

# NHẬN XÉT ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA XANH-PÔN NĂM 2025

Nguyễn Văn Triệu<sup>1\*</sup>, Nguyễn Trung Vũ<sup>1</sup>  
 Dương Tường An<sup>1</sup>, Phạm Đình Thương Huyền<sup>1</sup>  
 Nguyễn Thị Mỹ Duyên<sup>1</sup>, Khiếu Diễm Quỳnh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp.

**Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu 106 người bệnh chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim cấp, điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn, năm 2025. Thu thập số liệu từ hồ sơ bệnh án và phân tích bằng phần mềm SPSS 28. Phân độ bệnh theo Killip.

**Kết quả:** Chủ yếu người bệnh  $\geq 60$  tuổi (81,13%), là nam giới (60,35%). Các yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp (76,42%), đái tháo đường (46,23%) và rối loạn lipid máu (42,45%). Biểu hiện lâm sàng có xu hướng không điển hình, với đau ngực trái (49,06%), tính chất đau âm ỉ (48,11%) hoặc nóng rát (46,23%), khó thở đi kèm (67,92%). Cận lâm sàng thấy 76,42% người bệnh nhồi máu cơ tim không có ST chênh; 88,46% trường hợp xét nghiệm lặp lại thấy Troponin T siêu nhạy tăng động học; 82,46% người bệnh có siêu âm tim thấy chức năng thất trái bảo tồn. 83,02% người bệnh phân loại Killip I-II.

**Kết luận:** Người bệnh nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn chủ yếu là người cao tuổi, có bệnh đồng mắc tăng huyết áp, đái tháo đường và rối loạn lipid máu. Tỷ lệ nhồi máu cơ tim không có ST chênh cao và biểu hiện lâm sàng không điển hình. Cần phối hợp điện tâm đồ, động học Troponin T siêu nhạy, siêu âm tim và phân tầng nguy cơ trong thực hành cấp cứu tim mạch.

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, Troponin T siêu nhạy, Bệnh viện Đa khoa Xanh - Pôn.

## CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION TREATED AT SAINT PAUL GENERAL HOSPITAL

### ABSTRACT

**Objectives:** To describe the clinical and paraclinical characteristics of patients with acute myocardial infarction.

**Subjects and methods:** A retrospective descriptive study was conducted among 106 patients with a confirmed diagnosis of acute myocardial infarction who were admitted to the Department of Cardiology, Saint Paul General Hospital, in 2025. Data were collected from medical records and analyzed using SPSS version 28. Disease severity was classified according to the Killip classification.

**Results:** Most patients were aged  $\geq 60$  years (81.13%) and were male (60.35%). The most common risk factors were hypertension (76.42%), diabetes mellitus (46.23%), and dyslipidemia (42.45%). Clinical manifestations tended to be atypical, including left-sided chest pain (49.06%), dull pain (48.11%) or burning pain (46.23%), and concomitant dyspnea (67.92%). Paraclinical findings showed that 76.42% of patients had non-ST-segment elevation myocardial infarction; 88.46% of cases with repeated testing showed a dynamic increase in high-sensitivity Troponin T; 82.46% had preserved left ventricular function on echocardiography. Overall, 83.02% of patients were classified as Killip class I-II.

**Conclusions:** Patients with acute myocardial infarction treated at Saint Paul General Hospital were predominantly elderly and had high rates of comorbid hypertension, diabetes mellitus, and dyslipidemia. The proportion of non-ST-segment elevation myocardial infarction was high, and clinical manifestations were atypical. In cardiovascular emergency practice, electrocardiography, serial high-sensitivity Troponin T assessment, echocardiography, and risk stratification should be combined.

**Keywords:** Acute myocardial infarction, high-sensitivity Troponin T, Saint Paul General Hospital.

Chịu trách nhiệm nội dung: Nguyễn Văn Triệu, Email: [trieunv@dainam.edu.vn](mailto:trieunv@dainam.edu.vn)

Ngày nhận bài: 22/5/2026; mời phản biện khoa học: 5/2026; chấp nhận đăng: 25/6/2026

<sup>1</sup>Trường Đại học Đại Nam.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch hiện vẫn là nguyên nhân bệnh lí gây tử vong hàng đầu trên thế giới. Theo thống kê của Tổ chức Y tế thế giới (WHO), năm 2022, trên toàn cầu có xấp xỉ 19,8 triệu người tử vong do bệnh tim mạch, chiếm gần 32% các trường hợp tử vong; trong đó, 85% tử vong liên quan đến nhồi máu cơ tim (NMCT) và đột quy [1].

NMCT cấp là một cấp cứu nội khoa tim mạch thường gặp, có nguy cơ tử vong và biến chứng cao nếu chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và tái tưới máu không được thực hiện kịp thời. Trong thực hành lâm sàng hiện nay, cách tiếp cận hội chứng vành cấp đã thay đổi đáng kể nhờ sự phổ biến của xét nghiệm Troponin tim siêu nhạy (high-sensitivity cardiac Troponin T: Hs-cTnT), các thuật toán chẩn đoán sớm, siêu âm tim tại giường và chiến lược can thiệp mạch vành theo phân tầng nguy cơ. Khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu (ESC) năm 2023 nhấn mạnh việc tiếp cận hội chứng vành cấp như một phổ bệnh liên tục, bao gồm cả NMCT có ST chênh lên (STEMI) và không ST chênh lên (NSTEMI), nhằm tránh bỏ sót các trường hợp nguy cơ cao [2]. Theo định nghĩa toàn cầu lần thứ tư, chẩn đoán NMCT cần có tổn thương cơ tim cấp với biến thiên Troponin và bằng chứng thiếu máu cơ tim cục bộ trên lâm sàng, điện tâm đồ hoặc hình ảnh học [3].

Tại Việt Nam, cùng với quá trình già hóa dân số, đô thị hóa và sự phổ biến của các yếu tố nguy cơ tim mạch (như tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá...), số lượng người mắc bệnh mạch vành ngày càng gia tăng. Vì vậy, nhận diện sớm, điều trị kịp thời là yếu tố có ý nghĩa hết sức quan trọng. Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp của Bộ Y tế nước ta cũng đã nhấn mạnh vai trò của nhận diện sớm triệu chứng, điện tâm đồ 12 chuyển đạo, xét nghiệm dấu ấn sinh học cơ tim và phân tầng nguy cơ để quyết định chiến lược điều trị [4]. Tuy nhiên, biểu hiện lâm sàng của NMCT cấp ở người cao tuổi và người bệnh (NB) đái tháo đường có thể không điển hình (như đau ngực thầm lặng hoặc khó thở đơn độc), khiến chẩn đoán ban đầu khó khăn.

Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn là bệnh viện đa khoa hạng I của thành phố Hà Nội; đã tiếp nhận cấp cứu, điều trị thành công nhiều NB mắc các bệnh lí tim mạch, nhất là NMCT cấp. Việc mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở NB NMCT cấp tại Bệnh viện có ý nghĩa quan trọng trong việc xây dựng cơ sở dữ liệu, tối ưu hóa quy trình tiếp cận, giảm bỏ sót chẩn đoán, cải thiện phân tầng nguy cơ ban đầu và định hướng điều trị.

Từ thực tế trên, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở NB NMCT cấp, điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn, năm 2025.

## 2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

106 NB có chẩn đoán xác định NMCT, điều trị nội trú tại Khoa Nội tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn, từ ngày 01/01/2025-31/12/2025.

Loại trừ NB có hồ sơ không đủ thông tin phục vụ nghiên cứu; NB chuyển viện trong 24 giờ đầu, chưa hoàn tất đánh giá chẩn đoán; NB mắc kèm bệnh lí ác tính hoặc bệnh mạn tính nặng có thể làm sai lệch diễn giải kết quả; NB hoặc người thân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả, hồi cứu. Chẩn đoán xác định NMCT cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Bộ Y tế Việt Nam năm 2019 [4] và đồng thuận toàn cầu lần thứ 4 của Hiệp hội Tim mạch châu Âu (ESC) 2023 [2].

- Cỡ mẫu và chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, lấy toàn bộ hồ sơ bệnh án đủ tiêu chuẩn trong thời gian nghiên cứu. Tổng số mẫu nghiên cứu được đưa vào phân tích là 106.

- Biến số nghiên cứu:

+ Đặc điểm NB nghiên cứu: tuổi, giới tính, yếu tố nguy cơ tim mạch, tiền sử bệnh tim mạch.

+ Đặc điểm lâm sàng: vị trí và tính chất đau ngực, hướng lan, triệu chứng đi kèm, phân độ NMCT cấp lúc nhập viện theo Killip [2, 4].

+ Đặc điểm cận lâm sàng: điện tâm đồ (phân loại STEMI/NSTEMI); nồng độ Hs-cTnT lúc nhập viện và sau đó 1-2 giờ; phân suất tống máu thất trái trên siêu âm tim; một số chỉ số sinh hóa, huyết học thời điểm nhập viện.

- Đạo đức: nghiên cứu sử dụng số liệu hồi cứu từ hồ sơ bệnh án, không can thiệp vào quá trình điều trị. Thông tin cá nhân NB được mã hóa và chỉ sử dụng cho mục đích khoa học. Đề tài đã thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Đại Nam và được sự đồng ý của Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn. Nghiên cứu không liên quan đến tổ chức hoặc cá nhân có khả năng ảnh hưởng đến kết quả và diễn giải nghiên cứu. Nhóm tác giả không có xung đột lợi ích trong nghiên cứu.

- Xử lí số liệu: dữ liệu thu thập từ bệnh án giấy và bệnh án điện tử bằng phiếu thu thập thống nhất, làm sạch và phân tích bằng phần mềm SPSS 28.0. Biến định tính trình bày bằng tần số và tỉ lệ phần trăm; biến định lượng trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**Bảng 1. Đặc điểm chung NB nghiên cứu**

Đặc điểm		Số NB (n = 106)	Tỉ lệ (%)
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	20	18,87
	≥ 60 tuổi	86	81,13
Giới tính	Nam giới	64	60,35
	Nữ giới	42	39,65
Yếu tố nguy cơ	Tăng huyết áp	81	76,42
	Đái tháo đường	49	46,23
	Rối loạn lipid máu	45	42,45
	Hút thuốc lá	21	19,81
	Bệnh thận mạn	21	19,81
Tiền sử tim mạch	Nhồi máu cơ tim cũ	15	14,15
	Can thiệp mạch vành qua da	12	11,32

Đa số NB từ 60 tuổi trở lên (81,13%), là nam giới (60,35%). Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp (76,42%), tiếp theo là đái tháo đường (46,23%) và rối loạn lipid máu (42,45%). Có 14,15% NB NMCT cũ và 11,32% NB đã can thiệp mạch vành qua da.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng NB NMCT cấp**

Đặc điểm lâm sàng		Số NB (n = 106)	Tỉ lệ (%)
Vị trí đau chính	Ngực trái	52	49,06
	Sau xương ức	28	26,42
	Vị trí khác (thượng vị, hạ sườn, ngực phải)	26	24,52
Hướng lan	Không lan	51	48,11
	Lan lên vai/cằm/tay trái	38	35,85
	Hướng lan khác	17	16,04
Tính chất đau	Âm ỉ	51	48,11
	Nóng rát	49	46,23
	Đè nặng/bóp nghẹt/dao đâm	6	5,66
Triệu chứng đi kèm	Khó thở	72	67,92
	Vã mồ hôi	26	24,53
	Hồi hộp/đánh trống ngực/khác	8	7,55

Vị trí đau thường gặp nhất là đau ngực trái (49,06%). Đáng chú ý, tính chất đau âm ỉ hoặc nóng rát chiếm tỉ lệ cao, trong khi đau kiểu đè nặng/bóp nghẹt điển hình chiếm tỉ lệ thấp. Khó thở là triệu chứng đi kèm thường gặp nhất.

**Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng**

Đặc điểm		Kết quả
Điện tâm đồ (n = 106)	NSTEMI	81 (76,42)
	STEMI	25 (23,58)
Hs-cTnT tăng động học ở mẫu 2 (n = 78)		69 (88,46)
Phân suất tổng máu thất trái (n = 57)	≥ 50%	47 (82,46)
	40-49%	4 (7,02)
	< 40%	6 (10,53)
	$\bar{X} \pm SD$ (%)	61,00 ± 13,64
Hs-cTnT (ng/L) ( $\bar{X} \pm SD$ )	Nhập viện	552,91 ± 1.988,00
	Sau 1-2 giờ	1.249,21 ± 2.165,93
Glucose máu (mmol/L)		10,91 ± 7,06
Creatinin máu (μmol/L)		113,74 ± 94,03
Pro-BNP máu (pg/ml)		2441,1 ± 6711,2

Đa số NB NMCT cấp không có ST chênh lên (NSTEMI: 76,42%); có phân suất tổng máu thất trái ≥ 50% (bảo tồn: 82,46%) và có nồng độ Hs-cTnT tăng động học ở mẫu 2 (88,46%). NB có nồng độ Hs-cTnT tăng rõ sau 1-2 giờ nhập viện, với giá trị trung bình là 1.249,21 ± 2.165,93 ng/L. Glucose máu trung bình lúc nhập viện tăng (10,91 ± 7,06 mmol/L). Phân suất tổng máu thất trái trung bình còn bảo tồn (61,00 ± 13,64%).

**Bảng 4. Phân bố mức độ NMCT cấp theo Killip thời điểm nhập viện**

Phân độ Killip	Số NB (n = 106)	Tỉ lệ (%)
Killip I	64	60,38
Killip II	24	22,64
Killip III	10	9,43
Killip IV	8	7,55

Hay gặp nhất là NB có NMCT cấp phân độ Killip I (60,38%), tiếp đến là phân độ Killip II (22,64%), phân độ Killip III (9,43%), ít gặp nhất là phân độ Killip IV (7,55%).

### 4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu thực hiện trên 106 NB NMCT cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn cho thấy đặc điểm chung đáng chú ý: đa số NB từ 60 tuổi trở lên (81,13%), là nam giới (60,35%), có các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp (76,42%), đái tháo đường (46,23%) và rối loạn lipid máu (42,45%). Các kết quả này có ý nghĩa thực hành quan trọng đối với tiếp cận ban đầu NB nghi ngờ hội chứng vành cấp tại các bệnh viện đa khoa.

Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp ở NB trong nghiên cứu này thấp hơn so với nghiên cứu của Ong Văn

Phát [5] (85,9%) và Huỳnh Trung Cang (86,6%) [6], song vẫn cho thấy tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ nổi bật nhất. Ngược lại, tỉ lệ đái tháo đường trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn rõ rệt so với Ong Văn Phát (28,9%) [5] và Huỳnh Trung Cang [6] (21,9%). Khác biệt này có thể liên quan đến đặc điểm cộng đồng dân cư trên địa bàn nghiên cứu (Hà Nội là đô thị có tỉ lệ lớn người cao tuổi, đồng thời có xu hướng gia tăng bệnh chuyển hóa). Đái tháo đường có thể làm tăng nguy cơ tổn thương nội mạc, viêm mạn tính, rối loạn chức năng vi mạch và bệnh lí thần kinh tự chủ tim. Do đó, có thể góp phần làm triệu chứng đau ngực kém điển hình hơn.

Về lâm sàng, vị trí đau thường gặp nhất là đau ngực trái (49,06%), tiếp theo là đau sau xương ức (26,42%), vùng thượng vị, hạ sườn hoặc ngực phải (24,52%). Đau có tính chất âm ỉ (48,11%) và nóng rát (46,23%) chiếm tỉ lệ cao, trong khi đau kiểu đè nặng, bóp nghẹt hoặc dao đâm chỉ chiếm 5,66%. Kết quả này khác với nghiên cứu của Ong Văn Phát [5] (80,5% đau ngực điển hình), Nguyễn Thị Mai Ly [7] (43,1% đau ngực điển hình). Tỉ lệ NB đau ngực không điển hình tương đối cao trong nghiên cứu này có thể do đa số NB là người cao tuổi và có tỉ lệ đái tháo đường cao. Đây là hai nhóm NB có cảm giác đau mờ nhạt, vị trí đau không điển hình hoặc biểu hiện bằng khó thở, mệt, vã mồ hôi, rối loạn tiêu hóa...

Khó thở là triệu chứng đi kèm gặp nhất trong nghiên cứu này (67,92%), gần tương đương với nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Ly (75,9%) [7]. Khó thở trong NMCT cấp có thể là hậu quả của tăng áp lực ổ đày thất trái, rối loạn thư giãn thất trái do thiếu máu cơ tim cấp, suy tim cấp hoặc bệnh nền tim phổi kèm theo. Đặc biệt, ở người cao tuổi và NB đái tháo đường, khó thở cần được xem là triệu chứng tương đương đau thất ngực, không nên chỉ dựa vào đau ngực điển hình để sàng lọc NMCT cấp. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Hồng Nguyên [8] trên NB STEMI nhập viện muộn tại Bệnh viện Quân y 103 và Viện Tim mạch Việt Nam (nhóm nhập viện muộn có tỉ lệ đau thất ngực không điển hình cao hơn và nồng độ Troponin, NT-proBNP cao hơn).

Trên điện tâm đồ, tỉ lệ NB NSTEMI chiếm 76,42%; cao hơn các nghiên cứu của Ong Văn Phát [5] (62,5%), Huỳnh Trung Cang [6] (44,5%) và Nguyen H.L [9] (gần 64% NB NMCT có STEMI). Điều này có thể do khác biệt về thiết kế nghiên cứu, thời điểm thu thập số liệu, tiêu chuẩn lựa chọn NB và đặc điểm tuyển tiếp nhận (trên địa bàn đô thị, thường có nhiều NB cao tuổi, bệnh mạch vành nhiều nhánh, tổn thương không tắc hoàn toàn hoặc biểu hiện muộn hơn). Mặt khác, xét nghiệm Hs-cTnT làm tăng khả năng phát hiện NB có NSTEMI biến đổi điện tâm đồ

kin đáo. Tuy nhiên, tỉ lệ NSTEMI cao không đồng nghĩa với nguy cơ NMCT thấp. Theo nghiên cứu của Lê Kim Tuyền [10] trên 197 NB NSTEMI, thấy 39% NB có tắc hoàn toàn động mạch vành; đồng thời, các dấu hiệu điện tâm đồ đặc hiệu có giá trị dự đoán tình trạng tắc nghẽn. Do đó, việc đánh giá nguy cơ và chỉ định chiến lược điều trị cần dựa trên tổng thể biểu hiện lâm sàng, biến đổi điện tâm đồ, động học men tim và các thang điểm tiên lượng thay vì chỉ dựa vào STEMI hay NSTEMI.

Nồng độ Hs-cTnT trung bình lúc nhập viện là  $552,91 \pm 1.988,00$  ng/L và tăng lên  $1.249,21 \pm 2.165,93$  ng/L sau 1-2 giờ; 88,46% NB có tăng động học ở mẫu 2. Kết quả này phù hợp với định nghĩa toàn cầu lần thứ tư về NMCT, trong đó, sự tăng hoặc giảm động học Troponin trên ngưỡng bách phân vị 99, kết hợp bằng chứng thiếu máu cơ tim là nền tảng chẩn đoán [3]. Nghiên cứu của Nguyễn Thị Mai Ly [7] thấy nồng độ Troponin T trung bình là  $4.513,55 \pm 10.160,47$  ng/L (cao hơn so với nghiên cứu này). Sự khác biệt này có thể do Nguyễn Thị Mai Ly tập trung nghiên cứu nhóm NB can thiệp mạch vành trong 48 giờ đầu, thường có tải lượng hoại tử cơ tim lớn hơn hoặc tiêu chuẩn chọn mẫu thiên về ca can thiệp; trong khi nghiên cứu này bao gồm tỉ lệ NSTEMI cao và nhiều NB có phân suất tổng máu thất trái bảo tồn.

Nồng độ glucose máu lúc NB nhập viện trung bình là  $10,91 \pm 7,06$  mmol/L. Giá trị này phản ánh hiện tượng tăng glucose máu do đáp ứng stress trong giai đoạn cấp của NMCT. Các nghiên cứu quốc tế cho thấy tăng glucose máu lúc nhập viện có liên quan với biến cố bất lợi và tử vong ngắn hạn ở NB NMCT, nhất là các trường hợp không được nhận diện và kiểm soát phù hợp [11].

Về siêu âm tim, phân suất tổng máu thất trái trung bình đạt  $61,00 \pm 13,64\%$  và 82,46% NB có phân suất tổng máu thất trái bảo tồn trong số NB có siêu âm tim. Tỉ lệ phân suất tổng máu thất trái bảo tồn cao phù hợp với tỉ lệ NSTEMI cao và có thể gợi ý nhiều NB được phát hiện khi tổn thương cơ tim chưa ảnh hưởng rõ đến chức năng tâm thu toàn bộ. Tuy nhiên, phân suất tổng máu thất trái bảo tồn không loại trừ rối loạn vận động vùng hoặc rối loạn chức năng tâm trương. Nghiên cứu của Ong Văn Phát [5] ghi nhận 22,7% NB có rối loạn vận động vùng và 33,6% NB có rối loạn chức năng tâm trương.

Thời điểm NB nhập viện, phân độ NMCT cấp theo Killip có 83,02% NB Killip I-II (cho thấy phần lớn chưa có suy tim nặng); 16,98% NB Killip III-IV. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Trung Cang [6] (Killip IV: 4,3%). Khác biệt này có thể do mẫu nghiên cứu hiện tại có tỉ lệ lớn NB cao tuổi,

có nhiều bệnh đồng mắc. Về lâm sàng, Killip vẫn là chỉ số đơn giản nhưng có giá trị tiên lượng cao, cần ghi nhận ngay từ thời điểm tiếp nhận NB. Bên cạnh Killip, thang điểm GRACE tích hợp tuổi, tần số tim, huyết áp tâm thu, creatinin, Killip, thay đổi ST, men tim và ngừng tim trước nhập viện, giúp dự báo nguy cơ tử vong hoặc NMCT tái phát trong hội chứng vành cấp [12].

Từ các so sánh trên, có thể thấy kết quả nghiên cứu này phù hợp với đặc điểm dịch tễ học của NMCT cấp trong nước, với ưu thế ở người cao tuổi, nam giới và người có tăng huyết áp. Tuy nhiên, tỉ lệ đái tháo đường, NSTEMI và các biểu hiện lâm sàng không điển hình tương đối cao, cho thấy cần tiếp cận chẩn đoán dựa trên sự kết hợp giữa triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ, Troponin tim độ nhạy cao, siêu âm tim và các công cụ phân tầng nguy cơ, thay vì chỉ dựa vào đau ngực điển hình.

Nghiên cứu có một số hạn chế như thiết kế hồi cứu, thực hiện tại một trung tâm với cỡ mẫu còn hạn chế và dữ liệu cận lâm sàng chưa đầy đủ ở tất cả NB. Ngoài ra, nghiên cứu chưa đánh giá các yếu tố như thời gian khởi phát triệu chứng, điều trị tái tưới máu và kết quả lâm sàng. Các nghiên cứu tiếp theo nên thực hiện theo thiết kế tiền cứu, đa trung tâm với thời gian theo dõi dài hơn để đánh giá toàn diện hơn đặc điểm và tiên lượng của NB NMCT cấp.

## 5. KẾT LUẬN

Người bệnh nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại Bệnh viện Đa khoa Xanh-Pôn năm 2025 đa số  $\geq 60$  tuổi (81,13%), là nam giới (60,35%), có các yếu tố nguy cơ tăng huyết áp (76,42%), đái tháo đường (46,23%), rối loạn lipid máu (42,45%). Biểu hiện lâm sàng có xu hướng không điển hình, với đau ngực trái (49,06%), tính chất đau âm ỉ (48,11%) hoặc nóng rát (46,23%), kèm theo khó thở (67,92%). Cận lâm sàng có nhồi máu cơ tim NSTEMI chiếm ưu thế (76,42%); 88,46% trường hợp xét nghiệm lặp lại thấy Hs-cTnT tăng động học; 82,46% người bệnh có siêu âm tim thấy chức năng thất trái bảo tồn. 83,02% người bệnh Killip I-II và 16,98% người bệnh Killip III-IV. Kết quả nghiên cứu này nhấn mạnh cần tiếp cận người bệnh nghi ngờ nhồi máu cơ tim cấp theo hướng tích hợp lâm sàng, điện tâm đồ, động học Troponin T siêu nhạy, siêu âm tim và phân tầng nguy cơ, đặc biệt ở người cao tuổi, người bệnh đái tháo đường và người bệnh có biểu hiện không điển hình.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. World Health Organization, *Cardiovascular diseases (CVDs)*, WHO fact sheet, 2025.

2. Byrne R.A, Rossello X, Coughlan J.J, et al., "2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes", *European Heart Journal*, 44 (38): pp. 3720-3826, 2023.
3. Thygesen K, Alpert J.S, Jaffe A.S, et al., "Fourth universal definition of myocardial infarction", *Journal of the American College of Cardiology*, 72 (18): pp. 2231-2264, 2018.
4. Bộ Y tế, *Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp*, Quyết định số 2187/QĐ-BYT ngày 03/6/2019.
5. Ong Văn Phát, Phạm Thanh Phong, Phạm Thị Ngọc Nga, "Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng NB NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2022-2024", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 539 (2), tr. 226-231, 2024.
6. Huỳnh Trung Cang, Nguyễn Hồ Song Hào, Lê Minh Khôi, Nguyễn Hữu Chương, "Một số đặc điểm NB NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ theo thể trạng thừa cân béo phì", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 557 (2), 2025.
7. Nguyễn Thị Mai Ly, Dương Đình Quý, Bùi Khắc Cường, "Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở NB NMCT cấp được can thiệp mạch vành trong vòng 48 giờ đầu", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 548 (3), tr. 144-148, 2025;
8. Nguyen Hong Nguyen, Nguyen Duy Toan, Luong Cong Thuc, "Study on clinical, paraclinical, and electrocardiographic characteristics in patients with late STEMI", *Journal of Military Pharmacomedicine*, 49 (3): pp. 177-186, 2024.
9. Nguyen H.L, Bui Q.T, Tran H.V, et al., "Characteristics, in-hospital management, and complications of acute myocardial infarction in northern and Central Vietnam", *International Journal of Cardiology*, 364: pp. 133-138, 2022.
10. Lê Kim Tuyền, Nguyễn Hoàng Minh, "Giá trị của các dấu hiệu điện tâm đồ trong dự đoán tắc nghẽn hoàn toàn động mạch vành ở NB NMCT cấp không ST chênh lên", *Tạp chí Y học Việt Nam*, 547 (2), tr. 319-323, 2025.
11. Alkatiri AH, Huwae LB, Azizi MS, et al., "Stress hyperglycemia and poor outcomes in patients with STEMI: a systematic review and meta-analysis", *Frontiers in Cardiovascular Medicine*, 11: 1303685, 2024.
12. Fox KAA, Dabbous OH, Goldberg RJ, et al., "Prediction of risk of death and myocardial infarction in the six months after presentation with acute coronary syndrome: prospective multinational observational study (GRACE)", *BMJ*, 333: p. 1091, 2006. □