

3. J. Wach, M. Hamed, P. Schuss, et al. (2020). Impact of initial midline shift in glioblastoma on survival. *Neurosurgical Review*.
4. X. Qin, R. Liu, F. Akter, et al. (2021). Peritumoral brain edema associated with glioblastoma correlates with tumor recurrence. *Journal of Cancer*, 12(7): 2073-82.
5. Hoàng Minh Đỗ (2009), Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ điều trị u não thể glioma ở bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
6. P. Y. Wen, D. R. Macdonald, D. A. Reardon, et al. (2010). Updated response assessment criteria for high-grade gliomas: response assessment in neuro-oncology working group. *Journal of clinical oncology*, 28(11): 1963-1972.
7. T. M. Saneei, M. Aghaei, A. Jalali, et al. (2008). Evaluation of CT scan and MRI findings of pathologically proved gliomas in an Iranian population. *International Journal of Clinical Practice*, 4: 179-82.

## TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Nhật Tài<sup>1</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>, Trần Nguyễn Phương Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu. Chẩn đoán hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp càng được chú ý nhiều hơn. Tuy nhiên tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên đối tượng nhồi máu cơ tim cấp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để xác định tần suất và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2022 đến tháng 5/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 199 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $64,5 \pm 11,3$  và tỉ lệ nam:nữ là 2,7:1. Tiền căn trong dân số nghiên cứu ghi nhận tăng huyết áp và hút thuốc là 2 yếu tố thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 31,66% và 42,71%. HCCH gặp ở 136 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 68,34%. Tỉ lệ nữ giới mắc HCCH cao hơn nam giới (81,33% và 63,69% với  $p = 0,019$ ). Nhóm bệnh nhân có HCCH có giá trị trung bình vòng eo (cm), huyết áp tâm thu (mmHg), huyết áp tâm trương (mmHg), glucose máu (mg/dL) và triglyceride máu (mg/dL) đều cao hơn và giá trị HDL-c máu (mg/dL) thấp hơn so với nhóm không có HCCH, khác biệt có ý nghĩa với  $p < 0,05$ . Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết chiếm tỉ lệ cao nhất với 94,85%, tiếp theo là giảm HDL-c (92,65%), thành phần ít gặp nhất là huyết áp (47,06%). HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,65%. Nhóm có HCCH có tỉ lệ Killip IV lúc nhập viện có xu hướng cao hơn nhóm không có HCCH với OR 2,23 (KTC 95%, 0,61 – 12,88,  $p = 0,194$ ). Tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái (LVEF  $\leq 40\%$ ) không khác biệt giữa hai nhóm với  $p = 0,841$ . **Kết luận:** Tần suất hội chứng chuyển hóa trên bệnh

nhân nhồi máu cơ tim cấp là 68,34%. Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết thường gặp nhất và HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất.

**Từ khóa:** Hội chứng chuyển hóa, nhồi máu cơ tim cấp, choáng tim, suy tim.

### SUMMARY

#### FREQUENCY AND CHARACTERISTICS OF ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**Introduction:** Metabolic syndrome is one of the global health issues. The diagnosis of metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction is receiving increasing attention. However, in Vietnam, there is still limited research on metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction. **Objective:** This study was conducted to determine the frequency and characteristics of metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction. **Subjects:** Patients with acute myocardial infarction were treated at the Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital from November 2022 to May 2023. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** There were 199 patients who met the study criteria, with a mean age of  $64.5 \pm 11.3$  and a male-to-female ratio of 2.7:1. Among the study population, the most common underlying factors were hypertension and smoking, with respective rates of 31.66% and 42.71%. Metabolic syndrome was present in 136 patients, accounting for a prevalence rate of 68.34%. The proportion of females with metabolic syndrome was higher than that of males (81.33% vs. 63.69%,  $p = 0.019$ ). The group with metabolic syndrome had higher mean values of waist circumference (cm), systolic blood pressure (mmHg), diastolic blood pressure (mmHg), blood glucose (mg/dL), and blood triglycerides (mg/dL), and lower mean values of HDL cholesterol (mg/dL) compared to the group without metabolic syndrome, with statistically significant differences ( $p < 0.05$ ). Among patients with metabolic syndrome, the highest prevalence was observed for elevated blood glucose (94.85%), followed by reduced HDL cholesterol (92.65%), and the least common component was high blood pressure (47.06%).

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023

Metabolic syndrome with three components accounted for the highest proportion at 42.65%. The presence of metabolic syndrome tended to be associated with a higher proportion of Killip IV classification at admission compared to the group without metabolic syndrome, with an odds ratio of 2.23 (95% CI: 0.61-12.88,  $p=0.194$ ). The prevalence of left ventricular dysfunction (LVEF  $\leq 40\%$ ) did not differ between the two groups, with  $p = 0.841$ . **Conclusion:** The frequency of metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction is 68.34%. Among the group with metabolic syndrome, elevated blood glucose is the most common component, and metabolic syndrome with three components has the highest prevalence.

**Keywords:** Metabolic syndrome, acute myocardial infarction, cardiogenic shock, heart failure.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Trong các bệnh lý tim mạch, nhồi máu cơ tim (NMCT) là một trong các nguyên nhân gây tàn tật và tử vong nhiều nhất với tần suất càng ngày gia tăng. Với số liệu được công bố năm 2020 tại Hoa Kỳ, tần suất mắc hàng năm là 605 000 trường hợp và có 200 000 trường hợp tái phát<sup>1</sup>. Tại Hoa Kỳ, ước tính tỷ lệ hội chứng chuyển hóa (HCCH) xấp xỉ 35% dân số người lớn và gần 50% trên những bệnh nhân trên 60 tuổi. Tại Việt Nam, tác giả Hồ Thượng Dũng, Dương Thị Kim Loan năm 2012 ghi nhận 56,5% bệnh nhân NMCT cấp có HCCH<sup>2</sup>. HCCH làm tăng nguy cơ các bệnh lý tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân. Gần đây có sự thừa nhận rằng hiện tượng "béo phì nghịch thường" với tình trạng thừa cân hoặc ít nhất là béo phì nhẹ lại có dự hậu bệnh lý tim mạch tốt hơn<sup>3</sup>. Cũng ghi nhận kết quả tương tự qua các nghiên cứu quan sát, HCCH giương như không làm tăng nguy cơ tử vong do mọi nguyên nhân, bao gồm tử vong nội viện, trên những bệnh nhân NMCT cấp so với nhóm bệnh nhân không có HCCH<sup>4,5</sup>. Tại Việt Nam, cũng ghi nhận một số nghiên cứu đánh giá HCCH trên bệnh nhân có bệnh lý tim mạch, trong đó có những bệnh nhân NMCT cấp. Tuy nhiên dữ liệu nghiên cứu còn ít, do đó chúng tôi xin được thực hiện nghiên cứu này để đánh giá để xác định tần suất và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả được tiến hành tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ 11/2022 đến tháng 05/2023.

**Tiêu chuẩn nhận vào:** bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, được chẩn đoán Nhồi máu cơ tim cấp theo định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT<sup>6</sup>, có kết

quả chụp mạch vành và chấp nhận tham gia nghiên cứu

**Tiêu chuẩn loại trừ:** gồm những bệnh nhân có rối loạn lipid máu thứ phát..., tăng huyết áp thứ phát, những bệnh nhân đã sử dụng statin trong vòng 4 tuần trước nhập viện.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong nghiên cứu Y Sinh học tại Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh tháng 10/2022

**Biến số nghiên cứu.** Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới tính), đặc điểm lâm sàng (tiền căn bệnh lý, triệu chứng cơ năng, vòng eo), đặc điểm cận lâm sàng (phân suất tổng máu thất trái (LVEF), glucose máu, triglyceride máu, HDL-c máu). Hội chứng chuyển hóa được chẩn đoán dựa vào đồng thuận về Hội chứng chuyển hóa cho dân số châu Á được công bố năm 2009<sup>7</sup> với sự đồng thuận của Liên đoàn đái tháo đường quốc tế, Viện Tim - Phổi và Máu Quốc gia Hoa Kỳ, Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ và Liên đoàn Tim mạch thế giới, Hội xơ vữa động mạch quốc tế và Hội quốc tế nghiên cứu về béo phì khi có ít nhất 3/5 tiêu chí gồm tăng chu vi vòng eo ( $\geq 80\text{cm}$  với nữ giới hoặc  $\geq 90\text{cm}$  với nam giới), tăng huyết áp (với huyết áp tâm thu  $\geq 130\text{mmHg}$  và hoặc huyết áp tâm trương  $\geq 85\text{mmHg}$  hoặc đang điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp), tăng đường huyết đói (đường huyết đói  $\geq 100\text{mg/dL}$  hoặc đang dùng thuốc điều trị đái tháo đường), tăng triglyceride máu ( $\geq 150\text{mg/dL}$  hoặc đang dùng thuốc điều trị lipid máu do tăng triglycerid máu) và giảm HDL-c máu ( $< 40\text{mg/dL}$  với nam giới hoặc  $< 50\text{mg/dL}$  với nữ giới hoặc đang dùng thuốc điều trị lipid máu do giảm HDL-c).

**Xử lý thống kê.** Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm Stata 14.2 trên hệ điều hành Window (StataCorp. 2015. Stata Statistical Software: Release 14. College Station, TX: StataCorp LP). Các biến liên tục phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, nếu các phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25th – 75th). Các biến chỉ danh và thứ hạng được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. So sánh sự khác biệt về trung bình giữa các nhóm dùng phép kiểm t-test nếu biến số phân phối chuẩn, dùng Mann-Whitney U test cho biến số phân phối không chuẩn. So sánh sự khác biệt về tần số các biến chỉ danh bằng phép kiểm Chi bình phương ( $\chi^2$ ) hoặc Fisher's exact. Sự khác biệt có ý nghĩa khi  $p < 0,05$ .

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Đặc điểm dân số nghiên cứu.** Nghiên cứu

của chúng tôi thu nhận được 199 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thỏa tiêu chuẩn nhận vào tại Khoa tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy. Độ tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $64,5 \pm 11,3$  [từ 41 - 91 tuổi]. Trong đó có 146 bệnh nhân là nam giới, chiếm 73,37%, tỉ lệ nam : nữ là 2,7 : 1. Tiền căn hút thuốc lá và tăng huyết áp chiếm cao nhất với tỉ lệ lần lượt là 42,71% và 31,66%.

**Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng cơ bản của dân số nghiên cứu**

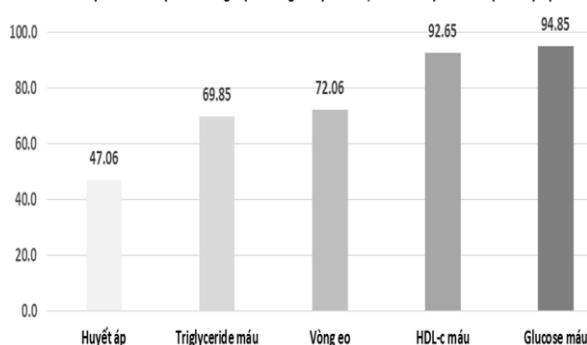
Đặc điểm	Số lượng, n hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	Tần suất, %
Tuổi trung bình, tuổi	$64,5 \pm 11,3$	
Nam giới, n (%)	146	73,37%
Vòng eo, cm	$89,2 \pm 8,57$	
Đái tháo đường típ 2, n (%)	42	21,11%
Tăng huyết áp, n (%)	63	31,66%
Rối loạn lipid máu, n (%)	11	5,53%
Suy tim, n (%)	1	0,50%
Hội chứng vành mạn, n (%)	16	8,04%

**Bảng 4: Giá trị trung bình của các thành phần hội chứng chuyển hóa**

	Dân số nghiên cứu n= 199	HCCH (+) n= 136	HCCH (-) n= 63	Giá trị p
Vòng eo, cm	$89,06 \pm 8,56$	$91,53 \pm 8,12$	$83,74 \pm 6,96$	0,0001
Huyết áp tâm thu, mmHg	$120,67 \pm 24,98$	$123,54 \pm 26,86$	$114,49 \pm 19,14$	0,017
Huyết áp tâm trương, mmHg	$73,8 \pm 14,36$	$75,44 \pm 15,12$	$70,33 \pm 11,96$	0,019
Glucose máu, mg/dL	$162,51 \pm 79,86$	$173,65 \pm 79,60$	$138,48 \pm 75,58$	0,004
Triglyceride máu, mg/dL	$190,01 \pm 125,00$	$221,05 \pm 134,42$	$123,02 \pm 62,35$	0,0001
HDL-c, mg/dL	$121,64 \pm 45,43$	$32,82 \pm 8,14$	$38,13 \pm 9,83$	0,0001

Bệnh nhân HCCH có giá trị trung bình vòng eo (cm), huyết áp tâm thu (mmHg), huyết áp tâm trương (mmHg), glucose máu (mg/dL) và triglyceride máu (mg/dL) cao hơn bệnh nhân không có HCCH và giá trị trung bình của HDL-c trên bệnh nhân HCCH thấp hơn bệnh nhân không có HCCH, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ .

Tỉ lệ các thành phần trong hội chứng chuyển hóa, n = 136 bệnh nhân (đơn vị %)



**Hình 1. Phân bố tỷ lệ các thành phần của hội chứng chuyển hóa**

Thành phần tăng đường huyết chiếm tỉ lệ cao nhất với 94,85%, tiếp theo là giảm HDL-c

Đặt stent mạch vành, n (%)	4	2,01%
Hút thuốc lá, n (%)	85	42,71%

**Tần suất hội chứng chuyển hóa và các đặc điểm của hội chứng chuyển hóa**

**Bảng 2: Tần suất hội chứng chuyển hóa trong nghiên cứu**

	Số lượng, n	Tần suất, %
Hội chứng chuyển hóa, n (%)	136	68,34%
Không hội chứng chuyển hóa, n (%)	63	31,66%

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận 136 bệnh nhân thỏa tiêu chí của HCCH, chiếm 68,34%.

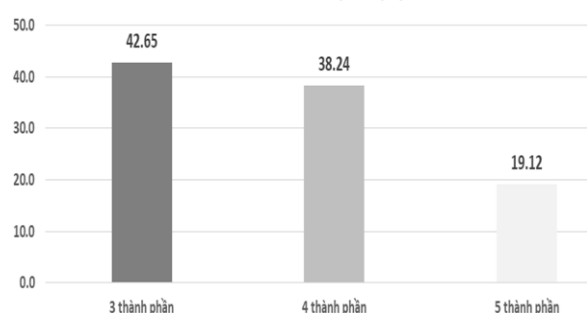
**Bảng 3: Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa phân bố theo giới tính**

Dân số nghiên cứu, n= 199	Nam giới n=146	Nữ giới n=53	Giá trị p
Hội chứng chuyển hóa (+), n (%)	93 (63,69%)	43 (81,33%)	0,019
Hội chứng chuyển hóa (-), n (%)	53 (36,31%)	10 (18,87%)	

Khi phân tích theo giới tính, tỷ lệ HCCH gặp ở nữ giới nhiều hơn nam giới với  $p=0,019$

(92,65%), thành phần ít gặp nhất là huyết áp (47,06%).

Tỉ lệ hội chứng chuyển hóa có 3 thành phần, 4 thành phần, 5 thành phần, n=136 (đơn vị %)



**Hình 2. Tỷ lệ hội chứng chuyển hóa có 3 thành phần, 4 thành phần và 5 thành phần**

Hội chứng chuyển hóa với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,65%

**Phân loại Killip lúc nhập viện và các thể lâm sàng trong nghiên cứu**

**Bảng 5: Phân độ Killip và các thể lâm sàng trong nghiên cứu**

	Dân số nghiên cứu n= 199	HCCH (+) n= 136	HCCH (-) n= 63	Giá trị p
<b>KILLIP lúc nhập viện</b>				
I	146 (73,37%)	96 (70,59%)	50 (79,37%)	0,193
II	24 (12,06%)	18 (13,24%)	6 (9,52%)	0,455
III	12 (6,03%)	8 (5,88%)	4 (6,35%)	0,898
IV	17 (8,54%)	14 (10,29%)	3 (4,76%)	0,194
<b>Thể hội chứng vành cấp</b>				
NMCT ST chênh lên	144 (72,36%)	94 (69,12%)	50 (79,37%)	0,133
NMCT không ST chênh lên	55 (27,64%)	42 (30,88%)	13 (20,63%)	
<b>Chức năng tâm thu thất trái</b>				
EF ≤ 40%	99 (49,75%)	69 (50,74%)	30 (47,62%)	0,683
EF 41-49%	39 (19,60%)	25 (18,38%)	14 (22,22%)	0,526
EF ≥ 50%	61 (30,65%)	42 (30,88%)	19 (30,16%)	0,918
EF trung bình (%) ± SD	42,16 ± 11,50	42,10 ± 11,43	42,30 ± 11,73	0,910

Trong nhóm HCCH, tỉ lệ bệnh nhân có Killip IV lúc nhập viện cao hơn nhóm bệnh không có HCCH, với tỉ lệ 10,53% với 4,92% (OR = 2,3 [KTC 95% 0,61 – 12,88] , p=0,194) không có sự khác biệt về mặt thống kê. Tỉ lệ bệnh nhân có lâm sàng từ Killip II trở lên là 40 bệnh nhân (29,41%) ở nhóm HCCH cao hơn nhóm không có HCCH với 13 bệnh nhân (20,63%), tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê với p = 0,193. Chức năng tâm thu thất trái giảm với EF ≤ 40% ở hai nhóm không có sự khác biệt thống kê với p = 0,683, OR = 1,13 (KTC 95% 0,60– 2,15).

**IV. BÀN LUẬN**

Gần đây, HCCH (HCCH) là một vấn đề y khoa được nổi trội lên, được nghiên cứu nhiều hơn trong dân số. HCCH, từng được biết đến với hội chứng X hay đề kháng insulin, theo định nghĩa của WHO là một tình trạng bệnh lý có đặc điểm với béo bụng (béo trung tâm), đề kháng insulin, tăng huyết áp và tăng lipid máu<sup>8</sup>

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ HCCH trong nhồi máu cơ tim cấp chiếm 68,34%, độ tuổi trung bình trong dân số là 64,5 ± 11,3, tỉ lệ nam giới chiếm ưu thế với 73,37%. HCCH thường gặp ở nữ giới hơn nam giới với p = 0,019. Kết quả của chúng tôi cũng khá tương đồng với tác giả Hồ Thượng Dũng, Dương Thị Kim Loan (2012) cũng ghi nhận HCCH chiếm 56,5%, độ tuổi trung bình là 64,3 ± 13,17, tỉ lệ nam giới 73,9%. Qua đây chúng ta thấy HCCH rất thường gặp trong nhồi máu cơ tim cấp.

Chúng tôi ghi nhận bệnh nhân HCCH có giá trị trung bình vòng eo (cm), huyết áp tâm thu (mmHg), huyết áp tâm trương (mmHg), glucose máu (mg/dL) và triglyceride máu (mg/dL) cao

hơn bệnh nhân không có HCCH và giá trị trung bình của HDL-c trên bệnh nhân HCCH thấp hơn bệnh nhân không có HCCH, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p < 0,05. Kết quả tương đồng với các tác giả Hồ Thượng Dũng, Dương Thị Kim Loan<sup>2</sup>. Trong nhóm bệnh nhân HCCH, thành phần gặp nhiều nhất là tăng đường huyết chiếm tỉ lệ 94,85%, tiếp theo là giảm HDL-c (92,65%). HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,65%. Nghiên cứu của tác giả Hồ Thượng Dũng, Dương Thị Kim Loan<sup>2</sup> cũng ghi nhận tỉ lệ HCCH với 3 thành phần cao nhất với tỉ lệ 41,5%, tuy nhiên thành phần gặp nhiều nhất trong HCCH là tăng huyết áp với tỉ lệ 77,4%.

Tỉ lệ Killip IV lúc nhập viện ở nhóm có HCCH cao hơn nhóm không có HCCH lần lượt là 10,53% và 4,92%, tuy nhiên không có khác biệt ý nghĩa thống kê với p=0,194. Khi xét về số lượng bệnh nhân có Killip ≥ II, thì giữa hai nhóm không có khác biệt ý nghĩa thống kê với p = 0,193. Kết quả của chúng tôi cũng tương đồng với kết quả của tác giả Lovic và cộng sự tại Serbia (2018) với tỉ lệ Killip ≥ II lần lượt của 2 nhóm là 24,42% và 29,31% với p = 0,166<sup>4</sup>. Tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái (với LVEF ≤ 40%) ở nhóm có HCCH là 50,74% và nhóm không có HCCH là 47,62% không có sự khác biệt về thống kê với p = 0,683. Phân suất tổng máu thất trái trung bình (LVEF) của nhóm HCCH là 42,10 ± 11,43 và nhóm không có HCCH là 42,30 ± 11,73 không có sự khác biệt với p = 0,683. Kết quả này cũng tương đồng với Lovic và cộng sự tại Serbia (2018) với lần lượt LVEF trung bình hai nhóm là 49,67 ± 9,55 và 49,51 ± 10,14 với p = 0,865<sup>4</sup>. Qua đây chúng ta thấy chức năng thất trái không

khác biệt trên nhóm có HCCH và không có HCCH, kết quả có thể được giải thích vì chức năng thất trái của bệnh nhân còn có thể phụ thuộc đặc điểm giải phẫu mạch vành và thời gian được tái tưới máu của từng nhóm bệnh nhân và điều trị ở tuyến dưới trước (nếu có) trước khi được chuyển đến BV Chợ Rẫy.

Nghiên cứu của chúng tôi cũng có một số hạn chế. Đầu tiên, kỹ thuật lấy mẫu thuận tiện và thời gian nghiên cứu có hạn nên số lượng dân số nghiên cứu chưa cao, ngoài ra đây là một nghiên cứu đơn trung tâm tại trung tâm tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy, nên dân số có thể chưa đại diện cho dân số nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó, cần tiến hành thêm các nghiên cứu khảo sát với quy mô lớn hơn, đa trung tâm, để xác định đầy đủ đặc điểm của HCCH trên nhồi máu cơ tim cấp.

## V. KẾT LUẬN

Tần suất HCCH trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là 68,34%. Tỷ lệ nữ giới mắc HCCH cao hơn nam giới (81,33% và 63,69% với  $p = 0,019$ ). Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết thường gặp nhất và HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất. Nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm HCCH có tỉ lệ Killip IV lúc nhập viện xu hướng cao hơn nhóm không có HCCH, tuy nhiên không có khác biệt thống kê.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Virani SS, Alonso A, Benjamin EJ, et al.** Heart Disease and Stroke Statistics-2020 Update: A

Report From the American Heart Association. *Circulation*. Mar 3 2020;141(9):e139-e596. doi:10.1161/cir.0000000000000757

2. **Hồ Thương Dũng, Dương Thị Kim Loan.** Nghiên cứu đặc điểm hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện thống nhất Thành phố Hồ Chí Minh. *Y Học TP Hồ Chí Minh*. 2012 2012;16(1)
3. **Carbone S, Canada JM, Billingsley HE, Siddiqui MS, Elagizi A, Lavie CJ.** Obesity paradox in cardiovascular disease: where do we stand? *Vascular health and risk management*. 2019;15:89-100. doi:10.2147/vhrm.S168946
4. **Lovic MB, Savic L, Matic D, Djordjevic D, Nedeljkovic I, Tasic I.** Predictive value of metabolic syndrome definitions in patients with myocardial infarction with ST segment elevation - are they all the same? *Acta cardiologica*. Dec 2018;73(6):574-582. doi:10.1080/00015385.2018.1424599
5. **Cavallari I, Cannon CP, Braunwald E, et al.** Metabolic syndrome and the risk of adverse cardiovascular events after an acute coronary syndrome. *European journal of preventive cardiology*. May 2018;25(8):830-838. doi:10.1177/2047487318763897
6. **Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, et al.** Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018). *Journal of the American College of Cardiology*. Oct 30 2018;72(18):2231-2264. doi:10.1016/j.jacc.2018.08.1038
7. **Alberti KGMM, Eckel RH, Grundy SM, et al.** Harmonizing the Metabolic Syndrome. *Circulation*. 2009/10/20 2009;120(16):1640-1645. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.109.192644
8. **Saklayen MG.** The Global Epidemic of the Metabolic Syndrome. *Current hypertension reports*. Feb 26 2018;20(2):12. doi:10.1007/s11906-018-0812-z

## ẢNH HƯỞNG CỦA TUỔI VÀ GIỚI ĐẾN HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ KHÁNG SINH DỰ PHÒNG TRONG PHẪU THUẬT SẠCH ĐƯỢC KẾT HỢP XƯƠNG Ở CHI TRÊN

Nguyễn Ảnh Sang<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát liên quan của yếu tố tuổi và giới đến hiệu quả điều trị kháng sinh dự phòng trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương ở chi trên, đánh giá dựa trên thang điểm ASEPSIS. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiền cứu từ tháng 03/2022 đến tháng 05/2023 tại bệnh viện Quân y 175, khảo sát 62 bệnh nhân (BN) có sử dụng KSDP trong phẫu thuật sạch được kết hợp xương. **Kết quả và kết luận:** Trung bình độ tuổi của nhóm đối tượng nghiên cứu

là  $42,1 \pm 17,01$  tuổi. Nhỏ nhất là 18 tuổi, và lớn nhất là 88 tuổi. Về giới tính, tỉ lệ BN nam nhiều hơn BN nữ, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,01$ ). Điểm trung bình ASEPSIS ở các nhóm tuổi có sự khác nhau, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (phép kiểm ANOVA,  $p > 0,05$ ).

**Từ khóa:** Kháng sinh dự phòng, chi trên, tuổi và giới, điểm ASEPSIS.

### SUMMARY

#### AFFECT OF AGE AND GERDER ON EFFECTIVE PROPHYLACTIC ANTIBIOTIC TREATMENT IN CLEAN SURGERY FOR OSTEOSYNTHESIS IN THE UPPER LIMB

**Objectives:** To survey on the relationship of age and gender factors to the effectiveness of antibiotic prophylaxis in clean surgery for osteosynthesis in the

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 175

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ảnh Sang

Email: dr.anhsang@gmail

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023