

- "The global burden of chronic kidney disease", *The Lancet*, 395 (10225), p.662-664
3. **Nguyễn Thị Xuyên** (2015), "Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận-tiết niệu", Bộ Y tế, tr. 129-138.
 4. **Charmaine E. Lok** (2006), "Risk Equation Determining Unsuccessful Cannulation Events and Failure to Maturation in Arteriovenous Fistulas", (*REDUCE FTM I*). *J Am Soc Nephro*. 17: 3204-3212.
 5. **Nguyễn Sanh Tùng** (2009), "Kích thích miêng nổi và lưu lượng trở về trong nổi thông động tĩnh mạch ở cổ tay để thay thân nhân tạo chu kỳ", *Y học thực hành*, số 12, trang 25-29.
 6. **Ngô Quý Châu và cộng sự** (2018), *Bệnh học nội khoa*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
 7. **Nguyễn Trường Sơn** (2019), "Hướng dẫn chẩn đoán, điều trị và quản lý một số bệnh không lây nhiễm tại trạm y tế xã", Bộ Y tế, tr. 2
 8. **Hradec J., Vitovec J., Spinar J.** (2013), "Summary of the ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. Prepared by the Czech Society of Cardiology", *Coretvasa*, 55 (2013), pp. 25-40.
 9. **Nguyễn Thị Kim Tiên** (2018), "Quy định thống nhất giá dịch vụ khám bệnh, chữa bệnh bảo hiểm y tế giữa các bệnh viện cùng hạng trên toàn quốc và hướng dẫn áp dụng giá, thanh toán chi phí khám bệnh, chữa bệnh trong một số trường hợp do bộ trưởng bộ y tế ban hành", Bộ Y tế, tr. 11.

SO SÁNH TỶ LỆ KẾT CỤC NỘI VIỆN VÀ CÁC YẾU TỐ DỰ ĐOÁN Ở BỆNH NHÂN NAM VÀ NỮ MẮC HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Phan Thái Hảo¹, Nguyễn Hoàng Hải², Nguyễn Huỳnh Nhân¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phụ nữ với các đặc điểm về sinh lý và giải phẫu của mình, đang ngày càng phải đối mặt với nguy cơ mắc bệnh lí tim mạch. So với nam, phụ nữ mắc hội chứng vành cấp thường có nhiều bệnh kèm theo, triệu chứng ít điển hình và thường nhập viện muộn hơn. Hiện nay, vẫn còn rất ít đề tài so sánh các đặc điểm triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở nam và nữ mắc hội chứng vành cấp tìm những yếu tố liên quan và yếu tố dự báo nào ảnh hưởng đến kết cục nội viện và sự khác biệt giữa hai giới. **Mục tiêu:** So sánh đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục nội viện và các yếu tố dự đoán kết cục nội viện giữa bệnh nhân nam và nữ mắc hội chứng vành cấp. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu và tiến cứu thực hiện trên 213 bệnh nhân mắc hội chứng vành cấp nhập viện và điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 – 09/2025. **Kết quả:** tuổi trung bình là 63,14 ± 12,3, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 65,7%. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là bệnh nền phổ biến nhất. Thời gian từ khi khởi phát triệu chứng đến khi vào viện ở nam giới là 9 giờ sớm hơn nữ giới (17 giờ). Clopidogrel là lựa chọn chiếm ưu thế ở nữ 82,2%, ở nam sử dụng Ticagrelor (53,6%), Clopidogrel (55,7%). Biến cố tim mạch nội viện xảy ra ở 23% bệnh nhân, tỷ lệ tử vong, suy tim cấp và choáng tim ở nữ đều cao hơn. Phân tích đa biến yếu tố dự đoán kết cục nội viện ở nam giới ghi nhận 3 yếu tố: huyết áp tâm thu, chỉ số phân suất tống máu, sử dụng lợi tiểu quai, nữ giới có các yếu tố là tiền sử đái tháo đường, tần số tim khi nhập viện. **Kết luận:** Nữ giới nhận được chiến lược xâm lấn

ít tích cực hơn, tỉ lệ được chụp và can thiệp tái thông mạch vành thấp hơn. Yếu tố dự báo kết cục nội viện ở nam giới cho thấy sự cần thiết quản lý mức độ nặng của triệu chứng lâm sàng, còn ở nữ giới, các yếu tố bệnh nền như đái tháo đường có vai trò quyết định.

Từ khóa: hội chứng vành cấp, kết cục nội viện, nam và nữ.

SUMMARY

SEX-BASED DIFFERENCES IN IN-HOSPITAL OUTCOMES AND PREDICTORS AMONG PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME

Background: Women's distinct physiological and anatomical features are linked to a rising burden of cardiovascular disease. Compared with men, women with acute coronary syndromes more often have multiple comorbidities, present with atypical symptoms, and tend to arrive later to hospital. Evidence directly comparing clinical and subclinical characteristics by sex, identifying associated factors, and determining sex-specific predictors of in-hospital outcomes remains limited. **Objectives:** To compare clinical and subclinical features, in-hospital outcomes, and predictors of in-hospital outcomes between men and women with acute coronary syndrome (ACS). **Methods:** We conducted a prospective and retrospective cohort study of 213 ACS patients admitted to and treated in the Interventional Cardiology Department of Gia Dinh People's Hospital from March to September 2025 who met inclusion and exclusion criteria. **Results:** Mean age was 63.14 ± 12.3 years; 65.7% were men. Dyslipidemia and hypertension were the most common comorbidities. Time from symptom onset to admission was shorter in men (9 hours) than in women (17 hours). Clopidogrel predominated in women (82.2%), while in men ticagrelor (53.6%) was used at a rate similar to clopidogrel (55.7%). Major adverse cardiovascular events occurred in 23% of patients. Mortality, acute heart failure, and cardiogenic shock were all higher in women. In multivariable analysis, predictors of in-

¹Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

²Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Phan Thái Hảo

Email: haopt@pnt.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 25.11.2025

hospital outcomes in men were systolic blood pressure, ejection fraction, and loop-diuretic use; in women, independent predictors were a history of diabetes mellitus and admission heart rate. **Conclusion:** Women received less aggressive invasive strategies, reflected by lower rates of coronary angiography and revascularization. In men, predictors emphasize control of clinical severity, whereas in women, comorbid conditions—particularly diabetes mellitus—play a decisive role.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng vành cấp là thuật ngữ đề cập đến bất kỳ biểu hiện lâm sàng nào có liên quan đến biến cố tổn thương động mạch vành có tính chất cấp tính, mô tả tất cả người bệnh có biểu hiện thiếu máu cơ tim cấp tính, trong đó bao gồm đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên và nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.¹ Trong đó phụ nữ, với các đặc điểm về sinh lý và giải phẫu của mình, đang ngày càng phải đối mặt với nguy cơ mắc bệnh lí tim mạch. Tại Việt Nam, theo Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, phụ nữ có tỉ lệ nhập viện do hội chứng vành cấp bằng một nửa nam giới nhưng có tỉ lệ tử vong cao hơn nam giới (13% so với 4% ở nam). Cũng tại Viện tim mạch Quốc gia Việt Nam từ 2007-2008, trong số 23 bệnh nhân nữ có 7 bệnh nhân cần can thiệp mạch vành qua da cấp cứu kèm các yếu tố nguy cơ như đái tháo đường, tăng huyết áp, nghiên cứu cho thấy tuổi trung bình nữ giới có biến chứng cao hơn tuổi trung bình ở nam.² Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm tìm ra những yếu tố liên quan và yếu tố dự báo nào ảnh hưởng đến kết cục nội viện ở nam và nữ, từ đó xây dựng kế hoạch giảm thiểu các yếu tố nguy cơ, đặc biệt là các yếu tố có thể thay đổi được giúp giảm thiểu các kết cục tim mạch cho bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ, hồi cứu và tiến cứu.

Thời gian và địa điểm: Nghiên cứu được thực hiện tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện

Bảng 1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch của dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	Nam	Nữ	p
Tăng huyết áp	154 (72,3%)	97 (69,3%)	57 (78,1%)	0,173*
Đái tháo đường	56 (26,3%)	33 (23,6%)	32 (43,8%)	0,002*
Rối loạn lipid máu	183 (85,9%)	118 (84,3%)	65 (89%)	0,344*
Hút thuốc lá	46 (21,6%)	46 (32,9%)	0 (0%)	<0,001*
Béo phì	44 (20,7%)	31 (22,1%)	13 (17,8%)	0,458*
Bệnh mạch vành	31 (14,6%)	24 (17,1%)	7 (9,6%)	0,138*
Mãn kinh	72 (33,8%)		72 (98,6%)	

Chú thích: *Kiểm định Chi-square.

Nhận xét: Tiền căn đái tháo đường ở nữ giới cao hơn nam giới sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,002). Ngược lại, hút thuốc lá là yếu tố nguy cơ chỉ được ghi nhận ở nam giới sự khác biệt có ý

nhân dân Gia Định từ tháng 03/2025 – 09/2025

Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ≥ 18 tuổi được chẩn đoán hội chứng vành cấp nhập viện và điều trị tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện nhân dân Gia Định thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không phạm tiêu chuẩn loại trừ từ tháng 03/2025 – 09/2025.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng vành cấp có tiền căn phẫu thuật bắc cầu mạch vành trong vòng 6 tháng, nhồi máu não hoặc cơn thoáng thiếu máu não trong 1 năm, đang tổn thương thận cấp, bệnh thận mạn giai đoạn cuối hay đang lọc máu định kỳ, đang mắc các bệnh ung thư, đang bị nhiễm trùng cấp.

Thu thập dữ liệu: Ghi nhận các đặc điểm nhân khẩu học, yếu tố nguy cơ tim mạch, tiền sử bệnh lý, đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện, các chỉ số cận lâm sàng bao gồm troponin I hs, độ lọc cầu thận, cholesterol toàn phần, LDL-c, HDL-c, triglyceride, siêu âm tim, kiểu hình nhồi máu cơ tim, đặc điểm điều trị gồm điều trị thuốc và can thiệp mạch vành, các biến cố kết cục nội viện.

Phân tích thống kê: Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS. So sánh giữa các nhóm sử dụng kiểm định Chi bình phương, kiểm định Mann-Whitney U, phân tích hồi quy logistic đơn biến và đa biến. $P < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch chấp thuận theo giấy chứng nhận số 1149/TĐHYKPNT-HĐĐĐ ngày 01/10/2024 và bệnh viện Nhân dân Gia Định (75/NDGD- HĐĐĐ, ký ngày 09/05/2025).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung. Tổng cộng ghi nhận 213 bệnh nhân đưa vào phân tích. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $63,14 \pm 12,3$ tuổi, tuổi nhỏ nhất 28 và lớn nhất 96 tuổi, nhóm bệnh nhân < 65 tuổi chiếm 56,81%. Trong đó, giới nữ chiếm 34,27%. BMI trung bình là $23,17 \pm 3,17$ kg/m².

ngĩa thống kê cao (p<0,001).

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và điện tim lúc nhập viện ở dân số nghiên cứu.

Đặc điểm	Tổng	Nam	Nữ	p
Chẩn đoán				
- NMCTC ST chênh lên	124 (58,2%)	87 (62,1%)	37 (50,7%)	0,245*
- NMCTC không ST chênh lên	76 (35,7%)	46 (32,9%)	30 (41,1%)	
- Đau thắt ngực không ổn định	13 (6,1%)	7 (5%)	6 (8,2%)	
Phân độ Killip ≥II	21 (9,9%)	14 (10%)	7 (9,6%)	0,924*
Đau ngực điển hình	190 (89,2%)	125 (89,3%)	65 (89%)	0,767*
Thời gian nhập viện, TV (BPV)	9 (4-24)	9 (3-24)	17 (4,5 – 27)	0,196*
Đặc điểm vùng tổn thương				
- Thành trước	60 (48,4%)	42 (48,3%)	18 (48,6%)	0,97*
- Thành dưới	64 (51,6%)	45 (51,7%)	19 (51,4%)	
- Thành sau thực	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	

Chú thích: *Kiểm định Chi-square; NMCTC: nhồi máu cơ tim cấp

Nhận xét: không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai giới về kiểu hình nhồi máu cơ tim, phân độ Killip ≥ II lúc nhập viện, triệu chứng đau ngực điển hình, đặc điểm vùng tổn thương và thời gian từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi nhập viện.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng ở dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	Nam	Nữ	p
Độ lọc cầu thận, TV (BPV) (mL/phút/1,73m ²)	76,59 (60,88–88,06)	80,82 (66,17-90,13)	70,40 (50,24 – 81,83)	<0,001*
Troponin I hs lúc nhập viện, TV (BPV) (ng/L)	1208,6 (107,7 – 9364)	1373,5 (106,87–11212,42)	860,7 (107,7 – 4277,3)	0,382*
Cholesterol toàn phần, TV (BPV) (mg/dL)	4,77 (3,9 – 5,78)	4,81 (3,89 – 5,68)	4,53 (3,92 – 5,87)	0,978*
Triglycerid, TV (BPV) (mg/dL)	1,89(1,31-2,75)	1,94(1,33-2,91)	1,73(1,29-2,69)	0,209*
HDL-c, TV (BPV) (mg/dL)	0,97(0,83-1,15)	0,94(0,82-1,13)	0,97(0,86-1,18)	0,264*
LDL-c, TV (BPV) (mg/dL)	3,08(2,26-3,87)	3,08(2,17-3,8)	3,09(2,27-4,01)	0,546*
Phân suất tổng máu, TV (BPV) (%)	50(40,5-58,5)	50(41,25-59)	50(40-48)	0,727*
Giảm vận động vùng, n(%)	161 (75,6%)	106 (75,7%)	55 (75,3%)	0,952**
Rối loạn chức năng tâm trương thất trái, n(%)	87 (40,8%)	57 (40,7%)	30 (41,1%)	0,957**
Hẹp hở các van tim, n(%)	132 (62%)	79 (56,4%)	53 (72,6%)	0,021**
Giãn buồng tim, n(%)	52 (21,4%)	33 (23,6%)	19 (26%)	0,692**
Giảm chức năng tâm thu thất phải, n(%)	20 (9,4%)	11 (7,9%)	9 (12,3%)	0,288**
Dày đồng tâm thất trái, n(%)	28 (13,1%)	18 (12,9%)	10 (13,7%)	0,03**

Chú thích: *Kiểm định Mann-Whitney, **Kiểm định Chi-square, TV: trung vị, BPV: bách phân vị

Nhận xét: Độ lọc cầu thận lúc nhập viện ở nam cao hơn, ngược lại tỷ lệ hẹp hở các van tim và dày đồng tâm thất trái ở nữ giới cao hơn có ý nghĩa so với nam giới.

Bảng 4. Đặc điểm điều trị ở dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	Nam	Nữ	p
Số bệnh nhân được chụp mạch vành, n (%)	182 (85,4%)	129 (92,1%)	53 (72,6%)	<0,001*
Tái thông mạch vành, n (%)	158(74,2%)	116(82,9%)	42(57,5%)	<0,001*
Bệnh 1 nhánh mạch vành, n (%)	40 (18,8%)	29 (22,5%)	11 (20,8%)	0,692*
Bệnh 2 nhánh mạch vành, n (%)	40 (18,8%)	28 (21,7%)	12 (22,6%)	
Bệnh 3 nhánh mạch vành, n (%)	94 (44,1%)	66 (51,2%)	28 (52,8%)	
Không hẹp, n (%)	8 (3,4%)	6 (4,7%)	2 (3,8%)	
Hẹp thân chung (LM), n (%)	21 (12,1%)	13 (10,6%)	8 (15,7%)	0,346*
Kháng kết tập tiểu cầu kép, n(%)	209 (98,1%)	139 (99,3%)	70 (95,9%)	0,083*
Aspirin, n(%)	210 (98,6%)	139 (99,3%)	71 (97,3%)	0,234*
Clopidogrel, n(%)	138 (64,8%)	78 (55,7%)	60 (82,2%)	<0,001*
Ticagrelor, n(%)	88 (41,3%)	75 (53,6%)	13 (17,8%)	<0,001*
Kháng đông đường uống, n(%)	4 (1,9%)	2 (1,4%)	2 (2,7%)	0,503*

LMWH, n(%)	127 (59,6%)	82 (58,6%)	45 (61,6%)	0,664*
Heparin, n(%)	173 (81,2%)	117 (83,6%)	56 (76,7%)	0,224*
UCMC/UCTT, n (%)	198 (93%)	131 (93,6%)	67 (91,8%)	0,628*
Ức chế beta, n(%)	102 (47,9%)	65 (46,4%)	37 (50,7%)	0,555*
Ức chế kênh canxi, n(%)	60 (28,2%)	35 (25%)	25 (34,2%)	0,154*
Nitrate, n(%)	94 (44,1%)	59 (42,1%)	35 (47,9%)	0,418*
Statin, n(%)	210 (98,6%)	139 (99,3%)	71 (97,3%)	0,234*
Lợi tiểu Furoseide, n(%)	51 (23,9%)	29 (20,7%)	22 (30,1%)	0,126*
SGLT2i, n(%)	91 (42,7%)	58 (41,4%)	33 (45,2%)	0,597*
Digoxin, n(%)	74 (34,7%)	48 (34,3%)	26 (35,6%)	0,846*
Thuốc vận mạch, n(%)	40 (18,8%)	26 (18,6%)	14 (19,2%)	0,914*
Nicoradil, n(%)	74 (34,7%)	48 (34,3%)	26 (35,6%)	0,846*

Chú thích: *Kiểm định Chi-square, UCMC/UCTT: ức chế men chuyển/ức chế thụ thể, SGLT2i: Thuốc ức chế kênh đồng vận chuyển Natri-Glucose 2, LMWH: Heparin trọng lượng phân tử thấp.

Nhận xét: Có sự khác biệt về tỉ lệ bệnh

nhân nam được chụp và tái thông mạch vành cao hơn so với nữ giới ($p < 0,001$). Tỷ lệ sử dụng Clopidogrel ở nữ cao hơn ở nhóm nam, ngược lại, tỷ lệ sử dụng Ticagrelor ở nam giới (53,6%) cao hơn có ý nghĩa so với nữ giới (17,8%) ($p < 0,001$).

Bảng 5. Đặc điểm kết cục nội viện ở dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng	Nam	Nữ	p
Thời gian nằm viện, TV (BPV) (ngày)	6 (5 – 8)	6 (5 – 8)	6 (5 – 8)	0,735***
Choáng tim, n (%)	13 (6,1%)	8 (5,7%)	5 (6,8%)	0,768**
Rối loạn nhịp nguy hiểm, n (%)	13 (6,1%)	9 (6,4%)	4 (5,5%)	1**
Tái NMCT cấp, n (%)	0	0	0	
Huyết khối trong stent, n (%)	2 (0,9%)	1 (0,7%)	1 (1,4%)	1**
Đột quy não, n (%)	1 (0,5%)	1 (0,7%)	0	1**
Suy tim cấp, n (%)	29 (13,6%)	15 (10,7%)	14 (19,2%)	0,087*
Tử vong, n (%)	11 (5,2%)	6 (4,3%)	5 (6,8%)	0,517**
MACE, n (%)	49 (23%)	28 (20%)	21 (28,8%)	0,149*

Chú thích: *Kiểm định Mann-Whitney, **Kiểm định Chi-square

Nhận xét: Biến cố MACE được ghi nhận ở 23% dân số nghiên cứu. Không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở tất cả các biến cố được theo dõi giữa hai giới ($p > 0,05$).

Bảng 6. Các yếu tố dự đoán mắc kết cục nội viện ở dân số nghiên cứu mắc hội chứng vành cấp

Đặc điểm	Đơn biến			Đa biến		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Tuổi	1,02	1,00-1,05	0,039	1,01	0,96-1,05	0,686
Số ngày nằm viện	1,08	1,00-1,17	0,035	1,06	0,95-1,18	0,248
Tăng huyết áp	0,83	0,41-1,67	0,604			
Đái tháo đường	2,78	1,44-5,4	0,002	2,71	1,05-6,98	0,038
Huyết áp tâm thu	0,98	0,96-0,99	0,026	0,98	0,96-1,00	0,177
Mạch	1,03	1,01-1,05	0,002	1,00	0,97-1,03	0,792
Killip \geq II	21,25	6,70-67,34	<0,001	6,32	1,38-28,84	0,017
Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	2,10	1,05-4,20	0,035	2,00	0,66-6,04	0,214
Tăng troponin I	1,016	1,0-1,02	0,013	1,00	0,98-1,01	0,967
Độ lọc cầu thận	0,97	0,95-0,98	<0,001	1,00	0,98-1,03	0,648
Phân suất tổng máu	0,94	0,88-0,94	<0,001	0,94	0,90-0,99	0,041
Giảm vận động vùng	4,65	1,58-13,66	0,005	0,93	0,18-4,75	0,934
Rối loạn chức năng tâm trương thất trái	0,89	0,46-1,71	0,73			
Giảm chức năng thất phải	3,94	1,53-10,15	0,004	2,30	0,50-10,43	0,279
Heparin	0,35	0,16-0,73	0,006	0,93	0,25-3,48	0,918
UCMC/UCTT	0,22	0,07-0,66	0,007	0,35	0,06-2,05	0,249
Ức chế beta	0,39	0,19-0,77	0,007	0,57	0,21-1,50	0,274
Lợi tiểu quai	14,36	6,73-30,65	<0,001	7,60	2,73-21,20	<0,001

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy đa biến, ghi nhận 4 giá trị có mối liên quan đến biến cố tim mạch bất lợi nội viện gồm: tiền căn đái tháo đường; Killip \geq 2 lúc nhập viện, phân suất tổng máu thất trái (EF), sử dụng thuốc lợi tiểu quai.

Bảng 7. Các yếu tố dự đoán mắc kết cục nội viện ở nam giới mắc hội chứng vành cấp

Đặc điểm	Đơn biến			Đa biến		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Tuổi	1,02	0,98-1,05	0,271			
Số ngày nằm viện	1,12	1,02-1,24	0,014	1,08	0,94-1,24	0,253
Tăng huyết áp	0,51	0,21-1,2	0,123			
Đái tháo đường	1,04	0,4-2,73	0,922			
Huyết áp tâm thu	0,97	0,95-0,99	0,012	0,97	0,94-0,99	0,042
Mạch	1,01	0,98-1,04	0,386			
Killip \geq II	23,51	5,94-92,99	<0,001	4,34	0,74-25,33	0,102
Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	1,67	0,68-4,14	0,261			
Tăng troponin I	1,0	0,99-1,02	0,327			
Độ lọc cầu thận (eGFR)	0,95	0,93-0,97	<0,001	0,98	0,95-1,01	0,31
Phân suất tổng máu (EF)	0,9	0,86-0,94	<0,001	0,92	0,87-0,98	0,012
Giảm vận động vùng	5,2	1,16-23,2	0,031			
Rối loạn chức năng tâm trương thất trái	1,6	0,69-3,69	0,266			
Giảm chức năng thất phải	5,83	1,63-20,83	0,007	0,26	0,01-5,63	0,395
Heparin	0,3	0,11-0,79	0,016	0,76	0,11-5,21	0,78
UCMC/UCTT	0,28	0,07-1,12	0,072			
Ức chế beta	0,18	0,06-0,53	0,002	0,279	0,06-1,15	0,078
Lợi tiểu quai	16,52	6,12-44,58	<0,001	8,2	2,14-31,37	0,002

Nhận xét: Trong mô hình hồi quy đa biến, chỉ còn 3 yếu tố: sử dụng lợi tiểu quai, huyết áp tâm thu cao, chỉ số phân suất tổng máu (EF) ($p < 0,05$).

Bảng 8. Các yếu tố dự đoán mắc kết cục nội viện ở nữ giới mắc hội chứng vành cấp

Đặc điểm	Đơn biến			Đa biến		
	OR	95% CI	p	OR	95% CI	p
Tuổi	1,03	0,98-1,08	0,21			
Số ngày nằm viện	0,99	0,99-1,17	0,98			
Tăng huyết áp	2,00	0,5-7,9	0,323			
Đái tháo đường	10,48	3,02-36,35	<0,001	13,85	2,38-80,37	0,003
Huyết áp tâm thu	0,99	0,97-1,01	0,743			
Mạch	1,06	1,02-1,11	0,002	1,06	1-1,12	0,025
Killip \geq II	20,4	2,27-182,98	0,007			
Nhồi máu cơ tim ST chênh lên	3,4	1,14-10,19	0,028	4,15	0,75-22,91	0,103
Tăng Troponin I	1,03	1,0-1,06	0,02	1,02	0,98-1,06	0,2
Độ lọc cầu thận (eGFR)	0,99	0,96-1,01	0,593			
Phân suất tổng máu (EF)	0,92	0,87-0,97	0,002	0,97	0,91-1,04	0,478
Giảm vận động vùng	4,22	0,87-20,32	0,072			
Rối loạn chức năng tâm trương thất trái	0,33	0,1-1,05	0,062			
Giảm chức năng thất phải	2,21	0,53-9,21	0,27			
Heparin	0,47	0,15-1,48	0,202			
UCMC/UCTT	0,17	0,02-1,01	0,052			
Ức chế beta	0,84	0,3-2,32	0,739			
Lợi tiểu Furosemide	11	3,38-35,77	<0,001	64,57	0,88-23,56	0,069

Nhận xét: Phân tích hồi quy đa biến để kiểm soát các yếu tố gây nhiễu, chỉ còn hai yếu tố thể hiện vai trò là yếu tố tiên lượng độc lập cho kết cục xấu trong thời gian nằm viện là tiền sử đái tháo đường, tần số tim khi nhập viện.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi trên 213 bệnh

nhân hội chứng vành cấp cho thấy tuổi trung bình là $63,14 \pm 12,3$, tương đương với các nghiên cứu của Singh và cộng sự (61,8 tuổi).³ Tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 65,7%, có sự khác biệt rõ rệt về phân bố giới tính, với nam giới gấp khoảng 1,91 lần tỉ lệ nữ giới. Chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là $23,17 \pm 3,17$ kg/m², thấp

hơn đáng kể so với các nghiên cứu nước ngoài, có thể do sự khác biệt về thể trạng và lối sống giữa người Việt Nam và các dân tộc khác. Đa phần bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều có ít nhất một bệnh đồng mắc. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là phổ biến nhất, với tỷ lệ lần lượt là 85,9% và 72,3%, cao hơn đáng kể so với các nghiên cứu quốc tế và thấp hơn so với những nghiên cứu trong nước.

Về đặc điểm lâm sàng lúc nhập viện, đau ngực điển hình là triệu chứng lâm sàng phổ biến nhất, chiếm tỷ lệ 89,3%, tỷ lệ bệnh nhân phân độ Killip \geq II được ghi nhận là 10% ở nam giới và 9,6% ở nữ giới. Tỷ lệ nhồi máu cơ tim ST chênh lên chiếm 58,2% tổng số bệnh nhân nhập viện, trong đó nam giới là 62,1%, cao hơn so với ở nữ giới là 50,7%. Bên cạnh đó, có tỷ lệ nhập viện vì nhồi máu cơ tim không ST chênh lên cao hơn đáng kể so với nam giới (50,7% so với 32,9%). Thời gian trung vị từ khi khởi phát triệu chứng đến khi vào viện trong nghiên cứu của chúng tôi là 9 giờ, nam giới nhập viện sau 9 giờ, thì ở nữ giới con số này lên đến 17 giờ, gần gấp đôi, nghiên cứu Foster-Witassek F ghi nhận thời gian đến viện của cả hai giới đều rất ngắn (chỉ 2-3 giờ) và sự khác biệt giữa nam và nữ là không đáng kể (chưa đến 1 giờ).⁴

Về đặc điểm cận lâm sàng, độ lọc cầu thận (eGFR) trung bình của toàn bộ dân số là 76,59 ml/phút/1,73 m² da, sự khác biệt có ý nghĩa về chức năng thận giữa hai giới với giới nam (80,82), cao hơn nhóm bệnh nhân nữ là (70,4). Phân suất tổng máu (EF) trung vị của toàn bộ dân số nghiên cứu là 50%, với 51,1% bệnh nhân có EF \geq 50%, không có sự khác biệt về chức năng tâm thu thất trái giữa hai giới (nam 51,4% so với nữ 50,6%). Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của tác giả Chan NI, nữ giới không chỉ có EF trung bình cao hơn nam giới (55% so với 52,7%), mà còn có chức năng thất trái bảo tồn cao hơn (nữ 74,4% so với nam 66,2%).⁵ Trong nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên của chúng tôi cho thấy có sự phân bố gần như tương đương giữa nhồi máu cơ tim (NMCT) thành trước (48,4%) và thành dưới (51,6%), không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về vị trí nhồi máu giữa nam và nữ ($p = 0,97$). Sử dụng kháng tiểu cầu kép, Aspirin, và Statin được dùng cho gần như toàn bộ bệnh nhân, với tỷ lệ lần lượt là 98,1%, 98,6% và 98,6%. Điều này có thể giải thích là do tất cả bệnh nhân ban đầu đều được tiếp cận, xử trí như nhau theo hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhồi máu cơ tim cấp. Ở nhóm bệnh nhân nữ, Clopidogrel là lựa chọn chiếm ưu thế tuyệt đối với tỷ lệ sử

dụng lên đến 82,2%, ngược lại ở nam sử dụng Ticagrelor (53,6%) lại gần như tương đương với Clopidogrel (55,7%). Nguyên nhân do bệnh nhân nữ trong nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi lớn hơn, có nhiều bệnh nền đi kèm nên nguy cơ xuất huyết cao hơn ở nam giới.

Có 11 bệnh nhân tử vong nội viện (5,2%), tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân nữ (6,8%) cao hơn so với bệnh nhân nam (4,3%), tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của Cho KI, với tử vong ở nữ là 3,3% so với nam chỉ là 1,3%.⁶ Tỷ lệ bệnh nhân bị choáng tim là 6,1%, nữ giới có tỷ lệ choáng tim cao hơn (6,8%) so với nam giới (5,7%), nghiên cứu của Cho KI, tỷ lệ choáng tim ở nữ giới (2,6%) cao hơn gấp đôi so với nam giới (1,1%).⁶ Chỉ có 1 trường hợp đột quỵ não ở nam giới, kết quả giống với nghiên cứu của Cho KI (2017) với tỷ lệ đột quỵ ở nữ giới là 0%.⁶ Tỷ lệ bệnh nhân gặp rối loạn nhịp nguy hiểm là 6,5%. Tỷ lệ này ở nam giới là 6,4%, cao hơn so với nữ giới là 5,5%. Biến cố cao nhất là suy tim cấp với 13,6%, tỷ lệ suy tim cấp ở nữ giới (19,2%) cao hơn rất nhiều so với nam giới (10,7%), nghiên cứu của Carrete A, cũng ghi nhận nữ giới có tỷ lệ suy tim cấp cao hơn hẳn nam giới (16,2% so với 11,3%).⁷ Kết cục bất lợi (MACE) trong nghiên cứu của chúng tôi là 23% thấp hơn so với các báo cáo trong nước của Phạm Thị Duyên (29%).⁸

Phân tích đa biến yếu tố dự đoán kết cục nội viện ở nam giới ghi nhận 3 giá trị có mối liên quan đến biến cố tim mạch bất lợi nội viện gồm: huyết áp tâm thu (OR=0,97; $p=0,042$), chỉ số phân suất tổng máu tăng lên 1% tỷ lệ mắc biến cố bất lợi nội viện lại giảm đi 6% ($p=0,012$), sử dụng lợi tiểu quai (OR=8,2; $p=0,002$). Có sự khác biệt đối với nữ giới với mô hình phân tích hồi quy đa biến yếu tố tiên lượng độc lập cho kết cục trong thời gian nằm viện là tiền sử đái tháo đường (OR=13,85; $p=0,003$), tần số tim khi nhập viện (OR=1,06; $p=0,025$).

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân nữ có tỷ lệ mắc đái tháo đường cao hơn và chức năng thận (eGFR) ban đầu kém hơn so với nam giới. Về điều trị, nữ giới nhận được chiến lược xâm lấn ít tích cực hơn, thể hiện qua tỷ lệ được chụp và can thiệp tái thông mạch vành thấp hơn. Sự khác biệt này cũng phản ánh trong việc lựa chọn thuốc kháng kết tập tiểu cầu P2Y12, khi phụ nữ được sử dụng Clopidogrel nhiều hơn, trong khi nam giới lại được dùng Ticagrelor nhiều hơn. Yếu tố dự báo kết cục nội viện ở nam giới gồm sự cần thiết phải dùng lợi tiểu quai, huyết áp tâm thu thấp và phân suất tổng máu thất trái giảm. Yếu tố quyết định tiên

lượng ở nữ giới lại là bệnh nền tiền sử đái tháo đường, tần số tim khi nhập viện.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Việt.** Khuyến cáo về chẩn đoán, và điều trị Hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên. Hội tim mạch học Quốc gia Việt Nam. 2016.
2. **Hà Nhật Linh.** Nghiên cứu đặc điểm một số biến chứng trong 24 giờ đầu can thiệp động mạch vành qua da tại viện tim mạch quốc gia Việt Nam. Luận án tiến sĩ Y học, Chuyên ngành nội tim mạch. Học Viện Quân Y; 2014.
3. **Singh H, Khosla P, Kaur J.** A study of serum magnesium levels in acute myocardial infarction and its association with clinical outcome. National Journal of Physiology, Pharmacy and Pharmacology. 2023;13(2):286-291. doi:10.5455/njppp.2023.13.06256202223062022
4. **Foster-Witassek F, Rickli H, Roffi M, et al.** Reducing gap in pre-hospital delay between women and men presenting with ST-elevation myocardial infarction. European Journal of Preventive Cardiology. 2022;30(11):1056-1062. doi:10.1093/eurjpc/zwac294
5. **Chan NI, Atherton JJ, Thomas L, et al.** Sex Differences in Diastolic Function Following Myocardial Infarction on Doppler Echocardiography. Echocardiography. 2025;42(4):e70164. doi:https://doi.org/10.1111/echo.70164
6. **Cho KI, Shin E-S, Ann SH, et al.** Gender differences in risk factors and clinical outcomes in young patients with acute myocardial infarction. Journal of Epidemiology and Community Health. 2016;70(11):1057-1064. doi:10.1136/jech-2015-207023
7. **Carrete A, El Ouaddi N, Ferrero Molina C, et al.** Gender differences in ST-segment elevation myocardial infarction: an analysis on treatment, complications and acute-phase mortality. European Heart Journal Acute Cardiovascular Care. 2024;13(Supplement_1)doi:10.1093/ehjacc/zae036.111
8. **Phạm Thị Duyên.** Nông độ Magiê huyết thanh và mối liên quan với các kết cục bất lợi nội viện trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Luận án thạc sĩ y học. Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh; 2024.

ĐẶC ĐIỂM CỦA KLEBSIELLA PNEUMONIAE KHÓ TRỊ TRÊN NGƯỜI BỆNH COVID-19 TẠI BỆNH VIỆN BỆNH NHIỆT ĐỚI THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Lê Thị Quỳnh Ngân¹, Hồ Quang Minh¹, Nguyễn Đình Hiếu¹,
Nguyễn Thị Ngọc Nị¹, Trần Nữ Khánh Uyên¹, Nguyễn Phú Hương Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả nhiễm khuẩn K. pneumoniae DTR trên người bệnh COVID – 19, đặc điểm vi sinh, kiểu gene carbapenemase và kết quả điều trị. **Đối tượng, phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu phân tích hồi cứu mô tả trên 155 người bệnh tại bệnh viện Bệnh Nhiệt đới từ tháng 8 năm 2021 đến tháng 4 năm 2022 bị nhiễm K. pneumoniae DTR. **Kết quả nghiên cứu:** Có 280 chủng K. pneumoniae phân lập. Trong đó phân lập từ mẫu cấy máu và dịch vô khuẩn 28,2%, từ bệnh phẩm hô hấp dưới 55,0 %, từ bệnh phẩm khác (nước tiểu, mủ vết thương) là 16,8%. Có 18,1% người bệnh nhiễm K. pneumoniae ở hai loại bệnh phẩm khác nhau, và 1,9 % trên cả ba loại bệnh phẩm. Tỷ lệ ca bệnh nhiễm chủng K. pneumoniae DTR là 84,6% trong đó K. pneumoniae phân lập từ bệnh phẩm hô hấp dưới có tỷ lệ DTR cao nhất 86,1%. Tỷ lệ K. pneumoniae DTR kháng ertapenem là 84,6%, kháng imipenem và meropenem là 83,9%. Trong số chủng K. pneumoniae DTR. có 56,0% chủng mang gen OXA-48, 18,0% chủng mang gen OXA-48 và NDM. Đối với nhóm bệnh phẩm hô hấp dưới, có 55,5% mang gen OXA-48, 16,6% mang cả 2 gen

OXA-48 và NDM, 16,6% không có gen nào trong 5 gen được khảo sát. Bệnh phẩm khác (nước tiểu, mủ vết thương) có 44,4%) ca mang gen OXA-48, 33,3% ca có NDM, có 0,27% trường hợp mang cả 2 gen (OXA-48+NDM/IMP). Đối với bệnh phẩm máu, 70,0% mang đơn gen OXA-48, có cả OXA-48 và NDM là 30,0%. Có 65,8% ca người bệnh nhiễm K. pneumoniae DTR tử vong. Không ghi nhận mối liên quan giữa kiểu gen và tỷ lệ tử vong. **Từ khóa:** Klebsiella pneumoniae, vi khuẩn khó trị (DTR)

SUMMARY

CHARACTERISTICS OF DIFFICULT-TO-TREAT KLEBSIELLA PNEUMONIAE AMONG COVID-19 PATIENTS AT HO CHI MINH CITY TROPICAL DISEASES HOSPITAL

Objective: Description of K. pneumoniae DTR infection in COVID-19 patients, microbiological characteristics, carbapenemase genotype and treatment outcomes. **Subjects and methods:** COVID-19 patients with K. pneumoniae infection, from August 2021 to April 2022, at the Hospital for Tropical Diseases of Ho Chi Minh City. Retrospective descriptive analysis. **Results:** Among the 155 COVID-19 patients including in the study, 280 Klebsiella pneumoniae isolates were identified. Of which, 28.2% were isolated from blood culture samples and sterile fluids, 55.0% from lower respiratory specimens, and 16.8% from other specimens (urine, wound pus). K. pneumoniae was found in 18.1% of patients in two

¹Bệnh viện Bệnh Nhiệt đới

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Quang Minh

Email: minhquangho4@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 23.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025