

KHẢO SÁT THỜI GIAN CỬA-BÓNG TRONG CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH TIỀN PHÁT TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CÓ ST CHÊNH LÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THANH HÓA

Lê Thế Anh¹, Hoàng Huy Hiệu^{1,2},
Dương Quang Hiệp^{1,2}, Lê Thị Xuân¹

TÓM TẮT

Can thiệp động mạch vành cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong và bệnh tật, tuy nhiên thời gian cửa-bóng thường vượt mức 120 phút khuyến cáo theo ACC/AHA, ESC 2023. **Mục tiêu nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành nhằm khảo sát thời gian cửa-bóng đạt được trong can thiệp mạch vành trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa và đánh giá áp một số kết quả khi áp dụng chương trình VSTEMI tại Tỉnh Thanh Hoá. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang hồi cứu trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên can thiệp mạch vành thì đầu từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa. **Kết quả:** Kết quả có 201 bệnh nhân, tuổi trung bình: $67,16 \pm 10,83$ (năm); nam chiếm 70,65%. Đa số trường hợp nhồi máu cơ tim vùng thành dưới (36,32%), trong đó 83,58% trường hợp Killip I. Thời gian cửa-bóng trung bình là $329,48 \pm 313,90$ phút, chỉ có 30,85% trường hợp có thời gian cửa-bóng ≤ 120 phút. **Kết luận:** Thời gian cửa-bóng của bệnh nhân còn dài, tỷ lệ bệnh nhân bị trì hoãn thời gian cửa-bóng chiếm phần lớn. Cần cải tiến quy trình để rút ngắn thời gian cửa - bóng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp mạch vành. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, can thiệp mạch vành, thời gian cửa-bóng, bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa.

SUMMARY

A STUDY OF DOOR-TO-BALLOON TIME IN PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL IN 2023

Percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction patients has significantly reduced mortality and morbidity rates; however, the door-to-balloon time often exceeds the recommended 120 minutes according to the 2023 ACC/AHA and ESC guidelines. **Objectives:** This study aims to investigate the door-to-balloon time achieved in primary coronary intervention for patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction at Thanh Hoa General Hospital and evaluate the outcomes of implementing

the VSTEMI program in Thanh Hoa Province. **Subject and Methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction underwent percutaneous coronary intervention from April 2023 to April 2024 at Thanh Hoa General Hospital. **Results:** The study included 201 patients, the average age was 67.16 ± 10.83 years; 70.65% were male. The majority of cases were inferior wall myocardial infarctions with 36.32%, the percentage of cases classified as Killip I was 83.58%. The average of door-to-balloon time was 329.48 ± 313.90 minutes, with only 30.85% of cases achieving a door-to-balloon time under 120 minutes. **Conclusion:** The door-to-balloon time for patients remains prolonged, with the majority experiencing delays. Process improvements are necessary to shorten the door-to-balloon time for patients with acute myocardial infarction undergoing coronary intervention. **Keywords:** ST-Segment Elevation Myocardial Infarction, Coronary Intervention, Door-to-Balloon Time, Thanh Hoa General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) là một bệnh lý cấp cứu do giảm hoặc ngừng hoàn toàn lưu lượng máu đến nuôi dưỡng cơ tim. Đây là nguyên nhân chính gây tử vong và tàn tật trên toàn thế giới và Việt Nam¹. Khoảng một phần ba số bệnh nhân nhồi máu cơ tim sẽ chết, trong đó khoảng 50% số bệnh nhân chết trong giờ đầu². Thuật ngữ "thời gian là cơ tim" nêu rõ tầm quan trọng tối cấp của tái tưới máu sớm nhằm phục hồi dòng chảy trong lòng động mạch vành bị tắc nghẽn ở bệnh nhân STEMI, trong đó thời gian cửa-bóng trong can thiệp động mạch vành cấp cứu đóng vai trò quan trọng đối với sự sống còn của bệnh nhân. Theo nghiên cứu dịch tễ bệnh lý nhồi máu cơ tim cấp tại tỉnh Thanh Hóa năm 2018, tỷ lệ bệnh nhân STEMI chiếm 74,3% trong tổng số bệnh nhân nhồi máu cơ tim nhập viện được ghi nhận, bên cạnh đó, tỷ lệ bệnh nhân trì hoãn nhập viện và tỷ lệ tử vong do STEMI còn cao³.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa đã triển khai kỹ thuật can thiệp động mạch vành qua da cho bệnh nhân bị bệnh động mạch vành từ năm 2010. Số lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên ngày càng nhiều, nhằm giảm thiểu thời gian cửa bóng nhằm giảm thiểu thời gian truyền tắc huyết khối, giảm tỷ lệ tàn tật và tử vong cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên

¹Bệnh viện đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Phân hiệu Trường Đại học Y Hà Nội tại tỉnh Thanh Hóa

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Hiệu

Email: hoanghuyhieu@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024

cứu này với mục tiêu như sau: *Xác định thời gian cửa-bóng và các phân đoạn thời gian trong thời gian cửa-bóng đạt được sau khi áp dụng chương trình VSTEMI ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa năm 2023-2024.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, có chỉ định chụp mạch và can thiệp mạch vành qua da cấp cứu theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam và ACC/AHA 2023⁴.

Tiêu chuẩn loại trừ bệnh nhân. Bệnh nhân nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên, hoặc hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ không được đưa vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang.

- **Địa điểm, thời gian nghiên cứu:** nghiên cứu được triển khai tại khoa Nội Tim mạch, bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024.

- **Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** toàn bộ 201 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên nhập viện và chụp can thiệp mạch vành.

- Biến số và chỉ số nghiên cứu:

+ Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (giới tính, tuổi).

+ Đặc điểm quá trình vận chuyển bệnh nhân (Bệnh nhân qua tuyến cơ sở, Phương tiện vận chuyển bệnh nhân, Bệnh nhân có vào khoa Cấp cứu, Bác sĩ ở viện có nắm được tình trạng bệnh nhân).

+ Đặc điểm lâm sàng (Các yếu tố nguy cơ tim mạch, Tiền sử bệnh, Triệu chứng vào viện, Thời gian xuất hiện triệu chứng, Chẩn đoán vùng nhồi máu cơ tim, Phân độ Killip).

+ Thời gian cửa-bóng, ghi nhận từng phân đoạn thời gian: Từ lúc bệnh nhân nhập viện đến lúc bệnh nhân được chuyển đến phòng can thiệp, từ lúc bệnh nhân tới phòng can thiệp đến lúc bệnh nhân được nong mạch vành bằng bóng để tái thông dòng máu. Thời gian cửa-bóng là tổng thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được nong bóng.

- Quy trình thực hiện:

+ Bước 1: Thiết kế bệnh án nghiên cứu mẫu thống nhất.

+ Bước 2: Huấn luyện đội ngũ Bác sĩ khoa cấp cứu về kiến thức khám chẩn đoán nhanh và tầm quan trọng của thời gian cửa-bóng; xử lý cấp cứu ưu tiên và đo ngay điện tâm đồ trong vòng 10 phút khi bệnh nhân có triệu chứng đặc

hiệu, ghi lại những thông tin trong bệnh án nghiên cứu.

+ Bước 3: Thu thập các biến số và chỉ số nghiên cứu vào bệnh án nghiên cứu mẫu từ hồ sơ điều trị và phần mềm quản lý bệnh viện

+ Bước 4: Nhập số liệu bằng phần mềm Epidata và xử lý số liệu bằng chương trình STATA 16.0.

+ Bước 5: Viết đề tài.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

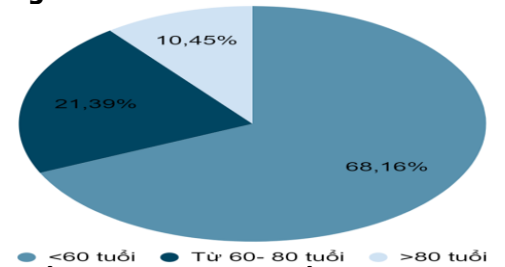
- Tất cả những người tham gia nghiên cứu đều là tự nguyện

- Người tham được thông tin về mục đích nghiên cứu cũng như bảo mật tất cả thông tin.

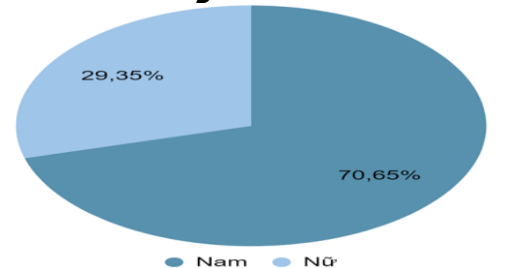
- Dữ liệu thu thập được chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng tham gia nghiên cứu



Biểu đồ 1. Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu



Biểu đồ 2. Phân bố giới tính của đối tượng nghiên cứu

Nhận xét: Tổng số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn là 201 bệnh nhân, tuổi trung bình là: 67,36 ± 10,83 (năm), trong đó tuổi cao nhất là 92, thấp nhất là 30 tuổi. Nhóm tuổi từ 60-80 chiếm đa số với 68,16%. Đa số bệnh nhân là nam giới với 70,65%.

3.2. Đặc điểm quá trình vận chuyển bệnh nhân

Bảng 1. Đặc điểm quá trình vận chuyển bệnh nhân

Đặc điểm		N	%
Phương tiện vận chuyển	Xe cấp cứu	129	64,18%
	Tự di chuyển	72	35,82%

Bệnh nhân có qua tuyến cơ sở	Không	69	34,33%
	Có	132	65,67%
Bệnh nhân vào khoa Cấp cứu	Không	24	11,94%
	Có	177	88,06%
Bác sĩ ở bệnh viện tỉnh nắm được ca bệnh	Không	64	31,84%
	Có	137	68,16%

Nhận xét: Bệnh nhân được vận chuyển bằng xe cấp cứu chiếm 64,18%; tỷ lệ bệnh nhân qua tuyến cơ sở trước khi đến khoa Cấp cứu bệnh viện tỉnh Đa khoa Thanh Hóa là 65,67%; đa số bệnh nhân vào khoa Cấp cứu (88,06%). Số lượng ca bệnh được bác sĩ ở bệnh viện tỉnh nắm được thông tin trước khi chuyển đến là 68,16%.

3.3. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân STEMI

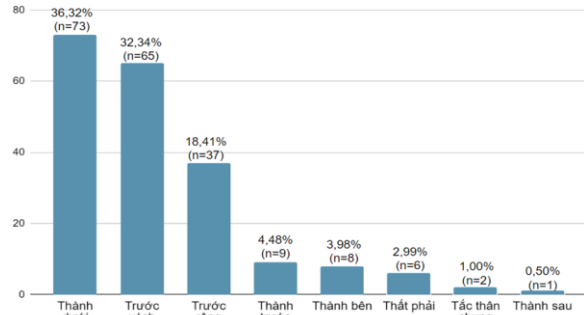
Yếu tố nguy cơ		N	%
Tiền sử bệnh Tăng huyết áp	Không	120	59,70%
	Có	81	40,30%
Tiền sử bệnh Đái tháo đường	Không	173	86,07%
	Có	28	13,93%
Tiền sử bệnh Suy tim	Không	191	95,02%
	Có	10	4,98%
Tiền sử Hút thuốc lá	Không	194	96,52%
	Có	7	3,48%
Tiền sử can thiệp mạch vành trước đó	Không	198	98,51%
	Có	3	1,49%

Nhận xét: Trong 201 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, bệnh nhân có tiền sử bệnh Tăng huyết áp chiếm 40,30%; Đái tháo đường chiếm 13,93%; Suy tim chiếm 4,98%; Hút thuốc lá chiếm 3,48%. Số lượng bệnh nhân từng can thiệp mạch vành trước đó là 3 (1,49%).

Bảng 3. Các đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân khi vào khoa Cấp cứu

Đặc điểm	N	Tỷ lệ	
Triệu chứng vào viện	Đau ngực điển hình	200	99,50%
	Khó thở	1	0,50%
Thời gian xuất hiện triệu chứng	<3h	77	38,31%
	3-12h	57	28,36%
	>12h	67	33,33%
Phân độ Kilip	Kilip I	168	83,58%
	Kilip II	26	12,94%
	Kilip III	4	1,99%
	Kilip IV	3	1,49%

Nhận xét: Bệnh nhân vào viện với lý do đau ngực là chủ yếu với 99,50%. Trong đó, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện <3h chiếm 38,31%, từ 3-12h chiếm 28,36% và >12h chiếm 33,33%. Đa số bệnh nhân có phân độ Kilip I/ II. Các trường hợp tiên lượng nặng (phân độ Kilip III/ IV) chiếm 3,48%.



Biểu đồ 3. Vùng nhồi máu của bệnh nhân trên điện tâm đồ

Nhận xét: Vùng nhồi máu có tim ghi nhận trên điện tâm đồ chủ yếu là NMCT thành dưới (36,32%) và NMCT trước vách (32,34%), NMCT thành sau chiếm tỷ lệ ít nhất với 0,50%.

3.4. Thời gian cửa-bóng của bệnh nhân can thiệp mạch

Bảng 4: Phân đoạn thời gian với thời gian cửa-bóng

Phân loại can thiệp	Phân đoạn thời gian	Trung bình (phút)
Có can thiệp (N=201)	Nhập viện-Phòng can thiệp	312,45 ± 314,14
	Phòng can thiệp-Nong Bóng	17,02 ± 5,56
	Cửa-Bóng	329,48 ± 313,90

Nhận xét: Trung bình các phân đoạn thời gian: thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi tới Phòng can thiệp là 312,45±314,14 phút, từ phòng can thiệp đến nong bóng 17,02±5,56 phút. Thời gian cửa-bóng trung bình là 329,48±313,90 phút. Thời gian cửa-bóng ngắn nhất là 29 phút, dài nhất là 1354 phút.

Bảng 5: Khảo sát thời gian cửa-bóng của bệnh nhân

Thời gian cửa-bóng (N=201)	N	Tỷ lệ
Trì hoãn thời gian cửa-bóng (>120 phút)	139	69,15%
Không trì hoãn thời gian cửa-bóng	62	30,85%

Nhận xét: Số lượng bệnh nhân bị trì hoãn thời gian cửa-bóng (>120 phút) là 139 chiếm tỷ lệ 69,15%. Tỷ lệ bệnh nhân có thời gian cửa-bóng ≤120 phút còn hạn chế với 30,85%.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình được ghi nhận là 67,36 tuổi, đây là độ tuổi nằm ở ngưỡng tuổi có nguy cơ cao của bệnh mạch vành (BMV) là ≥ 65 tuổi. Đa số bệnh nhân là nam giới, điều này tương đồng với kết quả của những nghiên cứu trước đây^{3,5}. Về phương tiện vận chuyển bệnh nhân, đa phần người bệnh được vận chuyển bằng xe cấp cứu và có vào

khoa Cấp cứu, nghiên cứu của Sébastien Roux chứng minh rằng, việc vận chuyển bệnh nhân bằng xe cấp thương tới khoa Cấp cứu làm giảm thời gian cửa-bóng của bệnh nhân và giảm tỷ lệ tái phát so với nhóm bệnh nhân còn lại⁶.

Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch, tiền sử bệnh Tăng huyết áp là yếu tố được ghi nhận nhiều nhất với 40,30%, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả của những nghiên cứu trước đây ở trong nước của Nguyễn Huy Lợi với 44,2% hay 53,8% trong một nghiên cứu của Hoa LN và các nghiên cứu ngoài nước khác, tuy nhiên, tỷ lệ này còn cao hơn nhiều so với dịch tễ bệnh Tăng huyết áp được ghi nhận^{1,3,7}. Đây cũng là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất và quan trọng nhất của các bệnh lý mạch vành. Tiền sử bệnh Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ nhiều thứ 2 trong nghiên cứu, tỷ lệ này chiếm 13,93%, tương đồng với tỷ lệ trong nghiên cứu của Võ Văn Thắng, Nguyễn Huy Lợi với cùng đối tượng, tỷ lệ này thấp hơn so với kết quả trong nghiên cứu của Hoa LN với 16,6% hay nghiên cứu tại Thụy Điển của Sébastien Roux với 18,8%. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng, tiền sử bệnh Đái tháo đường là yếu tố nguy cơ làm tăng gánh nặng bệnh lý tim mạch, tăng nguy cơ tử vong, kéo dài thời gian can thiệp mạch và tăng tỷ lệ bị tái phát bệnh lý mạch vành^{2,3,6-8}. Ngoài ra, các tiền sử hút thuốc lá, tiền sử bệnh suy tim hay tiền sử can thiệp mạch trước đó được đề cập trong nghiên cứu cũng là yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng làm tăng tỷ lệ tái phát nhồi máu cơ tim và có xu hướng gia tăng. Một số nghiên cứu ghi nhận rằng ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim dưới 55 tuổi, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ tim mạch đơn độc được tìm thấy trong khoảng 80% trường hợp ghi nhận^{1,2}.

Triệu chứng vào viện điển hình nhất là đau ngực, đây cũng là triệu chứng điển hình phổ biến nhất của bệnh nhồi máu cơ tim cấp tính, điều này tương tự với các kết quả của nghiên cứu khác⁵. Trong 201 bệnh nhân, số bệnh nhân được nhập viện sớm trong vòng 3 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng ban đầu còn hạn chế, tuy nhiên, tỷ lệ bệnh nhân nhập viện muộn sau 12 giờ lại khá cao, điều này ảnh hưởng rất nhiều đến thời gian cửa-bóng và tiên lượng bệnh. Tỷ lệ bệnh nhân có phân độ Killip III/ IV trong nghiên cứu là 3,48% thấp hơn kết quả của Võ Văn Thắng (5,71%), Nguyễn Huy Lợi (12,8%) và Al-Rumhi MA (45,1%) trong nghiên cứu tại Oman^{5,7,8}. Các trường hợp bệnh nhân có phân độ Killip III/IV thường có biểu hiện sốc tim, tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong cao do đến viện trong tình trạng muộn.

Về đặc điểm vùng nhồi máu ghi nhận trên điện tâm đồ, NMCT thành dưới và NMCT trước

vách chiếm tỷ lệ cao nhất, kết quả này khác với kết quả được ghi nhận trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi khi NMCT trước rộng là vùng nhồi máu chiếm tỷ lệ cao nhất và NMCT vùng thành dưới không được tìm thấy trong nghiên cứu này⁷.

Thời gian từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi tới phòng can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là $312,45 \pm 314,14$ phút, dài hơn so với kết quả $132,21 \pm 35,83$ phút trong nghiên cứu của Võ Văn Thắng và $85,15 \pm 56,45$ phút của Al-Rumhi MA^{5,8}; thời gian này kéo dài do vấn đề thủ tục, không có sự đồng thuận của gia đình bệnh nhân hoặc tình hình bệnh nhân chuyển biến nặng. Do vậy, có thể khắc phục những vấn đề chủ quan để giảm thời gian được can thiệp cho bệnh nhân. Phân đoạn thời gian từ khi can thiệp đến khi nong bóng được ghi nhận là $17,02 \pm 5,56$ phút, tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu trước đây⁸, khoảng thời gian này ít bị các yếu tố chủ quan tác động. Thời gian này kéo dài có thể do bệnh nhân tuổi cao, các bệnh đồng mắc, và vùng nhồi máu của bệnh nhân. Đây là những yếu tố khách quan, người bác sĩ cần có quá trình khám, chẩn đoán xác định bệnh chính xác để phát hiện sớm tình trạng bệnh giúp rút ngắn thời gian này. Trung bình thời gian cửa-bóng trong nghiên cứu là $329,48 \pm 313,90$ phút, tương đối dài hơn so với các nghiên cứu trong nước khác của Võ Văn Thắng ($153,35 \pm 33,80$ phút) hay Nguyễn Huy Lợi ($206,64 \pm 124,08$ phút), hay nghiên cứu của Al-Rumhi MA tại Oman (142 phút), thời gian này kéo dài chủ yếu do thời gian từ khi nhập viện đến phòng can thiệp^{5,7,8}. Tuy nhiên, khoảng thời gian này có biên độ dao động lớn, từ 29 đến 1354 phút, trong nghiên cứu của chúng tôi có nhiều trường hợp bệnh nhân không có được sự đồng thuận của gia đình hoặc những trường hợp bệnh nhân không ổn định, cần phải cấp cứu ổn định bệnh nhân mới có thể tiến hành can thiệp, do đó kéo dài thời gian cửa-bóng.

Qua khảo sát thời gian cửa-bóng, tỷ lệ bệnh nhân bị trì hoãn thời gian cửa-bóng chiếm 69,15%, thấp hơn kết quả 79% trong nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi⁷, tuy nhiên, tỷ lệ này vẫn là con số đáng báo động, tỷ lệ người bệnh được can thiệp trong thời gian vàng vẫn còn rất hạn chế. Theo tác giả Hoàng Quốc Hòa việc cải thiện các quy trình cấp cứu có thể tác động tích cực rõ rệt đến các yếu tố của phân đoạn thời gian cửa-bóng, giảm thiểu tiên lượng bệnh nặng, tỷ lệ biến chứng và tỷ lệ tử vong. Ngoài ra, việc nâng cao kiến thức cho người dân, đặc biệt là những người có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch,

nâng cao tỷ lệ người dân được chăm sóc sức khỏe ban đầu để nhận biết được những triệu chứng bệnh giúp hạn chế các yếu tố chủ quan của bệnh nhân bệnh lý mạch vành.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, độ tuổi trung bình của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên là 67,36 tuổi, chủ yếu thuộc độ tuổi từ 60-80; đa số bệnh nhân là nam giới.

Các yếu tố nguy cơ tim thấy bao gồm có tiền sử bệnh Tăng huyết áp, Đái tháo đường, suy tim, tiền sử hút thuốc lá và tiền sử can thiệp mạch trước đó.

Triệu chứng được ghi nhận nhiều nhất là đau ngực điển hình, phần lớn có phân độ Kilip I/II, vùng nhồi máu quan sát trên điện tâm đồ chiếm nhiều là NMCT thành dưới và NMCT trước vách.

Thời gian cửa-bóng trung bình trong nghiên cứu là $329,48 \pm 313,90$ phút; trong đó, thời gian từ khi nhập viện-phòng can thiệp là $312,45 \pm 314,14$ phút; thời gian từ phòng can thiệp-nong bóng là $17,02 \pm 5,56$ phút. Tỷ lệ bệnh nhân trì hoãn thời gian cửa-bóng (>120 phút) cao, chiếm 69,15%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mensah GA, Roth GA, Fuster V (2019). The Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors: 2020 and Beyond. J Am Coll Cardiol,

- 74(20), pp.2529-2532.
2. Salari N, Morddarvanjoghi F, Abdolmaleki A, et al. (2023). The global prevalence of myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. BMC Cardiovasc Disord, 23(206).
3. Hoa LN, Quyen TB, Hoang VT, et al. (2022). Characteristics, in-hospital management, and complications of acute myocardial infarction in northern and Central Vietnam. International Journal of Cardiology, 364(2022), pp.133-138.
4. Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al. (2023). 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. Eur Heart J, 44(38), pp.3720-3826.
5. Al-Rumhi MA, Sabei SDA, Al-Noumani HS, et al. (2024). Influence of Organisational-Level Factors on Delayed Door-to-Balloon Time among Patients with ST-Elevation Myocardial Infarction. Sultan Qaboos Univ Med J, 24(2), pp.177-185.
6. Holzmann MJ, Andersson T, Doemland ML, Roux S (2023). Recurrent myocardial infarction and emergency department visits: a retrospective study on the Stockholm Area Chest Pain Cohort. Open Heart, 10(1), pp.1-9.
7. Lợi NH, Hùng PM, Chinh ĐĐ (2023). Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An. Tạp Chí Nghiên Cứu Học, 162(1), pp.237-246.
8. Thăng VV, Phong PT, Kiên NT (2019). Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp mạch vành tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018. Tạp chí Y tế Công cộng, 21, pp.1-6.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH VIÊM PHỔI THỞ MÁY LIÊN QUAN ĐẾN ELIZABETHKINGIA ANOPHELIS TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI TRUNG ƯƠNG

Thân Mạnh Hùng^{1,2}, Nguyễn Cường Thạch³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng người bệnh viêm phổi thở máy liên quan đến Elizabethkingia anophelis. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 73 bệnh nhân chẩn đoán, điều trị viêm phổi thở máy liên quan đến E. anophelis tại Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương thời gian từ 01/2020 đến tháng 5/2024. Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Triệu chứng lâm sàng chủ yếu: tăng tiết

đờm (97,3%), khó thở (94,5%), rì rào phế nang giảm (97,3%), ran nổ (90,4%). Tăng bạch cầu máu gộp ở 58,9% bệnh nhân. Phần lớn (63,0%) có tổn thương thâm nhiễm trên phim X-quang phổi. Thiếu máu chiếm 63,0% (trong đó thiếu máu vừa: 45,2%). Tổn thương gan, thận: AST: 63,0%, ALT: 46,6%, Ure: 46,6%, Creatinine: 28,8%. Tăng CRP > 10mg/LL chiếm 94,5%, Tăng PCT > 0,05 ng/L chiếm 100% (13,7% tăng > 2ng/L), 94,4% bệnh nhân có tăng D-dimer > 500 ng/L. **Kết luận:** Tăng tiết đờm là triệu chứng phổ biến nhất ở bệnh nhân viêm phổi thở máy liên quan E. anophelis. Tổn thương trên X-quang phổi chủ yếu là thâm nhiễm, phần lớn có tăng bạch cầu, thiếu máu. **Từ khóa:** Viêm phổi thở máy, Elizabethkingia anophelis

¹Bệnh viện Bệnh nhiệt đới Trung ương

²Trường Đại học Y Dược – Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Quân y 4, Cục Hậu cần, Quân khu 4

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Cường Thạch

Email: bacsythach1982@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.9.2024

Ngày duyệt bài: 18.10.2024

SUMMARY

THE CLINICAL MANIFESTATIONS, LABORATORIES OF PATIENTS WITH PNEUMONIA CAUSED BY ELIZABETHKINGIA