

# TÌM HIỂU YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG NẶNG VÀ NGUY CƠ TỬ VONG CỦA BỆNH NHÂN NỮ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

LÊ THỊ THANH HẰNG - *Bệnh viện Hữu nghị*

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) vẫn là bệnh nặng, dù có nhiều tiến bộ trong chẩn đoán và điều trị thì tỷ lệ biến chứng và tử vong vẫn còn cao. Việt Nam ngày càng có xu hướng tăng, phụ nữ thường có tuổi thọ cao hơn so với nam giới và tỷ lệ mắc bệnh tim mạch cũng có xu hướng ngày càng tăng.

Theo kết quả của nhiều nghiên cứu thấy rằng tỷ lệ mắc bệnh ĐMV nói chung và NMCT cấp của nữ nói riêng trong những thập kỷ gần đây có xu hướng tăng nhanh hơn so với nam tỷ tử vong cũng như tiên lượng trong thời gian sau này của nữ vẫn nặng hơn so với nam.

Mặt khác, ở Việt Nam hiện nay các nghiên cứu về NMCT cấp của nữ chưa nhiều, vẫn là các nghiên cứu NMCT cấp nói chung. Để nhìn nhận về vấn đề NMCT cấp của nữ được rõ ràng hơn. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu “ *Tim hiểu yếu tố tiên lượng nặng và nguy cơ tử vong của bệnh nhân nữ NMCT cấp* ” để có thể chẩn đoán và điều trị kịp thời hạn chế tối đa các biến chứng cũng như tỷ lệ tử vong sau NMCT cấp của nữ.

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn của TCYTGG.

Tiêu chuẩn loại trừ: Loại trừ tất cả các bệnh nhân không đủ tiêu chuẩn chẩn đoán NMCT cấp.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

- Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu. So sánh mô tả, theo dõi trong thời gian nằm viện.

- Chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn TCYTGG năm 2000. Suy tim theo Hội Tim mạch châu Âu. Tăng huyết áp theo JNC VII năm 2003. Rối loạn chuyển hoá lipid theo ATP III (Adult Treatment panel III) của

NCEP (National Cholesterol Education Program). Đãi tháo đường theo TCYTGG 1998.

- *Các yếu tố tiên lượng nguy cơ tử vong trong bệnh cảnh NMCT của nữ:*

### \* Các yếu tố lâm sàng

**Điểm TIMI.** Theo nghiên cứu của David A và cộng sự thì những bệnh nhân NMCT cấp khi có TIMI > 8 điểm tỷ lệ tử vong 35,9%.

Điểm đánh giá điểm TIMI dựa trên:

+ Tuổi cao từ 65-74 : 2 điểm, tuổi ≥ 75 : 3 điểm.

+ HA tâm thu < 100: 3 điểm.

+ Nhịp tim > 100: 2 điểm.

+ Killip từ 2 đến 4: 2 điểm.

+ Biến đổi trên điện tâm đồ, ST chênh lên các chuyển đạo trước tim: 1 điểm.

+ Cân nặng < 76 kg: 1 điểm.

+ Thời gian từ khi đau ngực đến khi tái tưới máu 4 giờ: 1 điểm.

**Chỉ số nguy cơ TIMI** (TIMI risk index- TRI [181].

Chỉ số nguy cơ TIMI (TRI) được tính điểm như sau

$TRI = [ \text{Nhịp tim} \times (\text{Tuổi}/10)^2 ] / \text{Huyết áp tâm thu}$ .

Điểm TIMI và chỉ số nguy cơ TRI càng cao thì tiên lượng nguy cơ tử vong cao.

### \* Các yếu tố cận lâm sàng

+ Biến động của số lượng bạch cầu

+ Biến động của các men tim CK,CK-MB, CRP.

+ Vị trí NMCT cấp trên điện tâm đồ.

+ Phân số tổng máu của tim trên siêu âm Doppler.

+ Số lượng ĐMV hẹp và hiệu quả của can thiệp ĐMV.

+ Bệnh nội khoa mạn tính phối hợp.

\* **Các yếu tố nguy cơ tim mạch phối hợp:** THA, ĐTD, RLLP máu, Hút thuốc lá, béo phì, trì trệ ít vận động thể lực, uống rượu.

- Xử lý số liệu : Các dữ kiện được xử lý bằng phần mềm SPSS 12.0 for windows.

### KẾT QUẢ

\* **Tuổi** : Tuổi trung bình của nữ 69,4 ± 10, 4, của nam 64,0 ± 11,0. Tuổi NMCT cấp của nữ thấp nhất 43, tuổi cao nhất là 90. Tuổi thấp nhất của nam 34, tuổi cao nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình NMCT của nữ muộn hơn so với nam 5 đến 10 tuổi với p<0,01

\* **Giới** : 135 bệnh nhân nữ bị NMCT cấp (chiếm tỉ lệ: 33,3%) so sánh với 270 bệnh nhân nam NMCT cấp (chiếm tỉ lệ: 66,7%). Số bệnh nhân NMCT cấp là nữ ít hơn so với nam rất rõ ràng và có ý nghĩa thống kê (p < 0,001).

### \* Đặc điểm về thời gian từ khi đau ngực NMCT đến khi vào viện

Thời gian trung bình đau thắt ngực khi vào viện (giờ) 24,3 ± 28,7 ở nữ, 26,8 ± 33,8 ở nam với p>0,05. Nhưng khi phân mức độ về mỗi 6 giờ thì trong 48 giờ đầu không có sự khác nhau giữa hai giới. Sau 48 giờ thì tỉ lệ vào viện của nữ có xu hướng chậm hơn so với nam.

### \* Các biến chứng khi vào viện

Bảng 1 Biến chứng suy tim và sốc tim khi vào viện của đối tượng nghiên cứu.

Đặc điểm lâm sàng	NMCT là nữ		NMCT là nam		p	
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %		
Killip	1	53	39,3 %	160	59,3 %	<0,001
	2	48	35,6 %	63	23,3 %	
	3	16	11,9 %	18	6,7%	
	4	18	13,3 %	29	10,4 %	

Tỉ lệ suy tim của nữ (57,5%) nhiều hơn so với nam (30%), với p<0,001

### \* Các biến chứng khi điều trị tại viện

Bảng 2. Các biến chứng thường gặp trong thời gian nằm viện:

Các biến chứng	NMCT cấp là nữ		NMCT cấp là nam		p
	n	Tỉ lệ %	n	Tỉ lệ %	
Tỉ lệ có biến chứng	83	61,5	149	55,5	NS
Suy tim	71	52,6	165	63,3	<0,05
RL nhịp chung	70	48,2 %	87	30,0 %	<0,01
TDMNT	14	10,5	34	13,2	NS
Suy thận	17	12,6	20	7,6	NS
Nhồi máu não	8	6,0	6	2,3	NS
Xuất huyết da dày	2	1,5	2	0,4	NS
Biến chứng cơ học	3	2,2	1	0,43	<0,001
Tăng đông buồng tim	9	17,3	7	20,6	NS

Biến chứng thường gặp khi vào viện là suy tim. RL nhịp chung, và các biến chứng cơ học như thủng vách tim, đứt bán phần dây chằng van hai lá ở nữ gặp nhiều hơn so với nam với p<0,05.

### \* ĐMV thủ phạm trong NMCT cấp của hai giới

Bảng 3. Động mạch vành thủ phạm NMCT của nhóm nghiên cứu:

ĐMV thủ phạm gây NMCT	NMCT nữ		NMCT nam		p
	N=108	Tỉ lệ %	N=263	Tỉ lệ %	
ĐM liên thất trước	62	57,8	154	58,5	NS
ĐM vành phải	36	34,1	86	33,0	
ĐM mũ	7	5,9	21	7,8	

Thân chung ĐM vành	3	2,2	2	0,7	<0,01
--------------------	---	-----	---	-----	-------

- Tỉ lệ tổn thương các ĐMV chính của hai giới khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. Riêng thân chung của ĐMV của nữ nhiều hơn so với nam với p<0,01.

- Hiệu quả sau can thiệp ĐMV của sau NMCT cấp TIMI 3 ở nữ 81,4 % và ở nam 56,4 % với p<0,01.

### \* Biến động về các men CK, CK-MB, và CRP của đối tượng nghiên cứu.

Bảng 4. Biến động bạch cầu CK, CK-MB, và CRP của đối tượng nghiên cứu:

Men tim		NMCT là nữ X±SD	NMCT là nam X±SD	p
CPK	Nồng độ đỉnh (U/L)	1439,9 ±1261,4	2006,9 ±1717,3	<0,001
	Sau can thiệp ĐMV (U/L)	2427,82 ±1363,61	2095,44 ±1358,92	<0,01
CK-MB (U/L)	Nồng độ đỉnh	154, 5 ±135,30	176,1±156,1	NS
	Sau can thiệp MV	211,9±165,9	186,8±218,8	NS
hs-CRP (mg/ml)	1,92 ±1,24	1,58±1,11	<0,05	<0,01
Số lượng bạch cầu trung bình		13,16 ± 4,18	13,11±3,84	NS

Nồng độ CK, đỉnh và sau can thiệp của hai giới khác nhau với p> 0,01. Lượng CRP trong NMCT cấp của đối tượng nghiên cứu đều tăng, hai giới khác nhau p<0,01.

Số lượng bạch cầu tăng trong NMCT giữ hai giới không có sự khác nhau với p>0,05.

Số lượng bạch cầu, CK, CRP có mối tương quan thuận với số lượng hẹp ĐMV với p> 0,05

### \* Tổn thương ĐMV trên điện tâm đồ:

Khi chia NMCT thành 2 vùng tổn thương lớn là thành trước và thành sau dưới thấy rằng: Tổn thương thành trước gặp nhiều hơn thành sau ở cả hai giới nhưng sự khác nhau này chưa có ý nghĩa thống kê.

Tổn thương chiếm tỉ lệ lớn nhất là NMCT trước rộng (45,7% ở nữ và 44,4% ở nam), không thấy sự khác nhau giữa hai giới p>0,05

NMCT sau dưới ở nữ (32%. Ở nam 34% với p>0,05) NMCT thất phải (1,8% ở nữ và ở nam 2,8% với p> 0,05)

### \* Trên siêu âm tim

ĐK TTr cuối tâm trương so với diện tích da cơ thể của nữ giãn hơn so với nam (30,6mm ở nữ và 29,2mm ở nam với p<0,05).

ĐK TTr thành trước (44,14 ± 9,46mm ở nữ và 45,92 ± 9,51mm ở nam) giãn ít hơn so với ĐK thất trái thành sau (52,91± 12,54 mm ở nữ và 53,43± 11,64 ở nam), sự khác nhau với p<0,05. Tổn thương phối hợp ĐKTT thất trái giữa hai giới khác nhau p<0,05

Phân số tổng máu EF% giảm sau NMCT của cả hai giới nhưng sự khác nhau chưa có ý nghĩa thống kê. Thành trước (ở nữ 38,35% ± 10,75 so với 40,04% ở nam), 10,16% ở nam). NMCT thành sau ở nữ (39,14% ± 9,46 và 40,92% ± 9,51% ở nam) với p>0,05

### \* Sự phân bố các yếu tố nguy cơ

Bảng 5. Phân bố các yếu tố nguy cơ của đối tượng nghiên cứu:

Các yếu tố nguy cơ	NMCT là nữ	NMCT là nam	P
Tuổi trung bình	69,4 ± 10,43	64 ± 10,98	<0,05
Có RLCH lipid chung	76 72,38 %	147 60,25	<0,05
Cholesterol toàn phần > 5,2mmol/l	52 49,5 %	89 36,5%	<0,05
Triglycerid > 2,2 mmol/l	35 33,5%	78 32,0%	NS
LDL-c > 3,4 mmol/l	43 41, %	58 23,9%	<0,001
HDL-c < 0,9 mmol/l	181 17,1%	58 23,8%	NS
Vòng bụng	Nữ (> 80 cm) Nam (>90 cm)	82 63,6 % 20 7,7%	<0,001
THA	108 81,2 %	180 67,9 %	<0,01
ĐTĐ	59 44,4 %	71 27,1 %	<0,001
Có bệnh ĐMV	53 39,3 %	92 34,1 %	NS
ít vận động thể lực	74 54,8%	57 21,5 %	<0,001
Hút thuốc lá	10 7,6 %	244 91,0%	<0,001

**\* Các yếu tố tiên lượng nặng nguy cơ tử vong trong NMCT cấp là nữ:**

Bảng 6. Yếu tố tiên lượng nặng và tử vong NMCT cấp của hai giới:

Giới	TIMI score	TRI risk index
Nữ	7,45 ± 2,62	38,97 ± 18,32
Nam	6,32 ± 2,69	33,08 ± 18,35
p	<0,001	< 0,05

Có mối tương quan thuận giữa các chỉ số TIMI score và TRI risk index với tỉ lệ tử vong của cả hai giới sau NMCT cấp, với p< 0,001 và p<0,05.

**KẾT LUẬN**

- Tập hợp các triệu chứng lâm sàng và yếu tố nguy cơ để đánh giá tình trạng nặng và tiên lượng tử vong của cả hai giới thấy rằng: yếu tố tiên lượng nặng và tử vong của nữ sau NMCT theo TIMI score và TRI index ở nữ cao hơn so với nam (7,45 điểm so với 6,32 điểm ở nam).

Sau NMCT cấp biểu hiện lâm sàng của nữ nặng hơn so với nam nên tỉ lệ tử vong nhiều của nữ cao hơn so với nam (Tỉ lệ tử vong ngay trong 24 giờ đầu của nữ 3,7% sau thời gian khoảng 30 ngày theo dõi thì tỉ lệ tử vong của nữ (15,6%) cao hơn so với nam (8,9%).

**SUMMARY**

**Background:** Women have excessive mortality rates after acute myocardial infarction compared with men. The extent to which this increased risk can be attributed to differences in treatment is

**Methods and Results.** The baseline examination was performed during March 2005 to December 2006. We studied 135 women and 270 men (total 405 patients were female (33.3%) and 270 male (66.7%) patients with ST-segment elevation AMI admitted

To determine the differences between sexes in the outcome of AMI in the elderly, we compared the clinical history and evolution of 405 consecutive patients

(270men, 135 women) who were admitted after symptoms onset with a first AMI. With The same cardiologist interviewed all patients after admission.

Women had a higher prevalence ( $P<0.01$ ) of hypertension (81.2% versus 67.9%) and diabetes (44.4% versus 32%), whereas men were more frequently smokers (91% versus 6.7%,  $P<.0001$ ); these factors were associated with higher rates of congestive heart failure. Women showed lower ejection fractions and higher rates of congestive heart failure. Mortality rate was higher in women (19.3% versus 11.9%.  $P<0.05$ .); however, sex was excluded as an independent predictor of in-hospital mortality in every regression model tested.

**Conclusions** After a first AMI, elderly women experience a more complicated hospital course than men. The increase in mortality risk seems to be related to the impact of cardiovascular risk factors on left ventricular function more than to sex itself.

Keywords: Women, myocardial infarction.

**TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Bella Koifman - Israel (9/2008). "Bệnh động mạch vành ở nữ giới đang bị coi nhẹ, chưa được chẩn đoán và điều trị đầy đủ". *Đại hội Tim mạch Đông nam Á lần thứ 17* tại Hà Nội, (18-21/9/2008)
2. Nguyễn Huy Dung (2000). "Nhồi máu cơ tim". *Bách khoa thư bệnh học tập 2. Trung tâm biên soạn từ điển bách khoa Việt Nam- Hà Nội*, tr 339 - 346.
3. Nguyễn Thị Lâm (2000). "Thống nhất phương pháp kỹ thuật sử dụng trong đánh giá thừa cân béo phì của các nhóm tuổi khác nhau". *Dinh dưỡng và thực phẩm*, số 1 trang 17-19
4. Đặng Vạn Phước (2006). "Đau thắt ngực không ổn định. Nhồi máu cơ tim có ST chênh và không có ST chênh". *Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng*, tr 227- 251
5. Thạch Nguyễn (2007). "Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành" *Nhà xuất bản Y học*, Hà Nội.
6. Nguyễn Lân Việt (2008). "Điều trị tăng huyết áp và các nguy cơ tim mạch". Hội thảo khoa học, Hà Nội 4/2008. *Adapted from Whelton. P.K. JAMA 2002; 288: p 1882-1888*
7. Anne G. Rosenfeld is Associate professor. Oregon Health science University School of Nursisng. Portland (2004). "Treatment-seeking delay among women with acute Myocardial infarction". *Nursing Research*, Vol 53, No 4, p 225- 23- 26.
8. Angeja Brad G. gunda Madhavi and Murphy Sabina A et al (2002). "TIMI myocardial perfusion garde and ST segment resolution: Association with infraction size association by single photon emssion computer tomography imaging". *Circulation*, 105(3), p 282- 286.