

# 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 Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Đức Hải<sup>2</sup>

## 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:* nghiên cứu 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.

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân y 175; <sup>2</sup> Học viện Quân y

Người phản hồi (Corresponding): Nguyễn Đức Hải (drduchaick2@gmail.com)

Ngày nhận bài: 15/3/2022, ngày phản biện: 12/5/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/6/2022

## STUDY ON THE CONTROL OF SOME CARDIOVASCULAR RISK 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 descriptive 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. 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 trùng 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 năm 2020 đến tháng 4 năm 2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp theo

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

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân NMCT được mổ bắc cầu chủ vành, kèm các bệnh nặng khác (suy thận mạn tính điều trị thay thế thận, ung thư, COPD đợt cấp, viêm phổi cấp...) 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:** tiền cứu, mô tả cắt ngang, kết hợp theo dõi dọc sau 3 tháng điều trị.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện.

#### **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: theo JNC 7 dựa vào trị số huyết áp đo được (huyết áp tâm thu  $\geq$  140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương  $\geq$

90 mmHg) hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ áp.

+ 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: dựa vào trị số lipid máu của bệnh nhân theo Hiệp hội xơ vữa động mạch (JAS) năm 2012 hoặc bệnh nhân đã được chẩn đoán, đang điều trị thuốc hạ lipid máu.

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

+ Kiểm soát THA theo tiêu chuẩn của Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA

2011): dựa vào trị số HA (huyết áp tâm thu < 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg).

+ Kiểm soát ĐTĐ: HbA1c < 7% (theo AHA 2011)

+ Kiểm soát LDL-C: LDL-C < 1,8 mmol/l (theo AHA 2011)

+ 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. So sánh 2 giá trị trung bình bằng T-test. Thống kê có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

### 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)

Nhóm		Nội khoa (n = 82)	Can thiệp (n = 75)	Chung (n = 157)	P
Đặc điểm					
Giới (n, %)	Nam	57 (69,5)	66 (88)	123 (78,3)	< 0,05
	Nữ	25 (30,5)	9 (12)	34 (21,7)	
Phân bố tuổi (n, %)	< 65	49 (59,8)	51 (68)	100 (63,7)	>0,05
	≥ 65	33 (40,2)	24 (32)	57 (36,3)	
Tuổi trung bình (X ± SD)		61,43 ± 12,48	59,81 ± 11,43	60,66 ± 11,98	>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 ± 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) [4] và Nguyễn Thụy Trang (nam giới chiếm 80%, tuổi trung bình  $69,3 \pm 9,7$ ) [5].

Kết quả nghiên cứu phù hợp với đặc điểm về giới trong bệnh lý mạch vành.

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

Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp có THA, ĐTĐ, 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 xơ mạch vành dẫn đến NMCT cấp. RLLP máu làm tăng nguy cơ NMCT cấp thông qua sự hình thành các mảng xơ

Đàn ông có xu hướng mắc bệnh lý tim mạch sớm hơn phụ nữ 5 – 10 năm. NMCT ở người trẻ có tỷ lệ nam nhiều gấp 10 lần nữ. Sự khác biệt về tỷ lệ mắc BMV ở hai giới có thể xuất phát từ thói quen uống rượu, HTL... ở nam nhiều hơn so với nữ giới. Tuổi là YTNC không thay đổi được của NMCT cấp. Tỷ lệ bệnh nhân NMCT cấp tăng theo tuổi. Tuổi càng cao sẽ tích lũy càng nhiều các YTNC như THA, ĐTĐ, RLLP máu, dẫn đến nguy cơ NMCT cấp sẽ tăng lên.

xơ. Mức độ cao của LDL-C trong huyết tương là YTNC quan trọng nhất, khởi đầu và thúc đẩy sự phát triển của VXĐM. Khi có tăng LDL-C, nhất là các LDL có kích thước nhỏ và đậm đặc, thì LDL có cơ hội chui vào lớp dưới nội mạc của thành mạch. Tại đây LDL bị oxy hóa, dễ bị các tế bào bạch cầu đơn nhân thực bào tạo ra các tế bào bọt, khởi đầu cho việc hình thành sang thương xơ vữa ở thành động mạch. Mảng xơ vữa ngày càng lớn, chiếm thể tích ngày càng nhiều trong lòng động mạch vành, làm hẹp lòng động mạch vành và rối loạn

chức năng của nội mạc mạch máu, dẫn đến xơ vữa động mạch. Các tế bào bọt giải phóng các enzym làm suy giảm chất nền ngoại bào, làm cho mảng bám dễ tổn thương, dễ vỡ và rối loạn chức năng tế bào nội mô, nhất là ở những bệnh nhân có sẵn tổn thương oxy hoá do HTL, THA, ĐTĐ. Khi mảng xơ trở nên mất ổn định, tiểu cầu đang lưu thông trong máu sẽ đến bám dính vào lớp nội mạc bị tổn thương bên dưới

mảng xơ vữa. Sau đó, qua quá trình kết tập tiểu cầu, hình thành cục huyết khối tiểu cầu, đông máu gây hẹp nặng hơn nữa lòng mạch vành và dẫn đến NMCT cấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang (RLLP máu chiếm 98%) [5]. Tỷ lệ bệnh nhân có THA, ĐTĐ, HTL trong nghiên cứu thấp hơn so với một số tác giả như Nguyễn Thụy Trang [5].

### 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	Nội khoa (n = 56)		Can thiệp (n = 46)		Chung (n = 102)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	10	17,9	14	30,4	24	23,5	>0,05
Có	46	82,1	32	69,4	78	76,5	

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%) [7], và một số nghiên cứu của tác giả trong nước như Võ Thị Dề [8], Nguyễn Thụy Trang [5] (tỷ lệ kiểm soát THA lần lượt là 46,1% và 67,8%).

Việc kiểm soát HA của bệnh nhân sau NMCT cấp phụ thuộc vào đặc điểm tình trạng THA và các bệnh lý của bệnh nhân cũng như sự tuân thủ điều trị sau xuất viện.

### 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	Nội khoa (n = 16)		Can thiệp (n = 10)		Chung (n = 26)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	6	37,5	5	50	11	42,3	>0,05
Có	10	62,5	5	50	15	57,7	

## CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU KHOA HỌC

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

Tỷ lệ kiểm soát ĐTĐ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với các kết

quả trong khảo sát EUROASPIRE II, III (với tỷ lệ kiểm soát ĐTĐ lần lượt là 28% và 35%) [7] nhưng thấp hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang [5] (71,2%).

Gần một nửa bệnh nhân trong nghiên cứu chưa kiểm soát tốt đường máu có thể do không tuân thủ chế độ ăn và dùng thuốc sau xuất viện.

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

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%)

[9] và nghiên cứu của Andrikopoulos (chỉ có 16,2% bệnh nhân có LDL-C < 70 mg/dL) [10], nghiên cứu của Nguyễn Thụy Trang [5] (tỷ lệ kiểm soát lipid máu là 34,1%) do đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, vì vậy biện pháp quản lý điều trị sau xuất viện được chú trọng là sử dụng các thuốc điều trị RLLP máu. Nhiều bệnh nhân chưa kiểm soát được LDL-C do không tuân thủ chặt chẽ dùng thuốc hạ lipid máu.

### 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	Nội khoa (n = 36)		Can thiệp (n = 36)		Chung (n = 72)		p
	n	%	n	%	n	%	
Không	12	33,3	8	22,2	20	27,8	>0,05
Có	24	66,7	28	77,8	52	72,2	

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] (64,2%).

## **5. 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. Thygesen, K., et al., Fourth

Universal Definition of Myocardial Infarction (2018), Journal of the American College of Cardiology, 2018, 72(18): p, 2231-2264.

4. 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.

5. 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.

6. 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.

7. 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.

8. 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.

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

10. 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.