

MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CỬA-BÓNG TRONG CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH 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}, Nguyễn Ngọc Quang^{3,4}, Lê Thị Xuân¹, Đồng Thị Ngọc Mai²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp động mạch vành và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 201 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, sử dụng bệnh án nghiên cứu. **Kết quả:** Thời gian cửa-bóng (DTB) trung bình là $329,48 \pm 313,90$ phút, chỉ có 30,85% trường hợp có DTB ≤ 120 phút. Kết quả của hồi quy logistic hai biến cho thấy những bệnh nhân có tuổi ≥ 60 tuổi và thời gian xuất hiện triệu chứng >12 giờ có khả năng bị trì hoãn thời gian cửa bóng lần lượt cao gấp 2,402 lần [95%KTC: 1,198 - 4,814, $p=0,014$] và 2,395 lần [95%KTC: 1,189 - 4,823, $p=0,015$] so với nhóm còn lại. Có sự khác biệt về phân đoạn thời gian Nhập viện-CathLab và Nhập viện- Nong bóng, trong đó nhóm đối tượng không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện- Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB. **Kết luận:** thời gian cửa-bóng của bệnh nhân được rút ngắn khi cải thiện được thời gian Nhập viện- nong bóng.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, thời gian cửa-bóng, yếu tố liên quan.

SUMMARY

FACTORS RELATED TO DOOR-TO-BALLOON TIME IN PRIMARY CORONARY INTERVENTION FOR ST- ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS AT THANH HOA GENERAL HOSPITAL

Objective: To determine the door-to-balloon (DTB) time in primary coronary intervention and related factors. **Methods:** A prospective study was conducted on 201 patients with ST- elevation myocardial infarction, using medical records. **Results:** The average of DTB time was 329.48 ± 313.90 minutes, with only 30.85% of cases having a DTB ≤ 120 minutes. Binary logistic regression analysis showed that patients aged ≥ 60 years and with symptom onset > 12 hours had more likely to have a delayed DTB time, with odds ratios of 2.402 [95% CI: 1.198 - 4.814, $p=0.014$] and 2.395 [95% CI: 1.189 - 4.823, $p=0.015$], respectively, compared to the other

group. There was a statistically significant difference between the Door-to-CathLab time, the Door-to-Balloon time and the non-delayed DTB time with the non-delayed DTB time group is having shorter Door-to-CathLab time and DTB time compared to the delayed DTB group. **Conclusion:** DTB time was shortened when the Door-to- CathLab time was improved. **Keywords:** ST- elevation myocardial infarction, door-to-balloon time, related factors.

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 tim¹. Theo Tổ chức Y tế Thế giới, số ca mắc bệnh tim mạch nói chung, bao gồm nhồi máu cơ tim, đã gia tăng đáng kể trong hai thập kỷ qua, đặc biệt ở các quốc gia có thu nhập trung bình và thấp trong đó có Việt Nam. Đáng chú ý, khoảng một phần ba số bệnh nhân nhồi máu cơ tim sẽ tử vong và gần 50% số bệnh nhân chết trong giờ đầu tiên sau khi có triệu chứng². Việc thực hiện can thiệp động mạch vành qua da thì đầu nhằm phục hồi dòng chảy trong lòng động mạch vành bị tắc nghẽn kịp thời là rất quan trọng để cứu sống bệnh nhân STEMI³. Thời gian cửa-bóng (DTB) là một thông số quan trọng để đánh giá chất lượng can thiệp động mạch vành qua da thì đầu hiệu quả. Theo hiệp hội Tim mạch Châu Âu (ESC) 2023 thời gian cửa-bóng được khuyến cáo nên thấp hơn 120 phút, thời gian cửa-bóng được tính từ khi bệnh nhân đến bệnh viện đến khi bóng hoặc thiết bị đầu tiên được bơm phồng⁴. Tuy nhiên thời gian này còn bị trì hoãn kéo dài làm giảm phân suất tống máu thất trái, tăng tỷ lệ tử vong và những hậu quả sau này³. Giảm thiểu việc trì hoãn thời gian cửa-bóng giúp cải thiện chất lượng điều trị cho bệnh nhân. Tại Việt Nam, nhiều nghiên cứu liên quan đến thời gian cửa - bóng và các yếu tố liên quan. Kết quả chủ yếu cho thấy thời gian này thường xuyên bị trì hoãn gây kéo dài thời gian nằm viện và gia tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Bên cạnh đó, dữ liệu về các yếu tố có liên quan đến thời gian cửa-bóng còn rất hạn chế^{5,6}. Do vậy, nghiên cứu này được tiến hành với mục tiêu như sau: *Xác định thời gian cửa-bóng và các yếu tố liên quan đến trì hoãn thời gian cửa-bóng ở bệnh*

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa

²Phân hiệu trường Đại học Y Hà Nội tại Thanh Hóa

³Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Huy Hiệu

Email: huyhieuhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2025

Ngày duyệt bài: 14.2.2025

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 điều trị tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa từ tháng 4/2023 đến tháng 4/2024 đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ sau đây:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Bệnh nhân có tuổi ≥18 và đồng ý tham gia 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 Châu Âu ESC 2023⁴.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân hoặc người nhà không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên, hoặc hồ sơ bệnh án ghi chép không đầy đủ.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả tiến cứu.

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

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân thỏa mãn các tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ. Thực tế mẫu gồm toàn bộ 201 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên nhập viện và có chỉ định chụp can thiệp mạch vành.

Biến số và chỉ số nghiên cứu: Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân (giới tính, tuổi).

Tình trạng bệnh nhân lúc vào viện (huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương, phân độ Kilip), triệu chứng và thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện (giờ).

Thời gian cửa-bóng: tính từ khi bệnh nhân nhập viện đến khi được can thiệp động mạch vành (phút). Phân đoạn thời gian cửa-bóng:

+ Nhập viện - CathLab: Tính từ lúc bệnh nhân nhập viện đến lúc bệnh nhân được chuyển đến phòng can thiệp

+ CathLab - Nong bóng: Tính 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 được tính bằng tổng thời gian Nhập viện - CathLab và thời gian CathLab - Nong bóng.

Phương pháp thu thập số liệu:

Quy trình thực hiện

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

+ Bước 2: Tập huấn đội ngũ Nhân viên y tế về kiến thức và tầm quan trọng của thời gian cửa-bóng; xử lý cấp cứu ưu tiên và ghi điện tâm đồ trong vòng 10 phút khi bệnh nhân có triệu chứng, 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 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 SPSS 20.0. Kiểm tra tính phân bố chuẩn của các biến liên tục bằng Skewness/ Kurtosis test, sử dụng t-test độc lập để so sánh giá trị trung bình và Mann - Whitney test cho số liệu không phân bố chuẩn.

+ Bước 5: Viết đề tài.

Xử lý số liệu: Sau khi có số liệu Sau khi có dữ liệu trên phiếu khảo sát, nghiên cứu viên tiến hành nhập liệu vào phần mềm Excel để lưu trữ số liệu và phân tích số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Trong đó, các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả dưới dạng giá trị trung bình ± độ lệch chuẩn (Mean ± SD) hoặc dưới dạng trung vị (tứ phân vị) trong trường hợp các biến liên tục không có phân phối chuẩn. Phương pháp thống kê phân tích sử dụng các pháp kiểm định Chi-squared test hoặc Fisher Exact test để kiểm tra sự khác biệt giữa các tỷ lệ. Phân tích hồi quy logistic để xác định các yếu tố liên quan, tính OR, KTC 95%, sự khác nhau có ý nghĩa khi p < 0,05.

2.3. Đạo đức nghiên cứu. Tất cả người tham gia đều được giải thích về nghiên cứu và những lợi ích và rủi ro khi thực hiện nghiên cứu. Trong quá trình thực hiện nghiên cứu, nếu người tham gia cảm thấy không thoải mái có thể rời khỏi nghiên cứu bất cứ thời điểm nào. Tất cả những dữ liệu thu được giữ bảo mật tuyệt đối và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu và không được dùng cho bất kỳ mục đích nào khác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung về đối tượng tham gia nghiên cứu. Nghiên cứu trên 201 bệnh nhân đủ điều kiện, độ tuổi trung bình 67,36 ± 10,83 (năm), chủ yếu người tham gia thuộc độ tuổi trên 60 tuổi. Trong đó, 70,65% bệnh nhân là nam giới.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân can thiệp mạch

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân can thiệp mạch khi nhập viện

Đặc điểm	Giá trị (%)
Huyết áp tâm thu (mmHg)	127,53±23,38
Huyết áp tâm trương (mmHg)	76,92±10,45
Triệu chứng vào	Đau ngực 200 (99,50%)

viện	Khác	1 (0,50%)
Thời gian xuất hiện triệu chứng	≤12h	134 (66,67%)
	>12h	67 (33,33%)
Phân độ Kilip	Kilip I/II	194 (96,52%)
	Kilip III/IV	7 (3,48%)

Nhận xét: Giá trị trung bình huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương của bệnh nhân trong giới hạn bình thường. Bệnh nhân vào viện với lý do đau ngực chiếm đa số 99,50%. Trong đó, thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện ≤12h chiếm 66,67% 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%.

3.3. Một số đặc điểm về thời gian nhập viện

Bảng 2. Phân đoạn thời gian với thời gian cửa-bóng

Phân đoạn thời gian	Trung bình (phút)
Nhập viện - CathLab	312,45 ± 314,14
CathLab - Nong Bóng	17,02 ± 5,56
Cửa - Bóng	329,48 ± 313,90

Nhận xét: Trung bình các phân đoạn: thời

Bảng 3. Mối liên quan giữa đặc điểm nhân khẩu học với trì hoãn thời gian cửa-bóng

Đặc điểm	Tổng	Không trì hoãn DTB (n=62)		Trì hoãn DTB (n=139)		OR (95% KTC)	p
		n	%	n	%		
Giới							
Nam	142	47	75,81%	95	68,35%	1,451 (0,734 - 2,871)	0,285
Nữ	59	59	24,19%	44	11,65%		
Tuổi							
<60 tuổi	43	20	32,26%	23	16,55%	2,402 (1,198 - 4,814)	0,014
≥60 tuổi	158	42	67,74%	116	83,45%		
Triệu chứng							
Đau ngực	200	62	100%	138	99,28%	-	1,000
Khác	1	0	0%	1	0,72%		
Thời gian							
≤12h	134	49	79,03%	85	61,15%	2,395 (1,189 - 4,823)	0,015
>12h	67	13	20,97%	54	38,85%		
Kilip							
Kilip I/II	194	58	93,55%	136	97,84%	0,320 (0,069 - 1,474)	0,320
Kilip III/IV	7	4	6,45%	3	2,16%		

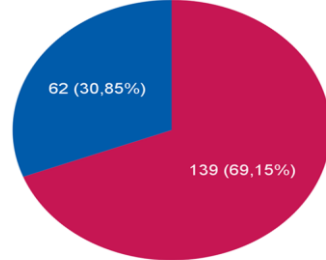
Nhận xét: Yếu tố tuổi và thời gian xuất hiện triệu chứng có ảnh hưởng đến thời gian DTB của bệnh nhân STEMI. Bệnh nhân thuộc nhóm tuổi ≥60 tuổi, có thời gian xuất hiện triệu chứng >12h có xu hướng tăng thời gian cửa-bóng dẫn đến trì hoãn thời gian cửa-bóng gấp 2,402 lần [95%KTC: 1,198 - 4,814] và 2,395 lần [95%KTC: 1,189 - 4,823] so với nhóm còn lại.

Bảng 4. Phân bố các trường hợp có thời gian cửa-bóng bị trì hoãn và không bị trì hoãn trong các khoảng thời gian (phút)

Phân đoạn thời gian	n=201			p
	Trung bình	Không trì hoãn DTB (n=62)	Trì hoãn DTB (n=139)	
Nhập viện - Cathlab	312,45 (10 - 1344)	70,42 (10 - 106)	420,40 (103 - 1344)	0,039
Cathlab - Nong bóng	17,03 (5 - 45)	17,19 (5 - 45)	16,99 (5 - 40)	0,446
Nhập viện - Nong bóng	329,48 (29 - 1354)	87,61 (29 - 120)	437,36 (121 - 1354)	0,026

Nhận xét: Có sự khác biệt về phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện-Nong

gian Nhập viện- CathLab là 312,45 ± 314,14 phút, thời gian CathLab- Nong bóng 17,02 ± 5,56 phút. Thời gian cửa-bóng trung bình là 329,48 ± 313,90 phút. Trong đó, thời gian cửa-bóng ngắn nhất là 29 phút, dài nhất là 1354 phút.



● Trì hoãn thời gian cửa-bóng (>120 phút) ● Không trì hoãn thời gian cửa-bóng (≤120 phút)

Biểu đồ 1. Khảo sát thời gian cửa-bóng của bệnh nhân

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 là 30,85%.

3.4. Một số yếu tố ảnh hưởng đến trì hoãn thời gian cửa-bóng

bóng ở 2 nhóm bệnh nhân không trì hoãn DTB và trì hoãn DTB. Trong đó, nhóm đối tượng

không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện- Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB, điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Không tìm thấy sự khác biệt giữa 2 nhóm đối tượng về thời gian CathLab- Nong bóng.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ bệnh nhân được nhập viện sớm trong vòng 12 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng ban đầu còn thấp, tỷ lệ nhập viện muộn sau 12 giờ lại khá cao. Trong nghiên cứu của Griffin ACG và cộng sự cho thấy, với người bệnh nhập viện muộn hơn 12 giờ từ khi xuất hiện triệu chứng làm giảm khả năng được tái thông mạch vành bằng PCI và kéo dài thời gian cửa-bóng, gia tăng việc chậm trễ thời gian cửa-bóng của bệnh nhân⁷. Phần lớn bệnh nhân có phân độ Kilip I/II, tỷ lệ bệnh nhân thuộc phân độ Kilip III/IV là 3,48% thấp hơn kết quả trong các nghiên cứu trước đây^{5,6,8}.

Thời gian trung bình Nhập viện- CathLab trong nghiên cứu là $312,45 \pm 314,14$ phút, dài hơn so với kết quả trong các nghiên cứu của Võ Văn Thắng tại Cần Thơ là 153,35 phút, Nguyễn Huy Lợi tại Nghệ An là 206,64 phút^{6,8}. Trung bình phân đoạn thời gian CathLab-Nong bóng là $17,02 \pm 5,56$ phút, tương đồng với kết quả trong các nghiên cứu trước đây⁶. Trung bình thời gian cửa-bóng trong nghiên cứu của chúng tôi 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), phân đoạn thời gian này bị ảnh hưởng chủ yếu là do sự kéo dài thời gian Nhập viện- CathLab^{5,6,8}. Bên cạnh đó, có thể nhận thấy khoảng thời gian này có biên độ dao động lớn, từ 29 đến 1354 phút, biên độ này bị ảnh hưởng bởi rất nhiều yếu tố khi 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.

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 Lợi, 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 chế⁵. Các lý do khiến trì hoãn thời gian cửa-bóng gồm: các vấn đề về thủ tục, bệnh nhân không ổn định hoặc không có sự thống nhất của gia đình bệnh nhân. Đa phần, những lý do này đều chủ quan có thể khắc phục, đây là điều rất có ý nghĩa trong việc giảm trì hoãn thời gian cửa

bóng của bệnh nhân. 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 vong⁹.

Có sự liên quan giữa yếu tố tuổi và thời gian xuất hiện triệu chứng với trì hoãn thời gian cửa-bóng, trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, bệnh nhân có tuổi trên 60 tuổi, thời gian xuất hiện triệu chứng trên 12 giờ thì có tỷ lệ trì hoãn thời gian cửa bóng lần lượt cao gấp 2,402 lần [95%KTC: 1,198 - 4,814] và 2,395 lần [95%KTC: 1,189 - 4,823] so với nhóm đối tượng còn lại, điều này tương tự với kết quả các nghiên cứu của Griffin ACG và cộng sự khi tìm thấy mối liên quan giữa tuổi cao và trì hoãn thời gian cửa bóng⁷. Trong nhiều nghiên cứu đã chỉ ra lợi ích rõ ràng của việc chụp động mạch vành và PCI khi có chỉ định trên những bệnh nhân đến khám trong vòng 12 giờ từ khi có triệu chứng⁴.

Ngoài ra, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tìm thấy sự khác biệt trong phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện- Nong bóng ở 2 nhóm bệnh nhân không trì hoãn DTB và trì hoãn DTB. Trong đó, nhóm đối tượng không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện- Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB, điều này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này tương đồng với các kết quả của nghiên cứu trước đây⁸. Sự ảnh hưởng của các phân đoạn thời gian có ý nghĩa lớn đối với thời gian cửa-bóng. Nghiên cứu của Võ Văn Thắng cho thấy, các nguyên nhân có ảnh hưởng đến các phân đoạn thời gian cũng có ảnh hưởng trực tiếp đến việc trì hoãn thời gian cửa-bóng⁶. Do đó, cần nâng cao năng lực của đội ngũ nhân viên y tế, đồng thời xây dựng mô hình quản lý bệnh nhân STEMI để rút ngắn thời gian cửa bóng

V. KẾT LUẬN

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 còn cao, chiếm 69,15%.

Yếu tố tuổi và thời gian xuất hiện triệu chứng có mối tương quan với sự trì hoãn thời gian cửa-bóng của bệnh nhân STEMI, với bệnh nhân thuộc nhóm tuổi >60 tuổi, có thời gian xuất hiện triệu chứng ≥ 12 h có xu hướng gia tăng trì hoãn thời gian cửa-bóng so với nhóm còn lại.

Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và

Nhập viện- Nong bóng ở 2 nhóm bệnh nhân không trì hoãn DTB và trì hoãn DTB. Trong đó, nhóm đối tượng không trì hoãn DTB có phân đoạn thời gian Nhập viện- CathLab và Nhập viện-Nong bóng ngắn hơn so với nhóm đối tượng trì hoãn DTB.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thygesen K, Alpert JS, White HD, et al. (2007) Universal Definition of Myocardial Infarction. *Circulation*, 116(22), pp.2634-2653.
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(1), pp.206. doi:10.1186/s12872-023-03231-w
3. Karkabi B, Meir G, Zafrir B, et al. (2021) Door-to-balloon time and mortality in patients with ST-elevation myocardial infarction undergoing primary angioplasty. *Eur Heart J Qual Care Clin Outcomes*, 7(4), pp.422-426. doi:10.1093/ehjqcco/qcaa037
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. <https://www.escardio.org/Guidelines/Clinical-Practice-Guidelines/Acute-Coronary-Syndromes-ACS-Guidelines>
5. 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. doi:10.52852/tcncyh.v162i1.1368
6. 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.
7. Griffin ACG, Yildiz M, Bradley S, et al. (2023) Frequency and outcomes of STEMI patients presenting between 12 and 24 h after symptom onset: Late-presenting STEMI. *Catheter Cardiovasc Interv Off J Soc Card Angiogr Interv*, 101(1), pp.1-10. doi:10.1002/ccd.30495
8. 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*. 2024, 24(2), pp.177-185. doi:10.18295/squmj.12.2023.089
9. Namdar P, Yekefallah L, Jalalian F, et al. (2021) Improving Door-to-Balloon Time for Patients With Acute ST-Elevation Myocardial Infarction: A Controlled Clinical Trial. *Curr Probl Cardiol*, 46(3). doi:10.1016/j.cpcardiol.2020. 100674

HOẠT ĐỘNG SỐNG HẰNG NGÀY VÀ CÁC YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN BỆNH PARKINSON MỚI CHẨN ĐOÁN

Trần Ngọc Tài^{1,3}, Nguyễn Đình Nguyên^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Khởi đầu điều trị thuốc ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán phụ thuộc vào sự suy giảm về chức năng và/hoặc chất lượng cuộc sống. Hoạt động sống hằng ngày được xem là một trong những phần cốt lõi để đánh giá suy giảm chức năng nhưng chưa được nghiên cứu đầy đủ. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày theo thang điểm MDS – UPDRS phần II và các yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang thực hiện trên những bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán theo tiêu chuẩn của Hội bệnh Parkinson và Rối loạn vận động thế giới năm 2015 tại phòng khám Parkinson và Rối loạn vận động, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 11/2022 đến

tháng 06/2023. Các đối tượng tham gia được thu thập dữ liệu nhân khẩu học, đặc điểm lâm sàng, và thang đo MDS – UPDRS. Số liệu được xử lý bằng phần mềm Rstudio-2023.06.01 và Epidata 4.6.0.6. **Kết quả:** Có tất cả 61 bệnh nhân bệnh Parkinson thỏa tiêu chuẩn. Tỉ lệ bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán có ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày dựa trên thang điểm MDS – UPDRS phần II là 91,80%. Các khía cạnh trong phân loại hoạt động sống hằng ngày cơ bản bị ảnh hưởng có tỉ lệ lần lượt là sử dụng dụng cụ để ăn (78,69%), mặc quần áo (73,77%), vệ sinh cá nhân (63,93%), xoay trở trên giường (63,93%), bước ra khỏi giường (68,85%), bước đi và thăng bằng (80,33%). Các khía cạnh trong phân loại hoạt động sống hằng ngày có sử dụng công cụ bị ảnh hưởng là chữ viết (73,77%), sở thích và các hoạt động khác (65,57%). Phân tích hồi quy đa biến, các yếu tố ảnh hưởng đến hoạt động sống hằng ngày ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán là điểm MDS – UPDRS phần I ($p = 0,005$) và điểm MDS – UPDRS phần III ($p = 0,01$). **Kết luận:** Ảnh hưởng hoạt động sống hằng ngày là rất phổ biến ở bệnh nhân bệnh Parkinson mới chẩn đoán theo thang đo MDS – UPDRS phần II. Các triệu chứng vận động (MDS-UPDRS phần III) và ngoài vận động (MDS-UPDRS phần I) có tương quan độc lập với hoạt động sống hằng ngày của bệnh nhân.

Từ khóa: Hoạt động sống hằng ngày, bệnh Parkinson, mới chẩn đoán.

¹Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đà Nẵng

³Bệnh Viện Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Ngọc Tài

Email: tai.tn@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.12.2024

Ngày phản biện khoa học: 15.01.2025

Ngày duyệt bài: 13.2.2025