

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN
HỘI CHỨNG VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH TRÀ VINH**

Nguyễn Thị Ngoan, Trần Hải Hà, Huỳnh Thị Hồng Ngọc*

Trường Đại học Trà Vinh

**Email: ntngoan@tvu.edu.vn*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hội chứng vành cấp (HCVC) là một nhóm bệnh không đồng nhất, cần phân tầng nguy cơ, đặc biệt trong 24-48 giờ đầu nhập viện để có phương thức điều trị thích hợp. Do vậy, các quan sát lâm sàng là rất cần thiết. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân HCVC tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 121 bệnh nhân được chẩn đoán HCVC từ tháng 3 đến tháng 9 năm 2020. **Kết quả:** Bệnh nhân HCVC có triệu chứng đau ngực (80,3%) và khó thở (65,8%), 35,3% bệnh nhân có nhịp tim nhanh (≥ 100 lần/phút), và 26,1% có rale ẩm ở phổi. Hơn 40% bệnh nhân có độ Killip III, IV. Phần lớn bệnh nhân có phân tầng nguy cơ cao theo thang điểm GRACE: 90,1%; 7,9% có nguy cơ trung bình và 2,0% có nguy cơ thấp. Nhồi máu cơ tim không ST chênh chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhồi máu cơ tim ST chênh lên 62,8% so với 37,2%. Trong đó nhiều nhất là tổn thương ở vùng trước rộng có tỉ lệ 44,6%. Có 83,5% bệnh nhân có tăng Troponin I. Kết quả siêu âm tim ghi nhận 18,2% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, 9,1% suy tim với phân suất tống máu giảm, 32,7% hở 2 lá cấp sau nhồi máu và 32,7% có rối loạn chức năng tâm trương. **Kết luận:** Đa số bệnh nhân HCVC có triệu chứng đau ngực và phân tầng nguy cơ cao theo thang điểm GRACE, bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhồi máu cơ tim ST chênh lên. **Từ khóa:** hội chứng vành cấp, thang điểm GRACE, phân độ Killip.

ABSTRACT

**CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS
OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME
AT TRA VINH GENERAL HOSPITAL**

Nguyen Thi Ngoan, Tran Hai Ha, Huynh Thi Hong Ngoc*

Tra Vinh University

Background: Acute coronary syndrome is a heterogeneous group of diseases that requires a risk stratification, especially in the first 24-48 hours of admission to have an appropriate treatment. Observations from clinical practice will inevitably gain more useful information, thereby proposing more effective interventions. **Objectives:** To describe the clinical and subclinical characteristics of acute coronary syndrome on patients hospitalized at Tra Vinh General Hospital. **Materials and methods:** Data were collected in the cross-sectional study carried out from March to September 2020 on 121 patients diagnosed with acute coronary syndrome at Tra Vinh General Hospital. **Results:** Angina was the most common symptoms on patients with acute coronary syndrome (80.3%), while dyspnea and tachycardia (≥ 100 times/min) were 65.8% and 35.5%, respectively, and moist rale in lungs was 26.1%. More than 40% of patients in the study group had Killip classes III and IV. The research applied GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) scale for stratifying. Most patients (90.1%) belonged to high-risk group, which was significantly higher than intermediate and low-risk groups with 7.9% and 2.0%, respectively. Non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI) accounted for a higher percentage than ST elevation myocardial infarction (STEMI) 62.8% versus 37.2%. In which, there were 44.6% of patients having anterior myocardial infarction. Patients with elevated Troponin I was high with 83.5%. The results of

echocardiography recorded 18.2% of patients with movement disorders, 9.1% heart failure with reduced ejection fraction, 32.7% with acute mitral regurgitation after infarction, and 32.7% with diastolic dysfunction. **Conclusions:** The common symptoms of acute coronary syndrome was angina, dyspnea and tachycardia. The rate of having NSTEMI was significantly higher than STEMI. In addition, the majority of patients with acute coronary syndrome fell into the high - risk group on the GRACE scale.

Keywords: Acute coronary syndrome, GRACE scale, Killip resolution.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) bao gồm đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKOĐ), nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có hay không có đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ, là tình trạng cấp cứu tim mạch và nguyên nhân tử vong, bệnh tật hàng đầu ở các nước phát triển. Tại Việt Nam, vài năm gần đây có nhiều nghiên cứu mô tả chi tiết về NMCT cấp tại các Bệnh viện Trung ương và địa phương, tuy vậy tình hình đánh giá xử trí HCMVC (bao gồm ĐTNKOĐ) trong thực tế lại chưa được chú trọng [2], [4], [8]. Do HCMVC là một nhóm bệnh không đồng nhất, cần phải phân tầng nguy cơ, đặc biệt trong 24-48h đầu nhập viện để có phương thức điều trị thích hợp [1], [6], [12]. Mặc dù nhiều biện pháp chẩn đoán không xâm lấn và điều trị nội khoa mới liên tục được áp dụng: xét nghiệm troponin T, NT-proBNP, phối hợp thuốc kháng đông- kháng tiểu cầu, vẫn còn nhiều thách thức trong xử trí HCMVC tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Trà Vinh (BVĐKTTV) và đòi hỏi phải có các phương tiện chẩn đoán và điều trị tiên tiến hơn như chụp, can thiệp mạch vành (CTMV) qua da. Bên cạnh đó, để góp phần cho việc triển khai can thiệp mạch vành trong kế hoạch phát triển của Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh trong năm 2020, việc đánh giá tổng thể, phân tích dữ liệu về phân tầng nguy cơ và điều trị HCMVC tại BVĐKTTV trong năm 2020 là một bước chuẩn bị quan trọng. Do đó, nghiên cứu được tiến hành với mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân hội chứng vành cấp.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

- **Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng vành cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán theo ACC/AHA 2007 được nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng vành cấp. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu thuận tiện. Dựa vào số lượng thực tế bệnh nhân được tiếp nhận tại khoa Cấp cứu, Tim mạch – Lão khoa, Hồi sức tích cực chống độc của BVĐKTTV trong thời gian từ 3/2020 đến 9/2020 thỏa tiêu chí chọn bệnh được đưa vào nghiên cứu. Tổng số bệnh nhân được chọn là 121 người.

- **Nội dung nghiên cứu:** Khảo sát một số đặc điểm chung gồm nhóm tuổi, giới tính, trình độ học vấn, nghề nghiệp, tình trạng kinh tế gia đình. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng về yếu tố nguy cơ tim mạch, các thể lâm sàng, triệu chứng lâm sàng, phân độ

Killip, phân tầng nguy cơ bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp theo thang điểm GRACE, đặc điểm điện tâm đồ và siêu âm tim.

Thời gian: Từ tháng 3/2020 đến tháng 9/2020.

Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện đa khoa tỉnh Trà Vinh.

- **Phương pháp thu thập số liệu:** Điều tra viên tiến hành ghi nhận các thông tin bệnh nhân về yếu tố nguy cơ tim mạch, thể lâm sàng, ghi nhận đặc điểm và giá trị trung bình các dấu hiệu lâm sàng và cận lâm sàng, phân độ Killip, phân tầng nguy cơ theo thang điểm GRACE.

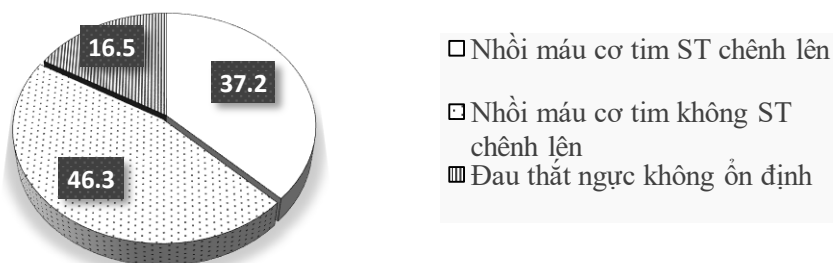
- **Xử lý và phân tích số liệu:** Nhập liệu bằng phần mềm Epidata 3.1 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

Nhìn chung đa phần bệnh nhân hết tuổi lao động hoặc hưu trí có tỉ lệ là 61,2%. Nhóm nghiên cứu có 75,2% dân tộc kinh, 21,5% dân tộc Khmer và 3,3% dân tộc Hoa. Nhóm nghiên cứu có kinh tế khá, tỉ lệ hộ nghèo và cận nghèo chỉ chiếm 4,9%. Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu khá cao là $66 \pm 10,8$ lớn hơn 65 tuổi. BMI trung bình (Kg/m^2) là $22,5 \pm 2,8$. Nhóm bệnh nhân có hội chứng vành cấp có tuổi từ 60 tuổi trở lên chiếm tỉ lệ cao là 81,8%; trong khi đó nhóm dưới 60 tuổi chỉ chiếm 18,2%. Tỉ lệ mắc hội chứng vành cấp nam và nữ gần tương đồng nhau (47,1% so với 52,9%).

3.2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng vành cấp



Hình 1. Tỉ lệ các thể lâm sàng hội chứng mạch vành cấp

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có nhồi máu cơ tim ST không chênh chiếm 46,3%, nhồi máu cơ tim ST chênh lên là 37,2% và 16,5% bệnh nhân có cơn đau thắt ngực không ổn định.

Bảng 1. Tỉ lệ các triệu chứng lâm sàng bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp

Triệu chứng	Tần số (n=121)	Tỉ lệ (%)
Khó thở	79	65,8
Đau ngực	97	80,3
Rale ẩm ở phổi	31	26,1
Phù	7	5,8
Tĩnh mạch cổ nổi	9	7,5
Nhịp tim nhanh	42	35,3
Tăng nhịp thở	9	7,6

TẠP CHÍ Y DƯỢC HỌC CẦN THƠ – SỐ 49/2022

Triệu chứng		Tần số (n=121)	Tỉ lệ (%)
Thời gian trung bình từ lúc có triệu chứng đến lúc nhập viện	< 6h	55	45,5
	6-12h	22	18,2
	>12h	44	36,4

Bảng 2. Đặc điểm men tim và Độ lọc cầu thận của nhóm nghiên cứu

Triệu chứng	Tần số (n=121)	Tỉ lệ (%)
Tăng Troponin I	101	83,5
Tăng CK-MB	65	56,0
eGFR		
Độ I	5	4,13
Độ II	41	33,9
Độ IIIa	31	25,6
Độ IIIb	27	22,3
Độ IV	14	11,6
Độ V	3	2,5

Nhận xét: Đa số bệnh nhân có hội chứng mạch vành cấp triệu chứng đau ngực (80,3%). Có 35,3% bệnh nhân hội chứng vành cấp có nhịp tim nhanh ($\geq 100/lp$), và 26,1% bệnh nhân có rale ẩm ở phổi. Chỉ có 45,5% bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp đến cơ sở y tế tiếp nhận điều trị trong 6 giờ đầu từ khi có khởi phát triệu chứng và 36,4% bệnh nhân nhập viện sau 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng.

Bảng 3. Đặc điểm điện tâm đồ của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm điện tâm đồ	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
ST chênh lên	45	37,2
ST không chênh lên	76	62,8
Sóng Q hoại tử	13	10,8
Block nhánh trái mới xuất hiện	4	3,3
Nhịp nhanh	43	35,8
Vùng tổn thương		
Trước vách	10	8,3
Trước mỏm	14	11,6
Trước bên	11	9,1
Trước rộng	54	44,6
Vùng hoành	32	26,4

Nhận xét: Nhồi máu cơ tim không ST chênh chiếm tỉ lệ cao hơn so với nhồi máu cơ tim ST chênh lên 62,8% so với 37,2%. Trong đó gần nhiều nhất là tổn thương ở vùng trước rộng có tỉ lệ gần 50% bệnh nhân, 26,4 % vùng hoành và 29% ở các vùng còn lại.

Bảng 4. Mô tả kết quả siêu âm tim của nhóm nghiên cứu

Các đặc điểm trên siêu âm tim	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Số bệnh nhân có siêu âm tim	55	45,5
Rối loạn vận động vùng	10	18,2
Phân suất tổng máu ($EF \leq 40\%$)	5	9,1
Hở 2 lá cấp	18	32,7
Rối loạn chức năng tâm trương	18	32,7

Nhận xét: Chỉ có 45,5% bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp được siêu âm tim sau điều trị. Trong đó ghi nhận 18,2% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng, 9,1% suy tim với phân suất tổng máu giảm, 32,7% bệnh nhân hở 2 lá cấp sau nhồi máu và 32,7% bệnh nhân có rối loạn chức năng tâm trương.

Bảng 5. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch của nhóm nghiên cứu

YTNC tim mạch	Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Nam > 55 tuổi	63	46,7
Nữ > 65 tuổi	28	20,7
Thừa cân/béo phì (BMI ≥ 23)	52	45,6
Hút thuốc lá	17	14,0
Rượu bia	11	9,2
Tăng huyết áp	82	67,8
Huyết áp cao lúc nhập viện	83	61,5
Đang điều trị	55	67,1
Đái tháo đường	28	23,3
Đang điều trị	18	64,3
Rối loạn lipid máu	27	22,5
Tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm	3	2,5

Nhận xét: Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ có tỷ lệ cao nhất 67,8% và thấp nhất là tiền sử gia đình có bệnh lý tim mạch 2,5%. Trong những bệnh nhân tăng huyết áp có 67,1% bệnh nhân đang điều trị và có 61,5% bệnh nhân có huyết áp cao khi nhập viện. Tỷ lệ mắc đái tháo đường và rối loạn lipid máu của nhóm nghiên cứu không quá cao, chiếm tỷ lệ lần lượt là 23,3% và 22,5%.

Bảng 6. Phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim theo thang điểm GRACE

Phân độ	Tần số (n=101)	Tỷ lệ (%)
Thấp	2	2,0
Trung bình	8	7,9
Cao	91	90,1

Nhận xét: Có 90,1% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu thuộc nhóm phân tầng nguy cơ cao; 7,9% có nguy cơ trung bình và 2,0% có nguy cơ thấp.

Bảng 7. Phân độ Killip của nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim

Phân độ	Tần số (n=101)	Tỷ lệ (%)
Độ I	50	49,5
Độ II	12	11,9
Độ III	14	13,9
Độ IV	25	24,7

Nhận xét: Gần 50% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có phân độ Killip là độ I và hơn 40% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có độ Killip III, IV.

IV. BÀN LUẬN

Qua nghiên ghi nhận tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là khá cao $66 \pm 10,8$ năm, trong đó tỷ lệ bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên chiếm tỷ lệ rất cao 81,8%. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trong nước như nghiên cứu của Bùi Hữu Minh Trí ghi nhận tuổi trung bình

của hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh An Giang [2] là $67,3 \pm 12,4$ Ngoài ra, các nghiên cứu ngoài nước của tác giả Luis C.L. Correia ghi nhận tuổi trung bình của 151 bệnh nhân HCVC là 63 ± 13 tuổi [9]. 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. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỉ lệ mắc hội chứng vành cấp ở nam và nữ gần bằng nhau 47,1% so với 52,9%.

Dựa trên các tiêu chuẩn đã xác định từ ban đầu, nghiên cứu của chúng tôi có 37,2% bệnh nhân được chẩn đoán HCVC có ST chênh lên, 62,8% bệnh nhân có HCVC không ST chênh lên trong đó 46,3% là nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và 16,5% đau thắt ngực không ổn định. Kết quả nghiên cứu này phù hợp với các nghiên cứu trên thế giới như nghiên cứu của CPACS [10] ghi nhận 43% HCVC có ST chênh lên và 57% HCVC không ST chênh; nghiên cứu GRACE [13] ghi nhận 30% HCVC có ST chênh lên và 63% HCVC không ST chênh. Nghiên cứu hoàn toàn trái ngược với nghiên cứu của MEDI ACS là có 61,8% bệnh nhân được chẩn đoán có HCVC ST chênh lên, 37,6% bệnh nhân có HCVC không ST chênh lên [10], có thể do các trung tâm trong nghiên cứu của MEDI ACS là các trung tâm chuyên sâu về tim mạch can thiệp do đó tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh cao hơn.

Đa số bệnh nhân có HCVC cấp triệu chứng đau ngực (80,3%) và triệu chứng khó thở (65,8%). Như vậy, gần 20% bệnh nhân có HCVC không có đau ngực trái, kết quả này tương đồng nghiên cứu của MEDI ACS ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân có đau ngực trái trong 24 giờ là 86,1% [13] 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. Có 35,3% bệnh nhân HCVC có nhịp tim nhanh (≥ 100 /p), và 26,1% bệnh nhân có rale ẩm ở phổi [3]. Trong nghiên cứu của MEDI ACS ghi nhận chỉ có 15,4% bệnh nhân HCVC có nhịp tim nhanh (≥ 100 /p), thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi [4]. Nhịp tim nhanh là một trong những triệu chứng có giá trị trong tiên lượng HCVC. Trong nghiên cứu, yếu tố nguy cơ tim mạch hay gặp như tăng huyết áp, tuổi ≥ 60 , đái tháo đường, rối loạn lipid máu với tỷ lệ lần lượt là: 67,8%, 81,8%, 23,3%, 22,5%, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với một số nghiên cứu. Nghiên cứu EURO-HEART Survey có 21,1% bệnh nhân đái tháo đường, 51,6% bệnh nhân tăng huyết áp, 46,8% bệnh nhân rối loạn lipid máu. Tỉ lệ bệnh nhân bệnh nhân hút thuốc lá trong nghiên cứu là 14% thấp hơn so với nghiên cứu của Bùi Hữu Minh Trí là 40,4% [4] và nghiên cứu EURO-HEART Survey có 63,1% bệnh nhân hút thuốc lá. Mặc dù tỉ lệ hút thuốc lá thấp hơn các nghiên cứu khác nhưng vẫn cần quan tâm đến nguy cơ tim mạch ở nhóm bệnh nhân này vì theo cơ chế, những người hút thuốc lá sẽ làm tăng nồng độ của những sản phẩm oxy hóa như cholesterol LDL oxy hóa và làm giảm nồng độ cholesterol HDL - yếu tố đóng vai trò bảo vệ tim. Nhìn chung HCVC có tỉ lệ BMI ≥ 23 Kg/m² khá cao, lên đến 45,6% điều này cũng tương đồng với nghiên cứu của MEDI ACS chỉ có 46,1% bệnh nhân thừa cân và béo phì [10]. Do đó, vấn đề giáo dục sức khỏe về rèn luyện thể lực tránh nguy cơ thừa cân và béo phì ở nhóm bệnh nhân có bệnh lý mạch vành cần được quan tâm.

Nghiên cứu ghi nhận có 101 chiếm tỉ lệ 83,5% bệnh nhân có tăng động học men tim Troponin I và giá trị Troponin I trung bình của nhóm nghiên cứu ở thời điểm nhập viện là 1308,7 (237,7; 10136,4)ng/ml thấp hơn so với Troponin T hs lúc nhập viện của tác giả Châu

Văn Vinh ghi nhận $5033,9 \pm 69,8$ và sau 24-48 giờ tăng gấp 5,0 lần so với lúc vào viện ($5033,9 \pm 69,8$ so với $996,8 \pm 50,1$) [3]. Sự khác biệt này có thể là do các cơ sở sử dụng các trang thiết bị khác nhau, do đó điểm cắt troponin cũng khác nhưng nhìn chung 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.

Nghiên cứu ghi nhận có 55/121 bệnh nhân được siêu âm tim, tỉ lệ là 45,5%. Nguyên nhân chủ yếu là do bệnh nhân chuyển viện và có biến chứng tử vong hoặc xin về. Siêu âm tim ghi nhận có 18,2% bệnh nhân có rối loạn vận động vùng thành thất, 9,1% bệnh nhân có phân suất tống máu $\leq 40\%$, 32,7% hở 2 lá cấp và rối loạn chức năng tâm trương là 32,7%. Nghiên cứu của MEDI ACS ghi nhận siêu âm tim ghi nhận 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 [4]. Kết quả nghiên cứu chủ yếu ghi nhận từ các bệnh nhân HCVC không ST chênh vì phần lớn các bệnh nhân hội chứng vành cấp ST chênh đều được chuyển viện đến các cơ sở có can thiệp mạch vành qua da.

Phân tầng nguy cơ HCMVC sớm trong những giờ đầu nhập viện đóng vai trò tối quan trọng trong lựa chọn phương thức điều trị và theo dõi. Có nhiều phương pháp đánh giá nguy cơ bệnh nhân HCMVC lúc mới nhập viện như bảng đánh giá nguy cơ này của Braunwald, bảng điểm nguy cơ TIMI (TIMI risk score) [7], GRACE [11] được chứng minh là khá chuẩn xác trong dự báo và đánh giá nguy cơ ngắn hạn tại bệnh viện và nguy cơ trung hạn sau khi xuất viện nhiều tháng và được các hội tim mạch Hoa Kỳ cũng như Châu Âu chấp thuận cho áp dụng trong thực hành lâm sàng. Tính giá trị của thang điểm GRACE cũng được chứng minh qua phân tích dân số hội chứng mạch vành cấp từ nghiên cứu số bộ MASCARA ở Tây Ban Nha [5]. Nghiên cứu ghi nhận điểm GRACE trung bình trên 101 bệnh nhân nhồi máu cơ tim là $198,2 \pm 47,7$. Phân tầng nguy cơ bệnh nhân nhồi máu cơ tim với 90,1% nguy cơ cao, 7,9% nguy cơ trung bình và 2,0% nguy cơ thấp. Nhìn chung, phần lớn bệnh nhân HCVC nhập viện và điều trị tại cơ sở nghiên cứu có phân tầng theo thang điểm GRACE có nguy cơ cao do đặc điểm dân số của nhóm nghiên cứu có tỉ lệ người cao tuổi cao, nhiều bệnh nhân phân độ Killip III, IV và có nhiều bệnh nhân có nồng độ creatinine huyết thanh tăng.

V. KẾT LUẬN

Đa số bệnh nhân có HCVC triệu chứng đau ngực (80,3%) và triệu chứng khó thở (65,8%), gần 20% bệnh nhân HCVC không có đau ngực trái. Phần lớn bệnh nhân có phân tầng nguy cơ cao theo thang điểm GRACE (90,1%) và hơn 40% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu có độ Killip III, IV. Tỉ lệ bệnh nhân nhập viện sau 12 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng còn cao (36,4%), cần quan tâm công tác tuyên truyền về bệnh lý HCVC để góp phần chẩn đoán và điều trị sớm giúp giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng của bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ Y tế (2019), Quyết định 2187/QĐ-BYT ngày 03/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế về việc ban hành tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp”.
2. Bùi Hữu Minh Trí, (2011), “Phân tầng nguy cơ, điều trị chống huyết khối và chỉ định can thiệp mạch vành trong hội chứng vành cấp”, Kỷ yếu báo cáo khoa học hội nghị KHKT BV An Giang 2011.

3. 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.
4. 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.
5. Abu-Assi E, Ferreira-González I, Ribera A, *et al.* (2010), “Do GRACE (Global Registry of Acute Coronary events) risk scores still maintain their performance for predicting mortality in the era of contemporary management of acute coronary syndromes?”, *Am Heart J*, 160 (5), pp.826-834.e821-823.
6. Anderson J L, Adams C D, Antman E M, *et al.* (2007), “ACC/AHA 2007 guidelines for the management of patients with unstable angina/non ST-elevation myocardial infarction: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Writing Committee to Revise the 2002 Guidelines for the Management of Patients With Unstable Angina/Non ST-Elevation Myocardial Infarction): developed in collaboration with the American College of Emergency Physicians, the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions, and the Society of Thoracic Surgeons: endorsed by the American Association of Cardiovascular and Pulmonary Rehabilitation and the Society for Academic Emergency Medicine”, *Circulation*, 116 (7), pp. e148-304.
7. Antman E M, Cohen M, Bernink P J, *et al.* (2000), “The TIMI risk score for unstable angina/non-ST elevation MI: A method for prognostication and therapeutic decision making”, *Jama*, 284(7), pp.835-842.
8. Carruthers K F, Dabbous O H, Flather M D, *et al.* (2005), “Contemporary management of acute coronary syndromes: does the practice match the evidence? The global registry of acute coronary events (GRACE)”, *Heart*, 91(3), pp.290-298.
9. Correia L C L, Garcia G, Kalil F, *et al.* (2014), “Prognostic value of TIMI score versus GRACE score in ST-segment elevation myocardial infarction”, *Arquivos brasileiros de cardiologia*, 103(2), pp.98-106.
10. Gao R, Patel A, Gao W, *et al.* (2008), “Prospective observational study of acute coronary syndromes in China: practice patterns and outcomes”, *Heart*, 94(5), pp.554-560.
11. Granger C B, Goldberg R J, Dabbous O, *et al.* (2003), “Predictors of hospital mortality in the global registry of acute coronary events”, *Arch Intern Med*, 163(19), pp.2345-2353.
12. Patrick T. O’Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, *et al.* (2013), “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction”, *Circulation*, 127(4), pp.e362-e425.
13. Steg P G, Goldberg R J, Gore J M, *et al.* (2002), “Baseline characteristics, management practices, and in-hospital outcomes of patients hospitalized with acute coronary syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events (GRACE)”, *Am J Cardiol*, 90(4), pp.358-363.

(Ngày nhận bài: 25/02/2022 – Ngày duyệt đăng: 13/7/2022)
