

gian nằm viện thì thời gian chờ mổ ít hay nhiều hơn 12 giờ đề khoáng kéo dài thời gian nằm viện, và kết quả này tương tự nghiên cứu của O.Claydon [3].

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân viêm ruột thừa đến bệnh viện trước hay sau 24 giờ cũng như được mổ trước hay sau 12 giờ đều không làm tăng tỉ lệ viêm ruột thừa có biến chứng, không tăng biến chứng sau mổ và không kéo dài thời gian nằm viện có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bhangu A, et al.** Acute appendicitis: modern understanding of pathogenesis, diagnosis, and management. *The Lancet*. 2015, 386(10000):p1278-1287.
2. **Drake FT, et al.** Time to appendectomy and risk of perforation in acute appendicitis. *JAMA Surg*. 2014, 149(8):837-44.

3. **Claydon O, Down B and Kumar S.** Patient Outcomes Related to In-Hospital Delays in Appendicectomy for Appendicitis: A Retrospective Study. *Cureus*. 2022, 14(3):e23034.
4. **van Dijk ST, et al.** Meta-analysis of in-hospital delay before surgery as a risk factor for complications in patients with acute appendicitis. *Br J Surg*. 2018, 105(8):933-945.
5. **Livingston EH, et al.** Disconnect between incidence of nonperforated and perforated appendicitis: implications for pathophysiology and management. *Ann Surg*. 2007, 245(6):886-92.
6. **Jalava K, et al.** Role of preoperative in-hospital delay on appendiceal perforation while awaiting appendicectomy (PERFECT): a Nordic, pragmatic, open-label, multicentre, non-inferiority, randomised controlled trial. *The Lancet*. 2023, 402(10412):1552-1561.
7. **Bhangu A.** Safety of short, in-hospital delays before surgery for acute appendicitis: multicentre cohort study, systematic review, and meta-analysis. *Ann Surg*. 2014, 259(5):894-903.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ THỜI GIAN CỬA-DÂY DẪN TRONG CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TIỀN PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN

Trần Hòa^{1,2*}, Triệu Quang Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da. 2) Xác định thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu trên 107 bệnh nhân STEMI nhập viện Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024. **Kết quả:** STEMI vùng thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với 49 (45,8%), vùng thành trước chiếm 44 (41,1%), vùng trước vách chiếm 15 (14,0%). Thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút (56-88), tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%. Các phân đoạn của thời gian cửa-dây dẫn: nhập khoa cấp cứu-đo điện tâm đồ: 3 phút, đo điện tâm đồ-chẩn đoán STEMI: 8 phút, chẩn đoán STEMI-hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp: 12 phút, hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp-bệnh nhân đến cath-lab: 14 phút, nhập viện-đến cath-lab: 39 phút, đến cath-lab-đâm kim: 11 phút, đâm kim-dây dẫn qua sang thương: 11 phút. **Kết luận:** trong nghiên cứu của

chúng tôi thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút, tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%.

Từ khóa: thời gian cửa-dây dẫn, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

SUMMARY

STUDY ON CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS, AND DOOR-TO-WIRE TIME IN PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: to describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing primary percutaneous coronary intervention (PCI) and to determine the door-to-wire time in primary PCI for STEMI patients. **Methods:** this retrospective study was conducted on 107 STEMI patients admitted to the University Medical Center Ho Chi Minh City and undergoing primary PCI according to the European Society of Cardiology guidelines from January 2024 to April 2024. **Results:** Inferior STEMI was the most common type, accounting for 49 cases (45.8%), followed by anterior STEMI in 44 cases (41.1%) and septal STEMI in 15 cases (14.0%). The median door-to-wire time was 59 minutes (range: 56–88 minutes), with 61.7% of cases meeting the target time. The median times for each segment of the door-to-wire process were as follows: emergency department arrival to ECG: 3 minutes, ECG to STEMI diagnosis: 8 minutes, STEMI diagnosis to consultation with an

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hòa

Email: tranhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

interventional cardiologist: 12 minutes, Cardiologist consultation to patient arrival at the catheterization lab: 14 minutes, Hospital admission to catheterization lab: 39 minutes, Catheterization lab arrival to needle puncture: 11 minutes, Needle puncture to wire crossing the lesion: 11 minutes. **Conclusion:** in our study, the median door-to-wire time was 59 minutes, with 61.7% of cases achieving the target time.

Keywords: door-to-wire time, ST-elevation myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

“Thời gian cửa-bóng” (Door-to-balloon time) là một trong những thước đo được đề xuất như là một công cụ để đánh giá sự trì hoãn thời gian tái tưới máu cơ tim. Các công trình nghiên cứu như: GUSTO-IIb (Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute Coronary Syndromes trial) [1], NRM (National Registry of Myocardial Infarction) [2] đều cho thấy rằng thời gian cửa-bóng ≤ 90 phút sẽ giúp cải thiện tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp ST chênh lên. Từ đó, thời gian cửa-bóng ≤ 90 phút [2] được xem là tiêu chuẩn về thời gian trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên. Bên cạnh đó, thời gian cửa - bóng còn là thước đo để đánh giá năng lực, khả năng đáp ứng với các trường hợp STEMI của cơ sở y tế có triển khai can thiệp mạch vành. Tuy nhiên, xuất phát từ quan điểm “thời gian là cơ tim” nên các nhà lâm sàng luôn mong muốn giảm hơn nữa sự trì hoãn thời gian tái tưới máu cơ tim. Do đó, Hướng dẫn quản lý bệnh nhân STEMI năm 2017 của Hội Tim mạch châu Âu đã đưa ra khái niệm “thời gian cửa-dây dẫn” thay thế khái niệm “thời gian cửa-bóng”, với mục tiêu hướng đến là ≤ 60 phút. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Võ Văn Thắng và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017-2018 [3], lấy mốc thời gian ≤ 120 phút, nhưng tỉ lệ cũng dừng ở mức 21%. Tại Việt Nam, nghiên cứu nhằm rút ngắn thời gian cửa-bóng của Hoàng Quốc Hoà và cộng sự thực hiện đã giúp tỉ lệ đạt thời gian cửa-bóng tăng từ 10% lên 52,6% [4] với mốc thời gian cửa-bóng ≤ 90 phút. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu: nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với các mục tiêu sau: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da. 2) Xác định thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân STEMI nhập Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu, trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, bệnh nhân được chẩn đoán STEMI theo Hội Tim mạch châu Âu [2] thông qua ECG, nhập Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được điều trị can thiệp mạch vành qua da tiên phát, trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024, bệnh nhân có thời gian khởi phát triệu chứng ≤ 12 giờ hoặc >12 giờ mà vẫn còn các triệu chứng gợi ý thiếu máu cục bộ, huyết động không ổn định hoặc rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có 1 trong các đặc điểm sau đây không được đưa vào nghiên cứu, đó là: bệnh nhân có thời gian khởi phát triệu chứng >12 giờ mà không còn triệu chứng gợi ý thiếu máu cục bộ tiến triển, không rối loạn huyết động hoặc rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng; bệnh nhân được chẩn đoán STEMI từ các khoa nội trú; bệnh nhân không có biểu hiện ECG STEMI tại thời điểm nhập viện; bệnh nhân thiếu thông tin trên bệnh án điện tử (BAĐT); bệnh nhân STEMI không đồng ý can thiệp mạch vành qua da tiên phát; bệnh nhân STEMI không được can thiệp mạch vành tiên phát (bao gồm: đã được tiêu sợi huyết trước đó, can thiệp cứu vãn, can thiệp chương trình sau NMCT cấp); bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu

Đặc điểm chung: tuổi, giới, dân tộc, địa dư, tiền căn bệnh.

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: giờ nhồi máu, nhập viện, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, Killip, biến chứng, vùng nhồi máu, troponin, CK-MB, NT-proBNP, bilan lipid, điện tâm đồ.

Thời gian cửa-dây dẫn của dân số nghiên cứu được can thiệp mạch vành qua da tiên phát: Giờ dây dẫn bắt đầu qua sang thương (hiển thị trên phần mềm PACS)-giờ nhập viện trên bệnh án điện tử.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0, biến định tính là tần số và tỷ lệ, biến định lượng là trung bình \pm độ lệch chuẩn, so sánh hai trung bình dùng kiểm định Independent Sample T-test. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-

squared test hoặc Fisher’s exact test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số quyết định 1317/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25/12/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu. Trong tổng số 107 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 78 bệnh nhân nam chiếm 72,9%, trung bình độ tuổi của dân số nghiên cứu là 61,9 ± 13,5 tuổi, trung bình chỉ số BMI là 23,5 ± 3,1 kg/m². Phần lớn bệnh nhân trong dân số nghiên cứu là dân tộc Kinh (94, 87,9%). Nơi sinh sống chủ yếu là TP. Hồ Chí Minh (45, 42,1%). Về tiền căn bệnh lý nội khoa, trong 107 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu có 80 (75,5%) bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, 60 (56,1%) bệnh nhân có tiền căn rối loạn lipid máu, 38 (35,5%) có tiền căn đái tháo đường.

3.2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm quá trình bệnh lý của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (n = 107)
Giờ nhồi máu, giờ	11,8±10,1
Thời điểm nhập viện, n (%)	
Giờ hành chính	38 (35,5)
Ngoài giờ hành chính	69 (64,5)
Bảo hiểm y tế, n (%)	
Không	21 (19,6)
Có	86 (80,4)
Hình thức nhập viện, n (%)	
Chuyển viện	78 (72,9)
Tự đến	29 (27,1)
Số triệu chứng nhập viện, n(%)	
1 triệu chứng	21 (19,6)
2 triệu chứng	56 (52,3)
3 triệu chứng	21 (19,6)
4 triệu chứng	9 (8,5)
Triệu chứng nhập viện, n (%)	
Đau ngực	102 (95,3)
Khó thở	59 (55,1)
Vã mồ hôi	33 (30,8)
Đau hàm, cổ, đau tê vai, cánh tay	24 (22,4)
Đau thượng vị, buồn nôn	8 (7,5)
Ngất, ngưng tim	2 (1,9)

Về triệu chứng nhập viện, phần lớn bệnh nhân nhập viện với 2 triệu chứng chiếm 56 (52,34%) trường hợp, bệnh nhân nhập viện với 1 hoặc 3 triệu chứng cùng chiếm 21 (19,6%), bệnh nhân nhập viện với 4 triệu chứng chiếm 9 (8,5%) trường hợp

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (n = 107)
Huyết áp tâm thu, mmHg	121,6±26,2
Huyết áp tâm trương, mmHg	74,1±13,9
Tần số tim nhập viện, lần/phút	82,2±18,6
Độ bão hòa oxy (SpO ₂), %	95,4±3,3
Nhịp thở, lần/phút	19,2±2,8
Phân độ Killip, n (%)	
Killip I	94 (87,9)
Killip II	7 (6,5)
Killip III	1 (0,93)
Killip IV	5 (4,7)
Biến chứng, n (%)	
Không biến chứng	82 (76,6)
Suy bơm	12 (11,2)
Rối loạn nhịp tim	9 (8,4)
Suy bơm và rối loạn nhịp tim	4 (3,7)
Vùng nhồi máu lúc nhập viện, n (%)	
Thành trước	44 (41,1)
Trước vách	15 (14,0)
Trước mòm	3 (2,8)
Thành bên	5 (4,7)
Thành sau	49 (45,8)
Thành dưới	12 (11,2)
Thất phải	
Hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn, n (%)	
Không	92 (86,0)
Có	15 (14,0)
Tương thích chẩn đoán, n (%)	
Không	11 (10,3)
Có	96 (89,7)

Về vùng nhồi máu được chẩn đoán tại thời điểm nhập viện thông qua ECG, STEMI vùng thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với 49 (45,8%), vùng thành trước chiếm 44 (41,1%), vùng trước vách chiếm 15 (14,0%), nhồi máu thất phải chiếm 12 (11,2%), vùng mòm chiếm 11 (10,3%), nhồi máu thành sau chiếm 5 (4,7%), nhồi máu thành bên chiếm 3 (2,8%).

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (n = 107)
hs Troponin I, ng/L	2913 (518-9279)
CK-MB, U/L	124 (41-284)
NTproBNP, ng/L	325 (131-1051)
Creatinin huyết thanh, mg/dL	0,9±0,4
Độ lọc cầu thận ước tính, mL/phút/1,73 m ²	80,4±22,4
Cholesterol toàn phần, mg/dL	161 (98-180)
HDL cholesterol, mg/dL	38 (37-52)
LDL cholesterol, mg/dL	134 (111-172)
Triglyceride máu, mg/dL	196 (145-210)

Giá trị trung vị hs-troponin I lần đầu của dân số nghiên cứu là 2913 ng/L (518-9279), trung vị của CK-MB là 124 U/L (41-284), trung vị của nồng độ NT-proBNP của dân số nghiên cứu là 325 ng/L (131-1051).

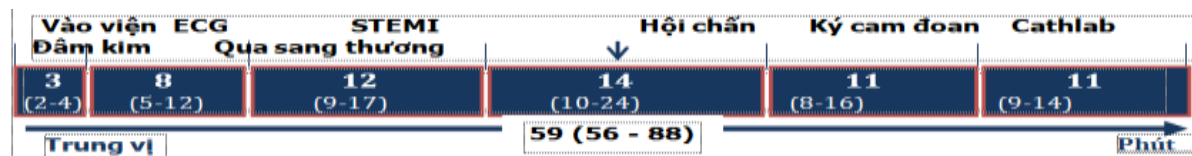
Bảng 4. Đặc điểm điện tâm đồ dân số nghiên cứu tại thời điểm nhập viện

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu (n = 107)
Nhịp cơ bản trên ECG, n (%)	
Nhịp xoang	72 (67,3)
Nhịp nhanh xoang	12 (11,2)
Nhịp chậm xoang	15 (14,0)
Rung nhĩ	3 (2,8)
Block nhĩ thất	5 (4,7)
Tần số tim cơ bản, lần/phút	79,8 ± 19,6
Dạng chẩn đoán STEMI, n (%)	
STEMI	103 (96,3)
Tương đương STEMI	4 (3,7)
Trung bình độ chênh đoạn ST, mm	2,3 ± 1,4
Độ chênh của đoạn ST, n (%)	

Chênh ≤2mm	70 (65,4)
Chênh >2mm	37 (34,6)
Hình ảnh soi gương trên ECG, n (%)	
Không hình ảnh soi gương	70 (65,4)
Có hình ảnh soi gương	37 (34,6)

Nhịp tim cơ bản trên ECG là nhịp xoang chiếm tỉ lệ cao nhất với 72 (67,3%) trường hợp, nhịp nhanh xoang là 12 (11,2%) trường hợp, nhịp chậm xoang 15 (14,0%) trường hợp, rung nhĩ và block nhĩ thất chiếm tỉ lệ thấp nhất với lần lượt chiếm 3 (2,8%) và 5 (4,7%) trường hợp. Trong dân số nghiên cứu, chẩn đoán STEMI thông qua đoạn ST chênh là chủ yếu với 103 (96,3%) trường hợp, dạng chẩn đoán tương đương STEMI chỉ chiếm 4 (3,7%) trường hợp.

3.3. Thời gian cửa-dây dẫn của dân số nghiên cứu được can thiệp mạch vành qua da tiên phát



Sơ đồ 1. Thời gian cửa dây dẫn và các phân đoạn của dân số nghiên cứu

Đối với dân số nghiên cứu, trung vị thời gian cửa – dây dẫn là 59 (56-88) phút, tỉ lệ đạt mục tiêu thời gian cửa – dây dẫn của dân số nghiên cứu là 66 (61,7%) bệnh nhân với mục tiêu thời gian cửa – dây dẫn ≤60 phút. Các phân đoạn thời gian chiếm thời gian nhiều nhất trong tổng thời gian cửa – dây dẫn của quy trình đó là: phân đoạn từ khi bác sĩ khoa TMCT hội chẩn đến khi bệnh nhân được đưa

đến cath-lab đơn vị can thiệp nội mạch đứng đầu với 14 (10-24) phút, tiếp theo là phân đoạn từ lúc chẩn đoán STEMI được thiết lập tại khoa Cấp cứu đến khi bác sĩ khoa TMCT hội chẩn chiếm 12 (9-17) phút, tuy nhiên với mục tiêu theo đề ra theo quy trình xử trí của Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM là 15 phút thì tỉ lệ trường hợp đạt mục tiêu này là 75 (70,1%) trường hợp.

Bảng 5. Thời gian cửa – dây dẫn và các phân đoạn thời gian cửa – dây dẫn của dân số nghiên cứu được can thiệp mạch vành qua da tiên phát

Thời gian cửa – dây dẫn và các phân đoạn	Thời gian thực tế, phút	Mục tiêu (phút)	Tỉ lệ đạt mục tiêu N (%)
Nhập khoa cấp cứu-đo điện tâm đồ	3 (2-4)	10	106 (99,1)
Đo điện tâm đồ-chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên	8 (5-12)		
Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên-hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp	12 (9-17)	15	75 (70,1)
Hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp-bệnh nhân đến cath-lab	14 (10-24)		
Nhập viện - Cath-lab	39 (32 – 53)		
Đến cath-lab-đâm kim	11 (8-16)	5	23 (21,5)
Đâm kim-dây dẫn qua sang thương	11 (9-14)		
Thời gian cửa – dây dẫn	59 (56-88)	≤ 60	66 61,7)

Phân đoạn nhanh nhất trong quy trình xử trí bệnh nhân STEMI được can thiệp mạch vành qua da tiên phát đó là phân đoạn từ lúc bệnh nhân nhập khoa Cấp cứu Bệnh viện Đại học Y Dược TP.HCM đến lúc bệnh nhân được đo ECG

lần đầu, phân đoạn này chỉ chiếm 3 (2-4) phút trong quy trình, so với mục tiêu đưa ra là 10 phút cho phân đoạn này, tỉ lệ trường hợp được đo ECG đúng với thời gian mục tiêu là 106 (99,1%) trường hợp.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của đối tượng nghiên cứu. Trung bình thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện của dân số nghiên cứu là $11,8 \pm 8,1$ giờ. Thời gian này trong nghiên cứu của chúng tôi lớn hơn trong nghiên cứu của tác giả Võ Văn Thắng và cộng sự, trung bình thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện được báo cáo trong nghiên cứu là $6,14 \pm 3,62$ giờ [3]. Tuy không báo cáo con số trung bình cụ thể, nhưng nghiên cứu của tác giả Hoàng Quốc Hòa và cộng sự cũng cho thấy thời gian này có xu hướng ≤ 6 giờ, với tỉ lệ bệnh nhân có thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện ≤ 6 giờ chiếm 86,7% [4]. Nhìn chung, phần lớn bệnh nhân STEMI nhập viện trong vòng 12 giờ đầu từ khi khởi phát triệu chứng. Về thời gian nhập viện, phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi nhập viện ngoài giờ hành chính với tỉ lệ 64,5%. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của tác giả Võ Văn Thắng với tỉ lệ 61,7% [3], nhưng cao hơn tỉ lệ trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura là 58,7% [5]. Trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura, bệnh nhân nhập viện ngoài giờ hành chính có xu hướng làm gia tăng sự trì hoãn thời gian cửa-dây dẫn (OR=1,53, KTC 95% 1,27-1,84) [5]. Nghiên cứu của tác giả Trần Đăng Lâm cũng cho thấy bệnh nhân nhập viện ngoài giờ hành chính có xu hướng kéo dài thời gian cửa-dây dẫn hơn, với bệnh nhân nhập viện ngoài giờ hành chính có thời gian cửa-dây dẫn là $140 \pm 46,8$ phút so với thời gian cửa-dây dẫn của bệnh nhân nhập viện trong giờ hành chính có trung bình là $112,6 \pm 43,6$ phút ($p < 0,05$) [6].

4.2. Thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. Với mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn ≤ 60 phút, tỉ lệ đạt mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi là 66 (61,7%) trường hợp. Đây là mốc mục tiêu bám sát vào các khuyến cáo gần đây của Hội Tim mạch châu Âu về chẩn đoán và điều trị STEMI vào các năm 2017 và 2023. Mục tiêu này theo chúng tôi đánh giá là khó khăn để đạt được tỉ lệ cao. Đa phần các nghiên cứu mà chúng tôi so sánh sử dụng mốc "Thời gian cửa-bóng" ≤ 90 phút là đạt mục tiêu, mục tiêu này thực hiện theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Hoa Kỳ/Trường y môn Tim mạch Hoa Kỳ. Trong nghiên cứu của Hoàng Quốc Hòa và cộng sự tỉ lệ đạt thời gian cửa-bóng là 52,6% [4], nghiên cứu của Trần Đăng Lâm là 29,2% [6]. Trong nghiên cứu

của tác giả Võ Văn Thắng, mức mục tiêu thời gian cửa-bóng được nghiên cứu là ≤ 120 phút [3]. Có thể thấy rằng, tỉ lệ đạt mục tiêu cũng như mốc thời gian đạt mục tiêu trong nghiên cứu của chúng tôi đạt mức khá khả quan. Điều này có thể do thời gian tiến hành nghiên cứu của chúng tôi là thời điểm kỹ thuật chập và can thiệp mạch vành đã trở nên phổ biến hơn so với thời điểm các nghiên cứu trước đây tiến hành, đồng nghĩa với việc quy trình chẩn đoán và điều trị STEMI đã được thực hiện bài bản, điều này giúp cho thời gian cửa-dây dẫn được rút ngắn khá đáng kể trong nghiên cứu của chúng tôi.

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút, tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%. Các phân đoạn của thời gian cửa-dây dẫn: nhập khoa cấp cứu-đo điện tâm đồ: 3 phút, đo điện tâm đồ-chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên: 8 phút, chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên-hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp: 12 phút, hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp-bệnh nhân đến cath-lab: 14 phút, nhập viện-đến cath-lab: 39 phút, đến cath-lab-đâm kim: 11 phút, đâm kim-dây dẫn qua sang thương: 11 phút.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Berger Peter B., et al. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the global use of strategies to open occluded arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-IIb) trial. 1999. **100**(1). p.14-20.
2. Ibanez B., et al. The 2017 ESC STEMI Guidelines. 2018. **39**(2). p.79-82.
3. Võ Văn Thắng, Nguyễn Trung Kiên. 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. Luận văn chuyên khóa cấp 2. 2019.
4. Hoàng Quốc Hòa. Rút ngắn 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 Nhân dân Gia Định. Tim mạch học Việt Nam. Cập nhật ngày 07/03/2012. <https://timmachhoc.vn/rut-ngn-thi-gian-ca-bong-trong-can-thip-mch-vanh-tien-phat-bnh-nhan-nhi-mau-c-tim-cp-st-chenh-len-ti-bnh-vin-nhan-dan-gia-nh/>
5. Ikemura N, et al. Barriers associated with door-to-balloon delay in contemporary Japanese practice. 2017. CJ-16-0905.
6. Trần Đăng Lâm. Đánh giá kết quả áp dụng quy trình "cải tiến chất lượng" trong việc giảm thời gian "cửa-bóng" ở các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Viện Tim mạch Việt Nam. Luận văn Chuyên khoa cấp II. Trường Đại học Y Hà Nội. 2020.

KHẢO SÁT THỰC TRẠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN RỐI LOẠN LO ÂU Ở SINH VIÊN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Nguyễn Ngọc Lê¹, Lê Minh Hoàng¹, Lê Thị Gái¹, Huỳnh Quang Thái Huy¹,
Lý Quốc Y¹, Thiên Vạn Phúc¹, Võ Đỗ Kim Như Ý¹, Nguyễn Văn Thống¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Rối loạn lo âu là một vấn đề sức khỏe tâm thần rất phổ biến hiện nay, ảnh hưởng đến hàng triệu người trên thế giới, trong đó có sinh viên. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tỉ lệ, đặc điểm và tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang với 400 sinh viên ngành Y khoa tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm học 2023-2024. Đánh giá tình trạng rối loạn lo âu theo thang điểm GAD-7, với tổng điểm GAD < 7 là không lo âu và GAD ≥ 7 là rối loạn lo âu. **Kết quả:** Tỉ lệ rối loạn lo âu là 49,2%. Các yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu gồm có giới tính, tuổi, năm học, kết quả học tập, thể thao, đọc sách hoặc xem phim, đoàn hội, cảm thấy nội quy khó khăn, lịch học và lịch trực, rớt môn, học lại của sinh viên ($p \leq 0,5$). **Kết luận:** Rối loạn lo âu lưu hành với tỉ lệ cao trong sinh viên có khả năng ảnh hưởng đến kết quả học tập và chất lượng cuộc sống sinh viên. Nhà trường cần có nhiều quy định và chính sách hỗ trợ tạo điều kiện thoải mái trong học tập cho sinh viên, song song với đó sinh viên cần phân bổ thời gian học tập hợp lý, tích cực tham gia các hoạt động ngoại khóa nhiều hơn để phòng tránh các rối loạn lo âu. **Từ khóa:** Rối loạn lo âu, GAD-7, sinh viên y khoa.

SUMMARY

SURVEY ON THE PREVALENCE AND ASSOCIATED FACTORS OF ANXIETY DISORDERS AMONG MEDICAL STUDENTS AT CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY

Background: Anxiety disorders are a very common mental health problem today, affecting millions of people around the world, including students. **Study Objective:** To describe the prevalence, and characteristics, and investigate some factors associated with anxiety disorders. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study design was used with 400 medical students at Can Tho University of Medicine and Pharmacy in the 2023-2024 academic year. Assess anxiety disorders using the GAD-7 scale, with a total GAD score < 7 being non-anxious and a GAD score ≥ 7 being an anxiety disorder. **Results:** The rate of severe anxiety disorder was 49.2%. Factors associated with severe anxiety

disorder included gender, age, year of study, academic performance, sports participation, reading books or watching movies, union membership, perceived difficulties with regulations, study, and on-duty schedules, failing subjects, and retaking subjects ($p < 0.5$). **Conclusion:** Anxiety disorder is highly prevalent among students and can potentially affect their academic performance and quality of life. The university needs to have more regulations and supportive policies to create a comfortable learning environment for students, while students need to allocate their study time reasonably and actively participate in more extracurricular activities to prevent anxiety disorders. **Keywords:** Anxiety disorders, GAD-7, medical students.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn lo âu (RLA) hiện đang là một vấn đề sức khỏe tâm thần rất phổ biến hiện nay, ảnh hưởng đến hàng triệu người trên thế giới, trong đó có sinh viên. Nếu không được phát hiện sớm và can thiệp kịp thời thì tình trạng này sẽ làm giảm năng suất học tập, lao động và ảnh hưởng rất lớn đến chất lượng cuộc sống của những người đang mắc phải tình trạng này, thậm chí nguy hiểm hơn có thể dẫn đến hành vi tự ngược đãi bản thân bằng bạo lực và có thể tự sát [1].

Các báo cáo gần đây đã cho thấy những dữ liệu đáng báo động về xu hướng các rối loạn lo âu và các yếu tố liên quan đến lo âu trong sinh viên. Ngoài ra cũng có một số báo cáo khác được công bố nêu ra một số giải pháp giúp giảm tình trạng lo âu trong sinh viên [2]. Tuy nhiên, các nghiên cứu về lĩnh vực này đối với sinh viên ngành sức khỏe tại Việt Nam nói chung và miền tây Nam Bộ nói riêng còn hạn chế và chưa đầy đủ. Từ những dữ kiện trên chúng tôi thực hiện đề tài "Khảo sát thực trạng và một số yếu tố liên quan đến lo âu ở sinh viên Trường Đại học Y Dược Cần Thơ năm học 2023-2024" với mục tiêu là mô tả tỉ lệ tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến rối loạn lo âu ở sinh viên Y khoa, Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chí lựa chọn:** Sinh viên ngành Y khoa từ năm thứ nhất đến năm thứ sáu đang theo học tại Trường Đại học Y Dược Cần Thơ trong thời gian tiến hành nghiên cứu.

- **Tiêu chí loại trừ:** Sinh viên bị đình chỉ

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Thống

Email: nvthong.gv@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 7.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025