

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH KIỂM SOÁT MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ TIM MẠCH CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN NHÂN DÂN 115 SAU 3 THÁNG

Trần Quốc Việt¹, Nguyễn Đức Hải², Nguyễn Văn Lê³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ kiểm soát LDL-C, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng, có so sánh giữa hai nhóm điều trị nội khoa và có can thiệp động mạch vành.

Đối tượng: 157 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp, bao gồm 82 bệnh nhân được điều trị nội khoa và 75 bệnh nhân được điều trị can thiệp mạch vành.

Phương pháp: tiến cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc sau 3 tháng điều trị.

Kết quả: Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá lần lượt là 65%; 16,7%; 82,8%; 46,2%. Sự phân bố các yếu tố nguy cơ giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng lần lượt là 76,5%; 57,7%; 54,6%; 72,2%. Tỷ lệ kiểm soát các yếu tố nguy cơ giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Kết luận: Tình hình kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng điều trị còn chưa tốt. Kiểm soát yếu tố nguy cơ ở nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, kiểm soát yếu tố nguy cơ.

STUDY ON THE CONTROL OF SOME CARDIOVASCULAR RISK

¹ Bệnh viện Quân y 175, ² Học Viện Quân y, ³ Bệnh viện Nhân Dân 115

Người phản hồi (Corresponding): Trần Quốc Việt (drduchaick2@gmail.com)

Ngày nhận bài: 30/5/2022, ngày phản biện: 24/5/2023

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2023

FACTOR OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION TREATED AT 115 PEOPLE'S HOSPITAL AFTER 3 MONTHS

ABSTRACT

Objectives: Study on the control proportion of LDL-C, hypertension, diabetes mellitus and smoking in patients with acute myocardial infarction after 3 months, with comparison between medical treatment and coronary intervention groups.

Subjects: 157 patients with acute myocardial infarction, including 82 patients treated by medical treatment and 75 patients treated by coronary intervention.

Methods: prospective and cross-sectional study and longitudinal follow-up study after 3 months of treatment.

Results: The proportion of patients with hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia and smoking were 65%; 16.7%, 82.8%, 46.2%, respectively. The differences of risk factor distribution between medical treatment and coronary intervention groups were not statistically significant (with $p > 0.05$).

The proportion of hypertension, diabetes mellitus, dyslipidemia and smoking control of patients with acute myocardial infarction were 76.5%, 57.7%, 54.6%, 72.2%, respectively. The proportion of risk factor control between medical treatment and intervention groups were not statistically significant (with $p > 0.05$).

Conclusions: The control of cardiovascular risk factors of patients with acute myocardial infarction after 3 months of treatment was not good. The proportion of risk factor control between medical treatment and intervention groups were not statistically significant (with $p > 0.05$).

Keywords: Acute myocardial infarction, cardiovascular risk factors.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây nhập viện và tử vong hiện nay trên thế giới, đặc biệt là các nước phát triển, với tỷ lệ hiện mắc lên tới 3 triệu người trên toàn thế giới, với hơn 1 triệu ca tử vong hàng năm ở Hoa Kỳ [1]. Những người

sống sót sau giai đoạn cấp của NMCT cấp có tỷ lệ tử vong gấp 1,5 đến 15 lần và có chất lượng cuộc sống thấp hơn trên các lĩnh vực sức khỏe thể chất, hoạt động hàng ngày và sức khỏe tâm thần so với dân số chung [2]. Mặc dù đã can thiệp mạch vành, vẫn có 20% bệnh nhân phải tái nhập viện, 16,7% - 23,0% bệnh nhân tử vong, 8 - 10% bệnh nhân tái phát NMCT sau 1

năm biến cố thiếu máu cục bộ cơ tim. Đây cũng là một trong những nguyên nhân dẫn đến tàn phế và tử vong vì NMCT tái phát thường diễn biến nặng hơn lần đầu [3]. Để cải thiện tiên lượng lâu dài và ngăn ngừa các biến cố tái phát, việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ (YTNC) tim mạch sau NMCT là vô cùng quan trọng, được các Hiệp hội tim mạch trên thế giới thường xuyên cập nhật qua các khuyến cáo. Tuy nhiên, việc kiểm soát các YTNC này còn hạn chế ở các nước đang phát triển, đặc biệt ở Việt Nam. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài: “Nghiên cứu tình hình kiểm soát ngắn hạn một số yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại bệnh viện nhân dân 115 sau 3 tháng”, với mục tiêu: *Khảo sát tỉ lệ kiểm soát LDL-C, tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng, có so sánh giữa hai nhóm điều trị nội khoa và có can thiệp động mạch vành.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 157 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp, bao gồm 82 bệnh nhân được điều trị nội khoa và 75 bệnh nhân được điều trị can thiệp mạch vành qua da tại Bệnh viện Nhân dân 115, thời gian từ tháng 3/2020 đến tháng 4/2021.

Các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp theo định nghĩa toàn cầu lần

IV về NMCT của ESC/ACCF/AHA/WHF [4], được điều trị nội khoa hoặc can thiệp mạch vành, đồng ý tham gia nghiên cứu và theo dõi đánh giá sau 3 tháng.

Loại trừ các bệnh nhân NMCT được mổ bắc cầu chủ vành, kèm các bệnh nặng khác và các bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, theo dõi sau điều trị.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: tiến cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc sau 3 tháng điều trị.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- + Tuổi, giới của bệnh nhân.
- + Các YTNC tim mạch, bao gồm tăng huyết áp (THA), đái tháo đường (ĐTĐ), rối loạn lipid (RLLP), hút thuốc lá (HTL): Có/Không
- + Kiểm soát các YTNC tim mạch, bao gồm THA, ĐTĐ, RLLP, HTL: Có/Không.

Đánh giá chỉ tiêu nghiên cứu:

+ THA: bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ áp hoặc dựa vào trị số huyết áp đo được (huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg).

+ ĐTĐ: bệnh nhân đã được chẩn đoán ĐTĐ, đang điều trị thuốc hạ đường máu hoặc dựa vào trị số đường huyết/HbA1c của bệnh nhân (theo ADA 2019).

+ RLLP máu: bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ lipid máu hoặc dựa vào trị số lipid máu của bệnh nhân.

+ HTL: khi bệnh nhân đã và/hoặc đang HTL.

+ Kiểm soát THA: dựa vào trị số HA (huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg).

+ Kiểm soát ĐTD: HbA1c < 7%.

+ Kiểm soát LDL-C: LDL-C < 1,8 mmol/l.

+ Kiểm soát HTL: bệnh nhân ngưng HTL kể từ thời điểm được điều trị NMCT cấp.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng SPSS 20.0, tính tần số, tỷ lệ %, so sánh 2 tỷ lệ bằng kiểm định chi bình phương.

3. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.1. Đặc điểm tuổi, giới của đối tượng nghiên cứu (N = 157)

Đặc điểm \ Nhóm		Chung (n = 157)	Nội khoa (n = 82)	Can thiệp (n = 75)	P
Giới (n, %)	Nam	123 (78,3)	57 (69,5)	66 (88)	< 0,05
	Nữ	34 (21,7)	25 (30,5)	9 (12)	
Phân bố tuổi (n, %)	< 65	100 (63,7)	49 (59,8)	51 (68)	>0,05
	≥ 65	57 (36,3)	33 (40,2)	24 (32)	
Tuổi trung bình (X ± SD)		60,66 ± 11,98	61,43 ± 12,48	59,81 ± 11,43	>0,05

Tỷ lệ nam giới cao hơn so với nữ ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ nam giới ở nhóm can thiệp mạch vành cao hơn so với nhóm điều trị nội khoa. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (với $p < 0,05$). Nhóm tuổi dưới 65 cao hơn so với nhóm trên 65 tuổi. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $60,66 \pm 11,98$. Phân bố tuổi và tuổi trung bình giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

Phân bố giới trong nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với một số tác giả khác như Felix- Redondo (nam giới chiếm 81,5%, tuổi trung bình là 67,4) [5] và Nguyễn Thụy Trang (nam giới chiếm 80%, tuổi trung bình $69,3 \pm 9,7$) [6]. Kết quả này được giải thích do ảnh hưởng của lối sống: thói quen hút thuốc lá, uống rượu bia thường gặp ở nam giới hơn nữ giới. Tuổi là YTNC không thay đổi được của NMCT cấp. Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp

CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

tăng theo tuổi. Tuổi càng cao sẽ tích lũy RLLP máu, dẫn đến nguy cơ NMCT cấp càng nhiều các YTNC như THA, ĐTD, sẽ tăng lên.

3.2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.2. Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu (N = 157)

PP điều trị \ YTNC	Chung (n = 157)		Nội khoa (n = 82)		Can thiệp (n = 75)		P
	n	%	n	%	n	%	
THA	102	65	56	68,3	46	61,3	>0,05
ĐTD	26	16,7	16	19,5	10	13,5	>0,05
RLLPM	130	82,8	69	84,1	61	81,3	>0,05
HTL	72	46,2	36	43,9	36	48,6	>0,05

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có THA, ĐTD, RLLP máu và HTL trong nghiên cứu lần lượt là 65%; 16,7%; 82,8%; 46,2%. Sự phân bố các YTNC giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê (với $p > 0,05$).

RLLP máu là yếu tố nguy cơ

thường gặp nhất, có vai trò quan trọng trong bệnh sinh của sự hình thành mảng vữa xơ mạch vành dẫn đến NMCT cấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang (RLLP máu chiếm 98%) [6]. Tỷ lệ bệnh nhân có THA, ĐTD, HTL trong nghiên cứu thấp hơn so với một số tác giả như Nguyễn Thụy Trang [6] và Lê Huy Thạch [7].

3.3. Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.3. Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp của đối tượng nghiên cứu (n = 102)

PP điều trị \ Kiểm soát THA	Chung (n = 102)		Nội khoa (n = 56)		Can thiệp (n = 46)		P
	n	%	n	%	n	%	
Không	24	23,5	10	17,9	14	30,4	>0,05
Có	78	76,5	46	82,1	32	69,6	

Nhận xét: 76,5% bệnh nhân NMCT cấp có THA kiểm soát được HA sau 3 tháng điều trị. Không có sự khác biệt giữa kiểm soát THA giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành (với p

$> 0,05$).

Tỷ lệ bệnh nhân kiểm soát được THA cao hơn so với một số tác giả khác như trong nghiên cứu EUROASPIRE II và III (tỷ lệ kiểm soát THA lần lượt là 50%

và 56%) [8], [9] và một số nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang [6] (tỷ lệ kiểm soát tác giả trong nước như Võ Thị Dẽ [10], THA lần lượt là 46,1% và 67,8%).

3.4. Tỷ lệ kiểm soát đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.4. Tỷ lệ kiểm soát đái tháo đường của đối tượng nghiên cứu (n = 26)

PP điều trị	Chung (n = 26)		Nội khoa (n = 16)		Can thiệp (n = 10)		P
	n	%	n	%	n	%	
Kiểm soát ĐTD							
Không	11	42,3	6	37,5	5	50	>0,05
Có	15	57,7	10	62,5	5	50	

Nhận xét: 57,7% bệnh nhân NMCT cấp có ĐTD kiểm soát được đường máu sau 3 tháng điều trị. Không có sự khác biệt giữa kiểm soát ĐTD giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành (với $p > 0,05$).

Tỷ lệ kiểm soát ĐTD trong nghiên

cứ của chúng tôi cao hơn so với các kết quả trong khảo sát EUROASPIRE II, III (với tỷ lệ kiểm soát ĐTD lần lượt là 28% và 35%) [8], [9] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang [6] và Trương Hoàng Anh Thơ [13] (với tỷ lệ lần lượt là 71,2% và 63,2%).

3.5. Tỷ lệ kiểm soát LDL-C của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.5. Tỷ lệ kiểm soát LDL-C của đối tượng nghiên cứu (n = 130)

PP điều trị	Chung (n = 130)		Nội khoa (n = 69)		Can thiệp (n = 61)		P
	N	%	n	%	n	%	
Kiểm soát LDL-C							
Không	59	45,4	33	47,8	26	42,6	>0,05
Có	71	54,6	36	52,2	35	57,4	

Nhận xét: 54,6% bệnh nhân NMCT cấp có RLLP máu kiểm soát được LDL-C máu sau 3 tháng điều trị. Không có sự khác biệt giữa kiểm soát LDL-C giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành (với $p > 0,05$).

Tỷ lệ kiểm soát lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so

với một số tác giả khác như nghiên cứu Jankowski, P (tỷ lệ đạt mục tiêu là 29,9%) [11] và nghiên cứu của Andrikopoulos (chỉ có 16,2% bệnh nhân có LDL-C < 70 mg/dL) [12], nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang (tỷ lệ kiểm soát lipid máu là 34,1%).

3.6. Tỷ lệ kiểm soát hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu

Bảng 3.6. Tỷ lệ kiểm soát hút thuốc lá của đối tượng nghiên cứu (n = 72)

PP điều trị \ Kiểm soát HTL	Chung (n = 72)		Nội khoa (n = 36)		Can thiệp (n = 36)		P
	N	%	n	%	n	%	
Không	20	27,8	12	33,3	8	22,2	>0,05
Có	52	72,2	24	66,7	28	77,8	

Nhận xét: 72,2% bệnh nhân NMCT cấp có HTL kiểm soát được HTL sau 3 tháng điều trị. Không có sự khác biệt giữa kiểm soát HTL giữa nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành (với $p > 0,05$).

Tỷ lệ kiểm soát HTL trong nghiên cứu thấp hơn so với các khảo sát EUROASPIRE II và III (với tỷ lệ lần lượt là 79% và 83%) [8], [9] và nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang (85,1%) nhưng cao hơn so với nghiên cứu của Võ Thị Dề [10] và Trương Hoàng Anh Thơ [13] (tỷ lệ ngưng hút thuốc lần lượt là 64,2% và 51,1%).

4. KẾT LUẬN

Tình hình kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng điều trị còn chưa tốt. Tỷ lệ kiểm soát tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và hút thuốc lá ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp sau 3 tháng lần lượt là 76,5%; 57,7%; 54,6%; 72,2%. Kiểm soát yếu tố nguy cơ ở nhóm điều trị nội khoa và nhóm can thiệp mạch vành khác biệt không có ý nghĩa thống kê.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mechanic, O,J,, M, Gavin, and S,A, Grossman, Acute Myocardial Infarction, in StatPearls, 2021, StatPearls Publishing, Copyright © 2021, StatPearls Publishing LLC,: Treasure Island (FL).
2. Mollon, L, and S, Bhattacharjee, Health related quality of life among myocardial infarction survivors in the United States: a propensity score matched analysis, Health Qual Life Outcomes, 2017, 15(1): p, 235.
3. Shiraishi, J, et al., Influence of previous myocardial infarction site on in-hospital outcome after primary percutaneous coronary intervention for repeat myocardial infarction, J Cardiol, 2010, 55(1): p, 77-83.
4. Thygesen, K,, et al., Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018), Journal of the American College of Cardiology, 2018, 72(18): p, 2231-2264.
5. Félix-Redondo, F,J,, et al., Risk factors and therapeutic coverage at 6 years

in patients with previous myocardial infarction: the CASTUO study, *Open Heart*, 2016, 3(1): p, e000368.

6. Nguyễn Thụy Trang, Khảo sát tình hình kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch sau can thiệp mạch vành, 2014, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, p, 76.

7. Lê Huy Thạch, Yếu tố tiên lượng trong nhồi máu cơ tim cấp tại khoa HSCC Bệnh viện Ninh Thuận, 2012.

8. Lifestyle and risk factor management and use of drug therapies in coronary patients from 15 countries; principal results from EUROASPIRE II Euro Heart Survey Programme, *Eur Heart J*, 2001, 22(7): p, 554-72.

9. Kotseva, K., et al., EUROASPIRE III: a survey on the lifestyle, risk factors and use of cardioprotective drug therapies in coronary patients from 22 European countries, *Eur J Cardiovasc Prev Rehabil*, 2009, 16(2): p, 121-37.

10. Võ Thị Dề, Nghiên cứu sự tuân thủ điều trị của bệnh nhân động mạch vành đã được can thiệp, 2012, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, p, 145.

11. Jankowski, P., et al., Secondary prevention of coronary artery disease in contemporary clinical practice, *Cardiol J*, 2015, 22(2): p, 219-26.

12. Andrikopoulos, G., et al., Short-term outcome and attainment of secondary prevention goals in patients with acute coronary syndrome--results from the countrywide TARGET study, *Int J Cardiol*, 2013, 168(2): p, 922-7.

13. Trương Hoàng Anh Thơ, Khảo sát tình hình theo dõi và điều trị bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương từ năm 2003 đến 2005, 2006, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, p, 76.