

- phân tầng nguy cơ ung thư biểu mô tuyến vú giai đoạn I-II. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2020.
4. **Vũ Thị Ngọc Hà.** Nghiên cứu sự bộc lộ dấu ấn p53, Bcl2 và mô bệnh học trong ung thư biểu mô tuyến vú. Luận án Thạc sĩ y học. Trường Đại Học Y Hà Nội; 2019.
  5. **Kondov B, Milenkovic Z, Kondov G, et al.** Presentation of the Molecular Subtypes of Breast Cancer Detected By Immunohistochemistry in Surgically Treated Patients. Open Access Maced J Med Sci. 2018;6(6): 961-967. doi:10.3889/oamjms.2018.231
  6. **Lê Thị Uyên.** Tình trạng nầy chồi u trong ung thư biểu mô tuyến vú thể ống xâm nhập. Luận án Thạc sĩ y học. Đại học Y Hà Nội; 2021.
  7. **De Santis MC, La Rocca E, Meneghini E, et al.** Axillary nodal involvement by primary tumor features in early breast cancer: an analysis of 2600 patients. Clin Transl Oncol Off Publ Fed Span Oncol Soc Natl Cancer Inst Mex. 2020; 22(5): 786-792. doi: 10.1007/s12094-019-02188-7
  8. **Lakhanpal R, Sestak I, Shadbolt B, et al.** IHC4 score plus clinical treatment score predicts locoregional recurrence in early breast cancer. Breast Edinb Scotl. 2016;29: 147-152. doi: 10.1016/j.breast.2016.06.019
  9. **Tạ Văn Tờ.** Nghiên cứu hình thái học, hóa mô miễn dịch và giá trị tiên lượng của chúng trong ung thư biểu mô tuyến vú. 2004.
  10. **Pundavela J, Roselli S, Faulkner S, et al.** Nerve fibers infiltrate the tumor microenvironment and are associated with nerve growth factor production and lymph node invasion in breast cancer. Mol Oncol. 2015;9(8):1626-1635. doi:10.1016/j.molonc.2015.05.001

## TỬ VONG VÀ CÁC BIẾN CỐ TIM MẠCH NỘI VIỆN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN CÓ PHÂN SUẤT TỔNG MÁU THẤT TRÁI $\leq 40\%$ SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Nguyễn Thượng Nghĩa<sup>1</sup>, Nguyễn Đăng Khoa<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Mặc cho đã có các tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, tỉ lệ tử vong nội viện nhồi máu cơ tim vẫn còn cao. Bệnh nhân NMCT cấp có phân suất tổng máu (PSTM) thất trái  $< 40\%$  lúc nhập viện có tỉ lệ tử vong tăng và tỉ lệ các biến chứng cao như tái nhồi máu, rối loạn nhịp, đột quy so sánh với nhóm không suy giảm chức năng thất trái. Tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu khảo sát về tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên (NMCTSTCL) có PSTM thất trái  $\leq 40\%$ . **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ tử vong do mọi nguyên nhân nội viện của bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái  $\leq 40\%$  sau can thiệp mạch vành (CTMV) qua da tại khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân  $> 18$  tuổi được chẩn đoán NMCTSTCL có PSTM thất trái lúc nhập viện  $\leq 40\%$  được CTMV qua da tại khoa Tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 01/2023 đến tháng 08/2023. **Kết quả:** Có 135 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tuổi trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn của dân số nghiên cứu là  $63 \pm 10,67$ ; tỉ lệ nam/nữ là 3,09/1. Đái tháo đường (73,33%) và tăng huyết áp (67,41%) là 2 yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. NMCT cấp thành trước là thể lâm sàng thường gặp nhất (58,66%) và có 40,74% bệnh nhân nhập viện với Killip  $\geq$  II. Các biến cố nội viện thường gặp nhất là suy tim cấp (37,04%) và tổn thương thận cấp

(21,48%); tỉ lệ choáng tim được ghi nhận là 14,07%. Tỉ lệ tử vong nội viện ở dân số mục tiêu là 8,89%, trong đó 91,67% các trường hợp là tử vong do tim mạch. Qua phân tích logistic đa biến, chỉ có rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện. **Kết luận:** Tỉ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái  $\leq 40\%$  sau CTMV qua da là 8,89%. Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân trên.

**Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp mạch vành qua da, choáng tim, tử vong.

### SUMMARY

#### INHOSPITAL MORTALITY AND COMPLICATIONS OF POST-PCI ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH LEFT VENTRICLE EF $\leq 40\%$

**Introduction:** Despite significant advances in the diagnosis and treatment of acute myocardial infarction (AMI), the in-hospital mortality rate for AMI remains high. AMI patients with left ventricular ejection fraction (LVEF)  $< 40\%$  on admission have increased mortality and complication rates such as reinfarction, arrhythmias, and stroke compared to those without heart failure or left ventricular dysfunction. In Vietnam, there have been few studies investigating in-hospital mortality in patients with anterior wall AMI and LVEF  $\leq 40\%$ . **Objective:** To determine the rate of all-cause in-hospital mortality in patients with STEMI and admission LVEF  $\leq 40\%$  after percutaneous coronary intervention (PCI) at Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital. **Subjects:** Patients  $> 18$  years old diagnosed with STEMI and admission LVEF  $\leq 40\%$  undergoing PCI at Interventional Cardiology Department of Cho

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đăng Khoa

Email: khoand.pnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

Ray Hospital from January 2023 to August 2023. **Study design:** Longitudinal observational cohort study. **Results:** 135 patients met the study criteria with a mean age  $\pm$  standard deviation of  $63 \pm 10.67$  years; the male/female ratio was 3.09/1. Diabetes (73.33%) and hypertension (67.41%) were the two most common risk factors. Anterior wall STEMI was the most common clinical presentation (58.66%) and 40.74% of patients were admitted with Killip  $\geq$  II. The most common in-hospital events were acute heart failure (37.04%) and acute kidney injury (21.48%); cardiogenic shock was observed in 14.07%. The in-hospital mortality rate in the target population was 8.89%, of which 91.67% were cardiovascular deaths. Multivariate logistic regression analysis found that only life-threatening arrhythmias were an independent predictor of in-hospital mortality. **Conclusion:** The in-hospital mortality rate in patients with STEMI and admission LVEF  $\leq$  40% after PCI was 8.89%. Life-threatening arrhythmias were an independent predictor of in-hospital mortality in this patient group.

**Keywords:** acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention, cardiogenic shock, mortality.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý tim mạch cho đến nay vẫn là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu cả ở những nước đã phát triển hay đang phát triển. Tại Mỹ, cứ mỗi 40 giây có một người Mỹ tử vong vì nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) và vào năm 2019, hơn 1 triệu biến cố mạch vành đã xảy ra<sup>1</sup>. Tại Việt Nam, vào năm 2017, Bộ Y tế đã công bố mỗi năm có khoảng 200.000 người tử vong do các bệnh lý tim mạch, cao hơn các trường hợp tử vong do ung thư và hiện đang có xu hướng trẻ hóa. Mặc cho đã có các tiến bộ vượt bậc trong chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim cấp, tỉ lệ tử vong nội viện do NMCT vẫn còn cao<sup>2</sup>. Suy giảm phân suất tống máu (PSTM) thất trái lúc nhập viện vì NMCT cấp là yếu tố tiên lượng quan trọng về nguy cơ tàn phế lẫn tử vong dù trong kỉ nguyên của can thiệp mạch vành (CTMV) cấp cứu<sup>3</sup>. Bệnh nhân NMCT cấp có PSTM thất trái  $<$  40% lúc nhập viện có tỉ lệ tử vong cao gấp 5 lần và tỉ lệ các biến chứng như tái nhồi máu, rối loạn nhịp, đột quỵ so với nhóm không có suy tim hay suy giảm chức năng thất trái<sup>4</sup>. Thậm chí sau khi bệnh nhân đã xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân có PSTM thất trái  $\leq$  35% đột tử cao hơn hẳn nhóm có phân suất tống máu thất trái  $>$  35%, nhất là trong 4 tháng đầu<sup>3</sup>. Tại Việt Nam, hiện nay các vấn đề về tỉ lệ tử vong nội viện của nhóm bệnh nhân NMCT cấp có PSTM thất trái giảm lại chưa được quan tâm và khảo sát.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Bệnh nhân  $>$  18 tuổi được chẩn đoán NMCTSTCL có PSTM thất

trái lúc nhập viện  $\leq$  40% được CTMV qua da tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy.

### Tiêu chuẩn chọn vào

- Bệnh nhân  $>$  18 tuổi
- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định NMCTSTCL theo định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 năm 2018 và có PSTM thất trái lúc nhập viện  $\leq$  40%
- Bệnh nhân được chụp & can thiệp ĐMV qua da tại khoa Tim mạch can thiệp BV Chợ Rẫy.
- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu

### Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có tiền căn phẫu thuật tim mạch hoặc có tiền căn can thiệp mạch vành trước đây.
- Bệnh nhân có tiền căn bệnh lý van tim, bệnh lý tim bẩm sinh.
- Bệnh nhân có tiền căn nhồi máu não hoặc cơn thoáng thiếu máu não trong 12 tháng.
- Suy thận nặng (eGFR  $<$  30 ml/ph/1,73m<sup>2</sup>) hoặc đang mắc các bệnh ung thư, xơ gan, COPD.
- Bệnh nhân có tình trạng sa sút trí tuệ, không hợp tác hoặc không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Phụ nữ có thai.

### Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát theo dõi dọc

**Phương pháp nghiên cứu:** Các bệnh nhân NMCT cấp đủ tiêu chuẩn chọn vào và không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào danh sách đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân nhập viện được hỏi bệnh sử, tiền sử, khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng để chẩn đoán xác định NMCT cấp và siêu âm tim để đánh giá phân suất tống máu thất trái. Sau đó các thông số thu nhận được sẽ ghi nhận vào phiếu thu thập dữ liệu thông tin về các đặc điểm dân số, thể lâm sàng và các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành. Bệnh nhân được chụp & can thiệp ĐMV và theo dõi cho đến khi xuất viện tại bệnh viện Chợ Rẫy, ghi nhận các biến cố xảy ra trong thời gian theo dõi.

**Xử lý số liệu:** Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0. Các biến định tính được mô tả dưới dạng tần số và tỉ lệ phần trăm. Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng trị số đo đặc được cùng với đơn vị tương ứng. Mọi liên quan giữa các biến được kiểm chứng bằng các phép kiểm thích hợp. Kết quả phép kiểm có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm dân số nghiên cứu và yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành.** Nghiên cứu này có tổng cộng 135 bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái  $\leq$  40% được CTMV qua da. Tuổi trung

bình và độ lệch chuẩn của bệnh nhân 63 ± 10,67, gần 65% bệnh nhân ≥ 60 tuổi. Nam giới chiếm ưu thế (75,56%). Các bệnh nhân trong nghiên cứu có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, trong đó rối loạn mỡ máu là yếu tố thường gặp nhất.

**Bảng 1. Đặc điểm dân số và yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành**

Đặc điểm	Tần số (%)
Giới nam	102 (75,56%)
Tuổi (Trung bình ± ĐLC)	63 ± 10,67
Tuổi ≥ 60	64,44%
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (Trung bình ± ĐLC)	22,81 ± 3,05
Tăng huyết áp	91 (67,41%)
Hút thuốc lá	79 (58,52%)
Đái tháo đường típ 2	99 (73,33%)
Rối loạn mỡ máu	60 (44,44%)

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.** Có 135 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu, trong đó NMCT thành trước là thường gặp nhất (58,66%). Có 40,74% bệnh nhân có killip ≥ II, độ lọc cầu thận (theo CKD-EPI) trung vị là 85,1 ml/ph/1,73m<sup>2</sup>. 18,52% PSTM thất trái trung vị là 35%, khoảng tứ phân vị là 8%, có 8,89% bệnh nhân có PSTM thất trái < 25%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

Đặc điểm	Dân số nghiên cứu
<b>Độ lọc cầu thận (ml/ph/1,73m<sup>2</sup>)</b>	
Trung vị	85,1
Q1 - Q3	66 - 95,2
< 60 ml/ph/1,73m <sup>2</sup>	25 (18,52%)
<b>Phân suất tổng máu thất trái (%)</b>	
Trung vị	35
Q1 - Q3	30 - 38
< 25%	12 (8,89%)

**Đặc điểm thủ thuật chụp & can thiệp mạch vành.** Động mạch quay là đường tiếp cận phổ biến nhất, nhánh mạch vành được can thiệp nhiều nhất là nhánh LAD (66,26%). Có 62 bệnh nhân bị bệnh mạch vành nhiều nhánh (45,93%), trong đó 30,65% được tái thông hoàn toàn. Thời gian trung vị từ khi có triệu chứng đến khi CTMV là 13,5 giờ, chỉ có 44,44% bệnh nhân được CTMV < 12 giờ từ khi có triệu chứng.

**Bảng 3. Đặc điểm thủ thuật chụp & can thiệp mạch vành**

Đặc điểm	Tần số (%)
<b>Đường tiếp cận</b>	
Động mạch quay	113/135 (83,7%)
Bệnh đa nhánh mạch vành	62/135 (45,93%)
Tái thông toàn bộ	19/62 (30,65%)
<b>Nhánh ĐM vành được can thiệp</b>	
LM	5/163 (3,06%)
LAD	108/163 (66,26%)

LCx	17/163 (10,43%)
RCA	33/163 (20,25%)
Can thiệp > 1 stent	43/135 (31,85%)
<b>Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi NV (giờ)</b>	
Trung vị	8,87
Q1 - Q3	6,22 - 16,65
< 12 giờ (n;%)	90 (66,67%)
<b>Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi CTMV (giờ)</b>	
Trung vị	13,5
Q1 - Q3	8,5 - 38
< 12 giờ (n;%)	60 (44,44%)

#### Các biến cố trong quá trình điều trị.

Biến cố nội viện thường gặp nhất là suy tim cấp (37,04%), kể đến là tổn thương thận cấp (21,48%) và choáng tim (14,07%). Không ghi nhận tình trạng NMCT tái phát hay đột quỵ trong thời gian nội viện. Trong thời gian theo dõi có 12 trường hợp tử vong, tỉ lệ tử vong nội viện là 8,89%. Có 11 trường hợp tử vong do tim (91,7%) , chỉ có 1 trường hợp tử vong không do tim (choáng nhiễm trùng). Choáng tim là nguyên nhân thường gặp nhất (75%), kể đến là tràn dịch màng tim (16,67%) và choáng nhiễm trùng (8,33%).

**Bảng 4. Các biến cố trong quá trình theo dõi & điều trị**

Đặc điểm	Tần số (%)
Suy tim cấp	50 (37,04%)
Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng	18 (13,33%)
Choáng tim	19 (14,07%)
Tràn dịch màng ngoài tim	7 (5,19%)
Thủng vách liên thất	1 (0,74%)
Tử vong	12 (8,89%)
Tử vong do tim	11 (8,15%)

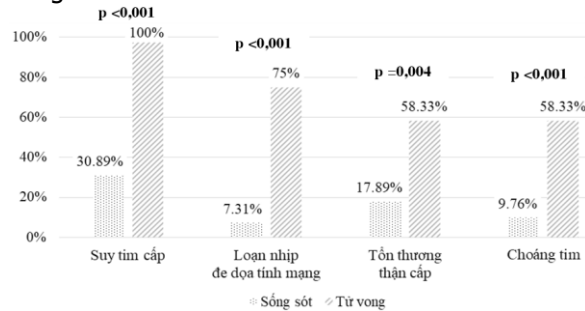
**So sánh các đặc điểm của nhóm sống sót và tử vong nội viện.** So sánh giữa 2 nhóm tử vong và sống sót, không tìm thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ tuổi, giới tính, BMI, các yếu tố nguy cơ tim mạch, tỉ lệ bệnh mạch vành nhiều nhánh và tái thông hoàn toàn.

**Bảng 5. So sánh đặc điểm giữa nhóm sống sót và tử vong nội viện**

Đặc điểm	Sống sót N=123	Tử vong N=12	p
Giới nam (n;%)	93 (75,61%)	9 (75%)	1,000
Tuổi (năm) (Trung bình ± ĐLC)	62,88 ± 10,74	65,83 ± 9,94	0,362
BMI (kg/m <sup>2</sup> ) (Trung bình ± ĐLC)	22,75 ± 3	23,46 ± 3,63	0,441
Tăng huyết áp (n;%)	86 (69,92%)	5 (41,67%)	0,058

Hút thuốc lá (n;%)	70 (56,91%)	9 (75%)	0,358
Đái tháo đường típ 2 (n;%)	89 (72,36%)	10 (83,33%)	0,515
Rối loạn mỡ máu (n;%)	54 (43,9%)	6 (50%)	0,685
Killip ≥ II (n;%)	44 (35,77%)	11 (91,67%)	<0,001
Độ lọc cầu thận (ml/ph/1,73m <sup>2</sup> ) (Trung vị; Q1 - Q3)	86,5 70,2 - 96	62,6 46,93 - 79,6	0,004
PSTM thất trái (%) (Trung vị; Q1 - Q3)	35 30 - 39	30 25,75 - 35	0,014
Bệnh đa nhánh mạch vành (n;%)	54 (43,9%)	8 (66,67%)	0,131
Tái thông hoàn toàn	18 (14,63%)	1 (8,33%)	1,000

Nhóm bệnh nhân tử vong có phân độ killip và các biến cố tim mạch nội viện bao gồm suy tim cấp, rối loạn nhịp đe dọa tính mạng, tổn thương thận cấp, choáng tim cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót. Ngoài ra, PSTM thất trái và độ lọc cầu thận của nhóm tử vong cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm sống sót.



**Hình 1. So sánh biến cố nội viện giữa nhóm sống sót và tử vong nội viện**  
**Các yếu tố dự đoán tử vong nội viện**

Do các biến phân suất tổng máu thất trái và độ lọc cầu thận có phân phối không chuẩn nên chúng tôi khai căn dạng nghịch đảo của biến phân suất tổng máu thất trái và độ lọc cầu thận để đạt dạng phân phối chuẩn. Phân tích hồi quy logistic đơn biến, chúng tôi ghi nhận có 7 yếu tố liên quan tử vong nội viện bao gồm (1)  $\sqrt{40 + 1 - \text{PSTM thất trái}}$ , (2)  $\sqrt{132,2 + 1 - \text{Độ lọc cầu thận}}$ , (3) killip ≥ II, (4) suy tim cấp, (5) rối loạn nhịp đe dọa tính mạng, (6) choáng tim và (7) tổn thương thận cấp. Qua phân tích hồi quy logistic đa biến, chỉ có rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện với tỉ số chênh OR= 17,82 (KTC 95% 2,45-129,9), p=0,004.

#### IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ tử vong nội viện của bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái ≤ 40% sau CTMV qua da là 8,89% với 91,67% các trường hợp là tử vong do tim (choáng tim, tràn dịch màng ngoài tim) và chỉ có 1 bệnh nhân tử vong không do tim. Tỉ lệ tử vong nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự trong nghiên cứu của tác giả Mohammad Ali (10%; p=0,387)<sup>5</sup> và Kensuke Takagi (9,2%; p=0,500)<sup>6</sup> khi 2 tác giả này khảo sát trên nhóm bệnh nhân NMCTSTCL.

So sánh với dân số nghiên cứu của Kensuke Takagi, dân số trong nghiên cứu của chúng tôi nhập viện trong tình trạng lâm sàng nặng nề hơn với tỉ lệ bệnh nhân có killip ≥ II cao hơn (40,74% vs 24,7%; p < 0,001), tỉ lệ choáng tim cao hơn (14,07% vs 7,7%; p < 0,004) và chỉ lựa chọn những bệnh nhân có PSTM thất trái ≤ 40%. Tuy nhiên, 90% dân số nghiên cứu trong nghiên cứu của Kensuke Takagi<sup>6</sup> được CTMV < 12 giờ kể từ khi có triệu chứng, trong khi chúng tôi chỉ ghi nhận tỉ lệ đó là 44,44%.

Tỉ lệ tái thông hoàn toàn các ĐM vành hẹp là 8,33% ở nhóm tử vong và 14,63% ở nhóm sống sót và không có sự khác biệt giữa 2 nhóm. Trần Anh Tuấn đã theo dõi tỉ suất tử vong tại thời điểm 30 ngày và 90 ngày trên nhóm bệnh nhân NMCTSTCL được tái thông hoàn toàn và không hoàn toàn<sup>7</sup>. Thông qua nghiên cứu đó, Trần Anh Tuấn đã rút ra kết luận là không tìm thấy sự khác biệt về tỉ suất tử vong giữa 2 nhóm bệnh nhân trên trong suốt thời gian theo dõi.

Kensuke Takagi cùng cộng sự khi phân tích các nguyên nhân tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL sau CTMV đã ghi nhận 49,1% bệnh nhân tử vong do choáng tim, biến chứng cơ học chiếm 9,4% và nhiễm trùng chiếm 5,7%<sup>6</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, choáng tim vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở nhóm bệnh nhân của chúng tôi. Do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi còn hạn chế vì vậy chúng tôi chưa ghi nhận được các nguyên nhân gây tử vong mà nhóm tác giả trên ghi nhận như tắc trong stent, hẹp van ĐM chủ hay vỡ phình ĐM chủ, ...

Sau khi phân tích hồi quy logistic đa biến, chúng tôi chỉ ghi nhận được biến cố rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái ≤ 40% sau CTMV sau khi đã hiệu chỉnh theo PSTM thất trái, độ lọc cầu thận, phân độ killip và các biến cố nội viện gồm suy tim cấp, choáng tim và tổn thương thận cấp.

Trong nghiên cứu của Kensuke Takagi<sup>6</sup>, sau khi phân tích đa biến, nhóm tác giả trên ghi nhận PSTM thất trái < 40%, phân độ killip  $\geq$  II, eGFR < 60 ml/ph/1,73m<sup>2</sup>, can thiệp nhánh LAD/LCx/LM và tăng huyết áp là yếu tố dự đoán độc lập của tử vong nội viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, các yếu tố trên chưa có đủ giá trị dự đoán về mặt thống kê, điều này có thể đến từ cỡ mẫu của chúng tôi còn hạn chế và sự khác biệt trong các tiêu chí chọn mẫu giữa các nghiên cứu. Nhìn chung, chỉ riêng PSTM thất trái  $\leq$  40% đã là một yếu tố dự đoán độc lập về tử vong ngắn hạn lẫn dài hạn qua nhiều công trình nghiên cứu<sup>8</sup>. So với nhóm bệnh nhân NMCT có PSTM thất trái > 40%, bệnh nhân có PSTM thất trái giảm thường nhập viện trong bệnh cảnh lâm sàng nặng nề hơn, do đó đây là nhóm bệnh nhân cần được chú ý điều trị tích cực hơn để cải thiện tiên lượng sống còn<sup>9</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ tử vong nội viện ở bệnh nhân NMCTSTCL có PSTM thất trái  $\leq$  40% sau CTMV qua da là 8,89%. Các bệnh nhân này nhập viện với tình trạng lâm sàng nặng nề hơn với tỉ lệ bệnh nhân có độ Killip  $\geq$  II cao (40,7%), tỉ lệ choáng tim (9,76%) và tỉ lệ xuất hiện các biến cố nội viện cao hơn. Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng là yếu tố dự đoán độc lập cho tử vong nội viện ở nhóm bệnh nhân trên.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tsao CW, Aday AW, Almarzoq ZI, et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*. Feb 22 2022;145(8):e153-e639. doi:10.1161/CIR.0000000000001052.
2. McNamara RL, Kennedy KF, Cohen DJ, Diercks DB, Moscucci M, Ramee S, et al.

- Predicting In-Hospital Mortality in Patients With Acute Myocardial Infarction. *J Am Coll Cardiol*. 2016; 68(6):626-35. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2016.05.049>.
3. Hanada K, Sasaki S, Seno M, et al. Reduced Left Ventricular Ejection Fraction Is a Risk for Sudden Cardiac Death in the Early Period After Hospital Discharge in Patients With Acute Myocardial Infarction. *Circ J*. Mar 18 2022;doi:10.1253/circj.CJ-21-0999.
4. Velazquez EJ, Francis GS, Armstrong PW, et al. An international perspective on heart failure and left ventricular systolic dysfunction complicating myocardial infarction: the VALIANT registry. *Eur Heart J*. Nov 2004;25(21):1911-9. doi:10.1016/j.ehj.2004.08.006.
5. Ali M, Lange SA, Wittlinger T, Lehnert G, Rigopoulos AG, Noutsias M. In-hospital mortality after acute STEMI in patients undergoing primary PCI. *Herz*. Dec 2018;43(8):741-745. Krankenhausmortalitat nach akutem STEMI bei Patienten mit primarer PCI. doi:10.1007/s00059-017-4621-y.
6. Takagi K, Tanaka A, Yoshioka N, et al. In-hospital mortality among consecutive patients with ST-Elevation myocardial infarction in modern primary percutaneous intervention era ~ Insights from 15-year data of single-center hospital-based registry ~. *PLoS One*. 2021;16(6):e0252503.
7. Trần Anh Tuấn (2022). Tỉ lệ và tiên lượng ngăn ngừa của tái tưới máu không hoàn toàn trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y dược TPHCM.
8. Hall TS, von Lueder TG, Zannad F, et al. Relationship between left ventricular ejection fraction and mortality after myocardial infarction complicated by heart failure or left ventricular dysfunction. *Int J Cardiol*. Dec 1 2018;272:260-266. doi:10.1016/j.ijcard.2018.07.137.
9. Wohlfahrt P, Jenca D, Melenovskiy V, et al. Trajectories and determinants of left ventricular ejection fraction after the first myocardial infarction in the current era of primary coronary interventions. *Front Cardiovasc Med*. 2022;9:1051995. doi:10.3389/fcvm.2022.1051995.

## BÁO CÁO LOẠT CA: VIÊM PHỔI CỘNG ĐỒNG NẶNG DO ACINETOBACTER BAUMANNII TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN GIA ĐỊNH

Trần Thị Thúy Tường<sup>1,2</sup>, Trần Gia Bảo<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>, Lê Thị Thu Hương<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Nhân Dân Gia Định

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thúy Tường

Email: tranthithuytuong@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm dịch tễ, yếu tố nguy cơ, lâm sàng, vi sinh, viêm phổi cộng đồng (VPCĐ) nặng do acinetobacter baumannii (AB) tại bệnh viện Nhân Dân Gia Định. **Phương pháp:** Chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu các trường hợp nhiễm VPCĐ nặng do AB trong 2 năm (1/2022-12/2023). **Kết quả:** Trong 48 BN VPCĐ do AB, có 14 ca thỏa tiêu chuẩn nặng. Đa đa số BN (BN) là nam (13/14), tuổi trung bình 70, tiền căn hút thuốc lá, bệnh phổi mạn (57,4%), có hai yếu tố nguy cơ trở lên (>90%). Tất cả các ca nặng đều xuất hiện trong các