

2018. 12(1): p. 43.
3. **Huvos, A.G., J.C. Lucas, Jr., and F.W. Foote, Jr.,** Metaplastic breast carcinoma. Rare form of mammary cancer. N Y State J Med, 1973. 73(9): p. 1078-82.
 4. **Pezzi, C.M., et al.,** Characteristics and treatment of metaplastic breast cancer: analysis of 892 cases from the National Cancer Data Base. Ann Surg Oncol, 2007. 14(1): p. 166-73.
 5. **Zhang, Y., et al.,** Clinicopathological features and prognosis of metaplastic breast carcinoma: experience of a major Chinese cancer center. 2015. 10(6): p. e0131409.
 6. **Carter, M.R., et al.,** Spindle cell (sarcomatoid) carcinoma of the breast: a clinicopathologic and immunohistochemical analysis of 29 cases. Am J Surg Pathol, 2006. 30(3): p. 300-9.
 7. **Higa, J., et al.,** A case of spindle cell carcinoma of the breast with a review of 35 cases reported in Japan between 2004 and 2006. 2007. 22: p. 340-343.
 8. **Moten, A.S., S.N. Jayarajan, and A.I. Willis,** Spindle cell carcinoma of the breast: a comprehensive analysis. Am J Surg, 2016. 211(4): p. 716-21.
 9. **Khan, H.N., et al.,** Spindle cell carcinoma of the breast: a case series of a rare histological subtype. Eur J Surg Oncol, 2003. 29(7): p. 600-3.
 10. **Tian, W. and D. Xu,** Diagnosis and Management of Multiple Carcinosarcoma of the Breast in a Young Chinese Patient. Breast Care (Basel), 2012. 7(2): p. 147-149.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CHỈ SỐ TRIGLYCERIDE - GLUCOSE VÀ KẾT CỤC NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI CÓ HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Trần Thiên Phúc¹, Nguyễn Thượng Nghĩa²,
Phạm Hòa Bình¹, Nguyễn Thanh Huân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Các yếu tố dự báo kết cục xấu trong hội chứng mạch vành cấp tính rất quan trọng trong thực hành lâm sàng vì bệnh động mạch vành là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, nhập viện vì hội chứng vành cấp tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024. **Kết quả:** Trong 165 đối tượng nghiên cứu từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024 tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy. Chỉ số TyG với cut off $> 9,0$ có thể dự báo các biến cố tim mạch bất lợi lớn với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 62,39% và 35,71% KTC 95% (0.382 - 0.571). Người cao tuổi tỉ lệ gặp biến cố nội viện MACE ở nhóm có chỉ số "TyGi cao" cao hơn nhóm có chỉ số "TyGi thấp" (62,39% so với 37,61%). Tương quan thuận mạnh giữa chỉ số TyG và mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm Gensini có ý nghĩa thống kê với $p=0,031$, KTC 95% (0.803-16.784). **Kết luận:** TyG có thể không phải là dấu hiệu hữu ích để dự đoán tiên lượng nội viện ở những bệnh nhân được chẩn đoán mắc ACS. Nhưng đường như người cao tuổi tỉ lệ gặp biến cố nội viện MACE ở nhóm có chỉ số "TyGi cao" cao hơn nhóm có chỉ số "TyGi thấp". **Từ khóa:** Chỉ số Triglyceride - Glucose, hội chứng vành cấp, người cao tuổi

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN TRIGLYCERIDE - GLUCOSE INDEX AND IN-HOSPITAL OUTCOMES IN ELDERLY PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Objective: Predictors of adverse cardiovascular events in acute coronary syndrome are crucial in clinical practice since coronary artery disease is the leading cause of death worldwide. **Subjects and Methods:** Patients ≥ 60 years old, hospitalized for acute coronary syndrome at the Department of Interventional Cardiology, Cho Ray Hospital from September 2024 to December 2024. **Results:** In 165 subjects studied from September 2024 to December 2024 at the Department of Interventional Cardiology, Cho Ray Hospital. The TyG index with cut off > 9.0 can predict major adverse cardiovascular events with a sensitivity and specificity of 62.39% and 35.71%, respectively, 95% CI (0.382 - 0.571). In the elderly, internal use of MACE events was higher in the "high TyGi" group than in the "low TyGi" group (62.39% vs. 37.61%). The strong positive correlation between the TyG index and the degree of stenosis of coronary artery lesions by the Gensini score was statistically significant with $p=0.031$, 95% CI (0.803-16.784). **Conclusion:** TyG may not be a useful marker for predicting in-hospital prognosis in patients diagnosed with ACS. However, larger sample sizes, longer follow-up periods, and multicenter studies are needed to confirm our findings. **Keywords:** Triglyceride - Glucose index, acute coronary syndrome, elderly

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nghiên cứu này nhằm mục đích đánh giá giá trị của chỉ số glucose triglyceride (TyG) trong việc

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Huân

Email: huannguyen@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 23.4.2025

dự đoán các biến cố tim mạch bất lợi lớn (MACE) ở những bệnh nhân mắc hội chứng vành cấp.

Bệnh tim thiếu máu cục bộ hoặc bệnh động mạch vành mạn là một thuật ngữ rộng bao gồm hội chứng vành cấp (ACS), vẫn chiếm phần lớn các ca tử vong trên toàn thế giới (16% tổng số ca tử vong và gần một phần ba tổng số ca tử vong trên toàn cầu)².

Lão hóa càng cao càng ảnh hưởng sâu sắc đến sức khỏe của người cao tuổi. Cùng với sự gia tăng tuổi tác, những thay đổi trong cấu trúc và chức năng tim mạch đẩy nhanh sự tiến triển của CHD và ở bệnh nhân cao tuổi có tổn thương nặng hơn³. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng TyGi có liên quan đến nhiều yếu tố nguy cơ của CHD, ví dụ như tăng huyết áp, tiểu đường, béo phì và hội chứng chuyển hóa, đồng thời nó cũng có thể giúp dự đoán tiên lượng của bệnh nhân mắc CHD và tái hẹp trong stent (ISR). Tuy nhiên, trong số các nghiên cứu lâm sàng về tiên lượng cho bệnh nhân ACS có rất ít nghiên cứu về giá trị tiên lượng của TyGi, đặc biệt với đối tượng người cao tuổi (chưa được báo cáo rõ ràng), cơ chế bệnh sinh chưa được làm rõ⁴.

Chỉ số Triglyceride-Glucose (TyGi) là một dấu ấn sinh học chính xác về tình trạng kháng insulin, gián tiếp đánh giá tình trạng đề kháng insulin thông qua nồng độ glucose và triglyceride huyết tương lúc đói, đề kháng insulin được coi là yếu tố trung tâm trong sự phát triển của bệnh đái tháo đường và các bệnh lý tim mạch⁵.

Chỉ số TyG dễ dàng áp dụng bằng cách đo lượng triglyceride lúc đói và lượng đường trong máu lúc đói và sau đó áp dụng một phương trình đặc biệt: $TyGi = \ln [Triglyceride \text{ lúc đói (mg/dL)} * Glucose \text{ huyết tương lúc đói (mg/dL)} / 2]^4$

Các kết quả CAD & ACS khác nhau, chẳng hạn như dự đoán MACE, là mục tiêu chính của nghiên cứu này, điểm canxi động mạch vành, trong tái hẹp stent, rung nhĩ mới khởi phát và mức độ nghiêm trọng của CAD bằng chụp động mạch vành, đã được liên kết với chỉ số TyG.

Mục tiêu: - Mối tương quan giữa chỉ số TyGi và kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp.

- Khảo sát các yếu tố liên quan đến kết cục

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thu nhận được 165 bệnh nhân ≥ 60 tuổi.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng liên quan đến kết cục nội viện (MACE)

Đặc điểm	Mean $\pm$ SD	Kết cục		Giá trị P
		Có	Không	
Tuổi	69,84 $\pm$ 6,58	70,38 $\pm$ 6,58	68,78 $\pm$ 6,59	0,059 [●]
Nữ, n (%)	61 (36,97%)	41 (37,61%)	20 (35,71%)	0,81 [†]
Chiều cao	160 $\pm$ 6,7	160,9 $\pm$ 0,6	160,1 $\pm$ 0,9	0,47 [*]

nội viện ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: cắt ngang mô tả.

Thời gian thực hiện: từ tháng 9 năm 2024 đến tháng 12 năm 2024.

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 60 tuổi, nhập viện vì hội chứng vành cấp tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy

Cỡ mẫu: Có 165 người bệnh

Kỹ thuật chọn mẫu: chọn mẫu liên tục.

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

Tiêu chuẩn nhận vào: bệnh nhân ≥ 60 tuổi, đồng ý tham gia nghiên cứu. Được chụp mạch vành qua da ghi nhận hẹp động mạch vành có ý nghĩa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu. Bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn nhận vào. Bệnh nhân có tình trạng nhiễm trùng mãn tính, ung thư, viêm khớp dạng thấp, suy gan nặng, tăng huyết áp động mạch phổi, bệnh van tim nặng, nghi ngờ tăng triglyceride máu mang tính chất gia đình (triglyceride $\geq 5,65$ mmol/L), chỉ số khối cơ thể cực cao (BMI) ≥ 45 kg/m², rối loạn tâm thần kinh.

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân sẽ được thu thập thông tin bằng phiếu thu thập số liệu đã được chuẩn bị trước.

Nồng độ huyết tương tĩnh mạch của cholesterol toàn phần (TC), triglyceride (TG), lipoprotein-C mật độ thấp (LDL-C), lipoprotein-C mật độ cao (HDL-C), FBG, các chỉ số này được lấy từ máu tĩnh mạch ngoại biên được lấy từ bệnh nhân đói qua đêm (> 8 giờ) trong vòng 24h sau nhập viện. Các chỉ số còn lại được lấy mẫu xét nghiệm vào thời điểm nhập viện. Các mẫu máu được phân tích bằng các kỹ thuật sinh hóa tiêu chuẩn Xử lý số liệu:

Số liệu được lưu trữ bằng phần mềm excel và xử lý bằng phần mềm SPSS.

Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu này đã được thông qua bởi Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 1835/ĐHYD-HĐĐĐ ngày 06 tháng 08 năm 2024.

Cân nặng	57.94 ± 8.17	57,47±0,75	58,88±1,19	0,31 ⁺
BMI	22.44 ± 2.81	22,17±2,44	22,98±3,4	0,07 [⊙]
HATT	131.61 ± 25.06	130,0 ± 2,4	134,71±3,33	0,26 ⁺
HATr	76.89 ± 12.76	76,54±1,25	77,59±1,64	0,62 ⁺
LVEF	46.80 ± 10	42,41±0,84	55,51±0,75	<0,001 ⁺
Suy yếu, n (%)	69 (41.82%)	52 (47,71%)	17 (30,36%)	0,032 ⁺
Tiền căn bệnh lý				
THA	130 (78,79%)	85 (85,9%)	45 (44,1%)	0,724 [⊙]
ĐTĐ 2	47 (28,48)	32 (29,36%)	15 (26,79%)	0,729 [⊙]
RLLP	55 (33,33%)	31 (28,44%)	24 (42,86%)	0,063 [⊙]
HTL	80 (48,48%)	55 (50,46%)	25(44,64%)	0,479 [⊙]
BTM	7 (4.24%)	5 (4,59%)	2 (3,57%)	1.00 [⊙]
Chỉ số xét nghiệm				
cTnI (ng/mL)	14847,21±249465,51	18354,11±3329,02	8021,28±1609,23	0,005 [⊙]
FGB (mg/dL)	140.27±64.73	144,58±6,32	125,57±6,54	0,052 [⊙]
TC (mg/dL)	187,13±47.45	185,57±4,58	190,17±6,27	0,56 ⁺
TG (mg/dL)	184,86±91.83	174,80±8,41	204,44±12,96	0,034 [⊙]
LDLc (mg/dL)	140,26±48,48	138,9±4,81	141,42±6,16	0,75 ⁺
HDLc (mg/dL)	37,75±11,65	37,69±1,24	37,87±1,14	0,32 [⊙]
TyGi index	9,27±0,68	9,25 ± 0,65	9,28±0,08	0,62 [⊙]
Thể hội chứng vành cấp				
ST chênh lên, n (%)	64 (37.79%)	53(48,62%)	11 (19,64%)	0.001 ⁺
Không ST chênh, n (%)	84 (50.91%)	49(44,95%)	35 (62,5%)	0.033 ⁺
UA, n (%)	17 (10.30%)	7(6,42%)	10 (17,86%)	0,022 ⁺
Grace score	147,85±35,8	157,99±3,54	128,12±3,1	<0,001 [⊙]
Vị trí tổn thương				
LAD, n (%)	89 (53,94%)	62 (56,88%)	27 (48,21%)	0,290 ⁺
LCx, n (%)	31 (18,79%)	18 (16,51%)	13 (23,21%)	0,297 ⁺
RCA, n (%)	59 (35,76%)	38 (34,86%)	21 (37,5%)	0,738 ⁺
LM, n (%)	35 (21,74%)	25 (23,81%)	10 (17,86%)	0,383 ⁺
Bệnh nhiều nhánh, n (%)	173 (81,99%)	88 (80,73%)	43 (76,79%)	0,553 ⁺
Gensini score	53,15±35,08	59,02±3,57	41,73±3,61	0,002 [⊙]

PCI, Can thiệp mạch vành qua da; EF, Chức năng tâm thu thất trái; TC, total cholesterol; LDL-C, low-density lipoprotein-cholesterol; HDL-C, high-density lipoprotein-cholesterol; HATT, huyết áp tâm thu; HATr, huyết áp tâm trương; THA, tăng huyết áp; ĐTĐ 2, đái tháo đường típ 2; RLLP, rối loạn lipid máu; HTL, hút thuốc lá; BTM, bệnh thận mạn; FPG, Đường huyết đói; UA, Unstable angina – Đau thắt ngực không ổn định;

⁺Kiểm định Chi bình phương; [⊙] Kiểm định Fisher; *Kiểm định t, [⊙]Kiểm định Mann-Whitney

Nhận xét: Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,8, trong đó Nữ chiếm 36,97%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của Tuổi, giới, FGB, TC, TyGi ở 2 nhóm. Mức độ suy tim, tình trạng suy yếu, thể hội chứng vành cấp, thang điểm Gensini, thang điểm Grace cao hơn ở nhóm gặp biến cố bất lợi, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.05$).

Bảng 2. Kết cục lâm sàng và chỉ số TyG (n=165)

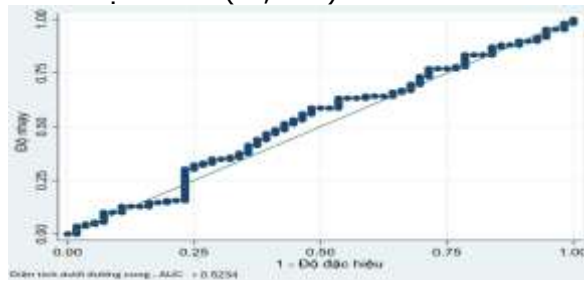
Kết cục	Tổng, n (%)	TyGi (Mean±SD)
---------	-------------	----------------

Death, n (%)	7 (4,24%)	9,49±0,51
CD, n (%)	5 (3,03%)	9,35±0,54
RLN, n (%)	20 (12,12%)	9,14±0,64
HF, n (%)	96 (58,18%)	9,26±0,67
CS, n (%)	20 (12,12%)	9,23±0,57
CABG, n (%)	9 (5,45%)	8.98±0.75
rePCI	5 (3,03%)	9,26±0.59
MCS	3 (1,82%)	9,24±0.31
MACE, n (%)	109 (66,06%)	9,25±0.67

Death, Tử vong do mọi nguyên nhân; CD, Cardiac death, tử vong do tim mạch; RLN, Rối loạn nhịp; HF, Heart failure, suy tim; CS, Cardiogenic shock, choáng tim; CABG, hướng xử trí cần mổ bắc cầu động mạch vành; rePCI, nhồi máu cơ tim tái phát cần tái can thiệp mạch vành; MCS, Mechanical Circulatory Support, dụng cụ hỗ trợ tim mạch.

Nhận xét: Trong 109 bệnh nhân số bệnh nhân gặp biến cố bất lợi (MACE) chiếm 66,06%, TyGi trung bình 9,25, trong đó suy tim sau nhồi máu cơ tim 96 bệnh nhân (58,18%), Tử vong do mọi nguyên nhân 7 bệnh nhân (4,24%), Choáng

tim 20 bệnh nhân (12,12%).



Hình 1. Đường cong ROC của chỉ số TyG trong dự đoán các biến cố nội viện

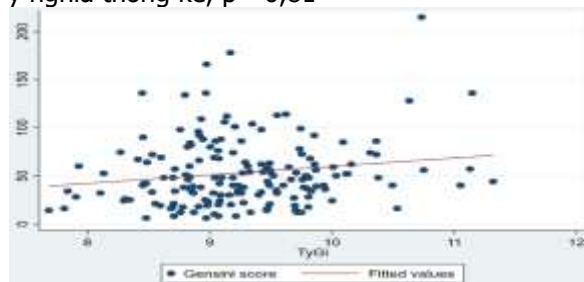
Nhận xét: Phân tích đường cong ROC cho thấy chỉ số TyGi là yếu tố dự báo cho các biến cố tim mạch bất lợi lớn với diện tích dưới đường cong (AUC) là 0,523. Chỉ số TyG với cut off > 9,0 có thể dự báo các biến cố tim mạch bất lợi lớn với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 62,39% và 35,71% KTC 95% (0.382 - 0.571).

Bảng 3. TyGi và đặc điểm lâm sàng

Lâm sàng	TyGi thấp (<9.0), n (%)	TyG cao (≥9.0), n (%)	Giá trị P
UA	6 (35,29%)	11 (64,71%)	0,88 [†]
NSTEMI	30 (35,71%)	54 (64,29%)	0,734 [†]
STEMI	25 (39,06%)	39 (60,94%)	0,658 [†]
MACE	41 (37,61%)	68 (62,39%)	0,811 [†]

[†]Kiểm định Chi bình phương

Nhận xét: Không có sự khác biệt MACE giữa 2 nhóm TyGi, nhưng người cao tuổi tỉ lệ gặp biến cố nội viện MACE ở nhóm có chỉ số "TyGi cao" cao hơn nhóm có chỉ số "TyGi thấp" (62,39% so với 37,61%), kết quả này không có ý nghĩa thống kê, p=0,81



Hình 2. Tương quan giữa chỉ số TyG và điểm số Gensini score bệnh mạch vành

Nhận xét: Phân tích mô hình hồi quy tuyến tính giữa điểm số Gensini với TyGi cho thấy có sự tương quan thuận mạnh giữa chỉ số TyG và mức độ tổn thương động mạch vành bằng thang điểm Gensini có ý nghĩa thống kê với p=0,031, KTC 95% (0,803-16,784).

Bảng 4. Mối liên quan giữa kết cục lâm sàng với một số yếu tố liên quan ở người cao tuổi

	Hồi quy tuyến	Hồi quy tuyến
--	---------------	---------------

	tính đơn biến		tính đa biến	
	Hệ số hồi quy β	p	Hệ số hồi quy β	p
Tuổi	0,04	0,14	-	-
Giới (Nữ)	0,08	0,81	-	-
BMI	-0,1	0,08	-	-
Suy yếu	0,738	0,034	0,969	0,95
Hút thuốc lá	0,233	0,479	-	-
Tăng huyết áp	-0,144	0,724	-	-
Bệnh thận mạn	0,26	0,76	-	-
Rối loạn lipid máu	-0,63	0,064	-	-
TroponinI	<0,001	0,038	<0,001	0,099
Đường huyết đói	0,006	0,065	-	-
Triglyceride	-0,003	0,052	-	-
TyGi	-0,069	0,778	-	-
Total Cholesterol	-0,002	0,554	-	-
LDLc	-0,001	0,752	-	-
HDLc	-0,001	0,925	-	-
Non-HDLc	-0,001	0,75	-	-
LVEF	-0,209	<0,001	-0,196	<0,001
Gensini score	0,018	0,004	0,009	0,26
Grace score	0,036	<0,001	0,02	0,027

LVEF: Chức năng tâm thu thất trái (%)

Nhận xét: Kết quả hồi quy tuyến tính đa biến cho thấy điểm Grace score lúc nhập viện và Chức năng tâm thu thất trái EF liên quan đến kết cục lâm sàng nội viện ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này thu thập được 165 bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Dân số nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $69,8 \pm 6,6$ tuổi. Không có sự khác biệt tương quan giữa chỉ số TyGi và kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành cấp. Chức năng tâm thu thất trái, thang điểm Grace là những yếu tố liên quan đến kết cục bất lợi ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp.

Mối liên quan giữa TyGi và kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận chỉ số TyGi cao có tỉ lệ gặp biến cố bất lợi xấu cao hơn ở nhóm có chỉ số TyGi thấp, tuy nhiên sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê (p = 0,81). Chỉ số TyG với cut off > 9,0 có thể dự báo các biến cố tim mạch bất lợi lớn với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 62,39% và 35,71%. Các phân tích tổng hợp trước đây cũng đã xem xét mối quan hệ giữa chỉ số TyG và tiên lượng của bệnh nhân mắc hội chứng vành cấp⁶. Nghiên cứu của Wenjie Wang⁵ và cộng sự trên 101.113 bệnh nhân có độ tuổi trung bình > 60, cho thấy

nguy cơ mắc MACE trong bệnh viện tăng lên khi chỉ số TyG tăng sau khi điều chỉnh các yếu tố có liên quan, bệnh nhân có chỉ số TyG >9,5 cho thấy nguy cơ MACE trong bệnh viện tăng so với bệnh nhân có chỉ số TyG <9,1 [HR = 1,253, 95% CI 1,121– 1,400 và HR = 1,604, 95% CI 1,437–1,791).

Điểm số Gensini về mức độ tổn thương động mạch vành có tỉ lệ tương quan thuận mạnh với chỉ số TyG với $p=0,031$, KTC 95% (0,803–16,784). Điều này tương đồng với kết quả của Xu Geng⁷ và cộng sự cho thấy rằng Chỉ số TyG ở những bệnh nhân mắc CAD trung bình và nặng cao hơn so với những bệnh nhân mắc CAD nhẹ, phân tích hồi quy cho thấy nguy cơ CAD trung bình và nặng với giá trị tỷ lệ chênh lệch (OR) là 2,595, $p = 0,016$.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của người cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp. Tuổi trung bình trong nghiên cứu là 69,8, trong đó nữ chiếm 36,97%. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của Tuổi, giới, BMI, rối loạn lipid máu, Tăng huyết áp giữa 2 nhóm có biến cố và không có biến cố, điều này cũng được tìm thấy trong nghiên cứu của Jiao⁴ và cộng sự. Trong Nghiên cứu của chúng tôi tìm thấy tỉ lệ suy tim sau nhồi máu cơ tim tỉ lệ 58,16%, tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Quyền¹ với tỉ lệ suy tim sau nhồi máu cơ tim là 50,5%.

Các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành cấp. Trong phân tích đơn biến điểm Gensini càng cao càng liên quan đến kết cục xấu nhiều hơn, $p=0,004$. Kết quả tương tự cũng được báo cáo trên nghiên cứu của Erkan Yildirim⁸ và cộng sự cho thấy trên 539 bệnh nhân, 416 (77,2%) là nam và độ tuổi trung bình là $59,14 \pm 12,68$ tuổi, Điểm Gensini có liên quan độc lập với tỷ lệ tử vong trong bệnh viện ở STEMI. Phân tích đơn biến cũng cho thấy mức độ suy yếu liên quan đến kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp, $p = 0,034$. Điều này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Thế Quyền cũng cho thấy suy yếu ảnh hưởng đến kết cục MACE nội viện ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành cấp¹. Mức độ Tăng TnI cũng là một trong những yếu tố dự báo kết cục xấu nội viện, $p=0,0038$. Tuy nhiên phân tích hồi quy đa biến cho thấy 3 yếu tố trên không cho thấy kết quả có ý nghĩa thống kê, điều này có thể được giải thích do cỡ mẫu còn nhỏ, nghiên cứu đơn trung tâm.

Bên cạnh đó, điểm Grace và chức năng tâm thu thất trái lúc nhập viện tương quan nghịch

mạnh với mức kết cục nội viện ở bệnh nhân cao tuổi có hội chứng vành cấp, có ý nghĩa thống kê $p < 0,05$.

V. KẾT LUẬN

Không tìm thấy mối tương quan giữ tỉ số TyGi với kết cục lâm sàng ở bệnh nhân cao tuổi nhập viện vì hội chứng vành cấp. Chỉ số TyG với cut off > 9,0 có thể dự báo các biến cố tim mạch bất lợi lớn với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 62,39% và 35,71%. Người cao tuổi tỉ lệ gặp biến cố nội viện ở nhóm có chỉ số "TyGi >9,0" cao hơn nhóm có chỉ số "TyGi <9,0" (62,39% so với 37,61%), sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê.

TyG có thể không phải là dấu hiệu hữu ích để dự đoán tiên lượng nội viện ở những bệnh nhân được chẩn đoán mắc ACS. Tuy nhiên, cần có quy mô mẫu lớn hơn, thời gian theo dõi dài hơn và các nghiên cứu đa trung tâm để xác nhận những phát hiện của chúng tôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Quyền NT.** Ảnh hưởng của suy yếu đến kết cục lâm sàng trên bệnh nhân cao tuổi nhồi máu cơ tim cấp có st chênh lên được can thiệp mạch vành qua da tiên phát, Đại Học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh; 2018.
2. **Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS, et al.** Heart disease and stroke statistics—2016 update: a report from the American Heart Association. 2016;133(4):e38–e360.
3. **Ungvari Z, Tarantini S, Sorond F, Merkely B, Csiszar AJJotACoC.** Mechanisms of vascular aging, a geroscience perspective: JACC focus seminar. 2020;75(8):931–941.
4. **Jiao Y, Su Y, Shen J, et al.** Evaluation of the long-term prognostic ability of triglyceride-glucose index for elderly acute coronary syndrome patients: a cohort study. 2022;21(1):3.
5. **Wang W, Yang J, Wang K, et al.** Association between the triglyceride-glucose index and in-hospital major adverse cardiovascular events in patients with acute coronary syndrome: results from the improving care for cardiovascular disease in China (CCC)-acute coronary syndrome project. 2024;23(1):170.
6. **Li J, Ren L, Chang C, Luo LJH, Research M.** Triglyceride-glucose index predicts adverse events in patients with Acute Coronary Syndrome: a Meta-analysis of Cohort studies. 2021;53(09): 594–601.
7. **Geng X, Zhang X, Li X, Zhong C, Hou MJC,** Thrombosis/Hemostasis A. Triglyceride-glucose index as a valuable marker to predict severity of coronary artery disease: a retrospective cohort study. 2024;30:10760296241234320.
8. **Yildirim E, Iyisoy A, Celik M, et al.** The relationship between Gensini score and in-hospital mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. 2017;30:32–41.