

của khách hàng nhà thuốc tại một số quận nội thành thành phố Hồ Chí Minh, tạp chí Dược học T.57 S.1 (2017).

7. Pengchao Li et al. (2020), Knowledge, Attitude, and Practices of Antibiotics and Antibiotic Resistance Among Chinese Pharmacy Customers:

A Multicenter Survey Study. Antibiotics 2020, 9, 184, doi:10.3390/antibiotics9040184

8. WHO, Antimicrobial resistance: <https://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/antimicrobial-resistance> ngày truy cập: 5/6/2020.

KHOẢNG TRỐNG ĐƯỜNG HUYẾT VÀ KẾT CỤC NỘI VIỆN Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Thái Hưng¹, Trần Kim Trang¹

TÓM TẮT

Vấn đề: Tăng đường huyết cấp tính là một vấn đề thường gặp ở người bệnh nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. Mỗi liên quan của tăng đường huyết cấp tính đối với kết cục lâm sàng nội viện ở người bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) bị NMCT cấp vẫn còn đang tranh cãi. Khoảng trống đường huyết (KTĐH) là một công cụ mới để đánh giá liên quan giữa tình trạng tăng đường huyết và kết cục nội viện ở người bệnh NMCT cấp có ĐTĐ. **Mục tiêu:** Khảo sát mối liên quan giữa KTĐH và các kết cục lâm sàng nội viện trên người bệnh ĐTĐ nhập viện vì NMCT cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu trên 100 bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 3-9/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là 65,6 ± 11,2 tuổi. Tỷ lệ nam giới là 46%, nữ giới là 54%, tỉ số nam:nữ là 0,85:1. Trị số KTĐH trung vị là 52,2 mg/dL (KTPV: 39,0-94,4). Nhóm bệnh nhân có biến cố tim mạch bất lợi và tử vong do mọi nguyên nhân có KTĐH trung vị cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không có biến cố tim mạch bất lợi và không tử vong (giá trị p lần lượt là p<0,001 và p<0,001). **Kết luận:** KTĐH nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung cho đường huyết lúc nhập viện trong đánh giá ảnh hưởng của tăng đường huyết do stress sinh lý cấp tính trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

Từ khóa: Khoảng trống đường huyết, kết cục lâm sàng nội viện, nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường.

SUMMARY

GLYCEMIC GAP AND INHOSPITAL OUTCOMES IN DIABETIC PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Background: Acute hyperglycemia is a frequent finding in patients with acute myocardial infarction (AMI). The relationship between acute hyperglycemia and in-hospital outcomes in diabetic patients with AMI still remains controversial. A glyceimic gap is used as a

new parameter to evaluate the association between acute hyperglycemia and in-hospital clinical outcome in diabetic patients presenting with AMI. **Objective:** To study the relationship between glyceimic gap and the occurrence of in-hospital clinical outcome in diabetic patients with AMI. **Subjects and research methods:** An observational cross-sectional study was prospectively conducted on 100 diabetic patients with AMI at the Interventional cardiology Department of Cho Ray hospital from March to September 2022. **Results:** The mean value of age was 65.6 ± 11.2 years. The sample included 46 males (46%) and 54 females (54%), the male:female ratio was 0.85:1. The median value of glyceimic gap was 52.2 mg/dL (IQR: 39.0-94.4). Patients with major cardiac events and all-cause death had significantly higher glyceimic gaps than patients without major cardiac events and survivors (p value respectively was p<0,001 and p<0,001). **Conclusion:** Glyceimic gap should be considered as an additional parameter to an admission serum glucose level to evaluate the impact of stress-induced hyperglycemia on in-hospital clinical outcomes in diabetic patients with AMI.

Keywords: glyceimic gap, in-hospital outcomes, acute myocardial infarction, diabetes

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tăng đường huyết cấp tính là một vấn đề thường gặp ở bệnh nhân NMCT cấp tại khoa cấp cứu, phản ánh đáp ứng của cơ thể với stress và/hoặc tình trạng chuyển hoá đường bất thường. Bất kể là do cơ chế nào, NMCT cấp kèm tăng đường huyết có mối liên quan đến tình trạng viêm và tiền tạo huyết khối, giảm sức co bóp cơ tim và tăng tỉ lệ tử vong ngắn hạn cũng như dài hạn^{1,7}. Đối với người NMCT cấp có đái tháo đường, cần phải cân nhắc tình trạng tăng đường huyết mạn tính khi khảo sát mối quan hệ giữa tăng đường huyết và các kết cục lâm sàng. Tình trạng tăng đường huyết tại thời điểm nhập viện có thể được gây ra bởi các stress sinh lý cấp tính và/hoặc nồng độ đường huyết nền cơ bản cao, do đó không phản ánh chính xác tác động của tăng đường huyết do stress. Để loại trừ đi ảnh hưởng của nồng độ đường huyết cao mạn tính ở bệnh nhân đái tháo đường, KTĐH được để

¹Đại học Y Dược TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Hưng

Email: tthung.chnoi20@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 20.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 26.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023

ngiht như một chỉ số mới để đánh giá tác động của tăng đường huyết do stress một cách chính xác hơn lên các biến cố lâm sàng^{3,5}. KTĐH là sự khác biệt giữa đường huyết vào thời điểm nhập viện và đường huyết nền của người bệnh. Việc ước đoán mức đường huyết nền có thể được tính toán từ giá trị HbA1c⁶. Trên thế giới hiện có ít nghiên cứu về KTĐH ở bệnh nhân đái tháo đường bị NMCT cấp. Tính đến thời điểm hiện tại ở Việt Nam, chúng tôi chưa tìm được công bố về khoảng trống đường huyết ở bệnh nhân NMCT cấp có đái tháo đường. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích trả lời câu hỏi KTĐH có mối liên quan như thế nào đối với tần suất các kết cục lâm sàng bất lợi ở người bệnh đái tháo đường nhập viện vì NMCT cấp, nhằm góp phần vào dữ liệu chung cho các nghiên cứu tiếp tục sau này về KTĐH.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, tiến cứu dựa trên hồ sơ bệnh án, thăm khám và theo dõi trên lâm sàng, được tiến hành tại khoa Tim mạch can thiệp của bệnh viện Chợ Rẫy.

Đối tượng nghiên cứu: Chúng tôi chọn vào nghiên cứu những bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có đái tháo đường thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ trong thời gian từ 29/03/2022 – 01/09/2022. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm: giới tính, tuổi, chỉ số khối cơ thể (kg/m^2), tiền căn bệnh lý, đặc điểm lâm sàng, kết quả xét nghiệm bao gồm đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), HbA1c (%), và kết cục lâm sàng bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, biến cố tim mạch bất lợi (choáng tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất, rung thất).

Tiêu chuẩn chọn mẫu:

- ≥ 18 tuổi.
- Bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên và NMCT cấp không ST chênh lên theo "Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp" của Bộ Y tế Việt Nam năm 2019².
- Bệnh nhân đã được chẩn đoán đái tháo đường típ 1 hoặc 2 đang điều trị với thuốc hạ đường huyết bao gồm insulin và/hoặc thuốc hạ đường huyết dạng uống, và/hoặc một kết quả HbA1c $\geq 6,5\%$ trong vòng 2 tháng trước theo hướng dẫn của Hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2021¹.
- Bệnh nhân có dữ liệu về đường huyết tĩnh mạch lúc nhập viện và HbA1c trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 1 tháng trước.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Hạ đường huyết (đường huyết tĩnh mạch <70 mg/dL) lúc nhập viện.
- Bệnh nhân trước khi vào viện được truyền các thuốc hoặc chế phẩm làm tăng đường huyết như glucose, adrenalin, corticoid.
- Bệnh nhân có các bệnh lý khác gây rối loạn đường huyết như: u tuỷ thượng thận, hội chứng Cushing, đang sử dụng corticoid.
- Bệnh nhân có bất thường hemoglobin (bệnh hồng cầu hình liềm, thalassemia) hoặc bệnh về máu (thiếu máu tán huyết) hoặc được truyền máu (hồng cầu lắng, máu toàn phần) có thể ảnh hưởng đến độ chính xác của kết quả HbA1c.
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Cỡ mẫu: 100 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có đái tháo đường.

Biến số nghiên cứu: Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), chỉ số khối cơ thể (kg/m^2) = cân nặng (kg)/[chiều cao (m)]². Tiền căn bệnh lý bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu. Đặc điểm lâm sàng bao gồm NMCT cấp ST chênh lên, NMCT cấp không ST chênh lên, can thiệp mạch vành qua da và tổng thời gian nằm viện. Các thông số cận lâm sàng bao gồm đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), HbA1c (%), khoảng trống đường huyết (mg/dL) = đường huyết lúc nhập viện - ($28,7 \times \text{HbA1c} - 46,7$). Kết cục lâm sàng nội viện bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, các biến cố tim mạch bất lợi (choáng tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất, rung thất).

Phương pháp thu thập số liệu: Bệnh nhân được hỏi bệnh sử và khám lâm sàng, phỏng vấn theo bảng thu thập số liệu. Ghi nhận chẩn đoán và tiền căn bệnh lý dựa hồ sơ bệnh án và sổ khám bệnh. Trong thời gian nằm viện, bệnh nhân được theo dõi các kết cục lâm sàng bao gồm: tử vong do mọi nguyên nhân, các biến cố tim mạch bất lợi (choáng tim, suy tim cấp, rối loạn nhịp tim nguy hiểm như nhanh thất, rung thất).

Đường huyết lúc nhập viện được lấy từ mẫu máu tĩnh mạch ban đầu tại khoa cấp cứu; phương pháp định lượng đường trong huyết tương bằng phương pháp glucose oxidase; kết quả được phân tích tự động trên máy Cobas E. HbA1c từ mẫu máu được lấy bất kỳ vào ngày hôm sau nhập viện; định lượng hemoglobin trong máu của bệnh nhân theo phương pháp đo quang, định lượng HbA1c trong máu của bệnh nhân theo phương pháp miễn dịch độ đục, sau đó xác định tỉ lệ % của HbA1c/hemoglobin toàn phần; kết quả được phân tích tự động trên máy Olympus AU640. Các xét nghiệm huyết học, sinh

hoá được thực hiện tại phòng xét nghiệm của Bệnh viện Chợ Rẫy đạt chuẩn Six Sigma của Westgard VP, được kiểm tra nội kiểm có dữ liệu mỗi ngày, ngoại kiểm có giấy chứng nhận định kỳ. Đường huyết nền được tính toán từ kết quả HbA1c theo công thức từ một nghiên cứu quốc tế đa trung tâm của tác giả Nathan và cộng sự⁶. Mức đường huyết nền ước đoán trong 3 tháng gần nhất được tính toán theo công thức: Đường huyết nền = 28,7 x HbA1c - 46,7 (mg/dL). Khoảng trống đường huyết tính toán dựa trên HbA1c: được đánh giá khi có đủ kết quả đường huyết lúc nhập viện và HbA1c theo công thức KTDH = đường huyết lúc nhập viện - đường huyết nền = đường huyết lúc nhập viện - (28,7 x HbA1c - 46,7) (mg/dL).

Xử lý số liệu: Các biến liên tục được trình bày dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn nếu phân phối chuẩn và trung vị và khoảng tứ phân vị nếu phân phối không chuẩn. Các biến danh định được trình bày dưới dạng tần suất và tỷ lệ phần trăm. Số liệu nghiên cứu được lưu trữ và xử lý thống kê bằng phần mềm STATA 14.1. So sánh giữa hai biến định lượng có phân phối chuẩn bằng phép kiểm T-Test; giữa hai biến định lượng có phân phối không chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney. Giá trị p <0,05 được coi là có ý nghĩa thống kê.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong khoảng thời gian nghiên cứu, có 100 bệnh nhân NMCT cấp có đái tháo đường đủ tiêu chuẩn tham gia vào nghiên cứu. Tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là 65,6 ± 11,2 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 36, tuổi lớn nhất là 87. Có 46 bệnh nhân nam (chiếm 46%), và 54 bệnh nhân nữ (chiếm 54%), tỉ số nam:nữ là 0,85:1. Chỉ số khối cơ thể trung bình là 22,9 ± 3,1 kg/m².

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị
Tuổi (năm), TB ± ĐLC	65,6 ± 11,2

Bảng 3. So sánh đặc điểm các thang đo đường huyết giữa nhóm có và không có biến cố tim mạch

	Có BCTM (N=36)	Không BCTM (N=64)	p ^a
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), TV (KTPV)	311,5 (247,3-364,3)	250,5 (199,0-289,0)	<0,001*
HbA1C (%), TV (KTPV)	7,9 (6,6-10,3)	8,5 (7,2-10,1)	0,444
KTDH (mg/dL), TV (KTPV)	99,9 (72,3-137,8)	43,3 (33,0-52,4)	<0,001*

BCTM: biến cố tim mạch; TV: trung vị; KTPV: khoảng tứ phân vị; *p<0,05; a: Phép kiểm Mann-Whitney

Bảng 4. So sánh đặc điểm các thang đo đường huyết giữa nhóm tử vong và không tử vong

Nam, n (%)	46 (46%)
Chỉ số khối cơ thể (kg/m ²), TB ± ĐLC	22,9 ± 3,1
Tăng huyết áp, n (%)	99 (99%)
Rối loạn lipid máu, n (%)	96 (96%)
Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, n (%)	47 (47%)
Can thiệp mạch vành qua da, n (%)	46 (46%)
Tổng thời gian nằm viện (ngày), TB ± ĐLC	8,1 ± 2,7
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), TV (KTPV)	264 (219,0-327,5)
HbA1c (%), TV (KTPV)	8,4 (7,1-10,1)
Khoảng trống đường huyết (mg/dL), TV (KTPV)	52,2 (39,0-94,4)

TB: trung bình; ĐLC: độ lệch chuẩn; TV: trung vị; KTPV: khoảng tứ phân vị.

Bảng 2. Phân bố kết cục lâm sàng của dân số nghiên cứu

Kết cục	Giá trị n (%)
Tử vong do mọi nguyên nhân	6 (6%)
Biến cố tim mạch bất lợi	36 (36%)
Choáng tim	10 (10%)
Rối loạn nhịp tim nguy hiểm	10 (10%)
Suy tim cấp	34 (34%)

Kết cục lâm sàng: Có 36 trường hợp xảy ra biến cố tim mạch bất lợi, chiếm 36%, trong đó có 11 trường hợp xảy ra từ 2 biến cố trở lên. Nhóm bệnh nhân có xảy ra biến cố tim mạch bất lợi có giá trị trung vị đường huyết lúc nhập viện cao hơn (311,5 mg/dL so với 250,5 mg/dL, p<0,001), và giá trị trung vị khoảng trống đường huyết cao hơn (99,9 mg/dL so với 43,3 mg/dL, p<0,001) so với nhóm không biến cố tim mạch bất lợi (Bảng 3). Tương tự, nhóm bệnh nhân tử vong có giá trị đường huyết lúc nhập viện cao hơn (360,0 mg/dL so với 250,5 mg/dL, p=0,006) và khoảng trống đường huyết cao hơn (169,8 mg/dL so với 50,2 mg/dL, p<0,001) có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân không tử vong (Bảng 4).

	Tử vong (N=6)	Không tử vong (N=94)	p ^a
Đường huyết lúc nhập viện (mg/dL), TV (KTPV)	360,0 (324,3-381,5)	259,5 (213,0-319,8)	0,006*
HbA1C (%), TV (KTPV)	8,7 (6,8-9,6)	8,4 (7,1-10,2)	0,788
KTĐH (mg/dL), TV (KTPV)	169,8 (137,8-186,6)	50,2 (38,5-84,9)	<0,001*

TV: trung vị; KTPV: khoảng tứ phân vị; * $p < 0,05$; a: Phép kiểm Mann-Whitney

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Độ tuổi trung bình của dân số trong nghiên cứu là $65,6 \pm 11,2$ tuổi. Độ tuổi này cao hơn kết quả nghiên cứu tại Ai Cập của tác giả Ghanem (N=100) là $60,3 \pm 10,1$ và thấp hơn kết quả nghiên cứu tại Đài Loan của tác giả Liao (N=331) là $69,9 \pm 12,7$. Theo y văn, độ tuổi trung bình của dân số NMCT là từ 60 tuổi trở lên, điều này phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Về sự phân bố giới tính trong NMCT cấp có đái tháo đường, chúng tôi ghi nhận tỉ số nam:nữ là 0,85:1. Kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Ghanem (N=100) có tỉ số nam:nữ là 2,84:1, và nghiên cứu của tác giả Liao (N=331) có tỉ số nam:nữ là 1,90:1. Theo y văn, NMCT cấp thường gặp ở nam giới nhiều hơn. Sự khác biệt trong kết quả nghiên cứu của chúng tôi có thể được giải thích bởi một số giả thuyết. Thứ nhất, ảnh hưởng của đại dịch COVID-19 lên phân bố giới tính ở bệnh nhân NMCT cấp. Thứ hai, sự sụt giảm estrogen huyết tương có thể ảnh hưởng gây tăng nguy cơ NMCT cấp ở phụ nữ mãn kinh (88,9% nữ giới trong nghiên cứu > 55 tuổi). Thứ ba, sự hiện diện của đái tháo đường có thể làm mất đi tính bảo vệ tim mạch ở phụ nữ, từ đó làm tăng hơn nguy cơ bệnh mạch vành.

Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:

Tăng huyết áp là tình trạng đồng mắc có tỉ lệ là 99% trong nghiên cứu của chúng tôi. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Liao (N=311) có tỉ lệ tăng huyết áp là 87,6%. Trong các nghiên cứu trên thế giới, tỉ lệ tăng huyết áp trên bệnh nhân NMCT dao động trong khoảng 50-70% và có xu hướng tăng trong những năm gần đây. Bên cạnh đó, tăng huyết áp là một trong những yếu tố nguy cơ quan trọng của NMCT cấp. Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc kiểm soát huyết áp nhằm giảm thiểu kết cục tim mạch bất lợi cho bệnh nhân.

Rối loạn lipid máu là tình trạng phổ biến hàng thứ 2, chiếm 96%. Hầu hết bệnh nhân được chẩn đoán từ trước và đang điều trị, tuy nhiên đa số bệnh nhân chưa đạt LDL-Cholesterol mục tiêu, trong đó chỉ có 15% bệnh nhân có giá trị LDL-Cholesterol <70 mg/dL. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác

giả Liao (N=331) là 52,3%. Sự khác biệt này có thể do tình trạng rối loạn lipid máu đang ngày càng gia tăng trong thời gian gần đây do các yếu tố kinh tế - xã hội, điều này đòi hỏi thầy thuốc và người bệnh cần tích cực hơn nữa trong việc kiểm soát bilan lipid máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, giá trị trung vị của KTĐH là 52,2 mg/dL (KTPV: 39,0-94,4), thấp hơn giá trị trung bình của KTĐH trong nghiên cứu của tác giả Ghanem là $100,2 \pm 43,2$ mg/dL (nhỏ nhất 29,2 mg/dL – lớn nhất 206,6 mg/dL)³.

Khoảng trống đường huyết và kết cục lâm sàng:

Chúng tôi ghi nhận có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa có xảy ra biến cố tim mạch bất lợi với đường huyết lúc nhập viện ($p < 0,001$) và khoảng trống đường huyết ($p < 0,001$), nhưng không có mối liên quan với HbA1c ($p = 0,444$) (Bảng 3). Kết quả từ nghiên cứu của Ghanem và cộng sự trên 100 bệnh nhân cũng cho kết quả tương tự với khoảng trống đường huyết ($p < 0,001$) và HbA1c ($p = 0,001$) nhưng không có khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với giá trị đường huyết lúc nhập viện ($p = 0,879$)³. Bên cạnh đó, chúng tôi nhận thấy có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa kết cục tử vong do mọi nguyên nhân với đường huyết lúc nhập viện ($p = 0,006$) và khoảng trống đường huyết ($p < 0,001$) nhưng không có mối liên quan với HbA1c ($p = 0,788$) (Bảng 4). Trong nghiên cứu của tác giả Liao trên 331 bệnh nhân, nhóm bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân có KTĐH cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không tử vong ($p = 0,01$), nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi xét đến giá trị của đường huyết lúc nhập viện ($p = 0,12$) và HbA1c ($p = 0,59$)⁵. Ngoài ra, giá trị trung vị của KTĐH ở nhóm bệnh nhân có biến cố tim mạch bất lợi là 99,9 mg/dL cũng tương đương với giá trị trung vị của KTĐH trong nghiên cứu của Ghanem là 99,2 mg/dL³. Giá trị trung vị của KTĐH ở nhóm bệnh nhân tử vong là 169,8 mg/dL cao hơn kết quả KTĐH trung bình trong nghiên cứu của Liao là $95,7 \pm 119,8$ mg/dL⁵. Như vậy, giá trị KTĐH ở nhóm có biến cố tim mạch bất lợi và tử vong do mọi nguyên nhân cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có biến cố tim mạch bất lợi và tử vong, điều này tương đồng với nhau giữa các nghiên cứu^{3,5}. Sự

khác biệt trong nghiên cứu của chúng tôi về đường huyết lúc nhập viện đối với các biến cố tim mạch bất lợi cũng đã được báo cáo trong các nghiên cứu khác. Lý giải điều này có thể do đường huyết lúc nhập viện có nhiều yếu tố gây nhiễu gây ảnh hưởng như bệnh nhân đã ăn trước đó, kiểm soát đường huyết dài hạn kém đã dẫn đến các kết quả khác nhau trong các nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Qua 100 trường hợp NMCT cấp có ĐTĐ tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy, chúng tôi nhận thấy nhóm bệnh nhân xảy ra các biến cố tim mạch bất lợi và tử vong do mọi nguyên nhân có giá trị khoảng trống đường huyết cao hơn có ý nghĩa thống kê khi so với nhóm không xảy ra các biến cố tim mạch bất lợi và tử vong. Khoảng trống đường huyết nên được xem xét sử dụng như một chỉ số bổ sung cho đường huyết lúc nhập viện trong đánh giá ảnh hưởng của tăng đường huyết do stress sinh lý cấp tính trên kết cục lâm sàng ở bệnh nhân NMCT cấp có ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **American Diabetes Association:** 2. Classification and Diagnosis of

- Diabetes: Standards of Medical Care in Diabetes—2021. *Diabetes Care*. 1 January 2021; 44 (Supplement 1): S15–S33. doi: 10.2337/dc21-S002
2. **Bộ Y tế.** Quyết định số 2187/QĐ-BYT. Quyết định về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị hội chứng mạch vành cấp”. 2019:1-33
3. **Ghanem, Y.M., Avad, et al.** Glycemic gap and the outcome of diabetic patients presenting with acute coronary syndrome. *Scand J Intern Med*. 2022;10(1):34. doi: 10.1186/s43162-022-00099-8
4. **Kojima T, Hikoso S, Nakatani D et al.** Impact of Hyperglycemia on Long-Term Outcome in Patients With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction. *Am J Cardiol*. 2020 Mar 15;125(6):851-859. doi: 10.1016/j.amjcard.2019.12.034
5. **Liao WI, Lin CS, Lee CH et al.** An Elevated Glycemic Gap is Associated with Adverse Outcomes in Diabetic Patients with Acute Myocardial Infarction. *Sci Rep*. 2016 Jun 13;6:27770. doi: 10.1038/srep27770.
6. **Nathan DM, Kuenen J, Borg R, et al.** A1c-Derived Average Glucose Study Group. Translating the A1C assay into estimated average glucose values. *Diabetes Care*. 2008 Aug; 31(8):1473-8. doi: 10.2337/dc08-0545.
7. **Zhu Y, Liu K, Meng S, et al.** Augmented glycaemic gap is a marker for an increased risk of post-infarct left ventricular systolic dysfunction. *Cardiovasc Diabetol*. (2020) Jul 4;19(1):101. doi: 10.1186/s12933-020-01075-8.

KIẾN THỨC, THÁI ĐỘ VỀ TƯ VẤN VÀ KHÁM SỨC KHỎE TRƯỚC KHI KẾT HÔN Ở SINH VIÊN NĂM CUỐI ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH NĂM 2021

Nguyễn Thị Bích¹, Trần Thị Tuyết Nga¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Sinh viên năm cuối Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (TP. HCM) sẽ là nhân viên y tế tương lai, cung cấp dịch vụ sức khỏe và truyền thông dự phòng bệnh tật cho cộng đồng, đồng thời có độ tuổi cận kề với độ tuổi kết hôn trung bình của Việt Nam, nên có thể bước vào cuộc sống hôn nhân bất kỳ lúc nào, vì vậy cần nắm rõ kiến thức và có thái độ tốt hơn về tư vấn và khám sức khỏe trước khi kết hôn (SKTKKH). **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ sinh viên năm cuối tại Đại học Y Dược TP. HCM năm 2021 có kiến thức đúng và thái độ tốt về tư vấn và khám SKTKKH và các yếu tố liên quan. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả, thực hiện trên 315 sinh

viên năm cuối tại Đại học Y Dược TP. HCM năm 2021, tiến hành từ tháng 4/2021. Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, với công cụ thu thập số liệu là bộ câu hỏi tự điền soạn sẵn. **Kết quả:** Tỷ lệ sinh viên có kiến thức chung đúng về tư vấn và khám SKTKKH là 75,2%, thái độ chung tốt của sinh viên là 81,6%. Có mối liên quan giữa học lực, trình độ học vấn mẹ, việc biết thông tin với kiến thức chung đúng về tư vấn và khám SKTKKH. **Kết luận:** Kết quả của nghiên cứu cho thấy sinh viên với kiến thức tốt thì có thái độ tích cực về tư vấn và khám SKTKKH, tỷ lệ sinh viên có kiến thức và thái độ tốt khá cao, tuy nhiên vẫn còn nhiều sinh viên chưa biết đầy đủ thông tin về tư vấn và khám SKTKKH, đặc biệt là phần đối tượng cần tư vấn.

Từ khóa: kiến thức, thái độ, tư vấn, khám sức khỏe trước khi kết hôn, tiền hôn nhân, sinh viên, Đại học Y Dược P.HCM.

SUMMARY

KNOWLEDGE, ATTITUDE ABOUT PREMARITAL HEALTH COUNSELING AND EXAMINATION OF SENIOR STUDENTS IN

¹Đại học Y Dược TP. HCM

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Tuyết Nga

Email: ttngaytcc@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 26.5.2023