

- from: [https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset\\_publisher/gHbla8vOQDuS/content/80-benh-nhan-sau-ot-quy-chiu-nhung-di-chung-nhu-cau-phuc-hoi-chuc-nang-e-nang-chat-luong-song](https://moh.gov.vn/hoat-dong-cua-dia-phuong/-/asset_publisher/gHbla8vOQDuS/content/80-benh-nhan-sau-ot-quy-chiu-nhung-di-chung-nhu-cau-phuc-hoi-chuc-nang-e-nang-chat-luong-song)
2. **Anderson CS, Linto J, Stewart-Wynne EG.** A population-based assessment of the impact and burden of caregiving for long-term stroke survivors. *Stroke*. 1995 May;26(5):843–9.
  3. **Pinquart M, Sörensen S.** Differences between caregivers and noncaregivers in psychological health and physical health: A meta-analysis. *Psychol Aging*. 2003;18(2):250–67.
  4. **Beach SR, Schulz R, Williamson GM, Miller LS, Weiner MF, Lance CE.** Risk Factors for Potentially Harmful Informal Caregiver Behavior. *J Am Geriatr Soc*. 2005 Feb;53(2):255–61.
  5. **Soudagar S, Rambod M.** Prevalence of Depression, Anxiety, and Stress among Caregivers of Patients with Stroke. *Sadra Med J*. 2018 Jun 22;6(3):205–14.
  6. **Costa TFD, Viana LRDC, Silva CRRD, Bezerra TA, Pimenta CJL, Ferreira GRS, et al.** Anxiety, depression, stress and well-being in caregivers of people with stroke sequelae. *Remed Rev Min Enferm*. 2021;25:e-1383.
  7. **Phạm Thị Ngọc, Hsu SC.** Caregivers of Stroke Survivors: Factors Associated with Caregiver Burden. *Int J Caring Sci*. 2021 Aug;14(2):825–36.
  8. **World Health Organization.** 2023 [cited 2024 May 22]. Depressive disorder (depression). Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>
  9. **World Health Organization.** 2023 [cited 2023 Oct 22]. Anxiety disorders. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/anxiety-disorders>
  10. **Boyd D. The American Institute of Stress.** 2017 [cited 2023 Oct 22]. Daily Life. Available from: <https://www.stress.org/daily-life>

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA BỆNH NHÂN SỐC TIM DO NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Thị Hảo<sup>1</sup>, Đỗ Giang Phúc<sup>2</sup>, Hoàng Bùi Hải<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu này mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị của bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp:** Đây là một nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán sốc tim do nhồi máu cơ tim tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân là  $76,1 \pm 11,0$  tuổi, trong đó nam giới chiếm đa số (59,2%). Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện trung bình là  $15,1 \pm 20,8$  giờ. Trong số các bệnh nhân, 20,4% có triệu chứng phù phổi cấp khi nhập viện và 10,2% có cấp cứu ngừng tuần hoàn trước khi nhập viện. Về đặc điểm cận lâm sàng, 69,4% bệnh nhân có ST chênh lên trên điện tâm đồ và siêu âm tim phân suất tống máu thất trái thấp  $EF = 36,2 \pm 11,1\%$ . Trong quá trình điều trị, 33/49 bệnh nhân (67,3%) được can thiệp động mạch vành cấp cứu, 1/49 bệnh nhân (2,0%) được đặt bóng đối xung động mạch chủ, và 4/49 bệnh nhân (8,2%) được sử dụng VA ECMO. Tỷ lệ tử vong tại viện là 63,5%. **Kết luận:** Bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp có đặc điểm 69,4% biểu hiện ST chênh lên trên điện tâm đồ, phân suất tống máu thất trái thấp  $EF = 36,2 \pm 11,1\%$ , tổn thương nhiều thân động mạch vành đặc biệt là động mạch liên thất trước. Tỷ lệ tử vong tại viện 65,3%.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Bùi Hải

Email: [hoangbuihai@hmu.edu.vn](mailto:hoangbuihai@hmu.edu.vn)

Ngày nhận bài: 20.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.9.2024

Ngày duyệt bài: 29.10.2024

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, sốc tim, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

### SUMMARY

#### CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT OUTCOMES OF PATIENTS WITH CARDIOGENIC SHOCK DUE TO ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**Objective:** This study describes the clinical, paraclinical characteristics, and treatment outcomes of patients with cardiogenic shock due to acute myocardial infarction. **Subjects and Methods:** This is a cross-sectional descriptive study conducted on 49 patients diagnosed with cardiogenic shock due to myocardial infarction at the Emergency and Intensive Care Department, Hanoi Medical University Hospital, from January 2022 to June 2024. **Results:** The average age of the patients was  $76.1 \pm 11.0$  years, with a majority being male (59.2%). The average time from symptom onset to hospital admission was  $15.1 \pm 20.8$  hours. Among the patients, 20.4% had symptoms of acute pulmonary edema upon admission, and 10.2% experienced pre-hospital cardiac arrest. Regarding paraclinical characteristics, 69.4% of patients had ST-segment elevation on electrocardiograms, and echocardiography showed a low left ventricular ejection fraction ( $EF = 36.2 \pm 11.1\%$ ). During treatment, 33 out of 49 patients (67.3%) underwent emergency coronary intervention, 1 out of 49 patients (2.0%) received intra-aortic balloon pump support, and 4 out of 49 patients (8.2%) were treated with VA-ECMO. The in-hospital mortality rate was 63.5%. **Conclusion:** Cardiogenic shock patients showed a high rate of ST-segment elevation on electrocardiograms (69.4%) and had a low left ventricular ejection fraction ( $EF = 36.2 \pm$

11.1%) with multivessel coronary artery disease, particularly involving the left anterior descending artery. The in-hospital mortality rate was 65.3%.

**Keywords:** Acute myocardial infarction, cardiogenic shock, Hanoi Medical University Hospital.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới và số lượng người mắc ngày càng gia tăng tại Việt Nam. Sốc tim lại là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp, xảy ra ở 5- 12% các bệnh nhân do hoại tử lan rộng >40% cơ tim thất trái, biến chứng cơ học, hoặc hoại tử vùng nhỏ hơn trên nền bệnh nhân đã có suy chức năng thất trái trước đó[5]. Tỷ lệ tử vong trước kia là 80% và nhờ các tiến bộ trong cấp cứu và điều trị, tỷ lệ này giảm xuống 40-50% trong vài thập kỷ gần đây [4],[8]. Bệnh diễn biến cấp tính và tỷ lệ tử vong rất cao vẫn luôn là thách thức lớn cho các bác sỹ thực hành, đòi hỏi phát hiện sớm, chăm sóc và điều trị tích cực. Việc khôi phục, duy trì huyết động, đảm bảo tối ưu hóa oxy máu và tái tưới máu mạch vành cấp cứu... là các biện pháp điều trị chính.

Bệnh viện Đại học Y Hà Nội là cơ sở y tế đa chuyên khoa có đủ các phương tiện chẩn đoán và các biện pháp điều trị tích cực sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp, tuy nhiên chưa có nhiều thống kê báo cáo về vấn đề này tại đây nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu:** Các hồ sơ bệnh án bệnh nhân được chẩn đoán Sốc tim do nhồi máu cơ tim điều trị tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 01/2022 đến tháng 6/2024.

**2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bệnh nhân được chẩn đoán theo định nghĩa lần thứ tư toàn cầu về Nhồi máu cơ tim năm 2018 và định nghĩa sốc tim theo tiêu chuẩn thử nghiệm CULPRIT – SHOCK 2017.

**Định nghĩa toàn cầu lần thứ tư về Nhồi máu cơ tim năm 2018 [7]:** Có sự tăng troponin với ít nhất có một giá trị trên bách phân vị thứ 99, kèm theo ít nhất một trong các yếu tố sau:

- Có triệu chứng cơ năng của thiếu máu cơ tim cục bộ: cơn đau thắt ngực.
- Biến đổi ST-T mới hoặc tái xuất hiện hoặc có sự biểu hiện của block nhánh trái mới.
- Có sóng Q bệnh lý trên điện tâm đồ.
- Bằng chứng hình ảnh học mới của cơ tim mất chức năng hoặc rối loạn vận động vùng.

- Xác định huyết khối mạch vành qua chụp mạch vành hoặc khi tử thi.

**Định nghĩa sốc tim theo tiêu chuẩn thử nghiệm CULPRIT – SHOCK 2017 [8]:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có:

- \* Huyết áp tâm thu < 90 mmHg trong > 30 phút hoặc cần sử dụng thuốc vận mạch để duy trì huyết áp trên 90 mmHg.

- \* Dấu hiệu sung huyết phổi.

- \* Dấu hiệu giảm tưới máu cơ quan với ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

- Thay đổi trạng thái tinh thần.
- Lạnh da và đầu chi.
- Thiếu niệu với nước tiểu < 30ml/h.
- Lactate máu > 2 mmol/l.

**2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Sốc do các nguyên nhân khác, sốc tim không do nhồi máu cơ tim, ngừng tuần hoàn do các nguyên nhân khác, các hồ sơ bệnh án không đủ thông tin.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Cỡ mẫu: toàn bộ

Địa điểm nghiên cứu: Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Thời gian nghiên cứu: từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024.

Quy trình nghiên cứu: Thu thập dữ liệu từ hồ sơ bệnh án thỏa mãn tiêu chuẩn chẩn đoán và tiêu chuẩn loại trừ.

**2.3. Xử lý số liệu:** Bảng phần mềm thống kê SPSS phiên bản 20, dữ liệu được trình bày dưới dạng tần số và tỷ lệ % với biến định tính; dạng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn đối với biến định lượng.

**2.4. Khía cạnh đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, không làm thay đổi quy trình điều trị của mỗi bệnh nhân, thông tin của bệnh nhân được bí mật và kết quả nghiên cứu nhằm phục vụ nghiên cứu khoa học.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ tháng 1/2022 đến tháng 6/2024 chúng tôi thu thập được 49 hồ sơ bệnh án bệnh nhân đủ tiêu chuẩn vào nghiên cứu và được các kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung, tiền sử và các yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng (n = 49)**

Đặc điểm chung	
Tuổi ( $\bar{X} \pm SD$ )	76,1 $\pm$ 11,0 (min 50, max 96)
Giới (n, %)	Nam: 29 (59,2%); Nữ: 20 (40,8 %)
Tiền sử và các yếu tố nguy cơ n, (%)	
Tăng huyết áp	35 (71,5%)

Đái tháo đường	16 (32,9%)
Bệnh mạch vành mạn, đau ngực	18 (36,7%)
TS can thiệp mạch vành hoặc CABG	4 (8,2%)
Tai biến mạch não cũ	6 (12,2%)
Suy thận mạn	8 (16,3%)
<b>Đặc điểm lâm sàng</b>	
Rối loạn ý thức	27 (55%)
Tần số tim l/p	87,3 ± 38,6
Huyết áp tâm thu mmHg	100,2 ± 41,4
Đau ngực	40 (81,6%)
Khó thở	25 (71,4%)
Phù phổi cấp	10 (20,4%)
Cấp cứu ngừng tuần hoàn ngoại viện	5 (10,2%)
Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi vào viện (giờ)	15,1 ± 20,8

Tuổi trung bình là 76,1 ± 11,0 tuổi, trong đó nam giới chiếm 59,2%, nữ giới chiếm 40,8%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất là tăng huyết áp (71,5%), đái tháo đường (32,9%), bệnh mạch vành mạn, đau ngực (36,7%).

Lúc nhập viện, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực (81,6%) và khó thở (71,4%). Tỷ lệ BN có rối loạn ý thức là 55%, phù phổi cấp là 20,4%. đặc biệt tỷ lệ BN cấp cứu ngừng tuần hoàn trước viện là 10,2% và thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi vào viện là 15,1 ± 20,8 giờ.

**Bảng 2. Đặc điểm điện tâm đồ, siêu âm tim và chụp động mạch vành**

Điện tâm đồ		
ST chênh lên	34/49 (69,4%)	
Vị trí nhồi máu trong ST chênh	Thành trước	22/34 (64,7%)
	Thành dưới	12/34 (35,3%)
Rung nhĩ	11/49 (22,4%)	
Rung thất, nhịp nhanh thất	2/49 (4,1%)	
Block nhĩ thất cấp III	6/49 (12,2%)	
Siêu âm tim (44/49)		
EF %	36,2 ± 11,1%	
Có rối loạn vận động vùng	Mỏm	36/44 (81,8%)
	Vách liên thất	37/44 (84,1%)
	Thành trước	25/44 (56,8%)
	Thành sau	17/44 (38,6%)
	Thành bên	21/44 (47,7%)
	Nhiều vùng	15/44 (34,1%)
Chụp động mạch vành (33/49)	Hẹp 1 ĐMV	6/33 (18,2%)
	Hẹp 2 ĐMV	9/33 (27,3%)
	Hẹp 3 ĐMV	18/33 (54,5%)
Động mạch vành được can thiệp	LAD	17/33 (51,5%)
	LCx	8/33 (24,2%)
	RCA	11/33 (33,3%)
	LM	6/33 (18,2%)

Tỷ lệ bệnh nhân có ST chênh lên là 69,4%

trong đó nhồi máu cơ tim vùng thành trước là 64,7%. Ở 44/49 BN được siêu âm tim, rối loạn vận động vùng ở mỏm, vách liên thất, thành trước chiếm tỷ lệ lớn và EF trung bình 36,2 ± 11,1%. Ở 33/49 BN chụp mạch vành, tỷ lệ tổn thương 3 thân động mạch vành là 54,5%, động mạch thủ phạm gặp nhiều nhất cũng là LAD (51,5%), sau đó là RCA (33,3%), LCx (24,2%).

**Bảng 3. Đặc điểm xét nghiệm máu**

<b>Troponin T (ng/ml)</b>	1930,12 ± 3088,48
<b>NT-pro BNP (ng/ml)</b>	9101,96 ± 11514,45
<b>AST (U/l)</b>	196,04 ± 418,67
<b>ALT (U/l)</b>	98,00 ± 266,01
<b>Creatinin (umol/l)</b>	141,31 ± 107,94
<b>Glucose (mmol/l)</b>	12,94 ± 7,23
<b>pH</b>	7,335 ± 0,132
<b>Lactat (mmol/l)</b>	6,48 ± 5,01

Khi vào viện, nồng độ Glucose máu, creatinin, men gan và các men tim tăng cao: Glucose 12,94 ± 7,23 mmol/l, Creatinin 141,31 ± 107,94 umol/l, AST 196,04 ± 418,67 U/L; ALT 98 ± 266,01 U/L; Troponin T 1930,12 ± 3088,48 ng/ml, NT-pro BNP 9101,96 ± 11514,45 ng/ml, tình trạng toan chuyển hóa với PH 7,335 ± 0,132 và lactat máu cao 6,48 ± 5,01mmol/l.

**Bảng 4. Đặc điểm các biện pháp điều trị**

<b>Thuốc chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu, statin</b>	49 (100%)
<b>Thuốc vận mạch</b>	49 (100%)
<b>Can thiệp động mạch vành cấp cứu</b>	33 (67,3%)
<b>Thuốc tiêu sợi huyết</b>	0
<b>Phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành</b>	0
<b>Thông khí nhân tạo xâm nhập</b>	43 (87,8%)
<b>Lọc máu liên tục</b>	20 (40,8%)
<b>Đặt bóng đôi xung động mạch chủ</b>	1 (2,0%)
<b>VA ECMO</b>	4 (8,2%)

Tỷ lệ bệnh nhân được sử dụng thuốc vận mạch là 100%, thuốc chống đông, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu kép, statin 100%; can thiệp động mạch vành cấp cứu chiếm 67,3%; thông khí cơ học xâm nhập chiếm 87,8%; lọc máu liên tục 40,8%; IABP chiếm 2%; VA ECMO chiếm 8,2%.

**Bảng 5. Biến cố khi nằm viện và kết quả điều trị**

<b>Rối loạn nhịp nguy hiểm (nhịp thất, rung thất, Bloc AV 3)</b>	14/49 (28,6%)
<b>Biến chứng cơ học (thủng vách liên thất, hở van hai lá cấp, đứt dây chằng cột cơ, ép tim cấp)</b>	6/49 (12,2%)
<b>Tỷ lệ tử vong</b>	32/49 (65,3%)
<b>Ngày điều trị trung bình (ngày)</b>	5,24 ± 8,66

Biến cố tim mạch khi nằm viện: rối loạn nhịp nguy hiểm 28,6%, biến chứng cơ học 12,2%. Tỷ lệ tử vong tại viện 63,5%.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có 49 bệnh nhân, tuổi trung bình tương đối cao  $76,1 \pm 11,0$  tuổi, trong đó nam giới chiếm 59,2%, nữ giới 40,8%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trước đó: Nghiên cứu của tác giả Phùng Đình Thọ trên 56 BN (2018-2020) với tuổi trung bình  $75,3 \pm 9,4$  nam giới 57,1%, [3] Trần Việt Dũng trên 52 BN (2019 - 2020) với tuổi trung bình  $70,5 \pm 12,1$ , nam giới 63,4%, [2] tác giả Hunziker và cộng sự trên 4090 BN sốc tim từ 1994 - 2017 với tuổi trung bình là  $69,6 \pm 12,5$  [4].

Các yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp là Tăng huyết áp (71,5%), đái tháo đường (32,6%) cũng tương đồng như các tác giả trên. Qua đây cũng khẳng định tăng huyết áp và đái tháo đường luôn là thách thức lớn của các bệnh nhân Nhồi máu cơ tim và bệnh nhân tim mạch nói chung.

Bệnh nhân khi nhập viện trong tình trạng lâm sàng nặng, diễn biến rất nhanh, triệu chứng lâm sàng chủ yếu là đau ngực (81,6%) và khó thở (71,4%), tỷ lệ bệnh nhân có rối loạn ý thức là 55%, có tình trạng phù phổi cấp là 20,4% và bệnh nhân cấp cứu ngừng tuần hoàn trước viện là 10,2%. Tác giả Trần Việt Dũng cũng có tỷ lệ bệnh nhân khi vào viện có phù phổi cấp là 40,4% và cấp cứu ngừng tuần hoàn trước viện là 13,5%. [2] Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi vào viện của chúng tôi là  $15,1 \pm 20,8$  giờ. Có thể do tính chất cấp cứu và nặng nề của bệnh nên hầu hết các bệnh nhân không thể trì hoãn việc đi khám, mặt khác do bệnh nhân tự đến khám ban đầu tại bệnh viện đại học Y chiếm phần lớn 40/49, tỷ lệ bệnh nhân chuyển từ viện khác đến là 9/49.

Đặc điểm điện tâm đồ: ST chênh lên chiếm 69,4%, cho thấy Sốc tim do Nhồi máu cơ tim chủ yếu xảy ra ở bệnh nhân có ST chênh lên. Tỷ lệ này cũng rất cao trong các nghiên cứu khác: Nguyễn Mạnh Dũng là 75,5% [1] và Trần Việt Dũng là 86,5% [2].

Phân suất tổng máu thất trái EF trong nghiên cứu là  $36,2 \pm 11,1\%$  cho thấy các bệnh nhân có suy chức năng tâm thu thất trái nặng, kết quả tương đồng với tác giả Trần Việt Dũng EF =  $38,0 \pm 8,9\%$  [2], cao hơn tác giả Nguyễn Mạnh Dũng  $26,5 \pm 13,5\%$  [1] do tác giả này nghiên cứu trên các bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim được đặt bóng đối xung động mạch chủ.

Về các phương pháp điều trị, các bệnh nhân được điều trị bằng nhiều biện pháp để hồi sức,

hỗ trợ huyết động và tái tưới máu mạch vành. 100% các bệnh nhân được dùng các thuốc chống đông, thuốc chống ngưng tập tiểu cầu kép, statin theo đúng khuyến cáo điều trị nhồi máu cơ tim cấp. 100% các bệnh nhân được sử dụng các thuốc vận mạch để cải thiện cung lượng tim và áp suất tổng máu.

Tái tưới máu mạch vành là biện pháp điều trị quan trọng nhất, gồm thuốc tiêu sợi huyết, can thiệp động mạch vành qua da và phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp động mạch vành cấp cứu là 67,3% trong đó 29/33 BN có ST chênh lên, 4/33 là sốc tim do nhồi máu cơ tim không ST chênh lên với động mạch thủ phạm được xác định và can thiệp là LAD chiếm tỷ lệ 51,5%, sau đó là RCA chiếm 33,3% và LCx chiếm 24,2%. Các bệnh nhân không được chụp và can thiệp động mạch vành một phần do gia đình không đồng ý, một phần do tình trạng huyết động không ổn định, sau hội chẩn trì hoãn can thiệp. Tỷ lệ bệnh nhân dùng thuốc tiêu sợi huyết là 0% do phần lớn bệnh nhân là tự đến, 8 bệnh nhân từ các bệnh viện lân cận chuyển đến, thời gian vận chuyển dưới 120 phút, 1 bệnh nhân sốc tim do Nhồi máu cơ tim ST chênh lên chuyển từ Bệnh viện đa khoa Thanh hóa cũng không được dùng thuốc tiêu sợi huyết trước viện. Trong nhóm nghiên cứu cũng không có bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành cấp cứu.

Tỷ lệ bệnh nhân cần phải thở máy xâm nhập là 87,8%. Nghiên cứu của Carnendan và cộng sự (SHOCK study 1992- 1997), tỷ lệ thông khí nhân tạo cao và không giảm theo thời gian 79,5% (1992) và 77,4% (1997),  $p = 0,57$ . [6]

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các bệnh nhân có tình trạng suy đa cơ quan, suy thận, toan chuyển hóa với mức lactat trung bình rất cao là  $6,48 \pm 5,01$  mmol/l và tỷ lệ bệnh nhân được lọc máu liên tục là 40,8%. Tỷ lệ này ở nghiên cứu của tác giả Trần Việt Dũng là 19,2% [2], tác giả Nguyễn Mạnh Dũng là 8,8% [1].

Về các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn cơ học, chúng tôi có 1/49 (2%) bệnh nhân được đặt bóng đối xung động mạch chủ và 4/49 (8,1%) bệnh nhân được sử dụng VA ECMO. Tỷ lệ này thấp hơn nghiên cứu tại Viện tim mạch Việt Nam của tác giả Phùng Đình Thọ (32% và 14,3%) [3], tác giả Trần Việt Dũng (17,3% và 9,6%) [2].

Mặc dù được chẩn đoán sớm và điều trị tích cực, tỷ lệ tử vong trong thời gian nằm viện trong nghiên cứu của chúng tôi vẫn rất cao 65,3%. Cao hơn các tác giả Phùng Đình Thọ (51,8%) [3], tác giả Trần Việt Dũng (51,2%) [2] có thể do họ loại

bỏ các bệnh nhân không được can thiệp động mạch vành qua da; cao hơn tác giả Nguyễn Mạnh Dũng (42,2%) do loại bỏ các bệnh nhân không được đặt bóng đối xung động mạch chủ.

## V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân sốc tim do nhồi máu cơ tim cấp có tuổi trung bình cao  $76,1 \pm 11,0$  tuổi, nhiều bệnh lý nền, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường, biểu hiện lâm sàng nặng ngay khi vào viện. Về đặc điểm cận lâm sàng, 69,4% bệnh nhân có ST chênh lên trên điện tâm đồ, phân suất tống máu thất trái thấp  $EF = 36,2 \pm 11,1\%$ , tổn thương nhiều thân động mạch vành đặc biệt là động mạch liên thất trước. Về các phương pháp điều trị, can thiệp động mạch vành qua da được thực hiện với 67,3% bệnh nhân, tuy nhiên tỷ lệ áp dụng các biện pháp hỗ trợ cơ học còn thấp với 2% bệnh nhân được đặt bóng đối xung động mạch chủ, 8% bệnh nhân được sử dụng VA ECMO. Tỷ lệ tử vong tại viện 65,3%.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dũng N.M.** (2019). Nghiên cứu hiệu quả khôi phục huyết động của bóng đối xung nội động mạch chủ

trong điều trị sốc tim do nhồi máu cơ tim.

2. **Dũng T.V., Minh P.N., và Hùng P.M.** (2020). Tìm hiểu một số yếu tố tiên lượng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có sốc tim được can thiệp động mạch vành qua da thì đầu. .
3. **Phùng Đ.T.** (2020), Giá trị thang điểm IABP-SHOCK II trong tiên lượng tử vong sớm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có shock tim, Luận văn Thạc sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội.
4. **Hunziker L., Radovanovic D., Jeger R. và cộng sự.** (2019). Twenty-Year Trends in the Incidence and Outcome of Cardiogenic Shock in AMIS Plus Registry. *Circ Cardiovasc Interv*, 12(4), e007293.
5. **Tehrani B.N., Truesdell A.G., Psotka M.A. và cộng sự.** (2020). A Standardized and Comprehensive Approach to the Management of Cardiogenic Shock. *JACC Heart Fail*, 8(11), 879–891.
6. **Carnendran L.** (2001). Trends in cardiogenic shock: report from the SHOCK Study. *European Heart Journal*, 22(6), 472–478.
7. **Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. và cộng sự.** (2019). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). *European Heart Journal*, 40(3), 237–269.
8. **Thiele H., Akin I., Sandri M. và cộng sự.** (2017). PCI Strategies in Patients with Acute Myocardial Infarction and Cardiogenic Shock. *New England Journal of Medicine*, 377(25), 2419–2432.

## ĐẶC ĐIỂM CƠN HOẢNG LOẠN Ở BỆNH NHÂN ĐẾN KHÁM TẠI PHÒNG KHÁM TÂM THẦN KINH

Phạm Ánh Minh<sup>1</sup>, Ngô Tích Linh<sup>1</sup>, Trần Trung Nghĩa<sup>1</sup>,  
Phạm Thị Minh Châu<sup>1</sup>, Trương Quốc Thọ<sup>1</sup>, Ái Ngọc Phân<sup>1</sup>,  
Lê Hoàng Thế Huy<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Sương<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thi Phú<sup>1</sup>, Bùi Xuân Mạnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Cơn hoảng loạn là hội chứng thường gặp ở bệnh nhân rối loạn tâm thần, nhưng tại Việt Nam, nghiên cứu về đặc điểm cơn hoảng loạn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định đặc điểm cơn hoảng loạn ở bệnh nhân đến khám tại các phòng khám Tâm thần kinh thuộc Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM và Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. **Phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hàng loạt ca trên 103 bệnh nhân có cơn hoảng loạn từ tháng 03/2024 đến 07/2024. **Kết quả:** Tuổi khởi phát trung bình là  $38,1 \pm 14,9$  năm, nữ giới chiếm 68,9%. Tỷ lệ các rối loạn tâm thần: rối loạn lo âu (55,3%) và rối loạn hoảng loạn (24,3%) và rối loạn trầm cảm chủ yếu (21,4%) chứng sợ khoảng rộng (6,8%), rối loạn triệu chứng cơ thể (3,9%), rối loạn lưỡng cực (3,9%), và rối loạn ám

ảnh cường chế (1,0%). Triệu chứng thường gặp gồm khó thở (90,3%), hồi hộp (86,4%), và cảm giác nghẹt thở (84,5%). Các khác biệt có ý nghĩa thống kê gồm: khô miệng, cảm xúc tức giận, buồn bã và tội lỗi nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn trầm cảm chủ yếu; đau/khó chịu ngực, tê/ngứa tay chân, cơn nóng bừng/ớn lạnh, tay chân lạnh và sợ phát điên nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn lo âu; sợ chết/bệnh hiểm nghèo, cảm xúc buồn bã và tội lỗi nặng hơn ở bệnh nhân có rối loạn hoảng loạn. **Từ khóa:** cơn hoảng loạn, rối loạn lo âu, rối loạn trầm cảm chủ yếu, rối loạn hoảng loạn, triệu chứng cơ thể.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF PANIC ATTACKS IN PATIENTS VISITING THE NEUROPSYCHIATRY DEPARTMENTS

**Background:** Panic attacks are a common phenomenon in patients with mental disorders, but studies on the characteristics of panic attacks in Vietnam remain limited. **Research objective:** To identify the characteristics of panic attacks in patients visiting the neuropsychiatry clinics at the University

<sup>1</sup>Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Xuân Mạnh

Email: buixuanmanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.8.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.9.2024

Ngày duyệt bài: 25.10.2024