the proportion of officers and workers was 58,7%, 60,9% C-section was indicated in potential phase. Natural conception was 93,3%, bias of ultrasound from 200-300 gram was 78,8%. **Conclusion:** The majority of patients in this study was young and conceived naturally. The precision of ultrasound in estimation of fetal weight was high.

**Keywords:** Caesarean section, IUI (Intrauterine insemination), IVF (In vitro fertilisation)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tỷ lệ mổ lấy thai ở nhiều nước trên thế giới tăng nhanh trong vòng 20 năm trở lại đây, đặc biệt là các nước phát triển. Ở Hoa Kỳ, năm 1988 tỷ lệ mổ lấy thai trung bình cả nước 25,0%, đến năm 2004 tỷ lệ này tăng lên đến 29,1%<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, tỷ lệ mổ lấy thai ngày càng tăng, nghiên cứu tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương qua các năm 1998 (34,6%)<sup>2</sup>, 2016 (41,4%)<sup>3</sup>. Thách thức cho ngành sản phụ khoa cần đặt ra là kiểm soát tốt tỉ lệ mổ lấy thai đồng thời đảm bảo an toàn cho mẹ và con trong quá trình sinh nở. Hiện tại bệnh viện 19-8 Bộ Công An chưa có một nghiên cứu nào về tỷ lệ mổ lấy thai nói chung và của các sản phụ thuộc nhóm con so nói riêng.

Tỷ lệ mổ lấy thai càng ngày càng tăng cao vì nhiều lí do khác nhau như thai to, hiểm muộn,

<sup>1</sup>Bệnh viện 19-8 Bộ Công An

<sup>2</sup>Bệnh viện Phụ sản Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Quảng Bắc

Email: drbacvpstw@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022

Ngày duyệt bài: 2.11.2022

hỗ trợ sinh sản, đa thai, thai non tháng, mổ đẻ cũ, bệnh nhân xin mổ. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài “Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng các sản phụ mổ lấy thai con so đủ tháng tại viện 19-8 Bộ Công An”.

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các sản phụ con so, đơn thai, đủ tháng, ngôi đầu chuyển dạ đẻ tự nhiên có chỉ định MLT tại Bệnh viện 19-8 BCA từ tháng 9/2019 đến tháng 8/2020.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Theo tiêu chuẩn Robson nhóm I

- Con so, 01 thai; ngôi đầu
- Tuổi thai: ≥ 37 tuần; ≤ 41 tuần
- Chuyển dạ đẻ tự nhiên:
  - o Cổ tử cung xóa hết, mở ≥ 2 cm;
  - o Cơ co tử cung kéo dài ≥ 30 giây, tần số ≥ 3 (có 3 cơn trong 10 phút)
  - o Có sự thành lập đầu ối: ối phòng, ối dẹt, ối vỡ sớm;
- Có chỉ định MLT;
- Các hồ sơ bệnh án phải đảm bảo đủ thông tin cần thiết theo tiêu chuẩn của nghiên cứu;
- Sản phụ đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Các trường hợp MLT con so không phải Robson I như : Đa thai, ngôi ngang, ngôi ngược, non tháng < 37 tuần; cận ối, thiếu ối, ối vỡ non, thai quá ngày chưa có chuyển dạ tự nhiên, phải khởi phát chuyển dạ;

- Các trường hợp thai lưu, thai dị tật bẩm sinh nặng;

- Sản phụ không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:**

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:**

- Phương pháp nghiên cứu tiến cứu mô tả.

**2.2.2. Cỡ mẫu nghiên cứu.** Chúng tôi tiến hành lấy mẫu thuận tiện, lấy được 179 sản phụ thuộc đối tượng nghiên cứu trong thời gian một năm.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 3.1. Đặc điểm chung của sản phụ được chỉ định MLT**

Đặc điểm chung		Số lượng	Tỷ lệ %
Nhóm tuổi	≤20	6	3,3
	20 – 30	151	84,4
	31 – 35	19	10,6
	> 35	3	1,7
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Nghề nghiệp	Công nhân- Nhân viên văn phòng	105	58,7

	Lao động tự do	70	39,1
	Học sinh sinh viên	4	2,2
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Tuổi thai	37 <sup>0/7</sup> -40 <sup>0/7</sup> tuần	137	76,5
	40 <sup>1/7</sup> - 41 <sup>0/7</sup> tuần	42	23,5
Chiều cao	>150 cm	168	93,9
	<150 cm	11	6,1
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Giai đoạn chuyển dạ	Pha tiềm tàng	95	53,1
	Pha tích cực	84	46,9
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Tiền sử sản khoa	Thai tự nhiên	167	93,3
	Vô sinh , IUI- IVF	12	6,7
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Tình trạng màu ối	Ổi trong	138	77,1
	Ổi xanh	41	22,9
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Tình trạng màng ối	Màng ối nguyên vẹn	124	69,3
	Màng ối rách	55	30,7
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>
Sai lệch cân nặng Siêu âm	>300 gr	5	2,8
	200-300 gr	141	78,8
	≤ 100 gr	33	18,4
	<b>Tổng</b>	<b>179</b>	<b>100</b>

**Nhận xét:** - Trong 179 sản phụ MLT thì nhóm có tỉ lệ cao nhất các sản phụ có nhóm tuổi từ 20-30 chiếm 84,4%, nhóm có tỉ lệ thấp nhất là các sản phụ > 35 tuổi (1,7%).

- Nhóm đối tượng có nghề nghiệp là công nhân - nhân viên văn phòng chiếm tỉ lệ nhiều nhất 58,7%, nhóm có tỉ lệ thấp nhất là học sinh, sinh viên chiếm 2,2%;

- Phần lớn sản phụ có chiều cao > 150 cm, và BMI < 25

- 95 sản phụ chiếm 60,9% sản phụ được MLT ở pha tiềm tàng

- Nhóm sản phụ có thai tự nhiên chiếm 93,3%

- Có 41 sản phụ có ối xanh chiếm 22,9%, 138 sản phụ ối trong chiếm 77,1%.

- Có 55 sản phụ có màng ối rách chiếm 30,7%

- Chỉ 2,8% sản phụ ước lượng cân nặng theo siêu âm sai số > 300 gr

**IV. BÀN LUẬN**

Trong 179 sản phụ MLT nhóm I Robson thì có tới 84,4% các sản phụ có nhóm tuổi từ 20-30, nhóm có tỉ lệ thấp nhất là > 35 tuổi (1,7%). Tuổi trung bình của những sản phụ đẻ con so trong nghiên cứu của chúng tôi là 27,5 ± 6,7 tuổi tương đương nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền 27,2 ± 8,6 tuổi, Nguyễn Tài Đức 27,67 ± 3,97 tuổi. Nhóm tuổi sinh con so có tỉ lệ cao nhất cũng là 20- 29<sup>3,4</sup>. Đây là nhóm tuổi có khả năng sinh sản cao nhất, nguy cơ sảy thai, thai lưu thấp nhất.

Nhóm tuổi chiếm tỉ lệ thấp nhất là nhóm > 35 tuổi, đây là nhóm tuổi có dự trữ buồng trứng giảm, khả năng sinh sản giảm, nguy cơ vô sinh, hiếm muộn, sảy thai, thai lưu cao<sup>5,6</sup>. Mặt khác đây cũng là nhóm tuổi có nguy cơ MLT cao, tuổi càng cao nguy cơ MLT càng cao<sup>7</sup>.

Theo kết quả nghiên cứu cho thấy đối tượng có nghề nghiệp là cán bộ - nhân viên văn phòng là nhóm đối tượng chiếm tỉ lệ nhiều nhất 58,7%. Và nhóm có tỉ lệ thấp nhất là học sinh, sinh viên có 4 sản phụ chiếm 2,2%. Còn lại 39,1% sản phụ có nghề nghiệp là lao động tự do. Kết quả này tương xứng với nghiên cứu của Nguyễn Thị Hiền.

Theo kết quả nghiên cứu thì nhóm tuổi thai 37-40 tuần có 137 sản phụ chiếm 76,5%. Đây là nhóm tuổi thai đủ tháng, thai nhi đã hoàn thiện các cơ quan, chức năng, khi mổ lấy thai giảm các nguy cơ về các bệnh lý hô hấp như suy hô hấp, nhiễm khuẩn sơ sinh, bệnh màng trong... so với nhóm tuổi thai < 37 tuổi. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương xứng với Nguyễn Thị Hiền có 97,2% sản phụ được MLT ở tuổi thai 38-41 tuần. Nhóm sản phụ có độ tuổi 41 tuần chiếm 23,5%. Nhóm này chiếm tỉ lệ vẫn cao, điều này cho thấy cần quản lí thai nghén chặt chẽ đặc biệt siêu âm trong 3 tháng đầu tiên để tính tuổi thai chính xác.

Nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tuổi thai < 37 tuần vì chúng tôi lấy theo tiêu chuẩn của Robson nhóm I là thai đủ tháng  $\geq 37$  tuổi. Những trường hợp non tháng không nằm trong nghiên cứu của chúng tôi. Chúng tôi cũng không có sản phụ nào có tuổi thai  $\geq 41$  tuần, vì đây là nhóm quá ngày sinh có nhiều nguy cơ như thiếu ối, suy thai, mất tim thai bắt buộc phải đình chỉ thai nghén bằng cách khởi phát chuyển dạ, theo tiêu chuẩn Robson thì nhóm này thuộc nhóm II.

Theo kết quả nghiên cứu thì phần lớn (93,9%) sản phụ có chiều cao > 150cm. Còn lại chỉ 11 sản phụ chiếm 6,1% sản phụ có chiều cao < 150 cm. Theo Ingrid Mogren<sup>7</sup> nghiên cứu của trên phụ nữ mang thai đơn ở Sweden từ 2011 đến 2016 thì cho thấy chiều cao sản phụ có liên quan đến tỉ lệ MLT ở sản phụ đơn thai, chiều cao càng cao càng giảm nguy cơ MLT. Còn trong nghiên cứu của tôi thấy chiều cao có liên quan đến tỉ lệ MLT ở nhóm bất cân xứng thai nhi khung chậu, chiều cao càng thấp nguy cơ MLT do bất cân xứng thai nhi - khung chậu càng cao.

Theo kết quả nghiên cứu thì có tới 95 sản phụ chiếm 53,1 % sản phụ được MLT ở pha tiềm tàng. Theo nghiên cứu có 30 sản phụ được chỉ định MLT vì bệnh của mẹ, 37 sản phụ được chỉ

định MLT vì thai to, 1 sản phụ được chỉ định MLT vì rau bong non. Đây là những trường hợp có thể MLT chủ động khi thai đủ tháng và chưa có chuyển dạ. Trong 48 trường hợp chỉ định mổ do cổ tử cung không tiến triển thì có 26 trường hợp được chỉ định ở pha tiềm tàng. Ngoài ra trong 26 trường hợp chỉ định MLT do thai suy thì có 10 trường hợp chỉ định MLT vì tim thai nhanh, Dip I khi chưa vào pha hoạt động.

MLT khi có chuyển dạ không những giảm nguy cơ chảy máu, băng huyết sau sinh, giảm nguy cơ bế sản dịch do đoạn dưới đã thành lập, giãn mỏng, cổ tử cung đã mở, dễ lấy thai do thai nhi xuống thấp, thai nhi cũng già dặn, giảm nguy cơ suy hô hấp sơ sinh. Với những trường hợp như thai to, khung chậu giới hạn, bệnh lý của mẹ, hiếm muộn IUI- IVF ở các đơn vị khác có thể MLT chủ động sau 39 tuần thì chúng tôi chọn cách an toàn là MLT khi đã chuyển dạ và MLT ở pha tiềm tàng để bệnh nhân khỏi chịu đau đớn nhiều.

Theo kết quả nghiên cứu thì nhóm thai tự nhiên chiếm tỉ lệ lớn nhất 93,3%. Nhóm đối tượng vô sinh, hiếm muộn, IUI, IVF có 12 sản phụ chiếm 6,7%. Kết quả này của chúng tôi thấp hơn so với Nguyễn Tài Đức<sup>4</sup> là 30% sản phụ làm thụ tinh ống nghiệm. Nguyên nhân có thể là do Bệnh viện phụ sản trung ương là Bệnh viện tuyến đầu, có khoa sơ sinh rất phát triển. Các sản phụ vô sinh hiếm muộn, IUI, IVF đều chữa chạy rất nhiều tiền để có con, hầu hết thai kỳ của họ là đa thai, thai non tháng nên họ muốn tìm Bệnh viện uy tín để chọn sinh.

Theo kết quả nghiên cứu thì có 77,1% sản phụ có ối trong, có 22,9% sản phụ có ối xanh. Màu ối phản ánh một phần tình trạng sức khỏe thai nhi. Nước ối có màu vàng xanh: có thể có hiện tượng tán huyết thai nhi hoặc thai nhi chậm phát triển trong tử cung. Nước ối có màu xanh rêu sệt hoặc lẫn phân xu của bé: Thai nhi bị suy yếu trầm trọng trong bụng mẹ, đe dọa tín mạng. Nước ối xanh đục như lẫn mủ, mùi hôi: là tình trạng nhiễm trùng ối, bé có nguy cơ cao bị nhiễm trùng trong tử cung... Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi thì có 55 sản phụ màng ối rách-vỡ ối sớm chiếm 30,7%. Kết quả này cao của Nguyễn Tài Đức<sup>4</sup> 23,8%. Điều này có thể giải thích là do nghiên cứu của Nguyễn Tài Đức chỉ tính ối vỡ trước khi vào viện, còn nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tất cả những trường hợp ối vỡ sớm cả trước khi nhập viện và khi nhập viện.

Theo kết quả nghiên cứu 100% sản phụ được siêu âm trong bệnh viện. Trong đó ước lượng cân nặng thai nhi sai lệch 200-300 gr là

hiều nhất chiếm 78,8%. Sai số này là sai số cho phép được. Ước lượng cân nặng thai nhi đóng vai trò rất quan trọng trong tiên lượng cuộc đẻ, nếu ước lượng cân nặng thai nhi sai số lớn sẽ dẫn đến nhiều hậu quả như: bỏ sót các trường hợp thai to dẫn đến đẻ khó do mắc vai, tỉ lệ đầu không lọt cao, hoặc cũng có thể mổ sai trong trường hợp chỉ định mổ do thai to nhưng cân nặng thai nhi lại nhỏ. Với vai trò của siêu âm và kinh nghiệm lâm sàng việc ước lượng cân nặng thai nhi đúng góp phần rất lớn cho việc an toàn trong cuộc đẻ.

## V. KẾT LUẬN

Những sản phụ mổ lấy thai con so tại viện 19-8 Bộ Công An chủ yếu là trẻ tuổi, có thai tự nhiên. Kết quả siêu âm có độ chính xác cao.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hyattvill MD (2004). Preliminary birth for 2004

- infant and Maternal health , National center for health statistics.
2. Vũ Công Khanh (1998), Tình hình chỉ định và một số yếu tố liên quan đến chỉ định phẫu thuật lấy thai tại BVBM TSS năm 1997, Trường đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
  3. Nguyễn Thị Hiền (2017) Nghiên cứu các chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện Phụ sản trung ương năm 2016, luận văn thạc sỹ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
  4. Nguyễn Tài Đức (2019): "Nghiên cứu về chỉ định mổ lấy thai tại Bệnh viện phụ sản trung ương"
  5. Korula George and Mohan S Kamath, "Fertility and age" J Hum Reprod Sci. 2010 Sep-Dec; 3(3): 121-123.
  6. "Aging and infertility in women" The Practice Committee of the American Society for Reproductive Medicine.
  7. Ingrid Mogren (2018) "Maternal height and risk of caesarean section in singleton births in Sweden-A population-based study using data from the Swedish Pregnancy Register 2011 to 2016", 2018; 13(5), www.ncbi.nlm.nih.gov

# CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TỬ VONG HOẶC TÁI NHẬP VIỆN TRONG VÒNG 30 NGÀY SAU XUẤT VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN SUY TIM

Triệu Khánh Vinh<sup>1,2</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện được dùng làm tiêu chuẩn đo lường chất lượng cho các bệnh nhân nội viện, đặc biệt trên bệnh nhân suy tim khi mà tần suất tử vong trong vòng 30 ngày tại Việt Nam là 2 - 3% [7]. Do đó đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện đóng vai trò quan trọng trong quản lý các bệnh nhân suy tim. **Mục tiêu:** Đánh giá các yếu tố tiên lượng tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện trên bệnh nhân suy tim. **Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu, khảo sát bệnh nhân suy tim nằm tại khoa Nội tim mạch, bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022. **Kết quả:** Từ tháng 10/2021 đến tháng 5/2022 có 111 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu. Trong đó nam giới có 56 bệnh nhân (chiếm 50,4%). Tuổi trung bình là  $62 \pm 18,1$  năm. Có 27 bệnh nhân (24,3%) có biến cố tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau xuất viện. Các yếu tố nguy cơ cho tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày lần lượt là: tiền căn rung nhĩ (OR = 7,45), tiền căn suy tim (OR = 1,15), phân độ NYHA IV lúc xuất viện (OR = 5,47), có ngoại

tâm thu trên điện tâm đồ (OR = 7,13), có rung nhĩ trên điện tâm đồ (OR = 7,13), tỉ số E/A cao (OR = 1,813), tỉ số E/e' trung bình cao (OR = 1,06), điều trị kháng đông lúc xuất viện (OR = 4,55) và điều trị nitrate lúc xuất viện (OR = 2,69). Thang điểm với 3 yếu tố bao gồm tiền căn suy tim, phân độ NYHA IV lúc xuất viện và có rung nhĩ trên điện tâm đồ có diện tích dưới đường cong ROC là 0,7174 (KTC 95%, 0,598 - 0,818) với điểm cắt là  $\geq 1$  điểm có độ nhạy là 70,27% và độ đặc hiệu là 62,96%. **Kết luận:** Các bệnh nhân suy tim có tỉ lệ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày cao sau xuất viện. Dự đoán nhóm bệnh nhân suy tim có nguy cơ tử vong hoặc tái nhập viện trong vòng 30 ngày dựa trên các yếu tố về lâm sàng không quá phức tạp nhằm đưa ra chiến lược quản lý tối ưu.

**Từ khóa:** Suy tim, tử vong, tái nhập viện, yếu tố tiên lượng.

## SUMMARY

### PROGNOSTIC FACTORS FOR 30-DAY HEART FAILURE-SPECIFIC READMISSION OR DEATH AFTER DISCHARGE

**Background:** Readmission within 30 days is used as a standard quality metric for hospitalized patients, especially for patients with heart failure the rate of mortality within 30 days is 2 - 3% in Vietnam. Consequently, assessing prognostic factors for mortality or readmission within 30 days after discharge plays an important role in the management of heart failure patients. **Objectives:** Assessment of prognostic factors for mortality or readmission within 30 days after discharge of heart failure patients.

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2022

Ngày phản biện khoa học: 24.10.2022

Ngày duyệt bài: 4.11.2022