

ĐẶC ĐIỂM CỦA THANG ĐIỂM GRACE TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Nguyễn Thanh Tú²

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhồi máu cơ tim cấp là bệnh lý thường gặp, gây tỉ lệ bệnh tật và tử vong cao. Chưa có nghiên cứu tại Việt Nam sử dụng thang điểm này trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm của thang điểm GRACE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả tiên cứu trên nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. Phân tầng nguy cơ tử vong nội viện thấp, trung bình và cao khi điểm GRACE ≤ 108 , 109-140 và > 140 . **Kết quả:** Từ 11/2022 đến 06/2023 có 232 bệnh nhân được khảo sát. Trong đó tỉ lệ nam giới là 49,14% với tuổi trung bình là $66,17 \pm 10,05$. Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm rối loạn lipid máu, tăng huyết áp, hút thuốc lá, tiền căn gia đình có bệnh tim mạch sớm chiếm tỉ lệ lần lượt là 90,52%; 89,66%; 30,17%; 2,16%. Thang điểm GRACE trung bình là $122,53 \pm 28,25$ với điểm GRACE thấp nhất là 60, cao nhất là 222. Phân tầng nguy cơ theo điểm GRACE với nguy cơ thấp, trung bình và cao lần lượt chiếm tỉ lệ 31,47%, 47,41% và 21,12%. Điểm GRACE trung bình trong nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTC STCL) cao hơn đáng kể so với nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTC KSTCL), lần lượt $129,31 \pm 29,64$ và $117,12 \pm 25,95$ với $p=0,002$. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2 có thang điểm GRACE tương đối cao. Thang điểm GRACE trung bình của nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên cao hơn so với nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, đái tháo đường, thang điểm GRACE.

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF THE GRACE SCORE IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES

Introduction: Acute myocardial infarction is a common disease, causing high morbidity and mortality. No studies in Vietnam have used this scale to predict patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes. **Objectives:** Describe the characteristics of the GRACE score in patients with acute myocardial infarction and diabetes. **Subjects - Methods:** Prospectively describe a group of patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes. Stratify into low, medium, and high-risk categories of

in-hospital mortality when GRACE score is ≤ 108 , 109-140, and > 140 . **Results:** From November 2022 to June 2023, 232 patients were surveyed. Among them, 49.14% were men, with an average age of 66.17 ± 10.05 years. Cardiovascular risk factors included dyslipidemia, hypertension, smoking, and a family history of premature cardiovascular disease, accounting for 90.52%, 89.66%, 30.17%, and 2.16%, respectively. The average GRACE score was 122.53 ± 28.25 , with the lowest being 60 and the highest being 222. Risk stratification according to GRACE score showed low, medium, and high-risk categories accounting for 31.47%, 47.41%, and 21.12%, respectively. The average GRACE score in the ST-elevation myocardial infarction group was significantly higher than in the non-ST-segment elevation myocardial infarction group, 129.31 ± 29.64 and 117.12 ± 25.95 , respectively, with $p=0.002$. **Conclusion:** Patients with acute myocardial infarction and type 2 diabetes have relatively high GRACE scores. The average GRACE score of the ST-segment elevation myocardial infarction group was higher than that of the non-ST-segment elevation myocardial infarction group. **Keywords:** Acute myocardial infarction, diabetes, GRACE score.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) là lí do tim mạch thường gặp nhất khiến bệnh nhân nhập viện.¹ Đái tháo đường (ĐTĐ), cùng với rối loạn lipid máu máu (RLLM), hút thuốc lá (HTL) và tăng huyết áp (THA) là bốn yếu tố nguy cơ độc lập hàng đầu của nhồi máu cơ tim cấp. Nhồi máu cơ tim cấp gặp ở bệnh nhân đái tháo đường nhiều hơn ít nhất 2 lần so với người không ĐTĐ. Bệnh mạch vành (BMV) là nguyên nhân của 75% tử vong ở bệnh nhân ĐTĐ. Tỉ lệ tử vong do bệnh mạch vành đang có xu hướng giảm ở người không đái tháo đường, nhưng lại không giảm ở bệnh nhân đái tháo đường.²

Đánh giá nguy cơ cần được thực hiện trước khi đưa ra quyết định điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại những thời điểm khác nhau trong quá trình bệnh. Dựa trên các thông số lâm sàng, nhiều thang điểm nguy cơ đã ra đời và phát triển nhằm giúp nhà lâm sàng phân tầng nguy cơ, từ đó hỗ trợ đưa ra các quyết định. Mặc dù không có thang điểm nào là hoàn hảo, chúng vẫn là một công cụ đáng xem xét để sử dụng trong thực hành lâm sàng. Thang điểm GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) là một trong những thang điểm được sử dụng rộng rãi nhất trong dân số hội chứng vành cấp.³

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

²Bệnh viện Đa khoa Đồng Tháp

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.2.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.3.2024

Ngày duyệt bài: 15.4.2024

Tuy nhiên, sử dụng thang điểm GRACE để đánh giá nguy cơ tử vong nội viện cho bệnh nhân NMCT cấp kèm đái tháo đường type 2 tại Việt Nam chưa có. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm của thang điểm GRACE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đây là nghiên cứu mô tả cứu tiến cứu được thực hiện trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có kèm bệnh đái tháo đường trong thời gian từ 11/2022 đến 06/2023 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm: giới tính, tuổi, tiền căn bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, kết quả xét nghiệm, điện tâm đồ, siêu âm tim, chẩn đoán lâm sàng và kết quả chụp mạch vành và can thiệp mạch vành

Tiêu chuẩn chọn bệnh: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi, được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp kèm chẩn đoán đái tháo đường type 2 và đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Không đủ thông tin để đánh giá thang điểm GRACE.

Định nghĩa các biến số quan trọng: Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 của Nhồi máu cơ tim;³ chẩn đoán đái tháo đường type 2 theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2022;² thang điểm GRACE được tính dựa vào các thông số phân độ Killip, huyết áp tâm thu, tần số tim, tuổi, nồng độ creatinin máu, ngưng tim lúc nhập viện, ST chênh xuống trên điện tâm đồ, tăng men tim. Phân nhóm nguy cơ tử vong nội viện theo thang điểm GRACE: thấp (≤ 108), trung bình (109-140) và cao (>140).⁸

Phương pháp tiến hành: Nếu bệnh nhân và thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tiến hành hỏi bệnh sử, tiền căn và thăm khám bệnh nhân. Thông tin thu thập gồm: (i) hành chính: họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, mã nhập viện, (ii) bệnh sử: triệu chứng đau ngực, (iii) tiền căn bản thân và gia đình: tăng huyết áp, RLMM, HTL, tiền căn gia đình có bệnh mạch vành sớm, (iv) khám: cân nặng, chiều cao, huyết áp tâm thu, tần số tim, khám tim, khám phổi. Từ các thông tin này, tính chỉ số khối cơ thể và phân độ Killip. Ghi lại số điện thoại liên lạc của bệnh nhân

và thân nhân.

Tra cứu hồ sơ bệnh án để thu thập thông tin biến số cận lâm sàng gồm: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, đường huyết, HbA1c, creatinine huyết thanh, độ lọc cầu thận ước đoán, troponin I độ nhạy cao, Creatin kinase-MB (CK-MB), bộ lipid máu, điện tim, siêu âm tim.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh trung bình giữa hai nhóm dân số độc lập theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Student. So sánh trung bình giữa hai nhóm dân số độc lập không theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney. So sánh trung bình giữa ba nhóm dân số độc lập theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm ANOVA. So sánh trung bình giữa ba nhóm dân số độc lập không theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Kruskal-Wallis. So sánh tỉ lệ phần trăm giữa hai hoặc ba nhóm dân số độc lập bằng phép kiểm chi bình phương nếu $n \geq 5$. So sánh tỉ lệ phần trăm giữa hai hoặc nhóm dân số độc lập bằng phép kiểm chính xác Fisher nếu $n < 5$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 11/2022 đến 06/2023, chúng tôi chọn được 232 bệnh nhân vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là $66,17 \pm 10,05$ và nam giới chiếm 49,14%. BMI trung bình của dân số nghiên cứu là $22,95 \pm 3,09$ kg/m². Trong số 232 bệnh nhân chỉ có 4 bệnh nhân được chẩn đoán đái tháo đường mới mắc, 228 trường hợp, chiếm 98,26%, đã được chẩn đoán đái tháo đường type 2.

Bảng 1: Các yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm

Yếu tố nguy cơ tim mạch đi kèm	Tỉ lệ phần trăm	N
Đái tháo đường	98,26%	228
Rối loạn lipid máu	90,52%	210
Tăng huyết áp	89,66%	208
Hút thuốc lá	30,17%	70
Tiền căn gia đình có bệnh mạch vành sớm	2,16%	5

Đường huyết trung bình $211,77 \pm 83,03$ mg/dL với HbA1C $7,69 \pm 2,15$. Trong 224 bệnh nhân được xét nghiệm bilan lipid máu, 53 trường hợp được đo LDL-C trực tiếp với trung bình $121,78 \pm 42,42$ mm/dL.

Bảng 2: Kết quả cận lâm sàng của dân số nghiên cứu

Biến số	n	Giá trị trung bình	Giá trị lớn nhất	Giá trị nhỏ nhất
Hemoglobin (g/dL)	232	$12,27 \pm 1,75$	16,1	6,7

Số lượng bạch cầu (G/L)	232	11,58 ± 4,20	31,62	3,75
Số lượng tiểu cầu (G/L)	232	264,56 ± 84,51	557	85
Đường huyết (mg/dL)	232	211,77 ± 83,03	67	495
HbA1c	206	7,69 ± 2,15	16,08	5,00
Triglycerid (mg/dL)	224	229,10 ± 173,79	1280	50
Cholesterol (mg/dL)	224	199,78 ± 58,40	480	62
HDL-C (mg/dL)	224	31,25 ± 13,53	160	5
LDL-C (mg/dL)	53	121,78 ± 42,42	246,7	47,4
CK-MB (U/L)	212	95,84 ± 102,67	564,14	10,12
Troponin I ĐNC (ng/mL)	232	30295 ± 66597	684608	88,1
PSTMTT (%)	232	43,67 ± 11,21	70	15

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có tuổi nhỏ hơn, huyết áp thấp hơn, creatinin máu thấp hơn, tỉ lệ ngưng tim cao hơn và điểm GRACE cao hơn đáng kể so với nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

Bảng 3: So sánh các biến số trong thang điểm GRACE giữa dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL

Biến số	NMCTC STCL (n=103)	NMCTC KSTCL (n=129)	P
Killip ≥ 2	25,24%	18,60%	0,280
Tuổi (năm)	63,69 ± 10,79	68,16 ± 8,99	<0,001*
Huyết áp tâm thu (mmHg)	124,75 ± 25,74	133,10 ± 27,27	0,046*
Tần số tim (lần/phút)	90,37 ± 18,81	93,25 ± 17,57	0,238
Creatinin (mg/dL)	1,05 ± 0,45	1,21 ± 0,59	0,041*
eGFR < 60 mL/phút/1,73 m ² da	27,18%	48,06%	0,002*
Ngưng tim	6,19%	1,53%	0,007*
Thay đổi ST	97,09%	4,65%	<0,001*
Tăng men tim	97,09%	100%	0,086
GRACE	129,31 ± 29,64	117,12 ± 25,95	0,002*

Hơn 2/3 trường hợp bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ tử vong nội viện trung bình hoặc cao.

Bảng 4: Phân bố bệnh nhân theo phân tầng nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE

Mức nguy cơ	Điểm GRACE	Dân số chung (n=232)	NMCTC STCL (n=103)	NMCTC KSTCL (n=129)
Thấp	≤ 108	73 (31,47%)	24 (23,30%)	49 (37,98%)
Trung bình	109-140	110 (47,41%)	47 (45,63%)	63 (47,29%)
Cao	> 140	49 (21,12%)	32 (31,07%)	17 (14,73%)

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Tuổi trung bình của trong nghiên cứu là 66,17 ± 10,05 và nhóm tuổi 60-70 chiếm tỉ lệ cao nhất. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Nguyễn Khánh Linh và cộng sự báo cáo tuổi trung bình của dân số hội chứng vành cấp (tỉ lệ đái tháo đường là 19%) là 64,03 ± 11,24. Tỉ lệ nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên trong nghiên cứu là 44,4%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác trong nước. Nguyễn Khánh Linh và cộng sự báo cáo tỉ lệ nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên của dân số hội chứng vành cấp (tỉ lệ đái tháo đường là 19%) là 44,1%.⁴

Đặc điểm các biến số trong thang điểm GRACE. Tỉ lệ bệnh nhân có phân độ Killip I, II, III và IV lần lượt là 78,4%, 10,3%, 6,9% và 4,3%. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Kao và cộng sự báo cáo tỉ lệ này trên dân

số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên kèm đái tháo đường lần lượt là 57,4%, 20,8%, 9,6% và 12,3%. Huyết áp tâm thu trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 129,4 ± 26,87 mmHg. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Nghiên cứu của Kao và cộng sự ghi nhận trị số huyết áp tâm thu trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên kèm đái tháo đường là 134,8 ± 31,9 mmHg. Tần số tim trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 92 ± 18 lần/phút, kết quả này tương tự trong nghiên cứu của Kao với báo cáo tần số tim trung bình là 84,3 ± 23,2 lần/phút. Creatinin huyết thanh trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,14 ± 0,54 mg/dL, tương tự kết quả 1,03 mg/dL của tác giả Kao.⁵

Tỉ lệ bệnh nhân ngưng tim trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,6%. Baeza-Román báo cáo tỉ lệ ngưng tim của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST

chênh lên kèm đái tháo đường có ngưng tim là 1,81%. Tỷ lệ tăng men tim trong nghiên cứu của chúng tôi là 98,7%; kết quả này tương tự với tác giả Baeza-Román là 93,4%. Tỷ lệ thay đổi ST trong nghiên cứu của chúng tôi là 45,7%. Baeza-Román và cộng sự báo cáo tỷ lệ ST chênh xuống của dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên kèm đái tháo đường là 39,29%.⁶

So sánh một số biến số trong thang điểm GRACE giữa nhóm nhồi máu cơ tim ST chênh lên và không ST chênh lên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ phân độ Killip ≥ 2 giữa dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (25,4%) và không ST chênh lên (18,6%) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,280$). Nguyễn Khánh Linh và cộng sự báo cáo tỷ lệ phân độ Killip ≥ 2 giữa dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (1,8%) và hội chứng vành cấp không ST chênh lên (2,3%) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,249$)⁴. Baeza-Román và cộng sự báo cáo tỷ lệ phân độ Killip ≥ 2 của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (17,62%) cao hơn dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (13,77%).⁶ Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (63,69 năm tuổi) thấp hơn dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (68,16 năm tuổi). Kết quả này tương tự với tác giả Baeza-Román.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, huyết áp tâm thu trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (124,75 mmHg) thấp hơn dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (133,10 mmHg). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Nguyễn Khánh Linh và cộng sự báo cáo huyết áp tâm thu trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (129,59 mmHg) thấp hơn dân số hội chứng vành cấp không ST chênh lên (136,51 mmHg).⁴ Baeza-Román và cộng sự báo cáo huyết áp tâm thu trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (130 mmHg) thấp hơn dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (140 mmHg).⁶ Nhìn chung, bệnh nhân NMCTC STCL thường có huyết áp tâm thu nhỏ hơn bệnh nhân NMCTC KSTCL.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tần số tim trung bình giữa dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (90,37 lần/phút) và nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (93,25 lần/phút) khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,238$). Nguyễn Khánh Linh và cộng sự báo cáo tần số tim trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (83,06 lần/phút) cao hơn dân số

hội chứng vành cấp không ST chênh lên (78,59 lần/phút).⁴ Baeza-Román và cộng sự tần số tim trung bình giữa dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (80 lần/phút) và không ST chênh lên (80 lần/phút) tương tự nhau.⁶ Nhìn chung, kết quả này thay đổi tùy theo nghiên cứu.

Phân tầng nguy cơ theo thang điểm GRACE. Điểm GRACE trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $122,5 \pm 28,2$ với nhóm nguy cơ thấp, trung bình và cao lần lượt 31,47%, 47,41% và 21,12%. Baluja và cộng sự báo cáo điểm GRACE trung bình của dân số hội chứng vành cấp kèm đái tháo đường là $148,7 \pm 36,5$.⁷ Neves và cộng sự báo cáo điểm GRACE trung bình của dân số hội chứng vành cấp (tỷ lệ đái tháo đường là 70%) là 111,5.⁸ Nhìn chung, điểm GRACE thay đổi tùy theo nghiên cứu, dựa trên dân số nghiên cứu.

Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận điểm GRACE trung bình của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (129,31 điểm) cao hơn dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (117,12 điểm). Điều đó phần nào phản ánh nguy cơ tử vong nội viện có thể cao hơn ở nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên so với nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

V. KẾT LUẬN

Có thể thấy bệnh nhân mắc nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường có thang điểm GRACE cao. Nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có thang điểm GRACE trung bình cao hơn nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Yeh RW, et al.** Population trends in the incidence and outcomes of acute myocardial infarction. *N Engl J Med.* Jun 10 2010; 362(23): 2155-65. doi:10.1056/NEJMoa0908610
2. **Babes EE, et al.** Acute coronary syndromes in diabetic patients, outcome, revascularization, and antithrombotic therapy. *Biomed Pharmacother.* Apr 2022; 148: 112772. doi: 10.1016/j.biopha.2022.112772
3. **Collet JP, et al.** 2020 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation. *Eur Heart J.* Apr 7 2021;42(14):1289-1367. doi:10.1093/eurheartj/ehaa575
4. **Linh NK.** Đánh giá khả năng dự báo biến cố của thang điểm TIMI và GRACE trên bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội. 2021.
5. **Kao YT, et al.** Comparison of the TIMI, GRACE, PAMI and CADILLAC risk scores for prediction of long-term cardiovascular outcomes in Taiwanese diabetic patients with ST-segment elevation myocardial infarction: From the registry of the Taiwan Society of Cardiology. *PLoS One.*

2020;15(2): e0229186. doi: 10.1371/journal.pone.0229186

6. **Baeza-Román A, et al.** Predictive power of the grace score in population with diabetes. *Int J Cardiol.* Dec 1 2017;248:73-76. doi:10.1016/j.ijcard.2017.06.083
7. **Baluja A, et al.** Prediction of major adverse cardiac, cerebrovascular events in patients with diabetes after acute coronary syndrome. *Diab*

Vasc Dis Res. Jan-Feb 2020; 17(1): 1479164119892137. doi: 10.1177/1479164119892137

8. **Neves VB, et al.** Validation of the Grace Risk Score to Predict In-Hospital and 6-Month Post-Discharge Mortality in Patients with Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences.* 2021;35(2):174-180. doi:10.36660/ijcs.20210019

CHẤT LƯỢNG GIẤC NGỦ VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở BỆNH NHÂN UNG THƯ PHỔI TẠI BỆNH VIỆN UNG BƯỚU NGHỆ AN NĂM 2023

Chu Thị Hoài¹, Hồ Thị Minh Thu¹,
Hoàng Thị Thanh Hoài¹, Lê Thị Diệu Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả chất lượng giấc ngủ và phân tích mối liên quan tới chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 403 người bệnh ung thư phổi tại Bệnh viện Ung bướu Nghệ An. **Kết quả nghiên cứu:** Kết quả cho thấy tỷ lệ chất lượng giấc ngủ kém của bệnh nhân ung thư phổi chiếm 84,6%, tỷ lệ chất lượng giấc ngủ tốt của bệnh nhân ung thư phổi chiếm 15,4%. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư phổi với các yếu tố giới tính, điều kiện kinh tế, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị hoá trị, xạ trị, tình trạng di căn, thói quen hút thuốc lá, rượu bia ($p < 0,05$). **Kết luận:** Đánh giá chất lượng giấc ngủ ở bệnh nhân ung thư phổi bằng phương pháp PSQI cho thấy tỷ lệ người bệnh có chất lượng giấc ngủ kém còn cao. Vì vậy, người bệnh ung thư phổi cần được quan tâm và hỗ trợ kịp thời về các phương pháp hỗ trợ giấc ngủ trong quá trình điều trị. Có mối liên quan giữa chất lượng giấc ngủ của bệnh nhân ung thư phổi với các yếu tố giới tính, điều kiện kinh tế, giai đoạn ung thư, phương pháp điều trị hoá trị, xạ trị, tình trạng di căn, thói quen hút thuốc lá, rượu bia ($p < 0,05$). **Từ khóa:** Chất lượng giấc ngủ, ung thư phổi, PSQI

SUMMARY

SLEEP QUALITY AND SOME RELATED FACTORS OF LUNG CANCER PATIENTS AT NGHE AN ONCOLOGY HOSPITAL IN 2023

Objective: To describe the sleep quality rate and analysis of some factors related to sleep quality in lung cancer patients at Nghe An Oncology Hospital in 2023. **Subject and method:** Descriptive cross-sectional study with analysis was conducted on 403 lung cancer

patients at Nghe An Oncology Hospital from March 2023 to July 2023. The information was collected by a set of questionnaire which were used during direct interviews and analyzing medical records. **Results:** The rate of poor sleep quality by PSQI was 84,6%, the rate of good sleep quality in lung cancer patients was 15,4%. There was a relationship between the sleep quality with gender, economic conditions, cancer stage, chemotherapy and radiotherapy treatment, metastasis, smoking and alcohol habits ($p < 0.05$). **Conclusion:** The Assessing sleep quality and providing solution to support sleep quality is especially important for lung cancer patients, contributing to improving the patient's health, quality of treatment care and limiting complications symptoms... Lung cancer patients need to be concerned about and evaluate their sleep quality regularly throughout the treatment process.

Keywords: Sleep quality, lung cancer, PSQI

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chất lượng giấc ngủ được định nghĩa bằng sự hài lòng của một người về trải nghiệm giấc ngủ, bao gồm khi giấc ngủ bắt đầu, cách giấc ngủ duy trì, thời lượng ngủ và sự tỉnh táo, sáng khoái sau khi thức dậy [1]. Với thời gian điều trị kéo dài, bệnh nhân ung thư thường phải đối mặt với tác dụng phụ của việc điều trị. Một trong những vấn đề được phàn nàn ở bệnh nhân ung thư đó là chất lượng giấc ngủ không tốt [2]. Các vấn đề về giấc ngủ sẽ dẫn đến sự suy giảm chức năng, nhận thức và tâm lý bao gồm: mất tập trung, mệt mỏi, đau đớn, căng thẳng, khó chịu, trầm cảm, ăn uống kém... đặc biệt là đối tượng bệnh nhân ung thư. Rối loạn giấc ngủ thường xảy ra ở người bệnh trong quá trình điều trị, sự rối loạn này gây ảnh hưởng không tích cực đến quá trình điều trị của bệnh nhân, đặc biệt là những bệnh nhân ung thư phổi... Theo nghiên cứu của tác giả Martin và cộng sự năm 2021 tỷ lệ người bệnh có rối loạn giấc ngủ sau điều trị ung thư phổi là 16,7% [3]. Chất lượng giấc ngủ

¹Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Thị Minh Thu

Email: hothiminhthu90@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.2.2024

Ngày phản biên khoa học: 21.3.2024

Ngày duyệt bài: 12.4.2024