

tác giả Võ Đức Trí^[2] với tỷ lệ cứu sống 65,0% tuy nhiên như đã đề cập các trẻ trong nghiên cứu của tác giả có cân nặng trên 1000 gram còn trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm cả những trẻ cực non cực nhẹ cân với cân nặng nhỏ nhất 600 gram, đây là đối tượng rất yếu có nguy cơ tử vong cao. Kết quả của chúng tôi cũng gần với nghiên cứu của tác giả Preetham Kumar Poddutoor^[5] với tỷ lệ cứu sống 58,7%.

V. KẾT LUẬN

Thở máy rung tần số cao giúp cải thiện thông khí, oxy hoá máu, cải thiện huyết động và góp phần nâng cao tỷ lệ sống còn ở trẻ sơ sinh thất bại thở máy thông thường hoặc cần thở máy thông thường thông số cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Thị Hà, Khu Thị Khánh Dung.** Đánh giá kết quả thở máy tần số cao dòng xoáy HFO trong điều trị suy hô hấp nặng ở trẻ sơ sinh. Tạp chí y học thực hành. 2010;714:13-16.
2. **Võ Đức Trí, Cam Ngọc Phượng.** Hiệu quả và chiến lược thở máy rung tần số cao trong điều trị

suy hô hấp nặng ở trẻ sơ sinh. Tạp chí Y Học TP Hồ Chí Minh. 2007;11:22-28.

3. **Ayoub D, Elmashad A, Rowisha M, Eltomay M, El Amrousy D.** Hemodynamic effects of high-frequency oscillatory ventilation in preterm neonates with respiratory distress syndrome. *Pediatr Pulmonol.* 2021;56(2):424-432.
4. **Pandya S, Baser O, Wan GJ, Lovelace B, Potenziano J, Pham AT, et al.** The Burden of Hypoxic Respiratory Failure in Preterm and Term/Near-term Infants in the United States 2011-2015. *J Health Econ Outcomes Res.* 2019;6(3):130-141.
5. **Poddutoor PK, Chirla DK, Sachane K, Shaik FA, Venkatlakshmi A.** Rescue high frequency oscillation in neonates with acute respiratory failure. *Indian Pediatr.* 2011;48(6):467-70.
6. **Rainer Stachow.** High frequency ventilation, Basic and Practical application. Drager medical AG. 1995:1-76.
7. **Yang MC, Hsu JF, Hsiao HF, Yang LY, Pan YB, Lai MY, et al.** Use of high frequency oscillatory ventilator in neonates with respiratory failure: the clinical practice in Taiwan and early multimodal outcome prediction. *Sci Rep.* 2020;10(1):6603
8. **Zhu Z, Yuan L, Wang J, Li Q, Yang C, Gao X, et al.** Mortality and Morbidity of Infants Born Extremely Preterm at Tertiary Medical Centers in China From 2010 to 2019. *JAMA Netw Open.* 2021;4(5):e219382.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG GIỮA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ VÀ KHÔNG CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Công Duy*, Trương Phi Hùng*

TÓM TẮT

Mục tiêu: So sánh đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa bệnh nhân nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có và không có đái tháo đường (ĐTĐ). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên các NMCT cấp lần đầu điều trị tại Khoa Nội Tim Mạch và Khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 09/2020 đến 09/2021. Các thông tin lâm sàng và cận lâm sàng được thu thập và so sánh giữa hai nhóm có và không có ĐTĐ. **Kết quả:** Nghiên cứu 413 bệnh NMCT cấp với tỉ lệ ĐTĐ là 23,5%. Nhóm ĐTĐ có tỷ lệ nữ cao hơn (39,2% so với 22,8%; $p = 0,001$), tần số tim nhập viện cao hơn (83 so với 78 lần/phút; $p = 0,003$) và phần độ Killip nặng hơn ($p = 0,033$). Tỷ lệ hút thuốc lá ở nhóm này thấp hơn nhóm không ĐTĐ (34,0% so với 47,8%; $p = 0,017$). Về cận

lâm sàng, nhóm ĐTĐ có nồng độ HDL-C máu thấp hơn (32,5 so với 35,0 mg/dL; $p = 0,001$), triglyceride máu cao hơn (167,5 so với 144,0 mg/dL; $p = 0,010$) và phần suất tổng máu thất trái thấp hơn (45% so với 48%; $p = 0,026$). Hai nhóm không khác biệt có ý nghĩa thống kê về tuổi, thể lâm sàng, chức năng thận, nồng độ troponin I đỉnh, vị trí và số nhánh động mạch vành tổn thương. **Kết luận:** Bệnh nhân NMCT cấp kèm ĐTĐ có đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bất lợi hơn so với nhóm không có ĐTĐ về tần số tim, phân độ Killip, nồng độ HDL-C, triglyceride máu và chức năng tâm thu thất trái. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp; đái tháo đường; đặc điểm lâm sàng; đặc điểm cận lâm sàng

SUMMARY

COMPARISON OF CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS BETWEEN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH AND WITHOUT DIABETES MELLITUS

Objectives: To compare clinical and paraclinical characteristics between patients with acute myocardial

**Bộ môn Nội Tổng Quát, Trường Y, Đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm chính: Trương Phi Hùng

Email: truongphihung2007@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 15.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 5.2.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026

infarction (AMI) with and without diabetes mellitus (DM). **Subjects and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted among first-time AMI patients admitted to the Department of Cardiology and the Department of Interventional Cardiology at Cho Ray Hospital from September 2020 to September 2021. Clinical and paraclinical data were collected and compared between the DM and non-DM groups. **Results:** The study included 413 AMI patients with a diabetes prevalence of 23.5%. The DM group had a higher proportion of female patients (39.2% vs. 22.8%; $p = 0.001$), higher admission heart rate (83 vs. 78 beats/min; $p = 0.003$), and more severe Killip class ($p = 0.033$). The proportion of smokers was lower in the DM group (34.0% vs. 47.8%; $p = 0.017$). Regarding paraclinical characteristics, the DM group had lower blood HDL-C levels (32.5 vs. 35.0 mg/dL; $p = 0.001$), higher blood triglyceride levels (167.5 vs. 144.0 mg/dL; $p = 0.010$), and lower left ventricular ejection fraction (45% vs. 48%; $p = 0.026$). There were no significant differences between the two groups regarding age, clinical presentation, renal function, peak troponin I levels, or the location and number of diseased coronary vessels. **Conclusion:** AMI patients with DM exhibited more unfavorable clinical and paraclinical features than non-DM patients, particularly heart rate, Killip class, HDL-C, and triglyceride levels, and left ventricular systolic function. **Keywords:** *acute myocardial infarction; diabetes mellitus; clinical characteristics; paraclinical findings.*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường là một rối loạn chuyển hóa đặc trưng bởi tình trạng tăng đường huyết mạn tính và sự suy giảm ở nhiều mức độ trong chuyển hóa carbohydrate, lipid và protein. Thế giới có khoảng 529 triệu người ĐTĐ với tỷ lệ hiện mắc là 6,1% [1]. Dự báo đến năm 2050, con số này sẽ vượt quá 1,31 tỷ người [1].

Đái tháo đường là một yếu tố quan trọng làm tăng mạnh nguy cơ phát triển các bệnh tim mạch do xơ vữa, trong đó có NMCT cấp. NMCT cấp vẫn là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật trên toàn cầu. Ở các quốc gia thu nhập thấp và trung bình, gánh nặng NMCT cấp gia tăng song hành với sự thay đổi lối sống, đô thị hóa và già hóa dân số. Các bệnh nhân ĐTĐ khi nhập viện vì NMCT có tiên lượng xấu hơn cả trong giai đoạn nằm viện ban đầu lẫn trong thời gian theo dõi sau đó mặc dù những năm gần đây đã có nhiều tiến bộ trong điều trị ĐTĐ và quản lý NMCT [2],[3].

Mặc dù một số nghiên cứu trong nước đã khảo sát các đặc điểm của bệnh nhân NMCT cấp kèm ĐTĐ, y văn vẫn còn thiếu các nghiên cứu so sánh trực tiếp đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng giữa nhóm bệnh nhân có và không có ĐTĐ

trong bối cảnh NMCT cấp tại Việt Nam, đặc biệt là trong giai đoạn hiện nay khi tỉ lệ ĐTĐ đang không ngừng gia tăng, có sự thay đổi về dịch tễ học và chiến lược điều trị NMCT cấp cũng như ĐTĐ. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá sự khác biệt giữa hai nhóm bệnh nhân NMCT cấp có và không có ĐTĐ, góp phần nhận diện sớm bệnh nhân nguy cơ cao, từ đó tối ưu hóa chiến lược chẩn đoán và điều trị trong thực hành lâm sàng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế và đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu được thực hiện theo phương pháp cắt ngang, mô tả tại Khoa Nội Tim Mạch và Khoa Tim Mạch Can Thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 09/2020 đến tháng 09/2021. Đối tượng nghiên cứu bao gồm các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp và điều trị tại bệnh viện. Tiêu chuẩn lựa chọn bao gồm bệnh nhân NMCT cấp lần đầu được chẩn đoán xác định theo định nghĩa toàn cầu lần thứ tư về NMCT [4], đồng ý tham gia nghiên cứu. Các bệnh nhân bị loại khỏi nghiên cứu nếu chụp mạch vành qua da phát hiện không hẹp có ý nghĩa động mạch vành hoặc bệnh nhân có tiền sử NMCT, can thiệp mạch vành qua da hoặc phẫu thuật bắc cầu mạch vành.

Biến số nghiên cứu: Các bệnh nhân được chọn mẫu liên tiếp nếu thỏa tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ. Các thông tin được ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu bao gồm đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ tim mạch (tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, ĐTĐ, béo phì, tiền sử gia đình bệnh tim mạch sớm), thể lâm sàng NMCT cấp, tần số tim, huyết áp và phân độ Killip lúc nhập viện, cùng với các chỉ số cận lâm sàng như chức năng thận, lipid máu, nồng độ troponin I đỉnh, phân suất tống máu thất trái và đặc điểm tổn thương động mạch vành. ĐTĐ được chẩn đoán xác định theo tiêu chuẩn của Hội ĐTĐ Hoa Kỳ năm 2020 [5] hoặc nếu bệnh nhân có tiền sử ĐTĐ đã được chẩn đoán.

Xử lý thống kê: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. Các biến định lượng được kiểm tra phân phối chuẩn và trình bày dưới dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn hoặc trung vị (khoảng tứ phân vị) tùy theo phân phối chuẩn, trong khi các biến định tính được biểu diễn bằng tần số và tỉ lệ phần trăm. So sánh giữa hai nhóm ĐTĐ và không ĐTĐ được thực hiện bằng kiểm

định Chi bình phương hoặc Fisher chính xác cho biến định tính, kiểm định T-test hoặc Mann-Whitney cho biến định lượng, với mức ý nghĩa thống kê xác định là $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong tổng số 413 bệnh nhân NMCT cấp được thu nhận vào nghiên cứu, 97 bệnh nhân ĐTD và 316 bệnh nhân không ĐTD, có tỉ lệ lần lượt là 23,5% và 76,5%. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $63,8 \pm 11,7$ và nam giới chiếm ưu thế (73,4%). Phần lớn bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống, trong đó tăng huyết áp chiếm 81,4% và rối loạn lipid máu chiếm 89,6%. Gần hai phần ba bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên (65,1%). Phân độ Killip I chiếm nhiều nhất với tỉ lệ 75,3% (Bảng 1).

Các chỉ số cận lâm sàng cho thấy đa số bệnh nhân trong nghiên cứu có chức năng thận tương đối bảo tồn, với giá trị trung vị của creatinin (0,9 mg/dL) và eGFR ($83,7 \text{ ml/ph}/1,73 \text{ m}^2$) nằm trong giới hạn bình thường. Đặc điểm lipid máu đặc trưng bởi nồng độ HDL-C thấp và triglyceride cao. Nồng độ troponin I đỉnh phân bố rộng với khoảng tứ phân vị 15,1 – 235,7. Phân suất tổng máu thất trái trung vị đạt 47% cho thấy chức năng tâm thu thất trái giảm nhẹ ở phần lớn bệnh nhân. Về giải phẫu mạch vành, tổn thương tập trung chủ yếu tại động mạch xuống trước trái (chiếm gần 90%) và bệnh ba nhánh mạch vành chiếm tỉ lệ cao nhất (43,1%) (Bảng 2).

Khi so sánh giữa hai nhóm, bệnh nhân ĐTD có tỉ lệ nữ giới cao hơn đáng kể so với nhóm không ĐTD (39,2% so với 22,8%; $p = 0,001$). Ngoài ra, nhóm này có tần số tim lúc nhập viện cao hơn (83 so với 78 lần/phút; $p = 0,003$) và phân độ Killip nặng hơn ($p = 0,033$). Tỉ lệ hút thuốc lá ở nhóm ĐTD thấp hơn so với nhóm không ĐTD (34,0% so với 47,8%; $p = 0,017$) (Bảng 3).

Về cận lâm sàng, nhóm ĐTD có nồng độ HDL-C thấp hơn (32,5 so với 35,0 mg/dL; $p = 0,001$) và nồng độ triglyceride cao hơn (167,5 so với 144,0 mg/dL; $p = 0,010$). Nhóm ĐTD cũng có phân suất tổng máu thất trái thấp hơn (45% so với 48%; $p = 0,026$). Nghiên cứu không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về chức năng thận, nồng độ troponin I đỉnh, mức độ tổn thương động mạch vành và số nhánh động mạch vành tổn thương giữa hai nhóm (Bảng 4).

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của dân số nghiên cứu (n = 413)

Biến số	Giá trị
Tuổi (năm)	$63,8 \pm 11,7$
Giới tính	
Nam	303 (73,4%)
Nữ	110 (26,6%)
Yếu tố nguy cơ tim mạch	
Tăng huyết áp	336 (81,4%)
Rối loạn lipid máu	370 (89,6%)
Béo phì	90 (21,8%)
Hút thuốc lá	184 (44,6%)
Tiền sử gia đình bệnh tim mạch sớm	26 (6,3%)
Thể lâm sàng	
NMCT cấp ST chênh lên	269 (65,1%)
NMCT cấp không ST chênh lên	144 (34,9%)
Tần số tim (lần/phút)	80 (68 – 90,5)
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120 (100 – 140)
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70 (60 – 80)
Phân độ Killip	
Độ I	311 (75,3%)
Độ II	38 (9,2%)
Độ III	25 (6,1%)
Độ IV	39 (9,4%)

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

Biến số	Giá trị
Creatinin (mg/dL)	0,90 (0,78 – 1,08)
eGFR ($\text{ml/ph}/1,73 \text{ m}^2$)	83,7 (66,8 – 94,5)
Cholesterol toàn phần (mg/dL)	176 (149 – 207,5)
LDL-C (mg/dL)	125 (96 – 152)
HDL-C (mg/dL)	35 (30 – 41)
Triglyceride (mg/dL)	149,0 (109,5 – 214,5)
Troponin I đỉnh (ng/mL)	50,0 (15,1 – 235,7)
Phân suất tổng máu thất trái (%)	47 (40 – 52)
Vị trí tổn thương động mạch vành	
Thân chung động mạch vành trái	40 (9,7%)
Động mạch xuống trước trái	368 (89,1%)
Động mạch mũ	241 (58,4%)
Động mạch vành phải	298 (72,2%)
Số nhánh động mạch vành tổn thương	
Bệnh 1 nhánh	97 (23,5%)
Bệnh 2 nhánh	138 (22,4%)
Bệnh 3 nhánh	178 (43,1%)

Bảng 3. So sánh đặc điểm lâm sàng giữa các bệnh nhân NMCT cấp có và không ĐTĐ

Đặc điểm	ĐTĐ (n = 97)	Không ĐTĐ (n = 316)	Giá trị p
Tuổi (năm)	62,6 ± 11,8	64,2 ± 11,7	0,220
Giới tính			
Nam	59 (60,8%)	244 (77,2%)	0,001
Nữ	38 (39,2%)	72 (22,8%)	
Yếu tố nguy cơ tim mạch			
Tăng huyết áp	82 (84,5%)	254 (80,4%)	0,358
Rối loạn lipid máu	92 (94,8%)	278 (88,0%)	0,053
Béo phì	62 (19,6%)	28 (28,9%)	0,954
Hút thuốc lá	33 (34,0%)	151 (47,8%)	0,017
Tiền sử gia đình bệnh tim mạch sớm	6 (6,2%)	20 (6,3%)	0,959
Thể lâm sàng			
NMCT cấp ST chênh lên	64 (66,0%)	205 (64,9%)	0,842
NMCT cấp không ST chênh lên	33 (34,0%)	111 (35,1%)	
Tần số tim (lần/phút)	83,0 (72,0 – 95,5)	78 (66 – 90)	0,003
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120 (100 – 130)	120 (100 – 140)	0,497
Huyết áp tâm trương (mmHg)	70 (60 – 80)	70 (60 – 80)	0,374
Phân độ Killip			
Độ I	68 (70,1%)	243 (76,9%)	0,033
Độ II	6 (6,2%)	32 (10,1%)	
Độ III	11 (11,3%)	14 (4,4%)	
Độ IV	12 (12,4%)	27 (8,5%)	

Bảng 4. So sánh đặc điểm cận lâm sàng giữa các bệnh nhân NMCT cấp có và không ĐTĐ

Đặc điểm	ĐTĐ (n = 97)	Không ĐTĐ (n = 316)	Giá trị p
Creatinin (mg/dL)	0,91 (0,78 – 1,23)	0,89 (0,77 – 1,07)	0,195
eGFR (ml/ph/1,73 m ²)	77,1 (55,3 – 96,4)	84,5 (68,1 – 93,7)	0,160
Cholesterol toàn phần (mg/dL)	172,5 (145,3 – 213,0)	176,0 (149,0 – 206,3)	0,840
LDL-C (mg/dL)	117,0 (91,8 – 151,5)	126 (97,5 – 152,0)	0,373
HDL-C (mg/dL)	32,5 (28,0 – 38,0)	35,0 (31,0 – 42,0)	0,001

Đặc điểm	ĐTĐ (n = 97)	Không ĐTĐ (n = 316)	Giá trị p
Triglyceride (mg/dL)	167,5 (123,3 – 274,8)	144,0 (104,0 – 202,3)	0,010
Troponin I đỉnh (ng/mL)	50,0 (11,6 – 226,3)	52,8 (18,0 – 250,7)	0,274
Phần suất tổng màu thất trái (%)	45 (37 – 50)	48 (40 – 54)	0,026
Vị trí tổn thương động mạch vành			
Thần chung động mạch vành trái	11 (11,3%)	29 (9,2%)	0,529
Động mạch xuống trước trái	88 (90,7%)	280 (88,6%)	0,559
Động mạch mũ	56 (57,7%)	185 (58,5%)	0,887
Động mạch vành phải	74 (76,3%)	224 (70,9%)	0,299
Số nhánh động mạch vành tổn thương			
Bệnh 1 nhánh	21 (21,6%)	76 (24,1%)	0,748
Bệnh 2 nhánh	31 (32,0%)	107 (33,9%)	
Bệnh 3 nhánh	45 (46,4%)	133 (42,1%)	

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân NMCT cấp kèm ĐTĐ là 23,5%, nằm trong khoảng 20 – 30% thường được ghi nhận ở các quần thể NMCT trong nước và quốc tế [1], [6]. Về các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, đa số bệnh nhân NMCT cấp trong nghiên cứu này có tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, phù hợp với các nghiên cứu trong nước về NMCT cấp gần đây. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tuấn và cs tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An cho thấy các bệnh nhân NMCT cấp có tỉ lệ ĐTĐ là 22,5% và nhiều yếu tố nguy cơ đi kèm: tăng huyết áp (51,61%), rối loạn lipid máu (25,80%), hút thuốc lá (24,90%) và lạm dụng rượu (4,84%) [6]. Nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng và Trương Thành Viễn ghi nhận các yếu tố nguy cơ tim mạch như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, thừa cân và béo phì với tỉ lệ cao lần lượt là 70,3%, 75%, 53,9% và 33,6% ở 128 bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị NMCT cấp kèm ĐTĐ cấp 2 tại Bệnh viện Tim Tâm Đức [7].

Về đặc điểm lâm sàng, nhóm ĐTĐ có tỉ lệ nữ giới cao hơn rõ rệt và tỉ lệ hút thuốc lá thấp hơn, phản ánh phần nào khác biệt về mô hình yếu tố nguy cơ giữa hai giới trong cộng đồng; ở bệnh

nhân ĐTĐ, các yếu tố chuyển hoá có thể đóng vai trò nổi trội hơn hút thuốc lá. Mặc dù tuổi, thể lâm sàng NMCT cấp và huyết áp lúc nhập viện không khác biệt, nhóm ĐTĐ lại có tần số tim nhanh hơn và phân độ Killip nặng hơn. Điều này gợi ý rằng khi đã xảy ra NMCT cấp, bệnh nhân ĐTĐ có xu hướng biểu hiện suy chức năng thất trái và suy tim cấp rõ hơn, có thể liên quan đến bệnh cơ tim do ĐTĐ, bệnh vi mạch vành lan tỏa, tình trạng tự động thần kinh bất thường hoặc thời gian thiếu máu cục bộ cơ tim kéo dài hơn trước khi nhập viện [3].

Về đặc điểm cận lâm sàng, đặc điểm rối loạn lipid máu ở bệnh nhân ĐTĐ trong nghiên cứu này phản ánh kiểu hình rối loạn lipid máu do đề kháng insulin: nồng độ HDL-C thấp hơn và triglyceride cao hơn nhóm không ĐTĐ trong khi cholesterol toàn phần và LDL-C không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. Nhiều nghiên cứu đã chỉ ra rằng HDL-C thấp và triglyceride cao là thành phần quan trọng của hội chứng chuyển hoá, liên quan đến tử vong do tim mạch ở bệnh nhân NMCT [3], [8]. Về chức năng thất trái, phân suất tống máu ở nhóm ĐTĐ thấp hơn đáng kể so với nhóm không ĐTĐ dù không có khác biệt rõ về số nhánh động mạch vành bị tổn thương. Điều này gợi ý rằng ngoài mức độ hẹp mạch vành, các cơ chế khác như bệnh vi mạch vành, độc tính chuyển hóa của tăng đường huyết cấp tính và xơ hóa cơ tim do ĐTĐ kéo dài cũng góp phần làm suy giảm chức năng tâm thu. Một điểm cần lưu ý là tỉ lệ bệnh mạch vành ba nhánh trong nghiên cứu này tương đối cao (43,1%) ở toàn bộ dân số NMCT cấp, trong khi không khác biệt có ý nghĩa về phân bố số nhánh tổn thương giữa hai nhóm ĐTĐ và không ĐTĐ. Tuy vậy, nhiều dữ liệu quốc tế cho thấy bệnh nhân ĐTĐ thường có tổn thương lan tỏa, tổn thương đoạn xa và tái cấu trúc mạch vành bất lợi, ảnh hưởng xấu đến tiên lượng dài hạn ở bệnh nhân NMCT cấp [2], [3]. Việc không tìm thấy khác biệt về số nhánh mạch vành tổn thương giữa hai nhóm có thể do "hiệu ứng trần" khi tỉ lệ bệnh ba nhánh của toàn bộ quần thể đã cao, làm mờ đi khác biệt tiềm tàng giữa nhóm ĐTĐ và không ĐTĐ. Mặt khác, chụp mạch vành qua da chủ yếu đánh giá tổn thương động mạch vành thượng tâm mạc trong khi những biến đổi đặc trưng ở bệnh nhân ĐTĐ như tái cấu trúc thành mạch, bệnh lý vi mạch và rối loạn chức năng nội mạc không được ghi nhận đầy đủ.

Nghiên cứu này cho thấy bức tranh khá nhất quán khi trong quần thể bệnh nhân NMCT cấp đã có nền bệnh mạch vành rất nặng, sự hiện

diện của ĐTĐ không nhất thiết làm tăng thêm số nhánh hẹp trên chụp mạch vành nhưng lại gắn liền với rối loạn chuyển hoá bất lợi hơn (giảm HDL-C, tăng triglyceride), tần số tim cao hơn, phân độ Killip nặng hơn và phân suất tống máu thấp hơn. Điều này nhấn mạnh rằng ĐTĐ không chỉ là một yếu tố nguy cơ tích lũy mảng xơ vữa mà còn là một tình trạng bệnh lý toàn thân ảnh hưởng đến cấu trúc – chức năng cơ tim và hệ tuần hoàn vi mạch. Về mặt thực hành, kết quả nghiên cứu ủng hộ chiến lược sàng lọc tích cực ĐTĐ và hội chứng chuyển hoá ở bệnh nhân NMCT cấp, đặc biệt ở nữ giới, đồng thời nhấn mạnh tầm quan trọng của kiểm soát lipid toàn diện (không chỉ LDL-C mà cả HDL-C và triglyceride), theo dõi sát chức năng thất trái và điều trị suy tim sớm ngay từ giai đoạn nội viện cho nhóm bệnh nhân nguy cơ rất cao này.

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân NMCT cấp kèm ĐTĐ có tỉ lệ nữ, tần số tim lúc nhập viện, phân độ Killip III, IV, nồng độ triglyceride cao hơn trong khi tỉ lệ hút thuốc lá, nồng độ HDL-C và phân suất tống máu thất trái thấp hơn nhóm không có ĐTĐ. Các kết quả này nhấn mạnh vai trò quan trọng của việc đánh giá toàn diện gánh nặng chuyển hóa và chức năng tim ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Rafi MSH, Ivy SC, Dewan SMR. A Review on the Double Burden of Diabetes and Myocardial Infarction: Healthcare Challenges and Future Prospects in Low and Middle-Income Countries. *Health Sci Rep.* 2025;8(10):e71376. doi: 10.1002/hsr2.71376.
2. Stampouloqlou PK, Anastasiou A, Bletsas E, Lvakoni S, Chouzouri F, Xenou M. et al. Diabetes Mellitus in Acute Coronary Syndrome. *Life (Basel).* 2023;13(11):2226. doi: 10.3390/life13112226.
3. Bouisset F, Bataille V, Schiele F, Puymirat E, Fayol A, Simon T, et al. Type 2 diabetes mellitus in acute myocardial infarction: a persistent significant burden on long-term mortality. *Front Cardiovasc Med.* 2024. 11:1401569. doi: 10.3389/fcvm.2024.1401569.
4. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al. Fourth universal definition of myocardial infarction. *Circulation.* 2018;138:e618-e651. doi: 10.1161/CIR.0000000000000617.
5. American Diabetes Association. 2. Classification and Diagnosis of Diabetes: *Standards of Medical Care in Diabetes-2020. Diabetes Care.* 2020;43(Suppl 1):S14-S31. doi: 10.2337/dc20-S002.
6. Nguyễn Văn Tuấn, Phạm Hồng Phương. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi

máu cơ tim cấp. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2021;502(1):180–184.

7. **Huỳnh Kim Phượng, Trương Thành Viễn.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. *Tạp chí Y học TP. Hồ Chí Minh*. 2016;20(2):220-233.

8. **Nguyen NT, Nguyen TN, Nguyen KM, Tran HPN, Huynh KLA, Hoang SV.** Prevalence and impact of metabolic syndrome on in-hospital outcomes in patients with acute myocardial infarction: A perspective from a developing country. *Medicine (Baltimore)*. 2023;102(45):e35924. doi: 10.1097/MD.0000000000035924.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ CĂN NGUYÊN VI SINH Ở TRẺ VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG CÓ SUY HÔ HẤP ĐIỀU TRỊ TẠI TRUNG TÂM HÔ HẤP BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

Trần Thúy Nga¹, Vũ Thị Thanh Huyền²,
Lê Thị Hồng Hạnh², Lê Thị Thùy Dung³

RESPIRATORY CENTER - NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL

Background: Community-acquired pneumonia with respiratory failure is a major cause of morbidity and mortality in children. This study describes the clinical characteristics, laboratory findings, and microbial etiology of pediatric community-acquired pneumonia with respiratory failure treated at the Respiratory Center, Vietnam National Children's Hospital. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted in 165 children aged 1 month to 15 years who were diagnosed with community-acquired pneumonia according to the WHO 2013 criteria and presented with respiratory failure at admission. All patients were hospitalized from June 2023 to June 2024. Clinical features and basic laboratory tests were collected. Microbial pathogens were identified from nasopharyngeal specimens using bacterial culture, rapid RSV test, real-time RT-PCR, and ELISA to detect IgM from serum. **Results:** Children under 2 years accounted for 61.2%, and males comprised 55.8%. Cough and tachypnea were present in 100% of patients. Type I respiratory failure was found in 90.9%. Microbial pathogens were identified in 73.3% of cases; *Mycoplasma pneumoniae* and respiratory syncytial virus (RSV) were the most common agents. Co-infection, predominantly viral-bacterial, accounted for 14.9%. **Conclusions:** Community-acquired pneumonia with respiratory failure mainly affected young children, with hypoxemia as a prominent feature. The microbial etiology was diverse and complex; co-infections should be considered in diagnosis and treatment. **Keywords:** Community-acquired pneumonia; respiratory failure; children; microbial etiology.

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở trẻ em. Nghiên cứu này mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và căn nguyên vi sinh của viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp ở trẻ em điều trị tại Trung tâm Hô hấp – Bệnh viện Nhi Trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 165 trẻ từ 1 tháng đến 15 tuổi được chẩn đoán viêm phổi cộng đồng theo tiêu chuẩn WHO 2013 kèm suy hô hấp khi nhập viện, điều trị nội trú từ 6/2023 đến 6/2024. Thu thập các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm cơ bản, căn nguyên vi sinh từ dịch tỵ hầu bằng nuôi cấy, test nhanh RSV, Realtime RT-PCR và xét nghiệm ELISA xác định IgM từ huyết thanh. **Kết quả:** Trẻ dưới 2 tuổi chiếm 61,2%; trẻ nam chiếm 55,8%. Ho và thở nhanh gặp ở 100% bệnh nhân; Suy hô hấp type I gặp ở 90,9%. Xác định được căn nguyên vi sinh ở 73,3% trường hợp; *Mycoplasma pneumoniae* và RSV là các tác nhân thường gặp nhất. Đồng nhiễm, chủ yếu virus – vi khuẩn, chiếm tỷ lệ 14,9%. **Kết luận:** Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp chủ yếu gặp ở trẻ nhỏ, với giảm oxy máu là biểu hiện nổi bật. Căn nguyên vi sinh đa dạng, phức tạp, cần lưu ý tình trạng đồng nhiễm trong chẩn đoán và điều trị. **Từ khóa:** Viêm phổi cộng đồng; suy hô hấp; trẻ em; căn nguyên vi sinh.

ABSTRACT

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND MICROBIOLOGICAL ETIOLOGY OF CHILDREN WITH COMMUNITY-ACQUIRED PNEUMONIA AND RESPIRATORY FAILURE TREATED AT THE

¹Viện dinh dưỡng Quốc gia

²Bệnh viện Nhi Trung ương

³Trường Đại học Thủ Dầu Một

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thùy Dung

Email: dungltd@tdmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2026

Ngày duyệt bài: 5.3.2026

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm phổi cộng đồng có suy hô hấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và nhập viện ở trẻ em trên toàn thế giới. Trong các căn nguyên vi khuẩn, *Streptococcus pneumoniae* được ghi nhận là tác nhân thường gặp nhất, đặc biệt trong các trường hợp viêm