

CÁC YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG BIẾN CỐ TIM MẠCH CHÍNH NỘI VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP DƯỚI 40 TUỔI

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Nhật Tài^{1,2},
Nguyễn Minh Kha^{1,2}, Võ Duy Tường², Hoàng Văn Sỹ^{1,2}

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng vành cấp (HCVC) đang ngày càng gặp ở người trẻ với yếu tố nguy cơ và biểu hiện lâm sàng khác biệt so với người lớn tuổi. Việc nhận diện đặc điểm và yếu tố tiên lượng giúp cá thể hóa điều trị ở nhóm đặc biệt này. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và yếu tố tiên lượng trong nội viện ở bệnh nhân HCVC ≤ 40 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu bệnh nhân HCVC tuổi từ 18–40, được chụp và can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2021 đến 4/2024. **Kết quả:** Tổng cộng 120 bệnh nhân, tuổi trung vị 36, nam giới chiếm 89,2% (tỉ lệ nam:nữ = 9:1). Yếu tố nguy cơ thường gặp: thừa cân/béo phì (67,5%), rối loạn lipid máu (62,5%), hút thuốc (37,5%). STEMI chiếm ưu thế (64,2%), đa số ở Killip I (83,3%), thường là tổn thương 1 nhánh (67,5%), chủ yếu tại LAD (66,7%). Biến cố tim mạch chính nội viện xảy ra ở 12,5%, trong đó tử vong 3,3%, suy tim cấp 4,2%, loạn nhịp nguy hiểm 4,2%, biến chứng cơ học 0,8%. GRACE score liên quan độc lập với biến cố (OR 1,11; p<0,001). Điểm cắt GRACE ≥ 89 có AUC > 0,8, độ nhạy 73,3%, đặc hiệu 97,1%. **Kết luận:** HCVC ở người trẻ thường gặp ở nam, chủ yếu là STEMI, Killip I, tổn thương 1 nhánh LAD. GRACE ≥ 89 là yếu tố tiên đoán mạnh biến cố nội viện. **Từ khóa:** Hội chứng vành cấp, người trẻ, yếu tố tiên lượng

SUMMARY

PROGNOSTIC FACTORS FOR IN-HOSPITAL MAJOR ADVERSE CARDIOVASCULAR EVENTS IN PATIENTS UNDER 40 YEARS OLD WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Acute coronary syndrome (ACS) is increasingly seen in younger patients, who often present with distinct risk profiles and clinical features. Identifying prognostic factors is essential for personalized management in this group. **Objectives:** To evaluate clinical characteristics, laboratory findings, and in-hospital prognostic factors in ACS patients aged ≤ 40 years. **Methods:** A retrospective study on ACS patients aged 18–40 who underwent coronary angiography/intervention at Chợ Rẫy Hospital from April 2021 to April 2024. **Results:** A total of 120 patients (median age: 36; 89.2% male, male:female = 9:1). Common risk factors: overweight/obesity (67.5%), dyslipidemia (62.5%), smoking (37.5%).

STEMI was most frequent (64.2%), most presented with Killip I (83.3%), with single-vessel disease (67.5%) mostly in LAD (66.7%). In-hospital major adverse cardiovascular events (MACE) occurred in 12.5%: mortality (3.3%), acute heart failure (4.2%), life-threatening arrhythmia (4.2%), mechanical complications (0.8%). GRACE score was an independent predictor (OR 1.11; p<0.001). A cutoff of GRACE ≥ 89 had AUC > 0.8, sensitivity 73.3%, specificity 97.1%. **Conclusions:** Young ACS patients are predominantly male, often present with STEMI, Killip I, and single LAD lesions. GRACE ≥ 89 is a strong predictor of in-hospital MACE.

Keywords: Acute coronary syndrome, young patients, prognostic factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp (HCVC) là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong tim mạch toàn cầu, thường gặp ở người lớn tuổi. Tuy nhiên, tỷ lệ người trẻ mắc HCVC đang gia tăng đáng báo động.¹ Các nghiên cứu quốc tế cho thấy khoảng 4–10% ca HCVC xảy ra ở bệnh nhân < 40 tuổi, với đặc điểm dịch tễ và cơ chế bệnh sinh khác biệt.² Tại Việt Nam, quá trình đô thị hóa, lối sống thay đổi, hút thuốc phổ biến và rối loạn lipid máu gia tăng ở người trẻ có thể khiến tình trạng này bị đánh giá thấp do thiếu nghiên cứu chuyên sâu.

So với người lớn tuổi, bệnh nhân trẻ mắc hội chứng vành cấp (HCVC) thường ít bệnh lý kèm theo nhưng dễ chủ quan, dẫn đến chậm trễ chẩn đoán và can thiệp, làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch. Nhóm này có yếu tố nguy cơ riêng biệt như hút thuốc lá (70–80%), rối loạn lipid, béo phì, ít vận động và yếu tố di truyền. Tuy nhiên, tại Việt Nam hiện thiếu nghiên cứu hệ thống về đặc điểm và tiên lượng HCVC ở người trẻ < 40 tuổi, gây khó khăn trong việc xây dựng chiến lược điều trị phù hợp.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ và kết cục ngắn hạn ở bệnh nhân < 40 tuổi nhập viện vì HCVC. Đồng thời, nghiên cứu xác định các yếu tố tiên lượng xấu trong giai đoạn nội trú, góp phần phát hiện sớm bệnh nhân nguy cơ cao và xây dựng chiến lược điều trị – phòng ngừa cá thể hóa cho nhóm còn trong độ tuổi lao động và có ý nghĩa xã hội cao.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang được thực hiện trên bệnh nhân ≤ 40 tuổi mắc hội chứng vành cấp, có chụp và can thiệp mạch vành tại Khoa Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Chợ Rẫy từ 4/2021 đến 4/2024.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: (1) Tuổi từ 18–40, (2) chẩn đoán NMCT cấp hoặc đau thắt ngực không ổn định và có kết quả chụp mạch vành qua da.

Tiêu chuẩn loại trừ: Hồ sơ bệnh án thiếu dữ liệu. Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức Trường ĐH Y Dược TP.HCM phê duyệt (số 1251/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 14/12/2023).

Phương pháp thực hiện và định nghĩa các biến số. Nghiên cứu viên hồi cứu hồ sơ bệnh án, thu thập dữ liệu: nhân trắc (tuổi, giới, cân nặng, chiều cao), lâm sàng (mạch, huyết áp, đau ngực, Killip), tiền căn bệnh lý (THA, ĐTĐ, RL lipid, hút thuốc, tiền căn gia đình), cận lâm sàng (xét nghiệm máu), kết quả chụp mạch vành (số nhánh tổn thương, điểm Gensini), điểm GRACE.

Biến cố tim mạch chính gồm: NMCT tái phát, đột quỵ, chảy máu lớn, suy tim tái nhập viện, tử vong nội viện, suy tim cấp, loạn nhịp nguy hiểm, biến chứng cơ học NMCT.

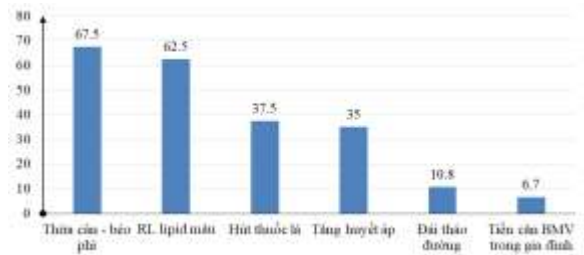
Phương pháp phân tích số liệu. Dữ liệu nhập bằng Excel 365, phân tích với Stata 14.0. Biến định tính trình bày dưới dạng tần số (%). Biến định lượng phân phối chuẩn mô tả bằng trung bình $\pm$ SD, không chuẩn dùng trung vị (KTPV). So sánh nhóm dùng kiểm định T hoặc Mann–Whitney U. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến để xác định yếu tố liên quan biến cố. Đánh giá khả năng tiên đoán bằng AUC. Giá trị $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Trong thời gian hồi cứu, có 120 hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn được chọn. Tuổi bệnh nhân không phân phối chuẩn, trung vị là 36 tuổi, nhỏ nhất 21 tuổi (Hình 1). Nam giới chiếm đa số với 89,2%. Yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến gồm: thừa cân/béo phì (67,5%), rối loạn lipid máu (62,5%) và hút thuốc lá (37,5%). Tăng huyết áp gặp ở 35%, đái tháo đường ở 10,8% (Hình 2).



Hình 1. Biểu đồ phân phối tuổi và tỉ lệ giới tính trong nghiên cứu (n=120)



Hình 2. Các yếu tố nguy cơ tim mạch và bệnh đồng mắc trong nghiên cứu

Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện. Triệu chứng nhập viện thường gặp nhất là đau thắt ngực điển hình (41,7%), tuy nhiên có 20% bệnh nhân không có đau ngực. Về thể lâm sàng, STEMI chiếm ưu thế với 77 ca (64,2%). Phần lớn bệnh nhân nhập viện ở Killip I (83,3%), Killip III và IV lần lượt là 2,5% và 6,7%.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện

Các đặc điểm lâm sàng	Dân số n=120
Triệu chứng đau ngực	
Đau thắt ngực điển hình, n (%)	50 (41,7)
Đau thắt ngực không điển hình, n (%)	46 (38,3)
Không đau ngực, n (%)	24 (20)
Huyết áp	
Huyết áp tâm thu, TV (KTPV)	120 (90-160)
Huyết áp tâm trương, TB $\pm$ ĐLC	73,3 $\pm$ 11,7
Phân loại HCVC	
STEMI, n (%)	77 (64,2)
NSTEMI, n (%)	34 (28,3)
Đau thắt ngực không ổn định, n (%)	9 (7,5)
Phân độ Killip	
Killip I, n (%)	100 (83,3)
Killip II, n (%)	9 (7,5)
Killip III, n (%)	3 (2,5)
Killip IV, n (%)	8 (6,7)

Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu.

Trong nhóm nghiên cứu, 95,8% bệnh nhân có nhịp xoang (115 trường hợp). Tỉ lệ LVEF $\leq 40\%$ là 41,7%. Tổn thương mạch vành thường gặp nhất ở nhánh LAD (66,7%), chủ yếu là bệnh lý 1 nhánh (67,5%). Tổn thương thân chung (LM) và bệnh lý 3 nhánh chiếm lần lượt 3,3% và 10%. Điểm Gensini trung vị là 30,5 (KTPV 10–48).

Bảng 2. Đặc điểm cận lâm sàng trong nghiên cứu

Các đặc điểm cận lâm sàng	Dân số nghiên cứu n=151
Điện tâm đồ	
Nhịp xoang, n (%)	115 (95,8)
Phân suất tổng máu thất trái	
LVEF $\leq 40\%$, n (%)	50 (41,7)
LVEF $> 40\%$, n (%)	70 (58,3)

Sinh hóa	
Cholesterol, TV (KTPV) (mg/dL)	190 (167-228,5)
LDL-C, TV (KTPV) (mg/dL)	118 (53-249)
HDL-C, TV (KTPV) (mg/dL)	34 (30-40,5)
Triglycerid, TV (KTPV) (mg/dL)	183,5 (127-257,5)
Glucose, TV (KTPV) (mg/dL)	114 (98-136,5)
Hs-troponin I, TV (KTPV) (ng/dL)	11,8 (0,03-50)
CK-MB, TV (KTPV) (U/L)	162 (71-282,6)
BUN, TV (KTPV) (mg/dL)	13 (8-24)
Creatinin, TV (KTPV) (mg/dL)	0,9 (0,6-1,6)
eGFR, TV (KTPV) (mL/phút/1,73m ² da)	110 (53,5-127)
Kết quả chụp mạch vành	

Vị trí tổn thương	
LM, n (%)	4 (3,3)
LAD, n (%)	80 (66,7)
LCx, n (%)	32 (26,7)
RCA, n (%)	51 (42,5)
Số nhánh mạch vành tổn thương	
1 nhánh, n (%)	81 (67,5)
2 nhánh, n (%)	27 (22,5)
3 nhánh, n (%)	12 (10,0)
Điểm số Gensini, TV (KTPV)	30,5 (10-48)
Điểm GRACE, TB ± ĐLC	71,3 ± 18,6

Phân tích hồi quy các yếu tố có liên quan đến tỉ lệ biến cố tim mạch chính nội viện

Bảng 4. Phân tích các yếu tố lâm sàng và cận lâm sàng với biến cố tim mạch chính nội viện

Biến số		Có biến cố (n=15)	Không có biến cố (n=105)	p
Tuổi, TV (KTPV)		38 (33 – 40)	36 (24 – 40)	0,42 ^c
Giới tính	Nam, n (%)	14 (93,3)	93 (88,6)	1,00 ^a
	Nữ, n (%)	1 (6,7)	12 (11,4)	
Yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch do xơ vữa	Tăng huyết áp, n (%)	2 (13,3)	40 (38,1)	0,06 ^b
	Đái tháo đường, n (%)	1 (6,7)	12 (11,4)	1,00 ^a
	RLCH lipid máu, n (%)	6 (40)	69 (65,7)	0,06 ^b
	Hút thuốc lá, n (%)	10 (66,7)	35 (33,3)	0,01 ^b
	Tiền căn gia đình mắc BMV, n (%)	0(0)	8(7,6)	0,60 ^a
	Thừa cân – béo phì, n (%)	10 (66,7)	71 (67,6)	1,00 ^a
Thể bệnh	STEMI, n (%)	8 (53,3)	69 (65,7)	0,20 ^a
	NSTEMI, n (%)	7 (46,7)	27 (25,7)	
	ĐTNKOD, n (%)	0 (0)	9 (8,6)	
Kiểu đau ngực	Không ĐN, n (%)	4 (26,7)	20 (19,0)	0,45 ^b
	ĐN điển hình, n (%)	4 (26,7)	46 (43,8)	
	ĐN không điển hình, n (%)	7 (46,7)	39 (37,1)	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		110 (90 – 120)	120 (110 – 130)	0,06 ^c
Huyết áp tâm trương (mmHg)		68 ± 15,6	74,1 ± 10,9	0,17 ^d
Phân độ Killip	Killip I, n (%)	3 (20)	97 (92,4)	<0,001 ^a
	Killip II, n (%)	1 (6,7)	8 (7,6)	
	Killip III, n (%)	3 (20)	0 (0)	
	Killip IV, n (%)	8 (53,3)	0 (0)	
Sinh hóa	hs-troponin I ^y (ng/mL)	13,7 (0,3 – 38,2)	11 (0,03 – 50)	0,83 ^c
	CK-MB ^y (U/L)	236 (231 – 321)	144 (17 – 600)	0,01 ^c
	BUN ^y (mg/dL)	14 (10 – 17)	13 (8 – 24)	0,91 ^c
	Creatinine ^y (mg/dL)	0,9 (0,8 – 1,1)	0,88 (0,6 – 1,5)	0,40 ^c
	eGFR (mL/phút/1,73m ²)	108 (85 – 115)	110 (96 – 116)	0,35 ^c
Vị trí	LM, n (%)	2 (13,3)	2(1,9)	0,08 ^a
	LAD, n (%)	13 (86,7)	67 (63,8)	0,08 ^b
	LCx, n (%)	6 (40)	26 (24,8)	0,22 ^a
	RCA, n (%)	5 (33,3)	46 (43,8)	0,44 ^b
Số nhánh mạch vành tổn thương	1 nhánh, n (%)	7 (46,7)	74 (70,5)	0,11 ^a
	2 nhánh, n (%)	5 (33,3)	22 (21)	
	3 nhánh, n (%)	3 (20)	9 (8,6)	
Điểm Gensini, TB ± ĐLC		102,4 ± 27,4	66,9 ± 11,7	<0,001 ^d

(a): Fisher exact test; (b): Chi-square test; (c): Mann-Whitney test; (d): T-test

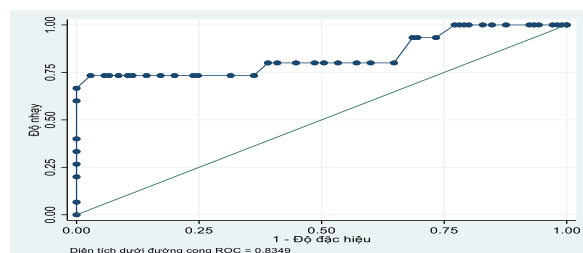
Chúng tôi ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm (có và không có biến cố tim mạch nội viện) về các đặc điểm lâm sàng như hút thuốc lá, phân độ Killip và các yếu tố cận lâm sàng như LVEF, điểm Gensini, điểm

GRACE. Do phân độ Killip vốn là tiêu chí đánh giá biến cố nội viện, chúng tôi tập trung phân tích các biến: hút thuốc lá, LVEF, CK-MB, điểm Gensini và GRACE. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến cho thấy GRACE là yếu tố dự báo độc lập

các biến cố nội viện (OR 1,11; $p < 0,001$).

Bảng 5. Phân tích hồi quy đơn biến và đa biến các yếu tố liên quan đến tỉ lệ biến cố tim mạch chính nội viện

Biến số	Đơn biến*			Đa biến*		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Hút thuốc lá	4,00	1,27 – 12,60	0,02	2,54	0,52 – 12,55	0,25
Phân suất tổng máu thất trái	0,94	0,88 – 1,00	0,05	0,99	0,91 – 1,09	0,97
CK-MB	1,00	0,99 – 1,01	0,19	1,00	0,99 – 1,01	0,49
Điểm Gensini	1,02	1,00 – 1,04	0,04	1,00	0,98 – 1,04	0,83
Điểm GRACE	1,12	1,06 – 1,18	<0,001	1,11	1,05 – 1,17	<0,001



Hình 3. Đường cong ROC của điểm GRACE trong tiên lượng nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch chính nội viện

Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị tiên lượng của điểm GRACE với điểm cắt ≥ 89 điểm (độ nhạy 73,3%; độ đặc hiệu 97,1% với giá trị tiên đoán dương 78,6%; giá trị tiên đoán âm 96,2%), diện tích dưới đường cong ROC $> 0,8$.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 120 bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC) ≤ 40 tuổi được ghi nhận, với tuổi trung vị 36 (33–39) và nam giới chiếm ưu thế (89,2%). Thể bệnh thường gặp nhất là STEMI (64,2%) và đa số nhập viện ở Killip I. Kết quả về tuổi tương đồng với các nghiên cứu của Trzeciak, Huỳnh Văn Minh và Nguyễn Quang Vũ, cho thấy nhóm HCVC trẻ thường tập trung trong khoảng 35–40 tuổi, không khác biệt nhiều giữa các nghiên cứu.³⁻⁵ Tỷ lệ nam : nữ là 9 : 1, phù hợp với xu hướng nam giới chiếm đa số tuyệt đối ở nhóm tuổi này. Kết quả tương đồng với kết quả nghiên cứu của Huỳnh Văn Minh và cộng sự⁴ với 84,8% bệnh nhân nam.

Các yếu tố nguy cơ phổ biến gồm thừa cân/béo phì (67,5%), rối loạn lipid máu (62,5%), hút thuốc lá (37,5%), trong khi tăng huyết áp và đái tháo đường ít gặp hơn (35% và 10,8%). Điều này cho thấy phần lớn yếu tố nguy cơ là có thể thay đổi, gợi ý vai trò của can thiệp lối sống trong phòng ngừa HCVC ở người trẻ. Hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ xơ vữa quan trọng, được ghi nhận ở 37,5% bệnh nhân trong nghiên cứu, tuy nhiên tỷ lệ này trong các nghiên cứu khác thường vượt quá 50%.⁶

Phân độ Killip là công cụ quan trọng trong

đánh giá mức độ nặng và tiên lượng tử vong ở bệnh nhân hội chứng vành cấp (HCVC). Trong nghiên cứu của chúng tôi, 83,3% bệnh nhân (100 ca) nhập viện ở Killip I. Kết quả này tương tự các nghiên cứu khác với tỷ lệ Killip I dao động từ 85,5% đến 97%. Tỷ lệ Killip III–IV thấp (9,2%) cũng phù hợp với các nghiên cứu như Trzeciak (3,2%), Huỳnh Văn Minh (3%) và Nguyễn Quang Vũ (7%), cho thấy phần lớn bệnh nhân trẻ nhập viện với tình trạng lâm sàng không nặng.^{3-5,7} Phân suất tổng máu thất trái (EF) dao động từ 20% đến 75%, trung bình $45,1 \pm 10,1\%$. Đa số bệnh nhân có EF $> 40\%$, tuy nhiên tỷ lệ EF $\leq 40\%$ là 41,7% – cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Quang Vũ (14,6%) và Huỳnh Văn Minh (EF trung bình $60,0 \pm 10,0\%$).^{4,5} Kết quả chụp mạch vành cho thấy LAD là nhánh tổn thương phổ biến nhất, phù hợp với các nghiên cứu trước. Sang thương mạch vành chủ yếu là tổn thương đơn độc 1 nhánh. Tổn thương 3 nhánh có tỷ lệ thấp (3,3 – 17%) qua các nghiên cứu. Số liệu từ nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy kết quả tương tự với tỷ lệ tổn thương 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh động mạch vành lần lượt là 67,5%, 22,5% và 10%. Tác giả Huỳnh Văn Minh và cộng sự cho thấy tổn thương 3 nhánh có tỷ lệ là 6,1% cao hơn so với tỷ lệ tổn thương 2 nhánh động mạch vành là 3%. Tổn thương tại một nhánh động mạch vành chiếm đa số cũng là một điểm cho thấy tiên lượng tốt hơn ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp ≤ 40 tuổi.

Theo nghiên cứu của chúng tôi, biến cố tim mạch chính xảy ra với tỷ lệ 12,5% thấp hơn tác giả Panduranga⁸ với 17,5% nhưng cao hơn tác giả Varun⁹ với 4,4%. Điều này có thể lý giải do việc định nghĩa MACE cũng như đặc điểm nhân trắc học của đối tượng trong các nghiên cứu khác nhau. Trong số các biến cố, tỷ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,3% cao hơn so với 0,8% của tác giả Panduranga⁸ và 1,9% của tác giả Varun.⁹ Do Bệnh viện Chợ Rẫy, nơi chúng tôi tiến hành nghiên cứu, là bệnh viện tiếp nhận nguồn bệnh tử tuyến trước chuyển

đến, trong đó có những trường hợp nặng với tiên lượng xấu ngay từ lúc nhập viện. Vì vậy, kết cục thu được của chúng tôi có phần xấu hơn các nghiên cứu này.

Phân tích hồi quy logistic đơn biến cho thấy các yếu tố như hút thuốc lá, phân suất tổng máu thất trái, điểm Gensini và điểm GRACE đều liên quan có ý nghĩa thống kê với nguy cơ xảy ra biến cố tim mạch nội viện ($p < 0,05$). Tuy nhiên, trong phân tích hồi quy đa biến, chỉ có điểm GRACE là yếu tố tiên lượng độc lập ($p < 0,001$). Với điểm cắt ≥ 89 , GRACE đạt độ nhạy 73,3%, độ đặc hiệu 97,1%, giá trị tiên đoán dương 78,6% và giá trị tiên đoán âm 96,2%. Điều này cho thấy thang điểm GRACE vẫn giữ giá trị tiên lượng ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi.

Hạn chế: Nghiên cứu có thiết kế hồi cứu, thời gian theo dõi ngắn hạn nên chưa đánh giá được mối liên quan lâu dài giữa các yếu tố và biến cố. Ngoài ra, nghiên cứu đơn trung tâm với cỡ mẫu hạn chế nên chưa đại diện cho dân số Việt Nam. Cần thêm các nghiên cứu đa trung tâm với cỡ mẫu lớn để khẳng định kết quả.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, hội chứng vành cấp trên bệnh nhân trẻ tuổi thường đa số xảy ra ở nam giới. Đa phần bệnh nhân có phân độ Killip I trên lâm sàng, thường gặp thể STEMI và thường là bệnh lý 1 nhánh mạch vành. Thang điểm GRACE là yếu tố tiên đoán kết cục biến cố tim mạch chính nội viện tốt với điểm cắt ≥ 89 điểm.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zanchin C, Ledwoch S, Bär S, et al. Acute coronary syndromes in young patients: Phenotypes, causes and clinical outcomes following percutaneous coronary interventions.

- International journal of cardiology. Mar 1 2022;350:1-8. doi:10.1016/j.ijcard.2022.01.018
2. Revaiah PC, Vemuri KS, Vijayvergiya R, et al. Epidemiological and clinical profile, management and outcomes of young patients (≤ 40 years) with acute coronary syndrome: A single tertiary care center study. Indian Heart Journal. 2021/05/01/ 2021;73(3):295-300. doi: https://doi.org/10.1016/j.ihj.2021.01.015
3. P T, M G, M G, et al. In-hospital and 12-month outcomes after acute coronary syndrome treatment in patients aged < 40 years of age (from the Polish Registry of Acute Coronary Syndromes). The American journal of cardiology. Jul 15 2014;114(2): 175-80. doi:10.1016/j.amjcard.2014.04.024
4. Minh HV, Binh HA, Anh DT. Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp dưới 40 tuổi. Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế. 2020;10(2):26-32.
5. Quang Vũ N, Văn Truyền N. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết quả điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp dưới 40 tuổi. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 05/31 2023; (59):33-38. doi:10.58490/ctump.2023i59.1622
6. B R, E C, Z V, et al. Acute Coronary Syndrome: The Risk to Young Women. Journal of the American Heart Association. Dec 22 2017;6(12): e007519. doi:10.1161/jaha.117.007519
7. A W, A S, D B, H S, A M, P N. Clinical & angiographic profile of young patients (< 40 years) with acute coronary syndrome. Journal of Indian College of Cardiology. 2014;4(2):95-100. doi:10.1016/j.jicc.2014.02.009
8. P P, K S, I A-Z, S A. Acute coronary syndrome in young adults from oman: results from the gulf registry of acute coronary events. Heart Views. Oct 2010;11(3): 93-8. doi:10.4103/1995-705x.76799
9. N V, J A. Clinical and Angiographic Profile of Acute Coronary Syndrome Patients (< 40 Years) and Short-Term Prognosis: A Cross-Sectional Study. Journal of the Practice of Cardiovascular Sciences. 2021;7(3):225-229.

ĐÁNH GIÁ DIỄN BIẾN RỐI LOẠN NUỐT SAU PHẪU THUẬT Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ KHOANG MIỆNG VÀ HỌNG MIỆNG

Nguyễn Thị Hồng Loan¹, Võ Tấn Đức^{1,2}, Lý Xuân Quang^{1,2}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật ung thư khoang miệng và họng miệng thường gây ra rối loạn nuốt, ảnh hưởng đáng kể đến sức khỏe và chất lượng cuộc sống

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lý Xuân Quang

Email: quang.lx@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 23.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.7.2025

Ngày duyệt bài: 26.8.2025

của bệnh nhân. Việc đánh giá rối loạn nuốt sau phẫu thuật là cần thiết trong việc tư vấn bệnh nhân trước phẫu thuật và có kế hoạch can thiệp hiệu quả. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này nhằm (1) đánh giá thời gian từ lúc phẫu thuật đến lúc bệnh nhân ăn uống hoàn toàn qua đường miệng (TFOI), và (2) đánh giá diễn biến của rối loạn nuốt bằng điểm EAT-10 ở thời điểm 1 tháng và 12 tháng sau phẫu thuật, phân tích theo giai đoạn u, vị trí khối u và điều trị bổ sung sau phẫu thuật. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu được thực hiện trên 57 bệnh nhân ung thư khoang miệng và ung thư họng miệng sau phẫu thuật. Dữ liệu về TFOI và điểm EAT-10 được thu thập tại 1 tháng và