

DOI: 10.58490/ctump.2025i91.4075

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ ĐIỆN TÂM ĐỒ
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ NĂM 2023 - 2024**

*Nguyễn Thị Nhi**, *Nguyễn Thanh Phong*, *Trương Ái Mỹ*, *Tiêu Châu Thọ*,
Nguyễn Thị Đan Thùy, *Nguyễn Thị Diễm*, *Kha Hữu Nhân*

Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: 2053010439@student.ctump.edu.vn*

Ngày nhận bài: 22/6/2025

Ngày phản biện: 25/8/2025

Ngày duyệt đăng: 25/9/2025

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán sớm và chính xác nhồi máu cơ tim cấp là rất quan trọng để giảm tỉ lệ tử vong và biến chứng. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng, điện tâm đồ trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 77 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024. **Kết quả:** Tỉ lệ nam cao hơn nữ (58,4% và 41,6%). Tuổi trung bình là 66,35±1,19. Đau thắt ngực không điển hình chiếm cao nhất (59,7%), vị trí đau ngực thường gặp nhất là đau toàn bộ (37,7%). Thời gian đau ngực trung bình là 9,97±1,712 giờ, nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có thời gian đau ngực ngắn hơn nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên ($p=0,047$). Triệu chứng kèm theo thường gặp nhất là khó thở (68,8%). Phần lớn phân độ Killip I (88,3%). Số yếu tố nguy cơ ≥ 2 (89,6%) và nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có tỉ lệ này cao hơn nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên ($p=0,012$). Về đặc điểm điện tâm đồ, nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chiếm tỉ lệ cao hơn nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (54,5% và 44,5%). Ở nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, vị trí thường gặp nhất là thành dưới (38,1%), biên độ ST chênh lên trung bình là 2,68±0,235 mm, sóng Q hoại tử tỉ lệ cao (69%). Ở nhóm nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, có biến đổi ST-T cao hơn không biến đổi (51,4% và 48,6%), biến đổi sóng T chiếm tỉ lệ cao nhất (37,1%). **Kết luận:** Nghiên cứu cắt ngang trên 77 bệnh nhân, triệu chứng thường gặp là đau thắt ngực không điển hình và khó thở. Đa số bệnh nhân có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch. Biến đổi điện tâm đồ đa dạng.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, điện tâm đồ, yếu tố nguy cơ tim mạch.

ABSTRACT

**CLINICAL AND ELECTROCARDIOGRAPHIC CHARACTERISTICS
IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION
AT CAN THO CITY GENERAL HOSPITAL 2023 - 2024**

*Nguyen Thi Nhi**, *Nguyen Thanh Phong*, *Truong Ai My*, *Tieu Chau Tho*,
Nguyen Thi Dan Thuy, *Nguyen Thi Diem*, *Kha Huu Nhan*
Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Early and accurate diagnosis of acute myocardial infarction (AMI) is crucial to reduce mortality and complications. **Objectives:** To describe the clinical characteristics, electrocardiographic features in the diagnosis of acute myocardial infarction at Can Tho City General Hospital from 2023-2024. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 77 patients diagnosed with acute myocardial infarction at Can Tho City General Hospital in 2023-2024. **Results:** The percentage of males was higher than that of females (58.4% and 41.6%, respectively). The average age was 66.35±1.19 years. Atypical angina was the most

common symptom (59.7%), and the most frequent location of chest pain was diffuse (37.7%). The average duration of chest pain was 9.97 ± 1.712 hours. The ST-elevation myocardial infarction (STEMI) group had a shorter chest pain duration than the non-ST-elevation myocardial infarction (NSTEMI) group ($p=0.047$). Dyspnea was the most common accompanying symptom (68.8%). The majority of patients were classified as Killip class I (88.3%). A high proportion of patients had ≥ 2 cardiovascular risk factors (89.6%), and this proportion was higher in the STEMI group than in the NSTEMI group ($p=0.012$). Regarding electrocardiographic characteristics, STEMI accounted for a higher proportion than NSTEMI (54.5% and 44.5%). In the STEMI group, the inferior wall was the most common location (38.1%), the average ST-segment elevation amplitude was 2.68 ± 0.235 mm, and necrotic Q waves were highly prevalent (69%). In the NSTEMI group, ST-T changes were more common than no changes (51.4% and 48.6%), with T-wave changes being the most frequent (37.1%). **Conclusion:** This cross-sectional study of 77 patients showed that atypical angina and dyspnea were common symptoms. Most patients had multiple cardiovascular risk factors, and electrocardiographic changes were diverse.

Keywords: Acute myocardial infarction, Electrocardiogram, Cardiovascular risk factors.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT cấp) gây ra khoảng 17,9 triệu ca tử vong mỗi năm trên toàn cầu, chiếm 32% tổng số ca tử vong [1]. Bệnh nhân đến viện sau thời gian vàng 6 giờ khá cao 61,7%, cho thấy tình trạng chẩn đoán và xử trí chậm trễ [2]. Chẩn đoán sớm và chính xác NMCT cấp có vai trò sống còn. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng và điện tâm đồ đa dạng có thể gây khó khăn. Xuất phát từ những vấn đề nêu trên, chúng tôi tiến hành thực hiện nghiên cứu “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và điện tim trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ năm 2023-2024”. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, đặc điểm điện tâm đồ trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, nhằm cải thiện quy trình chẩn đoán tại cơ sở y tế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp nhập viện tại Bệnh viện Đa Khoa Thành Phố Cần Thơ trong thời gian từ 12/2023-12/2024.

- **Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo định nghĩa toàn cầu thứ 4 về nhồi máu cơ tim cấp [3]. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- **Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân có tâm thần lú lẫn, thiếu năng trí tuệ. Bệnh nhân nặng hôn mê, rối loạn tri giác, tử vong.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

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

- **Cỡ mẫu và chọn mẫu:** Tính theo công thức

$$n = Z^2 \frac{p \cdot (1-p)}{d^2}$$

Với $Z=1,96$; $d = 0,09$; $p=0,805$ là tỉ lệ NMCT cấp có đoạn ST chênh lên theo nghiên cứu của Phạm Hồng Phương năm 2019 [4], cỡ mẫu nghiên cứu ít nhất là 74 bệnh nhân. Thực tế có 77 bệnh nhân tham gia nghiên cứu.

- **Nội dung nghiên cứu:**

+ Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: Giới tính, tuổi.

+ Đặc điểm lâm sàng: Triệu chứng đau thắt ngực. Các triệu chứng đi kèm. Thời gian đau ngực. Phân độ Killip. Các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp, bệnh mạch vành, đái tháo đường, rối loạn lipid, hút thuốc lá, thừa cân-béo phì, bệnh mạch vành, tai biến mạch máu não, ít vận động, stress.

+ Đặc điểm điện tâm đồ: NMCT cấp ST chênh lên, NMCT cấp không ST chênh lên.

- **Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:** số liệu được thu thập bằng phiếu thu thập thông tin. Kết quả được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

- **Đạo đức trong nghiên cứu:** Nghiên cứu được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ thông qua với số phiếu chấp thuận 23.120.SV/PCT-HĐĐĐ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

- **Giới tính:** 45 (58,4%) nam và 32 (41,6%) nữ, tỉ lệ nam/nữ: 1,4/1.

- **Tuổi trung bình:** 66,35±1,19. Tuổi cao nhất 87, tuổi nhỏ nhất 38.

3.2. Đặc điểm lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp

Bảng 1. Thời gian đau ngực trung bình

	STEMI X±SD	NSTEMI X±SD	Tổng X±SD	p
Thời gian đau ngực trung bình (giờ)	7,93±1,863	12,072±3,012	9,97±1,712	0,047

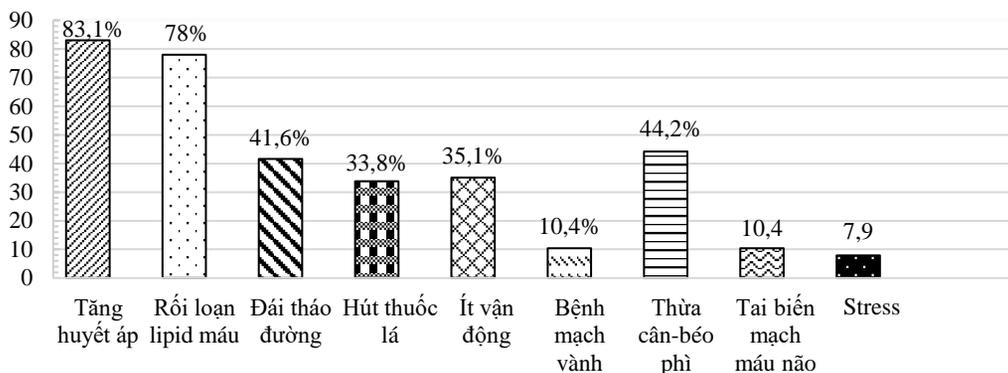
Nhận xét: Thời gian đau ngực trung bình là 9,97±1,712 giờ, trong đó nhóm STEMI có thời gian đau ngực ngắn hơn nhóm NSTEMI, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p=0,047.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp

Đặc điểm lâm sàng		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Loại đau thắt ngực	Đau thắt ngực điển hình	27	35,1
	Đau thắt ngực không điển hình	46	59,7
	Không đau	4	5,2
Triệu chứng đi kèm	Khó thở	53	68,8
	Đau thượng vị	13	16,9
	Buồn nôn hoặc nôn	16	20,8
	Vã mồ hôi	32	41,6
	Chóng mặt	16	20,8
	Ngất	3	3,9
Vị trí đau ngực	Đau sau xương ức	27	35,1
	Đau ngực trái	13	16,9
	Đau ngực phải	2	2,6
	Đau toàn bộ	29	37,7
	Đau thượng vị	4	5,2
	Khác	4	5,2
Phân loại Killip	Killip I	68	88,3
	Killip II,III,IV	9	11,7

Nhận xét: Đau thắt ngực không điển hình chiếm tỉ lệ cao nhất (59,7%). Triệu chứng đi kèm thường gặp nhất là khó thở (68,8%), kế đó là vã mồ hôi (41,6%) và ít gặp nhất là ngất (3,9%). Vị trí đau ngực thường gặp nhất là đau toàn bộ (37,7%), kế đó là đau sau xương

ức (35,5%). Phân độ Killip có nhóm Killip I chiếm tỉ lệ cao hơn nhóm Killip II, III,IV (88,3% và 11,7%).



Biểu đồ 1. Các yếu tố nguy cơ tim mạch.

Nhận xét: Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất (83,1%), kế đó là rối loạn lipid máu (78%) và thấp nhất là stress (7,9%).

Bảng 3. Số yếu tố nguy cơ tim mạch

Số yếu tố nguy cơ tim mạch	STEMI n (%)	NSTEMI n (%)	Tổng n (%)	p
≤ 1	1 (2,4)	7 (20,0)	8 (10,4)	0,012
≥ 2	41 (97,6)	28 (80,0)	69 (89,6)	

Nhận xét: Theo kết quả nghiên cứu, hầu hết bệnh nhân có số yếu tố nguy cơ ≥ 2 (89,6%), nhóm STEMI có tỉ lệ số yếu tố nguy cơ ≥ 2 cao hơn nhóm NSTEMI, sự khác biệt này có ý nghĩa với p=0,012.

3.3. Đặc điểm điện tâm đồ trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp

- Loại NMCT cấp: 42 (54,5%) NMCT cấp ST chênh lên và 35 (45,5%) NMCT cấp không ST chênh lên.

- Đặc điểm điện tâm đồ trong NMCT cấp ST chênh lên

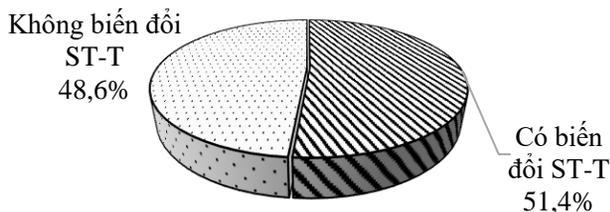
+ Biên độ ST chênh lên trung bình: 2,68±0,235 (mm).

Bảng 4. Đặc điểm vị trí vùng nhồi máu và xuất hiện sóng Q hoại tử

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
Vị trí vùng nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ	Thành trước	14	33,3
	Thành dưới	16	38,1
	Thành bên	5	11,9
	Trước rộng	7	16,7
Xuất hiện sóng Q hoại tử	Có	29	69
	Không	13	31

Nhận xét: Vị trí vùng NMCT cấp ở thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất 38,1%, và thấp nhất là thành bên 11,9%. Sóng Q hoại tử xuất hiện chiếm tỉ lệ cao hơn không có sóng Q hoại tử (69% và 31%).

- Đặc điểm điện tâm đồ trong NMCT cấp không ST chênh lên



Biểu đồ 2. Đặc điểm biến đổi ST-T.

Nhận xét: Trong NMCT cấp không ST chênh lên, tỉ lệ có biến đổi ST-T chiếm cao hơn không biến đổi ST-T (51,4% và 48,6%).

Bảng 5. Đặc điểm ST chênh xuống, biến đổi sóng T, ST chênh xuống và biến đổi sóng T

Đặc điểm	Tần số (n)	Tỉ lệ (%)
ST chênh xuống	7	20
Biến đổi sóng T	13	37,1
ST chênh xuống và biến đổi sóng T	3	8,6

Nhận xét: Trong NMCT cấp không ST chênh lên, sóng T biến đổi xuất hiện chiếm tỉ lệ cao nhất là 37,1%; ST chênh xuống là 20%; ST chênh xuống và sóng T biến đổi là 8,6%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Qua nghiên cứu 77 bệnh nhân NMCT cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, chúng tôi ghi nhận: Về giới tính, qua kết quả nghiên cứu ghi nhận số bệnh nhân nam bị NMCT cấp chiếm tỉ lệ cao hơn nữ với 45 nam và 32 nữ chiếm tỉ lệ lần lượt là 58,4% và 41,6%, tỉ lệ nam/nữ là 1,4/1. Nghiên cứu của chúng tôi có kết quả tương đương nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tín là nam chiếm tỉ lệ 59,3% và nữ là 40,7% và tỉ lệ nam/nữ là 1,46/1 [5]. Về tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu chúng tôi là $66,35 \pm 1,19$, độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi tương tự trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Tín cũng cho kết quả tương đương với nghiên cứu của chúng tôi là $66,55 \pm 11,01$ và nghiên cứu của tác giả Lê Thanh Bình có tuổi trung bình ghi nhận được là $66,11 \pm 9,42$ [5] [6].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của nhồi máu cơ tim cấp

Về thời gian đau ngực trung bình, chúng tôi ghi nhận thời gian đau ngực trung bình là $9,97 \pm 1,712$ giờ, thời gian đau ngực của nhóm STEMI (NMCT cấp ST chênh lên) là $7,93 \pm 1,863$ giờ thấp hơn so với nhóm NSTEMI (NMCT cấp không ST chênh lên) là $12,072 \pm 3,012$ giờ, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p=0,047$). So với thời gian đau ngực trung bình của tác giả Nguyễn Huy Lợi là 17,24 giờ thì kết quả của chúng tôi thấp hơn. Điều này có thể do bệnh nhân chú ý đến tình trạng sức khỏe của mình, sự chẩn đoán và điều trị kịp thời của cơ sở y tế [7].

Về loại đau thắt ngực chúng tôi ghi nhận, đau thắt ngực không điển hình chiếm tỉ lệ cao nhất (59,7%) kế đến là đau thắt ngực điển hình (35,1%), tỉ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Phương có tỉ lệ đau thắt ngực điển hình là 77,9%, đau thắt ngực không điển hình 22,1% [4]. Điều này có thể do khác biệt về cỡ mẫu và do lựa chọn mẫu ngẫu nhiên.

Về vị trí đau ngực, đau toàn bộ chiếm tỉ lệ cao nhất (38,9%), kế đến là đau sau xương ức (33,6%), đau ngực trái (14,3%), đau ngực phải chiếm tỉ lệ ít nhất (2,6%) tỉ lệ này có sự khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Vũ Hoàng Vũ vị trí đau ngực được ghi nhận: đau ngực trái chiếm tỉ lệ cao nhất (56,9%), kế đến là đau sau xương ức (41,4%) và đau ngực phải chiếm tỉ lệ thấp nhất (1,7%) điều này có thể được giải thích do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số là bệnh nhân lớn tuổi, ở người lớn tuổi thì chức năng thần kinh sẽ suy giảm, giảm nhạy cảm với đau nên bệnh nhân khó xác định được vị trí đau cụ thể [8].

Về các triệu chứng kèm theo, chúng tôi ghi nhận triệu chứng khó thở chiếm tỉ lệ cao nhất (68,8%), kế đến là vã mồ hôi (41,6%) chóng mặt (20,8%), buồn nôn hoặc nôn (20,8%), ngất chiếm tỉ lệ thấp nhất (3,9%), trong nghiên cứu của tác giả Phạm Hồng Phương, vã mồ hôi chiếm tỉ lệ cao nhất (45,1%), kế đến là khó thở (42,1%), nôn và buồn nôn (19%), ngất (1%) [4]. Điểm khác biệt giữa nghiên cứu chúng tôi với các nghiên cứu trước là khó thở chiếm tỉ lệ cao nhất và cao hơn vã mồ hôi. Điều này có thể được giải thích là do nhóm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi đa số là bệnh nhân lớn tuổi, mắc nhiều bệnh mãn tính, nguy cơ bệnh mạch vành cao, được xem là dấu hiệu định hướng quan trọng trên lâm sàng, dẫn đến xuất hiện các triệu chứng kèm theo đa dạng hơn.

Về phân độ Killip, chúng tôi ghi nhận nhóm Killip I chiếm tỉ lệ cao nhất (88,3%) và nhóm Killip II, III, IV (11,7%). Theo nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngoãn, nhóm Killip I chiếm tỉ lệ (49,5%) thấp hơn nhóm Killip II, III, IV (50,1%) [9]. Sự khác biệt này được giải thích là do đối tượng nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Ngoãn là các bệnh nhân từ nhiều khoa như Cấp cứu, Tim mạch - Lão Khoa, Hồi sức tích cực chống độc nên có tỉ lệ Killip II,III,IV cao hơn so với đối tượng nghiên cứu của chúng tôi.

Về các yếu tố nguy cơ tim mạch, nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ tăng huyết áp cao nhất (83,1%), rối loạn lipid máu (78%), đái tháo đường (41,6%), hút thuốc lá (33,8%); còn nghiên cứu của Nguyễn Văn Tín có các yếu tố nguy cơ: tăng huyết áp (83,7%), rối loạn lipid máu (80,2%), đái tháo đường (34,9%), hút thuốc lá (51,2%) [5]. Kết quả nghiên cứu của tôi gần tương đồng với nghiên cứu nói trên.

Số yếu tố nguy cơ ≥ 2 ở nhóm STEMI là 97,6%, cao hơn đáng kể so với tỉ lệ này ở nhóm NSTEMI là 80,0% ($p = 0,012$). Kết quả này phù hợp với các bằng chứng hiện tại cho thấy sự tích tụ của nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch làm tăng đáng kể nguy cơ và mức độ nghiêm trọng của bệnh mạch vành cấp [10].

4.3. Đặc điểm điện tâm đồ trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp

Trong nghiên cứu này chúng tôi ghi nhận tỉ lệ STEMI (54,5%) cao hơn so với tỉ lệ NSTEMI (45,5%). Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Phạm Hồng Phương và cộng sự cũng cho thấy tỉ lệ STEMI cao hơn NSTEMI (80,5% so với 19,5%) [4].

Về đặc điểm điện tâm đồ trong chẩn đoán STEMI, chúng tôi ghi nhận: thành dưới là vùng bị ảnh hưởng nhiều nhất (38,1%), thành trước (33,3%), trước rộng (16,7%), thành bên (11,9%) tỉ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cộng sự, cũng ghi nhận thành sau dưới là vị trí nhồi máu chủ yếu (32,6%), trước rộng (35,4%), trước vách (25,6%), trước bên (6,4%) [7]. Biên độ trung bình của ST chênh lên là $2,68 \pm 0,235$ mm, kết quả này thấp hơn so với nghiên cứu của Đặng Văn Minh và cộng sự trên 104 bệnh nhân được chẩn đoán STEMI, những người quan sát thấy biên độ ST chênh lên là $2,82 \pm 1,39$ mm [11], điều này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn. Sự xuất hiện sóng Q hoại tử trong NMCT cấp chiếm tỉ lệ cao hơn so với không có sóng Q hoại tử, kết quả này là

phù hợp vì STEMI là tổn thương xuyên thành, gây hoại tử vùng cơ tim lớn dẫn đến sự xuất hiện sóng Q hoại tử trên điện tâm đồ.

Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận điện tâm đồ trong NSTEMI, có biến đổi ST-T (51,4%) và không có biến đổi trên điện tâm đồ (48,6%). Biến đổi sóng T là thường gặp hơn (37,1%), ST chênh xuống (20%), biến đổi sóng T và ST chênh xuống (8,6%). Kết quả này có sự khác biệt so với nghiên cứu của Đặng Đức Minh, T âm (83,3%), ST chênh xuống (75,9%), trong nghiên cứu này có đa số có biến đổi cả T âm và ST chênh xuống. Điều này có thể là do sự khác biệt về thời gian và địa điểm lấy mẫu nghiên cứu cũng như độ tuổi trung bình và bệnh lý kèm theo của bệnh nhân [12].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 77 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp chúng tôi rút ra một số kết luận sau: tuổi chủ yếu trên 60, nam giới chiếm đa số (58,4%), thời gian đau ngực nhóm STEMI ngắn hơn nhóm NSTEMI. Trong NSTEMI, tỉ lệ không biến đổi ST-T trên ECG khá cao (48,6%), trong biến đổi ST-T thì biến đổi sóng T là thường gặp nhất (37,1%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization. Cardiovascular diseases (CVDs).2021. [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds)).
2. Ong Văn Phát, Phạm Thanh Phong, Phạm Thị Ngọc Nga. 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. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2024. 539(2), 226, <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i2.9838>.
3. Thygesen K., Alpert J. S., Jaffe A. S., Chaitman B. R., Bax J. J., *et al*. Fourth universal definition of myocardial infarction. *Journal of the American College of Cardiology*. 2018. 72 (18), pp 2231-2264. doi: 10.1016/j.jacc.2018.08.1038.
4. Phạm Hồng Phương. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh Viện Hữu Nghị Đa Khoa tỉnh Nghệ An. *Tạp chí KH-CN Nghệ An*. 2019. 8, 14.
5. Nguyễn Văn Tín, Trịnh Thị Huyền Tranh, Nguyễn Thế Hiển, Lê Thị Cẩm Tiên, Nguyễn Quốc Huy và cộng sự . Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh Viện Đa Khoa Hoàn Mỹ Cửu Long và Bệnh Viện Đa Khoa Thành phố Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022. 55, 94, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i55.386>.
6. Lê Thanh Bình, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Oanh Oanh. 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*. 2021.504(1), 61, <https://doi.org/10.51298/vmj.v504i1.832>.
7. Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chinh. Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh Viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*. 2023. 162(1), 237, <https://doi.org/10.52852/tencyh.v162i1.1368>.
8. Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Dương Khang, Lê Thị Anh Hoa, Võ Thị Diễm Thúy, Trương Quang Bình. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục trung hạn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ở người trẻ: nghiên cứu đơn trung tâm, hồi cứu. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*. 2024. 27 (2), 147, <https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19>.
9. Nguyễn Thị Ngoãn, Trần Hải Hà, Huỳnh Thị Ngọc Hồng. 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*. 2022.49, 61, <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i49.213>.

10. Nguyễn Văn Lê và Nguyễn Đức Công. Nghiên cứu mối liên quan của tuổi, giới, BMI, học vấn, khu vực sống với tình hình kiểm soát ngắn hạn các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. *Tạp chí Y Dược Thực hành* 175. 2022. 30, 2.
 11. Đặng Văn Minh, Vũ Điện Biên, Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Tiến Dũng, Lê Thị Hương Lan. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. *Tạp chí Y Học Việt Nam*. 2024. 539 (1B), 233, <https://doi.org/10.51298/vmj.v539i1B.9946>.
 12. Đặng Đức Minh, Phạm Nguyên Sơn, Nguyễn Tiến Dũng. Nghiên cứu biến đổi nồng độ và giá trị tiên lượng của hs-troponin T, NT-proBNP, hs-CRP ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da thi đầu”. *Tạp chí Y Dược lâm sàng* 108. 2020. 15(6), 1.
-