

# Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại Bệnh viện tỉnh Thanh Hóa

Hà Văn Chiến\*, Nguyễn Hồng Hạnh\*\*

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thanh Hóa\*

Trường Cao đẳng Y tế Quảng Ninh\*\*

## TÓM TẮT

**Đối tượng nghiên cứu:** Nghiên cứu tiến hành trên 102 bệnh nhân (BN) nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) chia làm 2 nhóm không biến chứng (60 BN) và có biến chứng (42 BN) điều trị tại BV tỉnh Thanh Hóa từ tháng 7/2012 đến tháng 6/2013.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả lâm sàng cắt ngang, có chọn lọc, tiến cứu 100%, có đối chứng, so sánh giữa 2 nhóm.

**Kết quả:** Các yếu tố nguy cơ liên quan tới tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp: 1. Tuổi trên 70 tỷ lệ tử vong do NMCTC rất cao (56,86%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa nam và nữ. 2. Các yếu tố tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, hội chứng chuyển hoá là 3 yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ NMCTC có biến chứng. 3. Huyết áp tâm thu < 90 mmHg và tần số tim > 100 ck/p lúc nhập viện là 2 yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ tử vong rất cao trong NMCTC. 4. Suy tim cấp độ Killip III-IV là yếu tố nguy cơ cao ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ tử vong do NMCTC. 5. Chỉ số EF giảm < 49% là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng, liên quan tới tăng tỷ lệ NMCTC có biến chứng. 6. Các yếu tố tăng creatinin máu, tăng bạch cầu > 9 Giga/l, rối loạn nhịp tim nguy hiểm, không được can thiệp ĐMV là những yếu tố nguy cơ liên quan,

ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong NMCTC. 7. Điểm TIMI  $\geq$  8 và GRACE > 140 là 2 yếu tố nguy cơ ảnh hưởng, liên quan tới tăng tỷ lệ NMCTC cấp có biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong.

## ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) là một cấp cứu tim mạch rất nặng, nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong rất cao, mặc dù nhiều tiến bộ trong y học đã được ứng dụng trong cấp cứu bệnh này như nong và đặt Stents động mạch vành (ĐMV), phẫu thuật bắc cầu nối ĐMV, tạo nhịp tim v.v. [1],[4],[8]. Trên thế giới mỗi năm có khoảng 2,5 triệu người chết do NMCTC, trong đó 25% BN chết trong giai đoạn cấp của bệnh [6],[8]. Tại Việt Nam tình hình NMCTC có xu hướng gia tăng nhanh, theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam năm 2003 tỷ lệ NMCTC là 4,5%, năm 2007 là 9,1% [6],[8]. Tỷ lệ tử vong do NMCTC trong giai đoạn cấp 2 tuần đầu là do tiên lượng bệnh nhân (BN) rất khó lường, có rất nhiều yếu tố nguy cơ, diễn biến của từng yếu tố và tác động, ảnh hưởng của các yếu tố đến BN rất phức tạp [7]. Nhiều nghiên cứu trên thế giới đã tìm hiểu về mối liên quan giữa các yếu tố nguy cơ ảnh hưởng tới tiên lượng NMCTC, nhưng ở Việt Nam thì chưa nhiều và đầy đủ. Tại tỉnh Thanh Hóa NMCTC có chiều hướng gia tăng, tỷ lệ tử vong

cao, tuy nhiên chưa có một nghiên cứu nào về ảnh hưởng của các yếu tố nguy cơ đến tiên lượng của bệnh nhân NMCTC tại tỉnh Thanh Hóa. Vì tính chất nguy hiểm, tiên lượng phức tạp của NMCTC và cũng chưa có nghiên cứu nào về các yếu tố liên quan đến bệnh lý này nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài:

**Nghiên cứu một số yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại Bệnh viện tỉnh Thanh Hóa**

Nhằm mục tiêu:

*Đánh giá mối liên quan, ảnh hưởng đến tiên lượng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có và không có biến chứng điều trị tại Bệnh viện tỉnh Thanh Hóa từ tháng 7/2012 đến tháng 6/2013.*

**ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**Đối tượng nghiên cứu**

Các BN NMCTC chia làm 2 nhóm có và không có biến chứng theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch Mỹ [4],[8] và Hội Tim mạch Việt Nam [6], [8] được điều trị tại BV tỉnh Thanh Hóa từ tháng 7/2012 đến tháng 6/2013. BN được khám lâm sàng, các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy, điện tâm đồ, siêu âm Doppler tim, chụp ĐMV có và không can thiệp. BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ**

Bệnh nhân NMCT cũ, nghi NMCTC quá nặng không đủ chứng cứ chẩn đoán, NMCTC kèm bệnh khác nặng giai đoạn cuối, từ chối tham gia nghiên cứu.

**Phương pháp nghiên cứu**

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang, tiến cứu, có chọn lọc, có đối chứng so sánh giữa 2 nhóm. Các số liệu tính toán và xử lý bằng phần mềm SPSS version 20.0, các thuật toán được sử dụng tính toán: trị số trung bình (X) và độ lệch chuẩn (SD), so sánh 2 giá trị trung bình, tỉ lệ %, p có ý nghĩa khi  $< 0.05$ .

**KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN**

**Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

102 BN NMCTC được chia làm 2 nhóm: Nhóm không có biến chứng gồm 60 BN, nhóm có biến chứng gồm 42 BN. Đa số là trên 60 tuổi 76,47%, tỷ lệ nam/nữ là 2.5/1. Các yếu tố nguy cơ hay gặp: Tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường type 2. Cơ đau ngực trái 97,06%, NMCTC độ Killip III-IV là 16,67%. Hai vị trí hay gặp nhất là trước rộng và sau dưới, nhồi máu 2 thất 2,94%. Tỷ lệ rối loạn nhịp tim 50,99%. Vận động thành thất giảm và mất vận động 64,70%, phình vách liên thất 17,65%. Tỷ lệ EF giảm vừa 30-49% là 51,96%; EF giảm  $< 30\%$  là 12,75%. Tỷ lệ chụp ĐMV và đặt Stents là 50,98%. Điều trị nội khoa 49,02%, điều trị ngoại và đặt Stent ĐMV 50,98%. Tỷ lệ xuất viện 88,24%, tỷ lệ tử vong 11,76%.

**Các yếu tố nguy cơ liên quan tới tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp**

**Yếu tố tuổi liên quan với tỷ lệ tử vong**

Trong số 102 BN nghiên cứu có 58 BN tuổi  $< 70$  chiếm 56,86%, 44 BN  $\geq 70$  tuổi chiếm 43,14%. Tỷ lệ tử vong chung là 11,76%. Tỷ lệ tử vong dưới 70 tuổi là 5,17%, tỷ lệ tử vong  $\geq 70$  tuổi là 20,45%. So sánh số lượng và tỷ lệ tử vong của 2 lứa tuổi này cho thấy tỷ lệ tử vong của BN trên 70 tuổi cao hơn 3 lần so với BN dưới 70 tuổi ( $p < 0,05$ ). Như vậy tuổi càng cao tỷ lệ tử vong càng tăng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Lê Thị Thanh Thái [1], Nguyễn Lâm Việt [9], Nguyễn Quang Tuấn [8].

**Yếu tố giới liên quan với tỷ lệ tử vong**

Số lượng BN nam là 73BN (71,56%), BN nữ là 29BN (28,44%). So sánh số lượng và tỷ lệ tử vong giữa nam và nữ cho thấy không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ), kết quả này cho thấy yếu tố giới không ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong trong bệnh NMCTC. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Nguyễn Thị Hải Yến [6], và Richard C.B [3].

**Yếu tố nguy cơ tiền sử bệnh nhân**

*Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ tiền sử của bệnh nhân*

Các yếu tố nguy cơ	NMCT có biến chứng (n = 60)		NMCT không có biến chứng (n = 42)		p
	n	%	n	%	
Tăng huyết áp	40	66,67	19	45,24	< 0,05
Đái tháo đường type 2	28	46,67	10	23,81	< 0,05
Rối loạn lipid máu	39	65,00	26	61,90	> 0,05
Tiền sử gia đình có bệnh mạch vành	13	21,67	6	14,28	> 0,05
Hội chứng chuyển hóa	36	60,00	12	28,57	< 0,01

**Nhận xét bảng 1:** So sánh các yếu tố tiền sử có nguy cơ tăng huyết áp (THA), đái tháo đường type 2 (ĐTĐ type 2), hội chứng chuyển hóa cho thấy tỷ lệ BN thuộc nhóm NMCTC có biến chứng chiếm tỷ lệ cao hơn nhóm NMCTC không có biến chứng ( $p < 0,05$ ). Kết quả này xác nhận 3 yếu tố THA, đái tháo đường typ 2, hội chứng chuyển hóa có liên quan với tỷ lệ NMCTC nặng, có biến chứng. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hằng [6], tỷ lệ tiền sử THA là 68,9%, của Nguyễn Quang Tuấn[8] là 45,6%, của chúng tôi là 66,67% kết quả cũng tương tự như của các tác giả. Tỷ lệ tiền sử ĐTĐ type 2 của Lê Thị Kim

Dung [6] là 12,4 %, của Nazneem [3] là 27,1%, kết quả của chúng tôi là 23,81-46,67%, tăng cao ở nhóm BN NMCTC có biến chứng (46,67%).

Tỷ lệ rối loạn lipid máu và tiền sử gia đình có bệnh mạch vành cũng là yếu tố tiền sử nguy cơ cao, nhưng tỷ lệ này giữa 2 nhóm BN không có sự khác biệt ( $p > 0,05$ ). Tỷ lệ tiền sử rối loạn lipid máu của chúng tôi là 61,90-65,00%, kết quả nghiên cứu của Malmberg K[3] là 62,7%, Phạm Thị Thúy Lan là 59,1%[6], cũng như kết quả nghiên cứu của chúng tôi.

**Huyết áp tâm thu khi nhập viện liên quan tới tỷ lệ tử vong**

*Bảng 2. So sánh Huyết áp tâm thu nhập viện và tỷ lệ tử vong, xuất viện*

Huyết áp tâm thu (mmHg)	Tử vong (n = 12)		Xuất viện (n = 90)		P
	n1	%	n2	%	
≥ 90 mmHg	8	66,67	84	93,33	< 0,01
< 90 mmHg	4	33,33	6	6,67	
Tổng	12	100	90	100	

**Nhận xét bảng 2:** So sánh huyết áp tâm thu (HATT) khi nhập viện của nhóm BN tử vong và nhóm BN xuất viện cho thấy: Tỷ lệ tử vong của nhóm BN có HATT < 90 mmHg là 4/12BN (33,33%), nhưng tỷ lệ xuất viện của nhóm BN có HATT < 90 mmHg chỉ có 6/90BN (6,67%), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,01$ . Kết quả này cho phép khẳng định trong NMCTC,

HATT nhập viện < 90 mmHg có ảnh hưởng, liên quan chặt chẽ với tỷ lệ tử vong và xuất viện: tỷ lệ tử vong cao và tỷ lệ xuất viện thấp. Nghiên cứu và nhận xét của Lê Thị Thanh Hằng [6], Nguyễn Quang Tuấn [8] và Alman.EM [2] về NMCTC có HATT nhập viện < 90 mmHg là yếu tố nguy cơ gây tỷ lệ tử vong rất cao cũng giống với nhận định của chúng tôi.

**Tần số tim và tỷ lệ tử vong**

Tỷ lệ tử vong của nhóm BN có nhịp tim nhanh > 100 ck/p là 8/12BN (66,67%), tỷ lệ xuất viện của nhóm BN có nhịp tim nhanh >100 ck/p là 14/90 BN (15,56%); so sánh 2 tỷ lệ này cho thấy tỷ lệ tử vong ở BN có nhịp tim nhanh > 100 ck/p cao hơn so với tỷ lệ xuất viện của BN cùng nhóm nhịp nhanh (p < 0,01). Trong khi đó tỷ lệ tử vong của nhóm BN có nhịp tim < 100 ck/p là 4/12 BN (33,33%), tỷ lệ xuất viện của nhóm BN có nhịp tim < 100 ck/p là 76/90

BN (84,44%); so sánh 2 tỷ lệ này cho thấy tỷ lệ tử vong ở BN có nhịp tim nhanh < 100 ck/p thấp hơn nhiều so với tỷ lệ xuất viện của BN cùng nhóm nhịp tim < 100 ck/p (p < 0,01). Kết quả này cho phép khẳng định nhịp tim nhanh > 100 ck/p có liên quan, ảnh hưởng rất rõ tới tỷ lệ tử vong trong NMCTC. Kết quả nghiên cứu trên phù hợp với kết quả nghiên cứu của: Lê Thị Thanh Hằng [6], Alman EM [4], Nguyễn Quang Tuấn [8], Nguyễn Lâm Việt [9].

**Mức độ suy tim cấp (phân loại theo Killip)**

Bảng 3. So sánh mức độ suy tim (theo Killip) và tỷ lệ tử vong

Độ Killip	Tử vong (n = 12)		Xuất viện (n = 90)		P
	n1	%	n2	%	
I	0	0,00	60	66,67	< 0,01
II	2	16,67	23	25,56	> 0,05
III	6	50,00	5	5,56	< 0,01
IV	4	33,33	2	2,22	< 0,01

**Nhận xét bảng 3:** Tỷ lệ tử vong của BN suy tim độ Killip III là 6/12 BN (50%), tỷ lệ xuất viện của BN suy tim độ Killip III là 5/90 BN (5,56%). Tỷ lệ tử vong của BN suy tim độ Killip IV là 4/12BN (33,33%), tỷ lệ xuất viện của BN suy tim độ Killip IV là 2/90BN (2,22%). Như vậy tỷ lệ tử vong của nhóm NMCTC suy tim nặng độ Killip III-IV cao hơn rất nhiều so với tỷ lệ xuất viện của nhóm BN có cùng độ suy tim nặng Killip III-IV (p < 0,01).

Kết quả này cho thấy mức độ suy tim nặng trong NMCTC có liên quan, ảnh hưởng chặt chẽ với tỷ lệ tử vong và xuất viện: suy tim càng nặng, tỷ lệ tử vong càng cao. Nghiên cứu của Lê Thị Thanh Hằng [6], Phạm Mạnh Hùng [7], Nguyễn Lâm Việt [9] cũng cho thấy NMCTC có suy tim Killip III-IV gây tỷ lệ sốc tim, rung thất rất cao là nguyên nhân chính gây tử vong trong giai đoạn cấp của NMCTC.

**Phân suất tổng máu (chỉ số EF%)**

Bảng 4. So sánh chỉ số EF của 2 nhóm bệnh nhân nghiên cứu

EF (%) theo (Simpson)	NMCTC có biến chứng (n = 60)		NMCTC không có biến chứng (n = 42)		P
	n1	%	n2	%	
EF < 30%	11	18,33	2	4,76	< 0,05
30% ≤ EF ≤ 49%	34	56,67	19	45,24	< 0,05
EF ≥ 50%	15	25,00	21	50,00	< 0,05
EF % (X ± SD)	47,98 ± 13,30		53,81 ± 7,06		< 0,05

**Nhận xét bảng 4:** Chỉ số EF của nhóm NMCTC có biến chứng là  $47,98 \pm 13,30\%$  giảm hơn nhóm không có biến chứng là  $53,81 \pm 7,06\%$  ( $p < 0,05$ ). So sánh giữa 2 nhóm NMCTC có biến chứng và không biến chứng cho thấy tỷ lệ có EF  $\geq 50\%$  cao hơn ở nhóm không biến chứng ( $p^{1-2} < 0,05$ ); Tỷ lệ EF giảm vừa ( $30\% \leq EF \leq 49\%$ ) là  $56,67\%$  và giảm nặng ( $EF < 30\%$ ) là  $18,33\%$

cao hơn ở nhóm có biến chứng ( $p^{1-2} < 0,05$ ). Nghiên cứu của Đỗ Kim Bảng [1], Tường Thị Hồng Hạnh [5]. John.S [4] cũng cho kết quả giống như chúng tôi là chỉ số EF  $\leq 49\%$  là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ NMCTC có biến chứng.

**Một số yếu tố tiên lượng khác liên quan tới tỷ lệ tử vong**

Bảng 5. Một số yếu tố tiên lượng khác liên quan đến tử vong

Các yếu tố tiên lượng khác	Tử vong (n = 12)		Xuất viện (n = 90)		P
	n1	%	n2	%	
Men tim CK tăng cao	8	66,67	43	47,78	> 0,05
BN không được can thiệp ĐMV	10	83,33	40	44,44	< 0,05
Rối loạn nhịp tim nguy hiểm	8	66,67	17	18,89	< 0,01
Bạch cầu > 9 Giga/l	9	75,00	39	43,33	< 0,05
CRP tăng cao	10	83,33	66	73,33	> 0,05
Creatinin máu tăng	8	66,67	24	26,67	< 0,01

**Nhận xét bảng 5:** Các yếu tố Creatinin tăng cao, bạch cầu tăng > 9 Giga/lit, rối loạn nhịp tim nguy hiểm, không được can thiệp ĐMV.v.v. Đều tăng cao ở các BN tử vong ( $66,67-83,33\%$ ), nếu so sánh với nhóm BN xuất viện thì tỷ lệ các yếu tố này tăng ít hơn ( $18,89- 44,44\%$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ). Kết quả này cho thấy các yếu tố trên là những yếu tố nguy cơ liên quan, ảnh hưởng tới tỷ lệ tử vong ở BN NMCTC.

Kết quả của chúng tôi phù hợp với các tác giả

Nguyễn Kim Dung [8], Lê Thị Thanh Hằng [6]. Không được can thiệp ĐMV như nong và đặt Stents là yếu tố nguy cơ gây tử vong rất cao  $83,33\%$ , nghiên cứu của Nguyễn Quang Tuấn tỷ lệ tử vong ở BN NMCTC không được can thiệp ĐMV là trên  $83\%$ , phù hợp với nghiên cứu của chúng tôi [8]. Ngược lại tăng CRP, men CK tăng không có sự khác biệt, liên quan giữa tỷ lệ tử vong với tỷ lệ xuất viện ( $p > 0,05$ ).

**Yếu tố nguy cơ thang điểm TIMI Score của 2 nhóm nghiên cứu**

Bảng 6. So sánh điểm TIMI Score của 2 nhóm nghiên cứu

Điểm nguy cơ theo TIMI Score	NMCT có biến chứng (n = 60)		NMCT không có biến chứng (n = 42)		P
	n1	%	n2	%	
0 – 3 (nguy cơ thấp)	2	3,33	3	7,14	> 0,05
4 – 7 (nguy cơ vừa)	20	33,43	27	64,29	< 0,01
$\geq 8$ (nguy cơ cao)	38	63,33	12	28,57	< 0,01
TIMI Score ( $X \pm SD$ )	9,01 $\pm$ 3,31		7,26 $\pm$ 3,28		< 0,05

**Nhận xét bảng 6:** Chỉ số điểm TIMI trung bình của nhóm BN có biến chứng là  $9,01 \pm 3,31$ , điểm số này cao hơn điểm TIMI trung bình của nhóm BN không biến chứng ( $7,26 \pm 3,28$ ), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ( $p < 0,05$ ).

Nhóm BN có biến chứng thì tỷ lệ điểm nguy cơ cao  $TIMI \geq 8$  là 38/60BN (63,33%) cao hơn nhiều so với nhóm BN không có biến chứng (28,57%) sự khác biệt có ý nghĩa ( $p < 0,01$ ). Như vậy điểm  $TIMI \geq 8$  là yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng, liên quan chặt chẽ với tỷ lệ NMCTC có biến chứng. Nhận định trên phù hợp với các tác giả trong và ngoài nước [3],[4] rằng bệnh nhân NMCTC có điểm TIMI Score càng cao thì tiên lượng càng nặng [7].

**Yếu tố nguy cơ thang điểm GRACE Score với tỷ lệ tử vong**

Phân loại theo thang điểm **GRACE Score** đối với nhóm BN tử vong và nhóm BN xuất viện cho thấy:

- Nhóm nguy cơ trung bình (109-140 điểm): số BN tử vong là 2, tỷ lệ tử vong 16,67%; số BN xuất viện là 49, tỷ lệ xuất viện là 54,45%.

- Nhóm nguy cơ cao (>140 điểm): số BN tử vong là 10, tỷ lệ tử vong là 83,33%; số BN xuất viện là 30 BN, tỷ lệ xuất viện là 33,33%.

- Với thang điểm nguy cơ cao  $GRACE > 140$  điểm, thì tỷ lệ tử vong ở nhóm BN này cao hơn nhiều (83,33%) so với tỷ lệ xuất viện (33,33), sự khác biệt này có ý nghĩa ( $p < 0,05$ ). Như vậy thang điểm

$GRACE > 140$  điểm có mối ảnh hưởng liên quan chặt chẽ tới tỷ lệ tử vong của BN NMCTC [3],[7].

## KẾT LUẬN

**Các yếu tố nguy cơ liên quan tới tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp**

1. Tuổi trên 70 tỷ lệ tử vong trong NMCTC rất cao (56,86%). Không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong giữa nam và nữ trong NMCTC.

2. Các yếu tố tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, hội chứng chuyển hoá là 3 yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ NMCTC có biến chứng.

3. Huyết áp tâm thu < 90 mmHg và tần số tim > 100 ck/p lúc nhập viện là 2 yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ tử vong trong NMCTC.

4. Suy tim cấp độ Killip III-IV là yếu tố nguy cơ rất cao ảnh hưởng, liên quan tới tỷ lệ tử vong do NMCTC.

5. Phân suất tổng máu thất trái (chỉ số EF) giảm < 49% là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng, liên quan tới tăng tỷ lệ NMCTC có biến chứng.

6. Các yếu tố tăng creatinin máu, tăng bạch cầu > 9 Giga/l, rối loạn nhịp tim nguy hiểm, không được can thiệp ĐMV là những yếu tố nguy liên quan, ảnh hưởng chặt chẽ với tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân NMCTC

7. Thang điểm  $TIMI \geq 8$  và  $GRACE > 140$  là yếu tố nguy cơ ảnh hưởng, liên quan tới tăng tỷ lệ NMCT cấp có biến chứng và tăng tỷ lệ tử vong.

## ABSTRACT

**Study the clinical and subclinical characteristics of patients with acute myocardial infarction that have been treated in the Thanh Hoa provincial hospital**

**Objective:** The study conducted on 102 patients (pts) with acute myocardial infarction (AMI) divided into 2 groups uncomplicated (60pts) and complications (42pts) were treated in Thanh Hoa province hospital from July of 2012 to Jul of 2013.

**Research Methods:** The study of the crossing clinical describes, selective, prospective 100%, with a control group, comparison between the 2 groups .

**Results:** The risk factors related to the prognosis of acute myocardial infarction: 1. Age over 70 mortality in acute myocardial infarction (AMI) very high (56.86%). No difference in mortality rates between men and women in AMI. 2. The factors such as hypertension, type 2 diabetes, metabolic syndrome is risk factors that influenced, strongly linked to the proportion of AMI. 3. Systolic blood pressure < 90 mmHg and heart rate > 100 beat/min at hospital admission was 2 risk factors have affected, involving very high mortality rates in AMI. 4. Heart failure of Killip III-IV level was very high risk factors affecting, in relation to mortality due AMI. 5. Left ventricular ejection fraction (EF index) decreased < 49% of the risk factors affecting, in relation to the increased proportion of AMI of complications. 6. Factors such as blood creatinine increased, leukocytosis > 9 Giga/l, dangerous cardiac arrhythmia, non coronary intervention is risk factors involved, closely affect mortality in patients of AMI. 7. Scoring TIMI  $\geq$  8 and Scoring GRACE > 140 is risk factors influence, related to AMI increased rate of complications and increased mortality.

**Keywords:** Acute Myocardial Infarction(AMI), Patients(pts), Cardiac Arrhythmias, Coronary Heart Disease, Thanh Hoa Province Hospital, atrial extrasystoles, ventricular extrasystoles, Ventricular hypokinesia and Akinesia, coronary percutaneous intervention.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Bảng (2002)**, “Nghiên cứu khả năng dự đoán vị trí tổn thương động mạch vành bằng điện tâm đồ ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp”, Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú Bệnh viện, Hà Nội.
2. **Nguyễn Thị Dung và cs (2002)**, “Nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng từ năm 1997-2000”, Tạp chí Tim mạch học, 29 (Phụ san đặc biệt 2- Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học), Tr 248-263.
3. **De Araujo GP, et al (2005)** “TIMI, PURSUIT and GRACE risk scores: sustained prognostic value and interaction with revascularization in NSTEMI-ACS”, Eur HeartJ, 26 (9, 865 – 872).
4. **Hani Jneid, MD, FACC, FAHA et al (2012)** 2012 ACCF/AHA Focussed Update of The Guidelines for the management of patients with unstable angina/non-ST-elevation myocardial Infarction (Updating the 2007 Guideline and Replacing the 2011 Focused Update): a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on practice Guidelines. *J Am Coll Cardiol*.2012;60(7):645-681.doi:10.1016/j.jacc.2012.06.004.
5. **Tường Thị Hồng Hạnh, Phạm Gia Khải (2000)**, “Đánh giá chức năng tâm thu tâm thất trái ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp bằng siêu âm tim”, Tạp chí Tim mạch học, 21 (Phụ san đặc biệt 2- Kỷ yếu toàn văn về các đề tài khoa học), Tr. 648-655.
6. **Lê Thị thanh Hằng (2010)** “Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng và các yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim cấp ở nữ giới” Luận án Tiến sỹ Y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
7. **Phạm Mạnh Hùng (2005)**, “Các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch” Tạp chí Tim mạch học Việt Nam, (40), tr 103-104.
8. **Nguyễn Quang Tuấn (2011)**, “Can thiệp động mạch vành qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp”, Nhà xuất bản Y học, 201-224.
9. **Nguyễn Lâm Việt (2006)**, “Siêu âm trong nhồi máu cơ tim”, Bài giảng siêu âm- Doppler tim, tr. 167 -194.