

# ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2022 - 2024

Ong Văn Phát<sup>1</sup>, Phạm Thanh Phong<sup>2</sup>, Phạm Thị Ngọc Nga<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhồi máu cơ tim chiếm tới 14% tử vong toàn cầu và là nguyên nhân chính làm giảm số năm sống còn (TLLs) và số năm sống trong bệnh tật hiệu chỉnh (DALYs). **Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 128 bệnh nhân chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp được chụp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. **Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 80,5% bệnh nhân có triệu chứng đau ngực điển hình, 38,3% bệnh nhân nhập viện trước 6 giờ sau khi khởi phát, 84,4% có phân độ Killip I khi nhập viện. Tăng huyết áp, đái tháo đường là yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỷ lệ cao nhất (85,9% và 28,9%). Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên chiếm đa số với 62,5%. Điện tâm đồ ghi nhận 40,6% nhồi máu cơ tim vùng trước rộng, siêu âm tim ghi nhận 22,7% rối loạn vận động vùng và 33,6% rối loạn chức năng tâm trương. **Kết luận:** Ngoài trừ đặc điểm giới tính, đái tháo đường và ST chênh lên các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid. **Từ khóa:** hội chứng vành cấp, siêu âm tim, troponin.

## SUMMARY

### CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022 - 2024

**Background:** Myocardial infarction accounts for 14% of global deaths and is the main cause of reduced survival years (TLLs) and disability-adjusted life years (DALYs). **Objective:** Describe clinical and paraclinical characteristics in 2 groups of patients with acute myocardial infarction with dyslipidemia and without dyslipidemia at Can Tho Central General Hospital. **Materials and methods:** Cross-sectional descriptive study on 128 patients diagnosed with acute myocardial infarction undergoing coronary angiography at Can Tho Central General Hospital. **Results:** The study recorded that 80.5% of patients had typical symptoms of chest pain, 38.3% of patients were hospitalized before 6 hours after onset, 84.4% had Killip grade I upon admission. Hypertension and

diabetes are cardiovascular risk factors with the highest proportion (85.9% and 28.9%). Acute non-ST elevation myocardial infarction accounts for the majority with 62.5%. ECG recorded 40.6% of large anterior myocardial infarctions, echocardiography recorded 22.7% of regional movement disorders and 33.6% of diastolic dysfunction. **Conclusion:** Except for gender, diabetes and ST elevation, the remaining clinical and paraclinical characteristics have not recorded statistically significant differences between 2 groups of patients with acute myocardial infarction with dyslipidemia and without dyslipidemia.

**Keywords:** acute coronary syndrome, echocardiography, troponin.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch hiện nay là nguyên nhân tử vong số một trên thế giới [1]. Hằng năm có khoảng 17,9 triệu người chết do bệnh tim mạch, chiếm 31 tổng số tử vong, trong đó có tới 85% chết do nguyên nhân bệnh mạch vành hoặc đột quỵ não. Năm 2016, theo thống kê của WHO, bệnh tim mạch đã trở thành nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Trong số 77% nguyên nhân tử vong do bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam thì có tới khoảng 70% tử vong do bệnh tim mạch. Tại Việt Nam, theo thống kê tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã tăng từ 2% (năm 2001) tới 7% (năm 2007). Vì vậy các nghiên cứu chỉ ra rằng việc chẩn đoán sớm đánh giá toàn diện các yếu tố nguy cơ tim mạch, điều trị và dự phòng tích cực sớm trong bệnh mạch là yếu tố tiên quyết xác định khả năng sống còn trước mắt cũng như lâu dài cho bệnh nhân [2]. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid máu tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ, năm 2022-2024.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các đối tượng được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp được chụp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

**Tiêu chuẩn chọn:** Tất cả các đối tượng được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp được chụp động mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** - Tuổi <18 tuổi.

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Ngọc Nga

Email: ptnnga@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Có chống chỉ định dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu như: Aspirin, Clopidogel,...
- Mới bị tai biến mạch máu não, xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng trước can thiệp, đã can thiệp đặt stent trước đó.
- Bệnh van tim nặng.
- Mang thai.
- Có bệnh nặng đi kèm: Suy thận nặng, suy gan nặng, ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do nhiễm toan ceton hoặc tăng áp lực thẩm thấu ở bệnh nhân đái tháo đường, COPD nặng.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

**Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:** nghiên cứu chọn mẫu thuận tiện từ tháng 8 năm 2022 đến tháng 2 năm 2024 và ghi nhận kết quả trên tổng 128 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim cấp và chia thành 2 nhóm có và không có rối loạn lipid máu.

**Nội dung nghiên cứu:** Nội dung nghiên cứu được khảo sát trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid máu mỗi nhóm có 64 bệnh nhân. Bệnh nhân được xác định có rối loạn lipid máu khi có một hoặc nhiều

thông số lipid: cholesterol toàn phần, triglycerid, LDL-cholesterol, HDL-cholesterol bị rối loạn (theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị rối loạn lipid máu của hội tim mạch quốc gia Việt Nam).

- Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi, BMI, huyết áp, một số yếu tố nguy cơ tim mạch (tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, sử dụng rượu, ít vận động thể lực).

- Đặc điểm lâm sàng: tỷ lệ các thể lâm sàng của hội chứng vành cấp, phân độ Killip, nhóm điểm Gensini, thời gian từ lúc khởi phát tới lúc nhập viện, triệu chứng đau ngực (điển hình, không điển hình), một số triệu chứng thực thể như rale ẩm, phù, tỉnh mạch cổ nổi, nhịp tim nhanh.

- Đặc điểm cận lâm sàng: điện tâm đồ (hình dạng ST, vị trí tổn thương), siêu âm tim (rối loạn vận động vùng, phân suất tống máu, rối loạn chức năng tâm trương), men tim (Troponin T - hs, CK-MB), chụp động mạch vành (số nhánh động mạch vành hẹp).

**Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

**Bảng 2. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm	Tổng n (%)	Rối loạn lipid máu n (%)		p	
		Không	Có		
Giới tính	Nam	86 (67,2)	37 (57,8)	49 (76,6)	0,024*
	Nữ	42 (32,8)	27 (42,2)	15 (23,4)	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	43 (33,6)	20 (31,2)	23 (35,9)	0.575*
	≥ 60 tuổi	85 (66,4)	44 (68,8)	41 (64,1)	
BMI	Gầy	3 (2,3)	2 (3,1)	1 (1,6)	0,847*
	Bình thường	74 (57,8)	36 (56,2)	38 (59,4)	
	Thừa cân	41 (32,0)	20 (31,2)	21 (32,8)	
	Béo phì	10 (7,8)	6 (9,4)	4 (6,2)	
Huyết áp	HATT	119,77±19,74	118,75±18,21	120±21,32	0,563***
	HATTr	68,83±11,05	68,59±10,36	69,06±11,78	0,812***
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Tăng huyết áp	110 (85,9)	53 (82,8)	57 (89,1)	0,433*
	Đái tháo đường	37 (28,9)	25 (39,1)	12 (18,8)	0,011*
	Hút thuốc lá	29 (22,7)	16 (25,0)	13 (20,3)	0,526*
	Sử dụng rượu	20 (15,7)	11 (17,5)	9 (14,1)	0,599*
	Ít vận động thể lực	6 (4,7)	3 (4,7)	3 (4,7)	1**

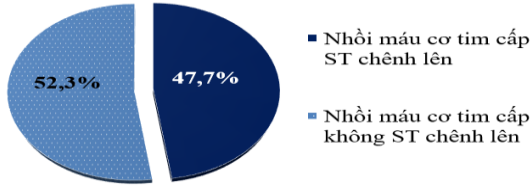
\*Chi Square Test, \*\*Fisher Exact's Test, \*\*\*Independent Sample T Test

**Nhận xét:** Nam (67,2%) chiếm tỷ lệ cao hơn nữ (32,8%). Tuổi trung bình là 63,30 ± 9,53. Nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 66,4%. Đa số đối tượng của BMI trung bình (57,8%). Yếu tố nguy cơ tim mạch nhiều nhất là tăng huyết áp (85,9%), đái tháo đường (28,9%). Có

sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính và đái tháo đường trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

**3.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp**

**- Thể lâm sàng của nhồi máu cơ tim cấp**



**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các thể lâm sàng của nhồi máu cơ tim cấp**

**Nhận xét:** 52,3% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 47,7% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên.

**- Thời gian vào viện và triệu chứng lâm sàng**

**Bảng 2. Thời gian vào viện và triệu chứng lâm sàng**

Đặc điểm	Tổng n(%)	Rối loạn lipid máu n(%)		p	
		Không	Có		
Thời gian vào viện	< 6h	49 (38,3)	22 (34,4)	27 (42,2)	0,233*
	Từ 6 – 12h	21 (16,4)	14 (21,9)	7 (10,9)	
	Sau 12h	58 (45,3)	28 (43,8)	30 (46,9)	
Đau ngực	Điển hình	103 (80,5)	49 (76,6)	54 (84,4)	0,529*
	Không điển hình	8 (6,2)	5 (7,8)	3 (4,7)	
	Không đau ngực	17 (13,3)	10 (15,6)	7 (10,9)	
Triệu chứng thực thể	Rale ẩm ở phổi	46 (35,9)	24 (37,5)	22 (34,4)	0,713*
	Phù	9 (7,0)	3 (4,7)	6 (9,4)	0,300**
	Tĩnh mạch cổ nổi	7 (5,5)	3 (4,7)	4 (6,2)	1**
	Nhịp tim nhanh	13 (10,2)	4 (6,2)	9 (14,1)	0,143*

**Nhận xét:** Có 38,3% bệnh nhân nhập viện trước 6h từ khi khởi phát triệu chứng. 80,5% bệnh nhân có triệu chứng đau ngực điển hình. Triệu chứng thực thể chiếm tỷ lệ cao nhất là rale ẩm (35,9%), nhịp tim nhanh (10,2%). Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời

gian vào viện và triệu chứng lâm sàng trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

**- Phân độ Killip và nhóm điểm Gensini khi vào viện**

**Bảng 3. Phân độ Killip và nhóm điểm Gensini khi vào viện**

Đặc điểm	Tổng n(%)	Rối loạn lipid máu n(%)		p
		Không	Có	
<b>Phân độ Killip</b>				
Kilip I	108 (84,4)	57 (89,1)	51 (79,7)	0,539*
Kilip II	8 (6,2)	3 (4,7)	5 (7,8)	
Kilip III	6 (4,7)	2 (3,1)	4 (6,2)	
Kilip IV	6 (6,7)	2 (3,1)	4 (6,2)	
<b>Nhóm điểm Gensini</b>				
Tổn thương nhẹ	40 (31,2)	23 (35,9)	17 (26,6)	0,507*
Tổn thương trung bình	59 (46,1)	27 (42,2)	32 (50,0)	
Tổn thương nặng	29 (22,7)	14 (21,9)	15 (23,4)	

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip I (84,4%). Theo phân loại Gensini, 31,2% bệnh nhân tổn thương nhẹ, 46,1% bệnh nhân tổn thương trung bình, 22,7% bệnh nhân tổn thương nặng. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian vào

viện và triệu chứng lâm sàng trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

**3.3. Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp**

**- Đặc điểm điện tâm đồ, siêu âm tim**

**Bảng 4. Đặc điểm điện tâm đồ, siêu âm tim**

Đặc điểm	Tổng n(%)	Rối loạn lipid máu n(%)		p	
		Không	Có		
ST	Chênh lên	61 (47,7)	24 (37,5)	37 (57,8)	0,021*
	Không chênh lên	67 (62,5)	40 (62,5)	27 (42,2)	
Vùng tổn	Trước vách	9 (7,0)	5 (7,8)	4 (6,2)	1**
	Trước mỏm	13 (10,2)	5 (7,8)	8 (12,5)	0,380*

<b>thương</b>	Trước bên	11 (8,6)	6 (9,4)	5 (7,8)	0,752*
	Trước rộng	52 (40,6)	27 (42,2)	25 (39,1)	0,719*
	Vùng hoành	26 (20,3)	12 (18,8)	14 (21,9)	0,660*
<b>Siêu âm tim</b>	Rối loạn vận động vùng	29 (22,7)	15 (23,4)	14 (21,9)	0,833*
	EF ≤ 40%	10 (7,8)	3 (4,7)	7 (10,9)	0,188**
	Rối loạn chức năng tâm trương	43 (33,6)	26 (40,6)	17 (26,6)	0,092

\*Chi Square Test, \*\*Fisher Exact's Test

**Nhận xét:** Về điện tâm đồ, 47,7% bệnh nhân có ST chênh lên, tổn thương thường gặp là nhồi máu cơ tim vùng trước rộng (40,6%). Về siêu âm tim, 22,7% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, 33,6% bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương, 7,8% bệnh nhân có ≤ 40%. Ngoại trừ đặc điểm ST, nghiên cứu chưa ghi

nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm điện tâm đồ, siêu âm tim còn lại trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

**- Đặc điểm men tim lúc nhập viện và số nhánh ĐMV hẹp**

**Bảng 5. Đặc điểm men tim lúc nhập viện và số nhánh ĐMV hẹp**

Đặc điểm	Tổng n(%)	Rối loạn lipid máu		p
		Không	Có	
<b>Men tim (X±SD)</b>				
Troponin T - hs	1,91±3,79	1,69±3,17	2,14±4,33	0,501**
CK-MB	158,72±212,21	122,30±134,33	195,71±265,37	0,051**
<b>Số nhánh ĐMV hẹp n (%)</b>				
Một nhánh	48 (37,5)	25 (39,1)	23 (35,9)	0,158*
Hai nhánh	49 (38,3)	28 (43,8)	21 (32,8)	
Ba nhánh	31 (24,2)	11 (17,2)	20 (31,2)	

\*Chi Square Test, \*\*Fisher Exact's Test

**Nhận xét:** Troponin T – hs trung bình là 1,91±3,79, 37,5% bệnh nhân hẹp 1 nhánh, 38,3% bệnh nhân hẹp hai nhánh, 24,2% bệnh nhân hẹp 3 nhánh động mạch vành. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về đặc điểm men tim lúc nhập viện và số nhánh ĐMV hẹp trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

Nguyễn Thị Ngoãn [4] nghiên cứu đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh, tuổi trung bình là 66 ± 10,8 năm. Vũ Ngọc Trung ghi nhận độ tuổi là 64,03 ± 11,2.

Kết quả bảng 1 cho thấy nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 66,4%. Nguyễn Thị Ngoãn [4] ghi nhận tỷ lệ cao hơn với 81,8% bệnh nhân ≥ 60 tuổi, còn trong nghiên cứu của Lê Thanh Bình [5] ghi nhận bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm 78,01%. Kết quả này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của hiện tượng lão hóa, xơ vữa và xơ cứng mạch máu do quá trình lão hóa theo tuổi.

Đa số đối tượng của BMI trung bình (57,8%). Kết quả nghiên cứu của Vũ Ngọc Trung [6] ghi nhận chỉ số BMI trung bình các bệnh nhân là 22,07 ± 2,82 kg/m<sup>2</sup>.

Yếu tố nguy cơ tim mạch nhiều nhất là tăng huyết áp (85,9%), đái tháo đường (28,9%), ít nhất là ít vận động thể lực (4,7%). Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu khác trên bệnh nhân hội chứng vành cấp [4], [5], [6]. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ tim mạch chính của bệnh lý động mạch vành. Tăng huyết áp có thể gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan đích như tim, não, mắt, thận và các mạch máu. Đái tháo đường làm tăng tỷ lệ nhồi máu cơ tim đe dọa tử vong, đồng thời cũng làm tăng các biến cố sốc tim và tử vong. Ngoài ra,

#### IV. BÀN LUẬN

**4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu.** Trong nghiên cứu này với 128 bệnh nhân, có 86 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 67,2% và 42 bệnh nhân nữ chiếm 32,8%, tỷ lệ nam/nữ là 2,05/1. Tỷ lệ nam mắc bệnh mạch vành, đặc biệt với hội chứng vành cấp và nhồi máu cơ tim có liên quan đến lối sống và sinh hoạt, nam thường hay hút thuốc lá nhiều hơn, tỷ lệ tăng huyết áp cũng nhiều hơn nữ giới [1]. Kết quả bảng 1 cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về giới tính trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

Độ tuổi trung bình của đối tượng trong nghiên cứu là 63,30 ± 9,53. Kết quả này tương tự so với một số nghiên cứu khác thực hiện trên bệnh nhân hội chứng vành cấp. Nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân [3] ghi nhận tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là 61,0 ± 12,7 (tuổi).

kết quả của nghiên cứu cũng chỉ ra tỷ lệ đái tháo đường có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim có và không có rối loạn lipid máu.

**4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.** Tất cả các đặc điểm lâm sàng ghi nhận được trong nghiên cứu này chưa cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

Kết quả biểu đồ 1 chỉ ra, có 52,3% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 47,7% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Kết quả phù hợp với nghiên cứu MEDI ACS, 61,8% bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp có ST chênh lên, 37,6% bệnh nhân hội chứng vành cấp không ST chênh lên [7].

Đa số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có triệu chứng đau ngực (80,5% điển hình, 6,2% đau ngực không điển hình), kết quả này tương đồng so với nghiên cứu của MEDI ACS ghi nhận tỷ lệ bệnh nhân có đau ngực trái trong 24 giờ là 86,1% [7] và tác giả Châu Văn Vinh ghi nhận đau thắt ngực điển hình 76,3%, đau thắt ngực không điển hình 12,3% và có 11,4% bệnh nhân vào viện không đau ngực. Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận 35,9% bệnh nhân hội chứng vành cấp có rale ẩm ở phổi và 10,2% bệnh nhân có nhịp tim nhanh ( $\geq 100$  lần/phút) [8].

Có 38,3% bệnh nhân nhập viện trước 6h từ khi khởi phát triệu chứng, 16,4% bệnh nhân nhập viện từ 6 – 12h từ khi khởi phát triệu chứng, 45,3% bệnh nhân nhập viện sau 12h khởi phát triệu chứng. Điều này cho thấy phần lớn bệnh nhân vẫn chưa có thái độ, hành vi đúng đắn với bệnh, dễ bỏ qua thời gian vàng để can thiệp.

Phần lớn bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip I (84,4%). Trong đó có 11,4% bệnh nhân nhập viện với Killip III hoặc IV. Kết quả này thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của Nguyễn Thị Ngoãn là 38,6%, cao hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Văn Trung với 1%. Bệnh nhân có độ Killip III/IV biểu hiện suy tim, sốc tim nặng và tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong cao. Tỷ lệ bệnh nhân có mức độ Killip III/IV cao sẽ tác động nhiều tới kết quả can thiệp động mạch vành và tiên lượng bệnh nhân. Tình trạng suy tim trên lâm sàng là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng ở những bệnh nhân hội chứng vành cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp. Thử nghiệm NRM-2 nghiên cứu trên 190.518 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, ghi nhận những bệnh nhân có phân độ suy tim theo Killip II trở lên có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm

không suy tim.

**4.3. Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.** Điện tâm đồ rất quan trọng trong chẩn đoán hội chứng vành cấp, tuy nhiên hình ảnh điện tâm đồ không biến đổi cũng không loại trừ được hội chứng vành cấp. Nghiên cứu ghi nhận có 47,7% bệnh nhân có ST chênh lên, tổn thương thường gặp là nhồi máu cơ tim vùng trước rộng (40,6%). Kết quả của chúng tôi phù hợp so với nghiên cứu của Phạm Hồng Phương với tỷ lệ NMCT vùng dưới chiếm 32,5%, thành trước chiếm 67,5%, trong đó trước rộng chiếm 35,7%.

Siêu âm tim là chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn có giá trị trong đánh giá chức năng thất trái, tình trạng các van tim và các biến chứng sau nhồi máu cơ tim cấp. Nghiên cứu ghi nhận 22,7% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, 33,6% bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương, 7,8% bệnh nhân có  $\leq 40\%$ . Nghiên cứu của MEDI ACS có 70,7% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng thành thất, 54,7% bệnh nhân có phân suất tống máu  $< 45\%$  và 5,8% có biến chứng đứt thừng gân, 2,6% hở 2 lá cấp [7].

Troponin tim được xem như là chất đánh dấu chuyên biệt nhất cho tình trạng tổn thương cơ tim và cho thấy có giá trị nhất trong chẩn đoán hội chứng vành cấp. Nghiên cứu ghi nhận Troponin T – hs trung bình là  $1,91 \pm 3,79$ . Theo nghiên cứu của Lê Thanh Bình, nồng độ Troponin T hs ở thời điểm nhập viện (ng/mL) trung bình là  $0,74 \pm 4,35$ . Tuy có sự khác biệt, tuy nhiên khi nhìn chung thì các nghiên cứu đều ghi nhận có sự gia tăng nồng độ Troponin trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim, đây là một trong những tiêu chí để chẩn đoán bệnh

Trong hội chứng vành cấp thì số lượng động mạch vành bị tổn thương là một trong những mục tiêu quan trọng hàng đầu của người thầy thuốc. Biết được số lượng động mạch vành bị tổn thương không chỉ giúp chúng ta lựa chọn phương pháp điều trị tái tưới máu mà còn đóng vai trò quan trọng trong tiên lượng bệnh, nghiên cứu ghi nhận 37,5% bệnh nhân hẹp 1 nhánh, 38,3% bệnh nhân hẹp hai nhánh, 24,2% bệnh nhân hẹp 3 nhánh động mạch vành. Bên cạnh đó kết quả bảng 4 và 5 của nghiên cứu cũng chỉ ra ngoại trừ đặc điểm ST chênh lên, tất cả các đặc điểm cận lâm sàng chưa ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê trên 2 nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid.

## V. KẾT LUẬN

Ngoại trừ đặc điểm giới tính, đái tháo đường

và ST chênh lên các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có rối loạn lipid. Bệnh nhân nhập viện với đau ngực điển hình chiếm 80,5%. Phần lớn bệnh nhân nhập viện với Killip I (84,4%). Chỉ có 38,3% bệnh nhân nhập viện trong thời gian 6 giờ từ khi khởi phát triệu chứng, do đó cần quan tâm hơn vấn đề truyền thông về hội chứng vành cấp để góp phần chẩn đoán và xử trí kịp thời cho bệnh nhân.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alexandra N Nowbar, et al.** (2019), "Mortality from ischemic heart disease: Analysis of data from the World Health Organization and coronary artery disease risk factors From NCD Risk Factor Collaboration", *Circulation: cardiovascular quality and outcomes*. 12(6), pp. e005375
- Adam Timmis, et al.** (2018), "European Society of Cardiology: cardiovascular disease statistics 2017", *European heart journal*. 39(7), pp. 508-57
- Nguyễn Văn Tân** (2013), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trên

- và dưới 65 tuổi", *Tạp chí Phẫu thuật lồng ngực và tim mạch Việt Nam*, Số 3 – 2013, tr. 40 – 47
- Nguyễn Thị Ngoan, Trần Hải Hà, Huỳnh Thị Hồng Ngọc** (2022), "Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Trà Vinh", *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 49/2022, tr. 61 – 68
  - Lê Thanh Bình, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Oanh Oanh** (2021), "Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp stent chỗ chia nhánh động mạch vành", *Tạp chí Y học Việt Nam*, Tập 504 (1), tr. 61 – 65.
  - Vũ Ngọc Trung** (2021), "Nghiên cứu tần suất đa hình gen CYP2C19 và mối liên quan với kết quả điều trị chống ngưng tập tiểu cầu ở người bệnh hội chứng mạch vành cấp", *Luận án Tiến sỹ Y học, Đại học Y Hà Nội*, tr. 120 – 130.
  - Phạm Nguyễn Vinh và cộng sự** (2011), "Nghiên cứu quan sát điều trị bệnh nhân nhập viện do hội chứng mạch vành cấp", *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam*, số 58, tr.12-25.
  - Châu Văn Vinh, Hồ Thượng Dũng, Đoàn Văn Đệ** (2017), "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới tại bệnh viện Thống Nhất", *Chuyên đề tim mạch học*.

## KHẢO SÁT TÌNH TRẠNG SUY DINH DƯỠNG Ở NGƯỜI BỆNH CAO TUỔI ĐIỀU TRỊ TẠI KHOA BỆNH NHIỆT ĐỐI- BỆNH VIỆN E NĂM 2023

Phạm Thị Hạnh<sup>1</sup>, Đoàn Thị Phụng<sup>1</sup>, Bùi Thị Loan<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả tình trạng suy dinh dưỡng bằng thang đo MNA- SF ở người bệnh cao tuổi điều trị nội trú tại Khoa bệnh nhiệt đới bệnh viện E năm 2023. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang khảo sát 120 người bệnh cao tuổi đang điều trị nội trú tại bệnh viện E từ tháng 3 đến tháng 4 năm 2023. Thang đánh giá dinh dưỡng giảm lược (Mini Nutritional Assessment-MNA) phiên bản tiếng Việt và phiếu thu thập thông tin người cao tuổi được dùng để phỏng vấn trực tiếp người tham gia nghiên cứu. **Kết quả:** Theo thang đo MNA SF, điểm suy dinh dưỡng của người cao tuổi điều trị nội trú là 10,2 (5-14). Tỷ lệ người bệnh cao tuổi có nguy cơ suy dinh dưỡng, suy dinh dưỡng suy dinh dưỡng tương ứng là 49,2% và 15,8%. **Kết luận:** Sàng lọc dinh dưỡng cho người bệnh cao tuổi nên được tiến hành sớm, thường xuyên để có phương pháp can thiệp dinh dưỡng kịp thời nhằm cải thiện dinh dưỡng và nâng cao sức khỏe cho người cao tuổi. **Từ khóa:** Suy dinh dưỡng, người cao tuổi, MNA SF

#### SUMMARY

#### SURVEY OF MALNUTRITION FREQUENCY OF GERIATRIC PATIENTS AT THE TROPICAL DISEASE DEPARTMENT OF E HOSPITAL IN 2023

**Objectives:** To describe the prevalence of malnutrition of geriatric patients at the tropical disease department of E hospital in 2023. **Methods:** A cross-sectional study was conducted in 120 the older adults at the tropical disease department of E hospital from March to April in 2023. Information was collected using an interview questionnaire and investigating the medical record. **Results:** According to the MNA SF scale, the mean total scores of malnutrition of geriatric patients was 10.2 (5-14). The proportion of geriatric patients at risk of malnutrition and malnutrition was 49.2% and 15.8%, respectively. **Conclusions:** Nutritional screening for geriatric patients should be conducted early and regularly to have timely nutritional interventions to improve nutrition and health for the elderly. **Keywords:** malnutrition, geriatric patients, MNA SF

#### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong bối cảnh già hóa dân số gia tăng nhanh chóng, người cao tuổi ngày càng được quan tâm chăm sóc cả về thể chất và tinh thần.

<sup>1</sup>Trường Đại học Kỹ thuật Y tế Hải Dương  
Chịu trách nhiệm chính: Phạm Thị Hạnh  
Email: hanh.yhd@gmail.com  
Ngày nhận bài: 8.3.2024  
Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024  
Ngày duyệt bài: 23.5.2024