

lượng sống ở những người có thu nhập thấp nhất bị ảnh hưởng nhiều hơn so với những người có thu nhập cao hơn, nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Quốc hội nước Cộng hòa Xã hội chủ nghĩa Việt Nam (2009), Luật người cao tuổi số 39/2009/QH12, Nhà xuất bản chính trị quốc gia, Hà Nội.

2. Walls A. W., Steele J. G., Sheiham A. et al. (2000), Oral health and nutrition in older people, *J Public Health Dent*, 60(4), 304-7.

3. Trần Văn Trường, Lâm Ngọc Ẩn và Trịnh Đình Hải và Cs (2001), Điều tra sức khỏe răng miệng toàn quốc, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 25 - 50.

4. Phạm Văn Việt (2004), Nghiên cứu tình trạng, nhu cầu chăm sóc sức khỏe răng miệng và đánh giá kết

quả hai năm thực hiện nội dung chăm sóc răng miệng ban đầu ở người cao tuổi tại Hà Nội, Luận án tiến sĩ y học, trường Đại học Y Hà Nội.

5. Slade G. D., Spencer A. J. (1994), Development and evaluation of the Oral Health Impact Profile, *Community Dent Health*, 11(1), 3-11.

6. Cohen-Carneiro F., Rebelo M. A., Souza-Santos R. et al. (2010), Psychometric properties of the OHIP-14 and prevalence and severity of oral health impacts in a rural riverine population in Amazonas State, Brazil, *Cad Saude Publica*, 26(6), 1122-30.

7. Pushpanjali K., Mohan M. và Renuka P. (2013), Assessing impact of oral diseases on oral health related quality of life of institutionalized elderly using OHIP-14 in Bengaluru: A cross sectional study, *Journal of Dental and Medical Sciences*, 6(6), 57 - 64.

NGHIÊN CỨU ĐƯỜNG HUYẾT LÚC NHẬP VIỆN TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM ST CHÊNH LÊN VÀ TỬ VONG TIM MẠCH

ĐỖ QUANG HUÂN
Viện Tim TPHCM

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nồng độ đường huyết khi bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán nhồi máu cơ tim (NMCT) ST chênh lên và tử vong tim mạch trên nhóm bệnh nhân này tại Viện Tim TPHCM.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả có so sánh được tiến hành trên 120 bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán NMCT ST chênh lên từ tháng 08/2014 đến tháng 05/2015 tại Viện Tim TPHCM.

Kết quả: 120 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có tuổi trung bình $62,58 \pm 12,35$ tuổi (tuổi lớn nhất 88, tuổi nhỏ nhất 39), nam có 90 trường hợp (chiếm 75%); nữ có 30 trường hợp (chiếm 25%). Có 9,2% BN tử vong (11/120 BN) sau 30 ngày. Nếu chia bệnh nhân làm 3 nhóm: (1) Có bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) trước nhập viện có đường huyết cao ≥ 126 mg% tại thời điểm nhập viện; (2) Không có bệnh ĐTĐ trước nhập viện có đường huyết cao ≥ 126 mg % tại thời điểm nhập viện; (3) Không có bệnh ĐTĐ trước nhập viện có đường huyết bình thường < 126 mg % tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ tử vong ở nhóm ĐTĐ - ĐH ≥ 126 mg% là 16,1% (nhóm 1: 5/31 BN tử vong); tỷ lệ tử vong ở nhóm không ĐTĐ - ĐH < 126 mg/dl là 3,5% (nhóm 3: 2/57 BN), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,01$). Nhóm BN không có bệnh ĐTĐ có tăng ĐH

lúc nhập viện tỷ lệ tử vong là 12,5% (4/32 BN) trong khi ở nhóm BN không có bệnh ĐTĐ trước đó có ĐH bình thường lúc nhập viện tỷ lệ tử vong là 3,5%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Kết Luận: Những bệnh nhân (BN) bị NMCT ST chênh có bệnh ĐTĐ và có đường huyết cao ≥ 126 mg% lúc nhập viện có tỷ lệ tử vong sau 30 ngày cao nhất: 16,1%; sau đó là nhóm BN không có bệnh ĐTĐ trước lúc bị NMCT, tuy nhiên đường huyết lúc nhập viện ≥ 126 mg%: 12,5%; và cuối cùng nhóm không có tiền sử ĐTĐ và đường huyết lúc nhập viện < 126 mg có tỷ lệ tử vong thấp nhất: 3,5%. ĐH lúc nhập viện có liên quan với tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân NMCT ST chênh lên; với ĐH ≥ 126 mg/dl, OR = 4,5.

Từ khóa: NMCT ST chênh lên, Đái tháo đường, Tử vong 30 ngày.

SUMMARY

GLYCEMIE AT HOSPITALIZATION MOMENT IN PATIENTS WITH ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND CARDIOVASCULAR DEATH

Objectives: Study of glycemie concentration in hospitalized patients with a diagnosis of ST elevation myocardial infarction and cardiovascular death at the Heart Institute of HCM city.

Methods: A prospective comparing description study was conducted on 120 patients admitted with the diagnosis of ST elevation myocardial infarction from August 2014 to May 2015 at the Heart Institute of HCM city.

Results: 120 patients in this study had an average age of 62.58 ± 12.35 y/o (oldest was 88 y/o, youngest was 39 y/o); there were 90 males (75%); and 30 females (25%). The mortality within 30 days was 9.2% (11/120 patients). We divided the patients in 3

Chịu trách nhiệm: Đỗ Quang Huân

Địa chỉ: Viện Tim TPHCM

Email: doquanghuan@gmail.com

Ngày nhận: 14/12/2016

Ngày phản biện: 29/12/2016

Ngày duyệt bài: 10/1/2017

Ngày xuất bản: 20/2/2017

groups: (1) Diabetes patients with hyperglycemia at moment of hospitalization (glycémie ≥ 126 mg%); (2) Non-diabetes patients with hyperglycemia at moment of hospitalization (glycémie ≥ 126 mg%); (3) Non-diabetes patients with normoglycemia at moment of hospitalization (glycémie < 126 mg%). The mortality in group 1 was 16.1% (Diabetes with hyperglycemia); group 3 was 3.5% (Non-diabetes without hyperglycemia), the statistic difference was significant ($p < 0.01$). The mortality in group 2 was 12.5% (Non-diabetes with hyperglycemia); group 3 was 3.5% (Non-diabetes without hyperglycemia), the statistic difference was significant ($p < 0.01$).

Conclusions: The highest mortality within 30 days of STEMI's patients with diabetes and hyperglycemia (glycémie ≥ 126 mg%) at the moment hospitalized was 16.1%; the second one was group patients non-diabetes with hyperglycemia (mortality was 12.5%); and the lowest was group patients non-diabetes without hyperglycemia (mortality was 3.5%). Concentrations of glycémie was related with mortality of STEMI' patients; with glycémie ≥ 126 mg%, OR=4.5.

Keywords: ST elevation myocardial infarction, diabetes, mortality within 30 days.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý mạch vành là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên thế giới. Biến chứng gây tử vong thường gặp do bệnh mạch vành là: hội chứng vành cấp (Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, NMCT không ST chênh lên và cơn đau thắt ngực không ổn định). Do HCVC có kết cục tử vong cao, đặc biệt là trên những BN NMCT ST chênh lên, nên việc tiên lượng bệnh là cần thiết. Có nhiều cách tiên lượng như sử dụng thang điểm TIMI hoặc dùng các chỉ điểm sinh học như hs-troponin, NT-proBNP, hs-CRP. Gần đây có một số công trình nghiên cứu ghi nhận khoảng 50% bệnh nhân NMCT ST chênh lên có nồng độ ĐH cao lúc nhập viện và tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân này cao hơn so với nhóm có ĐH bình thường. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu nồng độ đường huyết khi bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán NMCT ST chênh lên và tử vong tim mạch trên nhóm bệnh nhân này tại Viện Tim TPHCM.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Bệnh nhân nhập viện và điều trị tại Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh từ tháng 8 năm 2014 đến tháng 5 năm 2015.

1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

- Bệnh nhân NMCT ST chênh lên tại thời điểm nhập viện, đồng ý tham gia nghiên cứu và được chẩn đoán xác định tình trạng ĐTĐ của bệnh nhân dựa vào tiền sử bệnh hoặc HbA1C.

1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Những bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên đã được truyền đường ở tuyến trước.

2. Phương pháp nghiên cứu

2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiến

cứu mô tả có so sánh.

2.2. Xử lý và phân tích số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 để xử lý và phân tích số liệu.

2.3. Ý đức: Trong nghiên cứu không có ảnh hưởng đến tinh thần và thể xác người bệnh. Đảm bảo tuân thủ đúng nội quy và quy chế của bệnh viện.

KẾT QUẢ

- Có 120 bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu trong thời gian từ 08/2014 đến tháng 05/2015 nhập viện với chẩn đoán NMCT ST chênh lên tại Viện Tim TPHCM

1. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

1.1. Tuổi: Trong 120 bệnh nhân chúng tôi nghiên cứu có tuổi trung bình $62,58 \pm 12,35$ tuổi (tuổi lớn nhất 88, tuổi nhỏ nhất 39).

1.2. Giới: Nam giới có 90 trường hợp (chiếm 75%); nữ giới có 30 trường hợp (chiếm 25%).

1.3. Yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm

Các đặc điểm về yếu tố nguy cơ đi kèm của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1

Bảng 1: Đặc điểm các yếu tố nguy cơ và bệnh lý đi kèm

Yếu tố nguy cơ	Tần số	Tỷ lệ %
Nam > 40t, Nữ > 45 tuổi	119	99,1%
Tăng huyết áp	85	70,8
Đái tháo đường	31	25,8
RLCH lipid máu	112	93,3
Hút thuốc lá	54	45
Béo phì	23	19,2

*89 BN nam > 40 tuổi (98,8%); 30 BN nữ ≥ 45 tuổi (100%)

1.4. Tỷ lệ yếu tố nguy cơ trên các BN

Số BN có 1 YTNC chiếm 8% (13 BN), 2 YTNC chiếm 30,9% (50 BN), 3 YTNC chiếm 22,2% (36 BN), 4 YTNC chiếm 11,1% (18 BN).

2. Nồng độ hs-troponin T

- Nồng độ troponin T lần 1 cao nhất 14171 ng/L, thấp nhất 5 ng/L, trung bình là 1040,88 ng/L

- Nồng độ troponin T lần 2 cao nhất 14186 ng/L, thấp nhất 27 ng/L, trung bình là 1575,14 ng/L

3. Đường huyết

- Đường huyết < 126 mg% và không ĐTĐ có 57 trường hợp, chiếm 47,5%; Đường huyết ≥ 126 mg% và không ĐTĐ có 32 trường hợp, chiếm 26,7%; Đường huyết ≥ 126 mg% kèm ĐTĐ có 31 trường hợp, chiếm 25,8%.

- Nếu chỉ tính trong nhóm không có ĐTĐ (89BN) thì Đường huyết ≥ 126 mg% có 57BN chiếm 64%, Đường huyết < 126 mg% có 32 BN (36%)

- Đường huyết trung bình là 158,76mg%, cao nhất là 482mg%, thấp nhất 80mg% ($158,76 \pm 83,02$ mg%)

Tại thời điểm nhập viện, tất cả BN có ĐTĐ có đường huyết ≥ 126 mg%

4. Phân suất tổng máu thất trái

- Đa số bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm nhẹ đến trung bình: Phân suất tổng máu thất trái $> 55\%$ có 48 bệnh nhân (chiếm 40%); phân suất tổng máu thất trái từ 45 đến 55% có 15 bệnh nhân (chiếm 12,5%); phân suất tổng máu thất trái từ 30-45% có 51 bệnh nhân (chiếm 42,5%), dưới 30% có 4

bệnh nhân (chiếm 5%)

5. Tổn thương mạch vành

5.1. Kết quả chụp mạch vành: Kết quả chụp ĐMV cho thấy bệnh 1 nhánh có 54 BN (chiếm 45%); bệnh 2 nhánh có 34 BN (chiếm 28,3%); bệnh 3 nhánh có 32 BN (chiếm 11,5%).

5.2. Tái thông mạch vành

Có 116 bệnh nhân (96,7%) được can thiệp mạch vành qua da, 4 BN còn lại do quá giờ vàng và BN không đồng ý can thiệp mạch vành qua da.

6. Biến cố tử vong tim mạch với các mức đường huyết khác nhau

Có 9,2% BN tử vong (11/120 BN). Trong số BN tử vong hầu hết có đường huyết cao với nồng độ đường huyết lúc nhập viện $\geq 126\text{mg\%}$ (9BN, chiếm tỷ lệ 7,5%). Trong 9 BN có đường huyết cao lúc nhập viện thì nhóm 1 có 5 BN (có bệnh ĐTĐ trước đó), nhóm 2 có 4 BN (không bệnh ĐTĐ). Số BN nhóm 3 (không ĐTĐ và đường huyết $< 126\text{mg}$ khi nhập viện) có 2 người tử vong.

BÀN LUẬN

1. Tuổi

- 120 bệnh nhân trong nghiên cứu có độ tuổi trung bình là $62 \pm 12,35$ tuổi, tương đương với kết quả nghiên cứu MEDI-ACS (65 ± 13 tuổi) và ở nước ngoài của Ann Tomaszuk-Kazberuk ($63,8 \pm 11,3$ tuổi), Anna Norhammar ($63,5 \pm 9,4$).

- Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành và là yếu tố không thể thay đổi. Theo nghiên cứu INTERHEART độ tuổi trung bình mắc bệnh mạch vành ở nam giới là 55 tuổi và ở nữ giới là 65 tuổi. Tuổi là yếu tố tiên lượng biến cố của BMV kể cả tử vong trong và sau khi nằm viện vì có sự thay đổi về cấu trúc và chức năng của hệ tim mạch ở người lớn tuổi, triệu chứng không điển hình dẫn đến chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị, ngoài ra người lớn tuổi còn có bệnh phối hợp như ĐTĐ, THA, suy tim. Trong nghiên cứu GUSTO-I cho thấy sự liên quan giữa tuổi với tử vong ở bệnh nhân NMCT, cụ thể tỷ lệ tử vong là 3% ở bệnh nhân < 65 tuổi, và 30,3% ở bệnh nhân trên 85 tuổi.

2. Giới tính

- Nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ nam bị bệnh mạch vành gấp 2 lần nữ (67,94% so với 32,06%), tương tự nghiên cứu đa trung tâm MEDI-ACS cũng cho kết quả nam giới 61% so với nữ giới 39%, nghiên cứu của Anna Norhammar tỷ lệ nam là 68%, nữ là 32%. Điều này phù hợp với phân bố giới tính của BMV ở các nghiên cứu dịch tễ. Nghiên cứu của Lerner cho rằng phụ nữ dưới 75 tuổi có sự bảo vệ của estrogen đối với BMV.

3. Các yếu tố nguy cơ tim mạch

- Tăng huyết áp rất thường gặp ở các bệnh nhân có biến cố tim mạch. Tăng huyết áp là yếu tố thuận lợi làm cho các lipoprotein gây xơ vữa dễ lắng đọng vào thành động mạch nhiều hơn để khởi phát quá trình xơ vữa. 75,6% dân số trong nghiên cứu của chúng tôi bị THA, kết quả này tương đương với số liệu trong các nghiên cứu trong nước gần đây như

của Bùi Xuân Nghĩa là 74,4%, và Đặng Đình Cần là 70%. Tuy THA là yếu tố nguy cơ chính và độc lập của BMV nhưng THA là yếu tố nguy cơ có thể kiểm soát được. Vì vậy dự phòng và điều trị THA đều đặn sẽ góp phần làm giảm các nguy cơ BMV.

- Tỷ lệ bệnh nhân ĐTĐ chiếm 27,27% trong nghiên cứu của chúng tôi. Ở Hoa Kỳ 85% bệnh nhân ĐTĐ có bệnh ĐMV, và 75% tử vong do bệnh tim mạch. Biến chứng tim mạch ở những bệnh nhân đái tháo đường type 2 gấp 3-4 lần những người bình thường. Theo Thomas Killip bệnh cơ tim thiếu máu không triệu chứng ở bệnh nhân đái tháo đường thường gấp 2-4 lần người bình thường. Theo tác giả Cohn P.F và Fox K.M thì nguy cơ tử vong do tim ở những bệnh nhân thiếu máu cơ tim không triệu chứng tăng gấp 5 lần.

- Tỷ lệ BN RLLM trong nghiên cứu của chúng tôi là 63,64%, tỷ lệ này tương đương với công trình nghiên cứu MEDI-ACS 62% và của Đặng Đình Cần 69,44%. RLLM là yếu tố gây xơ vữa mạch máu, trong nghiên cứu gộp của Vlachopoulos đã kết luận xơ vữa mạch máu có liên quan đến biến cố tim mạch và tử vong do mọi nguyên nhân. Nồng độ cholesterol cao trong máu được xem là một trong những yếu tố nguy cơ có thể thay đổi quan trọng nhất của bệnh mạch vành.

- Tỷ lệ BN nam hút thuốc lá trong nghiên cứu của chúng tôi là 36,36% thấp hơn so với tỷ lệ nam hút thuốc lá trong dân số Việt Nam 41,2%, sự khác biệt này là do dân số nghiên cứu đa phần là có bệnh THA và khi điều trị tại Viện Tim TP.HCM họ đều được tư vấn bỏ thuốc lá. Người hút thuốc lá tăng nguy cơ bệnh mạch vành gấp 2-4 lần người không hút thuốc lá. Hút thuốc lá gây tổn thương thành mạch, làm hẹp lòng mạch, điều này làm tăng nhịp tim, tăng huyết áp và tạo huyết khối thành mạch gây bệnh mạch vành

- Tỷ lệ thừa cân, béo phì trong nghiên cứu này là 49,76% tương đương với công trình nghiên cứu MEDI-ACS là 46,1%. Trong nghiên cứu này không thấy khác biệt về thừa cân béo phì giữa 2 nhóm bệnh nhân ĐTĐ và không ĐTĐ (47,37% và 50,66%, $p = 0,67$). Tình trạng thừa cân béo phì ngày càng tăng có thể do lối sống ít vận động và chế độ ăn uống không hợp lý. Các nghiên cứu dịch tễ cho thấy mối liên quan mật thiết giữa thừa cân béo phì với bệnh mạch vành, đái tháo đường type 2. Trên thế giới có ít nhất 2,8 triệu người tử vong có liên quan đến thừa cân béo phì mỗi năm.

- Hầu hết bệnh nhân trong nghiên cứu này có ít nhất 2 yếu tố nguy cơ tim mạch kết hợp. Đa phần bệnh nhân có từ 2-4 yếu tố nguy cơ tim mạch (2 YTNC chiếm 30,9%; 3 YTNC chiếm 22,2%; 4 YTNC chiếm 11,1%) . Theo y văn nguy cơ mắc bệnh động mạch vành gia tăng khi có sự hiện diện nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch, điều này đã được ghi nhận ở những nghiên cứu khác nhau trên các quần thể người Châu Âu- Mỹ hoặc Châu Á.

4. Nồng độ đường huyết lúc nhập viện ở BN NMCT ST chênh lên

- Đường huyết trung bình trong dân số nghiên cứu là $158,7\% \pm 83,02\text{mg}\%$, kết quả này tương tự với nghiên cứu của Li Dong-Bao $156.06 \pm 86.94 \text{ mg}\%$.

- Bệnh nhân NMCT cấp thường có hiện tượng tăng ĐH lúc nhập viện. Tăng ĐH lúc nhập viện có liên quan đến tình trạng tăng kích hoạt tiểu cầu, tăng phản ứng viêm ở bệnh nhân NMCT. Đây là những nguyên nhân làm cho tình trạng bệnh nặng hơn.

Hiện tượng stress tăng ĐH gặp ở bệnh nhân NMCT cấp, nó có ý nghĩa tiên lượng bệnh nặng có khả năng tử vong. Theo Capes trong phân tích gộp mức ĐH có giá trị tiên lượng 144 mg% đối với bệnh nhân không ĐTD và 180 mg% đối với bệnh nhân ĐT. Theo Pinheiro mức ĐH được cho là stress tăng ĐH là 126 mg% đối với bệnh nhân không ĐTD, và 200 mg% đối với bệnh nhân ĐTD. Theo Sewdarsen thì mức ĐH dùng để tiên lượng bệnh nặng ở bệnh nhân không ĐTD và ĐTD lần lượt là 144 mg%, 198 mg%. Theo nghiên cứu HORIZON-AMI mức ĐH được xem là stress tăng ĐH ở bệnh nhân không ĐTD và có ĐTD lần lượt là 149 mg%, 231 mg%.

5. Biến cố tử vong trong 30 ngày theo dõi

- Tỷ lệ tử vong chung trong dân số nghiên cứu là 9,2%, tỷ lệ tương đương tỷ lệ của Nguyễn Quang Tuấn tỷ lệ bệnh nhân tử vong trong 30 ngày sau can thiệp mạch vành là 9,6%, thấp hơn so với tác giả Nguyễn Thị Hoàng Thanh tại Đồng Nai 22,1%, Nguyễn Thị Kim Chung tại Đà Nẵng 18,18%. Nghiên cứu ở các quốc gia như Trung Quốc, Phần Lan cho thấy tỷ lệ tử vong trong bệnh viện ở bệnh nhân NMCT lần lượt là 12,3%, 14,2%. Tỷ lệ tử vong không đồng đều giữa các nghiên cứu là do khác biệt về dân số nghiên cứu, phân tầng nguy cơ, ứng dụng các thuốc điều trị mới, điều trị can thiệp, tuân thủ theo các phác đồ điều trị đã được khuyến cáo, quy mô của đơn vị điều trị.

6. Tỷ lệ tử vong ở các nhóm đường huyết khác nhau

So sánh tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân ĐTD có ĐH $\geq 126 \text{ mg}\%$ với bệnh nhân không có bệnh ĐTD có ĐH $< 126 \text{ mg}\%$ (nhóm 1 so với nhóm 3):

Tỷ lệ tử vong ở nhóm ĐTD - ĐH $\geq 126 \text{ mg}\%$ là 16,1%, trong khi tỷ lệ tử vong ở nhóm không ĐTD - ĐH $< 126 \text{ mg/dl}$ là 3,5%, khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0.01$).

Nghiên cứu của Krishna trên 60 bệnh nhân NMCT cho thấy tỷ lệ tử vong ở nhóm ĐTD - ĐH $\geq 126 \text{ mg}\%$ là 50% so với nhóm không ĐTD - ĐH $< 126 \text{ mg}\%$ là 10%.

So sánh tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân không ĐTD có mức ĐH $\geq 126 \text{ mg}\%$ với nhóm bệnh nhân không ĐTD có mức ĐH $< 126 \text{ mg}\%$ (nhóm 2 so với nhóm 3):

Trong số 89 bệnh nhân không ĐTD có 6 BN tử vong. Trong nhóm BN không có bệnh ĐTD có tăng ĐH lúc nhập viện tỷ lệ tử vong là 12,5% (4/32 BN) trong khi ở nhóm BN không có bệnh ĐTD trước đó có

ĐH bình thường lúc nhập viện tỷ lệ tử vong là 3,5% (2/57 BN) Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,01$.

Nghiên cứu của Krishna thực hiện trên 60 bệnh nhân NMCT, kết quả cho thấy ở bệnh nhân không ĐTD tỷ lệ tử vong ở nhóm bệnh nhân ĐH $< 126 \text{ mg}\%$ là 10% thấp hơn so với nhóm ĐH $\geq 126 \text{ mg}\%$ với tỷ lệ tử vong 30%. Nghiên cứu của Muhlestein ở những bệnh nhân NMCT có nồng độ ĐH lúc nhập viện cao nguy cơ tử vong sẽ tăng hơn 3 lần so với người có mức ĐH bình thường.

7. Nồng độ đường huyết lúc nhập viện và tiên lượng tử vong 30 ngày trên những BN NMCT ST chênh lên

- Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu này nồng độ ĐH trung bình của bệnh nhân tử vong $195,98 \pm 78,1 \text{ mg}\%$ cao hơn so với ĐH trung bình ở bệnh nhân còn sống $155,01 \pm 82,9 \text{ mg}\%$ sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0.001$. Tương tự nghiên cứu của Li Dong-Bao thực hiện trên 1.137 bệnh nhân NMCT ghi nhận mức ĐH trung bình ở BN tử vong là $210.24 \pm 112.5 \text{ mg}\%$ cao hơn có ý nghĩa so với mức ĐH ở bệnh nhân còn sống $148.86 \pm 80.1 \text{ mg}\%$ với $p = 0.001$.

- Sau khi hiệu chỉnh các biến số khác trong mô hình, biến số ĐH cao thực sự có liên quan một cách có ý nghĩa với biến số tử vong trong 30 ngày. Khi nhập viện nồng độ ĐH $\geq 126 \text{ mg/dl}$ tăng nguy cơ tử vong gấp 4.5 lần so với BN có ĐH bình thường (OR=4,5).

KẾT LUẬN

- Nghiên cứu 120 bệnh nhân NMCT ST chênh lên tại Viện Tim TP.Hồ Chí Minh chúng tôi nhận thấy: Tỷ lệ tử vong chung trong 30 ngày ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên là 9,2%.

- Những BN có bệnh ĐTD và có đường huyết cao $\geq 126 \text{ mg}\%$ lúc nhập viện có tỷ lệ tử vong cao nhất: 16,1%; sau đó là nhóm BN không có bệnh ĐTD trước lúc bị NMCT, tuy nhiên đường huyết lúc nhập viện $\geq 126 \text{ mg}\%$: 12,5%; và cuối cùng nhóm không có tiền sử ĐTD và đường huyết lúc nhập viện $< 126 \text{ mg}$ có tỷ lệ tử vong thấp nhất: 3,5%. Đường huyết lúc nhập viện có liên quan với tử vong trong 30 ngày ở bệnh nhân NMCT ST chênh lên với Đường huyết $\geq 126 \text{ mg/dl}$, OR = 4,5.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Tuấn (2005), *Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp*, Luận văn tiến sĩ y học.
2. Phạm Nguyễn Vinh (2001), *Yếu Tố Nguy Cơ Của Bệnh Động Mạch Vành, Kỹ yếu báo cáo khoa học, hội nghị tim mạch học Đức - Việt*, pp. 145-147.19]
3. Phạm Nguyễn Vinh et al. (2011), *Nghiên Cứu Quan Sát Điều Trị Bệnh Nhân Nhập Viện Do Hội Chứng Động Mạch Vành Cấp (MEDI-ACS study)*, Tạp Chí Tim Mạch Học Việt Nam.