ISSN: 1859-1779

Nghiên cứu Y học
Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh;27(2):147-155
https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết cục trung hạn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp người trẻ: nghiên cứu đơn trung tâm, hồi cứu

Vũ Hoàng Vũ[1,2], Nguyễn Dương Khang[2,*], Lê Thị Anh Hoa[3], Võ Thị Diễm Thúy[2], Trương Quang Bình[1,2]

[1]Khoa Y, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[2]Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam
[3]Khoa khám bệnh, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam

Tóm tắt

Đặt vấn đề: Bệnh mạch vành là nguyên nhân gây tử vong chính trong nhóm bệnh không truyền nhiễm. Nhồi máu cơ tim cấp đang ngày càng trở nên thường gặp hơn trong nhóm bệnh nhân trẻ tuổi nhập viện vì đau ngực không do chấn thương.

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kết cục và theo dõi 1 năm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim người trẻ.

Đối tượng - Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, đơn trung tâm từ tháng 01/2018 đến tháng 06/2022 tại khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Kết quả: Trong 124 bệnh nhân nhồi máu cơ tim từ 45 tuổi trở xuống; nam chiếm 90,3%; hút thuốc lá chiếm 57,3% và 37,1% béo phì. 77% số bệnh nhân bị bệnh mạch vành 1 nhánh. Nghiên cứu không ghi nhận có biến cố nội viện nào. Trong một năm sau xuất viện, nghiên cứu ghi nhận 1 trường hợp tử vong do nguyên nhân tim mạch và 21 bệnh nhân tái nhập viện vì những nguyên nhân khác nhau, với 28,6% là do các nguyên nhân tim mạch.

Kết luận: Nhồi máu cơ tim có thể gặp ở nhóm bệnh nhân trẻ tuổi. Phát hiện sớm các yếu tố nguy cơ tim mạch là yếu tố quan trọng để chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời bệnh lý này.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim; cấp tính; tiên lượng; trẻ.

Ngày nhận bài: 13-05-2024 / Ngày chấp nhận đăng bài: 17-07-2024 / Ngày đăng bài: 19-07-2024
*Tác giả liên hệ: Nguyễn Dương Khang. Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, Thành phố Hồ Chí Minh, Việt Nam. E-mail: khang.nd@umc.edu.vn
© 2024 Bản quyền thuộc về Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh.

Abstract

CLINICAL CHARACTERISTICS, LABORATORY RESULTS AND MID-TERM OUTCOMES FOLLOWING MYOCARDIAL INFARCTION IN YOUNG POPULATION: A RETROSPECTIVE, SINGLE-CENTER STUDY

Vu Hoang Vu, Nguyen Duong Khang, Le Thi Anh Hoa, Vo Thi Diem Thuy, Truong Quang Binh

Background: Coronary artery disease (CAD) is the primary cause of mortality among non-infectious diseases. The incidence of myocardial is increasing among young people who were hospitalized for non-traumatic chest discomfort.

Objective: To examine clinical and subclinical features, outcomes, and one-year follow-up in young myocardial infarction patients.

Methods: A case series design was adapted to a retrospective, single-center study on young myocardial infarction patients, conducted from 01/2018 to 06/2022 at the Department of Interventional Cardiology, University Medical Center-Ho Chi Minh City.

Results: Among 124 patients with myocardial infarction who aged 45 years or younger, male accounted for 90.3%, 57.3% were smokers and the proportion of obesity were 37.1%. 77% of study population had single-vessel artery disease. There was no in-hospital event. Within 1 year after discharge, we observed one case of cardiovascular-related mortality; and 21 cases of rehospitalization, 28.6% of them were due to cardiovascular causes.

Conclusion: Myocardial infarction can be acquired by younger population. Early detection of cardiovascular-related risk factors is a vital aspect for initial diagnosis and prompt treatment for the disease.

Keywords: myocardial infarction; acute; prognosis; young.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là nguyên nhân chính của bệnh tật và tử vong trên thế giới, với các yếu tố nguy cơ đã biết như tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì và đái tháo đường [1-3]. Các yếu tố nguy cơ này có tần suất gia tăng theo tuổi, phần nào giải thích cho tần suất bệnh mạch vành gia tăng ở dân số lớn tuổi. Bên cạnh đó, dù hiện diện với tần suất tương đối thấp so với dân số lớn tuổi, nhồi máu cơ tim ở dân số trẻ tuổi vẫn có thể đưa đến tử vong cũng như để lại di chứng lâu dài hơn trong nhiều năm sau đó. Nhưng ngược lại với sự đa dạng thông tin trong nhóm bệnh nhân người cao tuổi, hiện tại có một khoảng trống về kiến thức liên quan đến yếu tố nguy cơ, bệnh cảnh lâm sàng cũng như tiên lượng ở những bệnh nhân trẻ tuổi bị nhồi máu cơ tim.

Các nghiên cứu gần đây đã ghi nhận tỉ lệ cao các bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ kinh điển kể trên (khoảng 85% đến 90%) [1,4]. Bên cạnh đó, lạm dụng chất kích thích cũng được ghi nhận là yếu tố góp phần vào sự tiến triển và tiên lượng của nhồi máu cơ tim cấp người trẻ [5-7]. Thách thức ở nhóm dân số này còn thể hiện ở sự chậm trễ trong chẩn đoán, từ đó đưa đến bệnh suất và tử suất gia tăng so với nhóm được chẩn đoán kịp thời [8]. Do vậy, để đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như kết cục ở nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim người trẻ, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là mô tả đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm, hình ảnh học và kết cục nội viện; đồng thời báo cáo kết cục 1 năm theo dõi sau xuất viện ở nhóm nhồi máu cơ tim người trẻ.

2. ĐỐI TƯỢNG - PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim tại khoa Tim mạch can thiệp, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19

Tiêu chuẩn chọn

Gồm các bệnh nhân có độ tuổi ≤45 và ≥18 tuổi. Tiêu chuẩn độ tuổi này được lấy từ bài tổng quan về nhồi máu cơ tim người trẻ của Sood A [9]. Chẩn đoán bệnh mạch vành được dựa trên chụp mạch vành xâm lấn hoặc MSCT mạch vành có hẹp ≥50% ở thân chung động mạch vành trái và/hoặc hẹp ≥70% các nhánh mạch vành thượng tâm mạc còn lại. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim được dựa trên tiêu chuẩn toàn cầu lần 4 [10].

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu.

2.2.2. Phương pháp thực hiện

Tất cả các bệnh nhân được ghi nhận thông tin nhân trắc về tuổi, giới, BMI, bệnh lý nền và các yếu tố nguy cơ khác như hút thuốc lá, uống rượu bia và tiền sử gia đình bệnh tim mạch sớm.

Thông tin về kết quả xét nghiệm, siêu âm doppler tim, cùng các thông số kết quả chụp mạch vành về vị trí sang thương, số lượng và đặc điểm sang thương cũng như kết quả can thiệp mạch vành qua da cũng được ghi nhận từ bệnh án điện tử.

Ngay trước xuất viện, chúng tôi cũng thu thập thông tin về toa thuốc xuất viện và kết cục nội viện của mỗi bệnh nhân. Sau đó, chúng tôi theo dõi qua điện thoại để ghi lại biến cố và kết cục sau 1 năm xuất viện.

2.2.3. Định nghĩa biến số

Tử vong do nguyên nhân tim mạch được định nghĩa là tất cả trường hợp tử vong do nhồi máu cơ tim cấp, đột tử do tim, tử vong do suy tim, tử vong do đột quỵ, tử vong do thủ thuật tim mạch, tử vong do chảy máu vì nguyên nhân tim mạch, và tử vong do các nguyên nhân tim mạch khác [11].

2.2.4. Phân tích và xử lý số liệu

Số liệu trong nghiên cứu được nhập vào phần mềm Excel 2010, xử lý số liệu bằng phần mềm R. Các biến số định tính được thể hiện qua bảng phân phối tần suất và tỉ lệ. Các biến số định lượng có phân phối chuẩn được thể hiện bằng trung bình ± độ lệch chuẩn, không có phân phối chuẩn được trình bày bằng trung vị.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân trắc

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc dân số nghiên cứu

Đặc điểm	Tần suất (N = 124)
Giới tính	
Nam	90,3%
Nữ	9,7%
Dân tộc	
Kinh	93,5%
Hoa	5,6%
Khác	0,8%
Học vấn	
Không biết chữ	0,8%
Cấp I	5,6%
Cấp II	20,2%
Cấp III	21,0%
Đại học	29,0%
Sau đại học	6,5%
Không rõ	16,9%
Nghề nghiệp	
Nội trợ	4,0%
Công nhân	7,3%
Nông dân	6,5%
Nhân viên văn phòng	25,0%
Nhân viên y tế	23,4%
Tài xế	9,7%
Khác	24,2%
Tình trạng hôn nhân	
Chưa kết hôn	16,1%
Đã kết hôn	81,5%
Đã ly hôn	2,4%
Tăng huyết áp	50,0%
Đái tháo đường	26,6%
Hút thuốc lá	57,3%
Sử dụng ma tuý	0%
Sử dụng rượu bia	43,5%
Tiền sử gia đình bệnh tim mạch	12,9%
BMI > 25 kg/m^2	37,1%
Số ngày nằm viện trung bình	6 ngày

Trong 124 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, giới nam chiếm đa số với 90,3%. Đa số bệnh nhân có trình độ học vấn đại học (29%) và làm nhân viên văn phòng (25%). Tỉ lệ đã kết hôn chiếm đa số và yếu tố nguy cơ tim mạch truyền thống thường gặp nhất là hút thuốc lá với 57,3%. Các đặc điểm nhân trắc học được mô tả cụ thể trong Bảng 1.

3.2. Lâm sàng và cận lâm sàng lúc nhập viện

Bảng 2. Đặc điểm cơn đau ngực

	Tần suất (N = 116)
Vị trí đau ngực	
Phải	1,7%
Trái	56,9%
Sau xương ức	41,4%
Tính chất đau ngực	
Liên tục	43,9%
Khi vận động	6,0%
Ngắt quãng	25,9%
Khi nghỉ ngơi	24,2%
Hướng lan cơn đau	
Không lan	68,5%
Cổ/cằm	4,8%
Cổ + tay Trái	4,0%
Cổ + tay Phải	0%
Cổ + hai tay	3,2%
Tay Trái	12,9%
Tay Phải	2,4%
Hai tay	4,0%
Thời gian cơn đau	
> 20 phút	72,4%
< 20 phút	27,6%

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng nội viện

	Giá trị thấp nhất	Giá trị cao nhất	Trung bình
Glucose (mg/dL) (N=124)	56	393	137,5 ± 66,4
Creatinin (mg/dL) (N=124)	0,2	102	1,9 ± 9,1
Ure (mg/dL) (N=124)	14,4	71,9	30,7 ± 9,2
CK-MB (U/L) (N=124)	7,0	670	55,2 ± 97
hs-Troponin T (ng/L) (N=124)	0,01	7632	501,9 ± 1037,9
Cholesterol toàn phần (mmol/L) (N=92)	2,5	27,5	7,3 ± 4,6
LDL (mmol/L) (N=92)	0,9	10,8	4,1 ± 2,1
HDL (mmol/L) (N=92)	0,5	11,5	1,4 ± 1,3
Triglycerid (mmol/L) (N=92)	0,6	33,4	4,1 ± 5,2
EF (%) (N=124)	18,0	82	58,1 ± 14,8

Có 116 bệnh nhân (92,7%) nhập viện vì đau ngực. Thời gian tính từ cơn đau ngực gần nhất trung bình là 6,9 ± 17,3 giờ. Huyết áp tâm thu trung bình lúc nhập viện là 124,9 ± 18,6 mmHg. Tính chất và đặc điểm cơn đau ngực được mô tả trong Bảng 2.

Trong số 124 bệnh nhân nghiên cứu, có 92 bệnh nhân được thực hiện bilan lipid máu trong thời gian nằm viện. Giá trị của các chỉ số này và một số cận lâm sàng tiêu biểu khác được mô tả trong Bảng 3.

3.3. Đặc điểm thủ thuật mạch vành

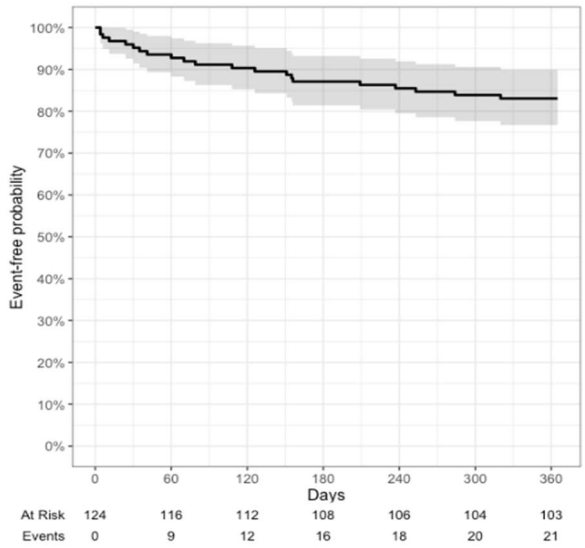
Trong tất cả các bệnh nhân tham gia nghiên cứu, có 115 bệnh nhân (92,7%) được chụp mạch vành qua da. Kết quả ghi nhận đa số bệnh nhân có bệnh một nhánh mạch vành (77%), 20% có bệnh hai nhánh mạch vành và sáu bệnh nhân bệnh ba nhánh mạch vành. Trong số các mạch vành bị bệnh, 67,7% là nhánh liên thất trước trái, 32,4% nhánh động mạch vành phải, 28,6% nhánh mũ vành trái và 3,8% sang thương thân chung vành trái.

3.4. Kết cục theo dõi sau 1 năm

Trong 96 bệnh nhân theo dõi được đến thời điểm 1 năm, số bệnh nhân tử vong do nguyên nhân tim mạch là 1 bệnh nhân. Không có bệnh nhân tử vong do nguyên nhân khác. Trong số 21 trường hợp tái nhập viện, có 28,6% nhập viện

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19

vì nguyên nhân tim mạch. Số liệu về kết cục theo dõi sau 1 năm cũng như đường Kaplan-Meier về tử vong và tái nhập viện do mọi nguyên nhân được thể hiện qua Hình 1.



Hình 1. Đường Kaplan-Meier về tử vong và tái nhập viện do mọi nguyên nhân trong 1 năm theo dõi.

4. BÀN LUẬN

Nghiên cứu này là nghiên cứu đầu tiên báo cáo tần suất và kết cục nội viện và theo dõi sau 1 năm ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi tại Việt Nam. Dân số này chủ yếu là nam, làm nhân viên văn phòng, đã kết hôn, đồng thời có hơn một nửa dân số hút thuốc lá. Chúng tôi không ghi nhận biến cố nội viện. Sau 1 năm, có 1 bệnh nhân tử vong và 21 trường hợp tái nhập viện, trong đó tái nhập viện không hẹn trước vì nguyên nhân tim mạch chiếm 28,6%.

Bệnh lý tim mạch, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp với cơ chế bệnh sinh là nứt vỡ mảng xơ vữa được hình thành dần theo thời gian được đặc trưng bởi sự xuất hiện cùng với sự tăng dần của tuổi tác. Do đó, nhóm dân số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp trẻ tuổi, dù đã được báo cáo từ những năm 80 của thế kỷ trước, thì vẫn còn thiếu sót về đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết cục. Ngay cả ngưỡng cắt để định nghĩa "trẻ tuổi" cũng thay đổi theo từng nghiên cứu và theo thời gian. Những nghiên cứu ban đầu chọn mốc 45 tuổi cho định nghĩa "trẻ tuổi" [12,13]. Đến những năm 2010s, một số nghiên cứu lấy mốc 40 tuổi [14,15] hoặc thậm chí là 60 tuổi, 55 tuổi [16-18]. Trong một bài tổng quan gần đây nhất, mốc tuổi trẻ được đồng thuận là 45 tuổi [9]. Định nghĩa chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim cũng thay đổi theo tiến trình thời gian, từ 2/3 tiêu chuẩn theo WHO cho đến các nghiên cứu lấy tiêu chuẩn theo đồng thuận quốc tế về nhồi máu cơ tim lần 3, lần 4 [10,12,14]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chúng tôi quyết định sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim theo đồng thuận toàn cầu lần 4 và mốc để nói bệnh nhân trẻ tuổi là 45 tuổi trở xuống.

Sinh bệnh học của nhồi máu cơ tim ở dân số trẻ tuổi đã được miêu tả đầy đủ trong y văn [9,13]; bao gồm bệnh mạch vành do xơ vữa, dị dạng mạch vành, tình trạng tăng đông và do lạm dụng thuốc. Các yếu tố nguy cơ truyền thống của bệnh tim mạch xơ vữa cũng góp phần đáng kể trong cơ chế sinh bệnh học đầu tiên. Trong đó, hút thuốc lá có vẻ là yếu tố đáng nghi ngại nhất khi chiếm tỉ lệ cao nhất trong các yếu tố nguy cơ ghi nhận từ các nghiên cứu. Tỉ lệ mạch vành bình thường cũng cao hơn nhóm lớn tuổi và bệnh một nhánh mạch vành cũng chiếm đa số trong các trường hợp có báo cáo kết quả chụp mạch vành [19]. Những kết quả này nhấn mạnh cơ chế nứt vỡ mảng xơ vữa, và đó cần thêm nghiên cứu về những cơ chế gây mất ổn định mảng xơ vữa và vai trò của các yếu tố nguy cơ tim mạch trong tiến trình này. Trong tất cả các cơ chế sinh bệnh học có thể có của nhồi máu cơ tim người trẻ, cũng tương tự như các trường hợp nhồi máu cơ tim nói chung, cấu trúc cũng như đặc điểm sang thương mạch vành cần được khảo sát kỹ lưỡng để xác định chính xác chẩn đoán, cơ chế gây bệnh cũng như hỗ trợ tối ưu hoá can thiệp mạch vành qua da khi cần. Để hỗ trợ cho việc này, khảo sát hình ảnh học trong lòng mạch, cụ thể là siêu âm trong lòng mạch, có thể đóng một vai trò quan trọng nói chung và là một chủ đề cần được nghiên cứu trong tương lai ở nhóm dân số người trẻ [20].

Trong một bài tổng quan của Alfaddagh A khi so sánh nhồi máu cơ tim giữa nhóm dân số trẻ tuổi và nhóm dân số lớn tuổi [19], mặc dù đau thắt ngực là triệu chứng nhập viện thường gặp nhất thì tỉ lệ ở nhóm dân số trẻ tuổi là cao hơn hẳn nhóm lớn tuổi (88,9% so với 77,7%; p <0,001). Alfaddagh A cũng ghi nhận ngưng tim ngoại viện cũng gặp nhiều ở nhóm trẻ hơn nhóm lớn tuổi (3,7% so với 1,8%; p=0,031). Và mặc dù không có khác biệt giữa nồng độ troponin lúc nhập viện thì nhóm bệnh nhân trẻ tuổi lại có trị số đạt đỉnh của troponin cao hơn nhóm bệnh nhân lớn tuổi (trung bình 4,8ng/mL so với 3,5ng/mL; p=0,018). Gần đây hơn, Sood A ghi nhận đến 90% số bệnh nhân trẻ tuổi nhập viện là vì đau ngực [9]. Tuy vậy cũng có rất nhiều triệu chứng

chủ quan khác như cảm giác nặng ngực, mệt mỏi, nóng rát hay khó tiêu, chóng mặt và ngộp thở. Các triệu chứng mơ hồ này cũng thường gặp ở nữ hơn nam. Với nghiên cứu của chúng tôi, 92,7% số bệnh nhân nhập viện vì đau ngực; tuy vậy, tính chất lại khá đa dạng đa số cơn đau không có hướng lan cụ thể, cũng như có thể diễn ra liên tục hay ngắt quãng, khi nghỉ hay khi vận động. Như vậy, có thể kết luận rằng, với nhóm dân số trẻ tuổi, vốn là nhóm hiếm khi tạo được ấn tượng ban đầu với chẩn đoán nhồi máu cơ tim, thì việc hỏi bệnh sử kỹ lưỡng và thăm khám lâm sàng đầy đủ là điều kiện tiên quyết để đưa ra được đánh giá chính xác và có được các chẩn đoán phân biệt phù hợp.

Bảng 4. Các nghiên cứu nổi bật về nhồi máu cơ tim người trẻ

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Mốc tuổi	Tuổi trung bình	Nam (%)	Đặc điểm lâm sàng chính	Đặc điểm sang thương mạch vành	Biến chứng nội viện	Kết cục
Hoit BD (1986) [12]	203	<45 tuổi	39 ± 5	92%	93% có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ. 80% hút thuốc lá. 43% nhồi máu vùng thành dưới.	49% bệnh một nhánh mạch vành, 7 bệnh nhân không ghi nhận sang thương mạch vành	32% không biến chứng; 41% suy tim; 30% đau ngực kéo dài; 5% nhồi máu tiến triển và 2% sốc tim	-
Sricharan KN (2012) [14]	49	<40 tuổi	37,03	90%	93% có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ. 70% có hút thuốc lá. 2/3 nhồi máu vùng thành trước.	57,14% bệnh một nhánh mạch vành. 22,45% không ghi nhận sang thương mạch vành.	-	-
Gupta A (2014) [21]	124	<40 tuổi	35,94 ± 89	99%	58,8% hút thuốc lá. Đa số là nhồi máu cơ tim thành trước.	51,35% bệnh một nhánh mạch vành. 10,4% không ghi nhận sang thương mạch vành.	Hai trường hợp tử vong,	-
Arora S (2019) [18]	8737	35 – 54 tuổi	Nam: 48 ± 0,1 Nữ: 48 ± 0,2	67%	Nam: 64% tăng huyết áp, 57% hút thuốc lá. 26% nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Nữ: 71% tăng huyết áp, 48% hút thuốc lá. 16% nhồi máu cơ tim ST chênh lên.	-	Tử vong do mọi nguyên nhân: nam 2%; nữ 1%	Tử vong do mọi nguyên nhân sau 1 năm: nam 7%; nữ 9%
Alfaddagh A (2020) [19]	407	≤50 tuổi	42,9 ± 5,9	82,8%	88% có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ. 50% hút thuốc lá. 53,1% STEMI	-	Biến cố tim mạch chính nội viện: 8,4%	Tử vong cộng gộp sau 12 tháng: 4,1%

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19

Nghiên cứu	Số bệnh nhân	Mốc tuổi	Tuổi trung bình	Nam (%)	Đặc điểm lâm sàng chính	Đặc điểm sang thương mạch vành	Biến chứng nội viện	Kết cục
Nghiên cứu của chúng tôi	124	≤45 tuổi	41 ± 4	90,3%	57,3% hút thuốc lá	77% bệnh một nhánh mạch vành.	0% biến cố nội viện	Tử vong và tái nhập viện sau 1 năm do mọi nguyên nhân: 17,7%

Hạn chế

Thứ nhất, bản thân nghiên cứu đơn trung tâm không mang tính đại diện cho toàn bộ dân số. Tuy vậy, kết quả nghiên cứu này tương đồng với các nghiên cứu ở các vùng khác nhau và thời điểm khác nhau trên thế giới.

Thứ hai, sang thương mạch vành chưa được chúng tôi mô tả chi tiết, cũng như kết quả IVUS còn chưa được nhắc đến. Chúng tôi hi vọng đây sẽ là chủ đề được chú tâm hơn nữa trong tương lai.

Thứ 3, nghiên cứu có tỉ lệ mất mẫu khá cao cũng như thuốc xuất viện chưa được ghi nhận. Điều này xảy ra vì thiếu sót trong số liệu liên lạc khi tiến hành nghiên cứu hồi cứu. Chúng tôi hi vọng trong tương lai, vấn đề thu thập số liệu và theo dõi bệnh nhân sẽ được cải thiện để các nghiên cứu được tiến hành chỉn chu hơn.

5. KẾT LUẬN

Nhồi máu cơ tim là bệnh lý thường gặp trong nhóm dân số người lớn tuổi, nhưng không chỉ giới hạn ở độ tuổi này. Những yếu tố nguy cơ tim mạch xuất hiện ở lứa tuổi trẻ hơn sẽ là gánh nặng về lâu dài hơn. Do vậy, quản lý những yếu tố nguy cơ, cũng như tránh chậm trễ trong chẩn đoán là những yếu tố quan trọng góp phần cải thiện tiên lượng ở nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi.

Lời cám ơn

Chúng tôi cám ơn Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh đã hỗ trợ kinh phí cho nghiên cứu này theo hợp đồng số 267/2021/HĐ-ĐHYD.

Nguồn tài trợ

Nghiên cứu này không nhận tài trợ.

Xung đột lợi ích

Không có xung đột lợi ích tiềm ẩn nào liên quan đến bài viết này được báo cáo.

ORCID

Nguyễn Dương Khang

https://orcid.org/ 0000-0002-1200-010X

Đóng góp của các tác giả

Ý tưởng nghiên cứu: Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Dương Khang, Võ Thị Diễm Thúy.

Đề cương và phương pháp nghiên cứu: Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Dương Khang.

Thu thập dữ liệu: Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Dương Khang, Võ Thị Diễm Thúy, Lê Thị Anh Hoa.

Giám sát nghiên cứu: Vũ Hoàng Vũ, Trương Quang Bình.

Nhập dữ liệu: Nguyễn Dương Khang, Võ Thị Diễm Thúy

Quản lý dữ liệu: Vũ Hoàng Vũ.

Phân tích dữ liệu: Nguyễn Dương Khang, Võ Thị Diễm Thúy.

Viết bản thảo đầu tiên: Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Dương Khang.

Góp ý bản thảo và đồng ý cho đăng bài: Vũ Hoàng Vũ, Võ Thị Diễm Thúy, Lê Thị Anh Hoa, Trương Quang Bình.

Cung cấp dữ liệu và thông tin nghiên cứu

Tác giả liên hệ sẽ cung cấp dữ liệu nếu có yêu cầu từ Ban biên tập.

Chấp thuận của Hội đồng Đạo đức

Nghiên cứu này đã được thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, số 58/GCN-HĐĐĐ ngày 04/06/2021.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Leifheit-Limson EC, D'Onofrio G, Daneshvar M, Geda M, Bueno H, Spertus JA, et al. Sex Differences in Cardiac Risk Factors, Perceived Risk, and Health Care Provider Discussion of Risk and Risk Modification Among Young Patients With Acute Myocardial Infarction: The VIRGO Study. J Am Coll Cardiol. 2015 Nov 3;66(18):1949-1957.

2. Anand SS, Islam S, Rosengren A, Franzosi MG, Steyn K, Yusufali AH, et al. Risk factors for myocardial infarction in women and men: insights from the INTERHEART study. Eur Heart J. 2008 Apr;29(7):932-940.

3. Canto JG, Kiefe CI, Rogers WJ, Peterson ED, Frederick PD, French WJ, et al. Atherosclerotic risk factors and their association with hospital mortality among patients with first myocardial infarction (from the National Registry of Myocardial Infarction). Am J Cardiol. 2012 Nov 1;110(9):1256-1261.

4. Shah B, Bangalore S, Gianos E, Liang L, Peacock WF, Fonarow GC, et al. Temporal trends in clinical characteristics of patients without known cardiovascular disease with a first episode of myocardial infarction. Am Heart J. 2014 Apr;167(4):480-488.e1.

5. Westover AN, Nakonezny PA, Haley RW. Acute myocardial infarction in young adults who abuse amphetamines. Drug Alcohol Depend. 2008 Jul 1;96(1-2):49-56.

6. Beck CA, Southern DA, Saitz R, Knudtson ML, Ghali WA. Alcohol and drug use disorders among patients with myocardial infarction: associations with disparities in care and mortality. PLoS One. 2013 Sep 11;8(9):e66551.

7. DeFilippis EM, Singh A, Divakaran S, Gupta A, Collins BL, Biery D, et al. Cocaine and Marijuana Use Among Young Adults With Myocardial Infarction. J Am Coll Cardiol. 2018 Jun 5;71(22):2540-2551.

8. Canto JG, Rogers WJ, Goldberg RJ, Peterson ED, Wenger NK, Vaccarino V, et al. Association of age and sex with myocardial infarction symptom presentation and in-hospital mortality. JAMA. 2012 Feb 22;307(8):813-822.

9. Sood A, Singh A, Gadkari C. Myocardial Infarction in Young Individuals: A Review Article. Cureus. 2023 Apr 4;15(4):e37102.

10. Thygesen K, Alpert JS, Jaffe AS, Chaitman BR, Bax JJ, Morrow DA, et al. Fourth universal definition of myocardial infarctio. European Heart Journal. 2019;3(40):237-269.

11. Hicks KA, Mahaffey KW, Mehran R, Nissen SE, Wiviott SD, Dunn B, et al. 2017 Cardiovascular and Stroke Endpoint Definitions for Clinical Trials. Circulation. 2018 Feb 27;137(9):961-972.

12. Hoit BD, Gilpin EA, Henning H, Maisel AA, Dittrich H, Carlisle J, et al. Myocardial infarction in young patients: an analysis by age subsets. Circulation. 1986 Oct;74(4):712-721.

13. Egred M, Viswanathan G, Davis GK. Myocardial infarction in young adults. Postgrad Med J. 2005 Dec;81(962):741-745.

14. Sricharan KN, Rajesh S, Rashmi Meghana HC, Badiger S, Mathew S. Study of Acute Myocardial Infarction in Young Adults: Risk Factors, Presentation and Angiographic Findings. Journal of Clinical and Diagnostic Research. 2012;6:257-260.

15. Bhardwaj R, Kandoria A, Sharma R. Myocardial infarction in young adults-risk factors and pattern of coronary artery involvement. Niger Med J. 2014 Jan;55(1):44-47.

16. Safdar B. Clues to Diagnose Myocardial Infarction in the Young: No Longer a Needle in the Haystack. J Am Coll Cardiol. 2019 Feb 12;73(5):585-588.

17. Vaccarino V (2019). Myocardial Infarction in Young Women. Circulation, 8(139):1057-1059.

https://doi.org/10.32895/hcjm.m.2024.02.19

18. Arora S, Stouffer GA, Kucharska-Newton AM, Qamar A, Vaduganathan M, Pandey A, et al. Twenty Year Trends and Sex Differences in Young Adults Hospitalized With Acute Myocardial Infarction. Circulation. 2019 Feb 19;139(8):1047-1056.

19. Alfaddagh A, Khraishah H, Rashed W, Sharma G, Blumenthal RS, Zubaid M. Clinical characteristics and outcomes of young adults with first myocardial infarction: Results from Gulf COAST. Int J Cardiol Heart Vasc. 2020 Nov 30;31:100680.

20. Kim Y, Bae S, Johnson TW, Son NH, Sim DS, Hong YJ, et al. Role of Intravascular Ultrasound-Guided Percutaneous Coronary Intervention in Optimizing Outcomes in Acute Myocardial Infarction. J Am Heart Assoc. 2022 Mar;11(5):e023481.

21. Gupta A, Wang Y, Spertus JA, Geda M, Lorenze N, Nkonde-Price C, et al. Trends in acute myocardial infarction in young patients and differences by sex and race, 2001 to 2010. J Am Coll Cardiol. 2014 Jul 29;64(4):337-45.