

thành công của phương pháp KPCD bằng Dinoprostone là 89,13%, kết quả cũng tương tự với nghiên cứu của các tác giả trên thế giới. Tỷ lệ thành công khá cao, là căn cứ để các bác sĩ tại bệnh viện Nhân dân Gia Định cân nhắc tư vấn thai phụ lựa chọn phương thức KPCD ở những trường hợp thai quá ngày dự sinh.

Hạn chế của nghiên cứu: cũng như các nghiên cứu về đánh giá hiệu quả của KPCD trong nước và trên thế giới, hầu hết đều dựa vào sự thay đổi bằng điểm Bishop, mà đánh điểm Bishop thì mang tính chủ quan, kết quả có thể sai lệch, đây là điểm hạn chế của đề tài. Cỡ mẫu chưa đủ lớn nên sẽ có giá trị và độ tin cậy chưa cao cho tất cả các mục tiêu, cần thêm thời gian, kinh phí và nguồn lực để khắc phục.

## V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thành công của KPCD bằng Dinoprostone dạng đặt âm đạo trên thai quá ngày dự sinh đạt 89,13% KTC 95% (80,14– 98,12).

2. Tỷ lệ sinh ngả âm đạo là 65,2% KTC 95% (51,5-78,9), tỷ lệ sinh mổ là 34,8% KTC 95% (21,1 – 48,5).

3. Tác dụng ngoại ý được ghi nhận trong nghiên cứu bao gồm: cơn gò cường tính

(17,39%), biến đổi tim thai CTG nhóm II (8,69%), buồn nôn (4,34%), tiêu chảy (4,34%), vỡ ối (2,17%), băng huyết sau sinh (4,34%), Apgar 5 phút < 7 (4,34%).

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO, (2011), WHO recommendations for Induction of labour, pp. 36.
2. ACOG, (2009), "ACOG Practice Bulletin No. 107: Induction of labor", Obstet Gynecol, 114 (2 Pt 1), pp. 386-397.
3. Bộ môn Phụ Sản Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh, (2010), Khởi phát chuyển dạ, Nhà xuất bản y học TP. Hồ Chí Minh, tr. 74-85.
4. Bộ Y tế, (2016), Hướng dẫn quốc gia về các dịch vụ chăm sóc sức khỏe sinh sản, tr.234
5. Ngô Minh Hưng (2018), Hiệu quả khởi phát chuyển dạ với thông Foley đôi cải tiến trên thai quá ngày dự sinh có chỉ định chấm dứt thai kỳ tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tr. 50.
6. Phạm Chí Công (2021), "Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propress đặt âm đạo", Tạp chí Phụ sản, tr. 38-47.
7. Tăng Thường Bàn, Huỳnh Nguyễn Khánh Trang, (2021), Hiệu quả của propress làm chín mủ cổ tử cung và khởi phát chuyển dạ trên thai đủ tháng thành tại bệnh viện hưng vương, Tạp chí y học TP HCM, tr. 238-243.
8. Nguyễn Việt Tiến, (2011), Nghiên cứu hiệu quả khởi phát chuyển dạ bằng propress đặt âm đạo, tr. 50.

## TIỀN LƯỢNG TỬ VONG DO TIM MẠCH CỦA THANG ĐIỂM GRACE TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KÈM ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Trần Nguyễn Phương Hải<sup>1</sup>, Nguyễn Nhật Tài<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Nhồi máu cơ tim cấp là bệnh lý nguy hiểm, gây tàn tật và tử vong cao. Hiện nay nhồi máu cơ tim cấp và các biến chứng liên quan vẫn là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong trên toàn thế giới. Có nhiều thang điểm ra đời nhằm mục đích tiên lượng cho nhồi máu cơ tim cấp. Thang điểm GRACE được hội Tim Châu Âu khuyến cáo trong tiên lượng tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Riêng trên nhóm bệnh nhân đái tháo đường mắc nhồi máu cơ tim cấp, tổn thương mạch vành thường phức tạp cộng với các biến chứng liên quan có thể ảnh hưởng đến kết cục cuối cùng. **Mục tiêu:** Đánh giá tiên lượng tử vong do tim mạch của thang điểm GRACE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. **Đối tượng – Phương pháp nghiên cứu:** mô tả tiên

cứu, theo dõi dọc, khảo sát nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường. **Kết quả:** Từ 11/2022 đến 06/2023 thu nhận được 232 bệnh nhân với tuổi trung bình là  $66,17 \pm 10,05$  và nữ giới chiếm 50,86%. Điểm GRACE trung bình là  $122,53 \pm 28,25$ . Tỷ lệ tử vong nội viện là 6,47% ( $n = 15$ ). Tỷ lệ tử vong 90 ngày là 13,36% ( $n = 29$ ). Khi đưa vào phân tích đa biến, triệu chứng đau ngực là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong 90 ngày. **Kết luận:** Trên dân số nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2 được nghiên cứu, tỷ lệ tử vong lúc 90 ngày cao hơn gấp đôi so với tỷ lệ tử vong nội viện. Phân tích đa biến cho thấy triệu chứng đau ngực là yếu tố tiên lượng độc lập.

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, thang điểm GRACE, tiên lượng tử vong.

### SUMMARY

#### PROGNOSTIC IMPACT OF THE GRACE SCORE ON CARDIOVASCULAR DEATH IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AND DIABETES

**Introduction:** Acute myocardial infarction (AMI) is a perilous condition, contributing significantly to disability and mortality rates globally. Despite various scoring systems developed to predict AMI, it remains

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 25.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 25.11.2024

Ngày duyệt bài: 30.12.2024

the leading cause of death worldwide. The GRACE score, endorsed by the European Heart Association, is recommended for predicting mortality in AMI patients. Among diabetic individuals with AMI, coronary artery damage often leads to complications, influencing overall outcomes. **Objectives:** This study aims to assess the cardiovascular mortality prognosis using the GRACE score in patients with AMI and type 2 diabetes. **Methods:** A prospective, longitudinal follow-up, and survey were conducted on a cohort of patients diagnosed with AMI and diabetes. **Results:** Between November 2022 and June 2023, 232 patients (average age  $66.17 \pm 10.05$  years, 50.86% women) were recruited. The average GRACE score was  $122.53 \pm 28.25$ . The in-hospital mortality rate was 6.47% ( $n = 15$ ), while the 90-day mortality rate was 13.36% ( $n = 29$ ). In multivariate analysis, chest pain symptoms emerged as independent predictors of 90-day mortality. **Conclusion:** In the studied population of AMI patients with type 2 diabetes, the 90-day mortality rate was more than double the in-hospital mortality rate. Multivariate analysis identified chest pain symptoms as an independent prognostic factor.

**Keywords:** Acute myocardial infarction, GRACE score, mortality prognosis.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) là là bệnh nhân thường gặp gây tỉ lệ tử vong cao. Cùng với đó bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm theo đái tháo đường type 2 thường có tổn thương mạch vành phức tạp gây ảnh hưởng lên quá trình can thiệp, lựa chọn phương pháp tái thông và kết cục điều trị. Thang điểm GRACE được hội Tim Châu Âu khuyến cáo sử dụng trong tiên lượng bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi khảo sát giá trị tiên lượng tử vong nội viện và 90 ngày bằng thang điểm GRACE ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. Đồng thời tiến hành so sánh sự khác biệt giữa nhóm nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và không ST chênh lên.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** Bệnh nhân  $\geq 18$  tuổi, chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ 4 của Nhồi máu cơ tim và đái tháo đường type 2 theo Hiệp hội Đái tháo đường Hoa Kỳ năm 2022.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Thiết kế nghiên cứu:** Tiến cứu, theo dõi dọc.

**Định nghĩa các biến số quan trọng**

**Tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp**

Tiêu chuẩn của tổn thương cơ tim
Tổn thương cơ tim khi có bằng chứng giá trị troponin tim tăng với ít nhất một giá trị trên giới hạn trên ngưỡng bình thường. Tổn thương cơ

tim cấp khi có thay đổi động học tăng hoặc giảm giá trị troponin tim

### Tiêu chuẩn của nhồi máu cơ tim cấp

Nhồi máu cơ tim cấp khi có tổn thương cơ tim cấp kèm bằng chứng lâm sàng của thiếu máu cục bộ cơ tim cấp và ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau: (i) Triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim; (ii) Thay đổi điện tim của thiếu máu cục bộ mới xuất hiện; (iii) Tiến triển của sóng Q bệnh lý (iv) Bằng chứng hình ảnh học của chết cơ tim mới xuất hiện hoặc bất thường vận động vùng mới xuất hiện trong bệnh cảnh thiếu máu cục bộ (v) Phát hiện huyết khối động mạch vành trên chụp mạch vành hoặc tử thi (không dành cho loại 2)

Tử vong nội viện: khi bệnh nhân tử vong trong thời gian nằm viện hoặc bệnh nhân rất nặng (huyết áp không đo được, nhịp tự thất rời rạc, sử dụng vận mạch liều cao,...) được thân nhân xin về. Những bệnh nhân rất nặng xin về được chúng tôi xác nhận tử vong trong vòng 24 giờ sau xuất viện qua điện thoại.

Tử vong 90 ngày: là khi bệnh nhân tử vong tim mạch trong vòng 90 ngày sau khi bệnh ổn và xuất viện (không bao gồm tử vong nội viện).

Tử vong tim mạch: Tử vong ghi nhận trong thời gian theo dõi, bao gồm tử vong do các nguyên nhân được xác định cụ thể như: nhồi máu cơ tim cấp, đột tử do tim, suy tim, đột quy, thủ thuật tim mạch, các tình trạng xuất huyết liên quan tim mạch và các nguyên nhân tim mạch khác.

Đái tháo đường type 2: Khi bệnh nhân có tiền căn đái tháo đường type 2 hoặc A1C lúc nhập viện  $\geq 6,5\%$ .

Phân tầng nguy cơ tử vong theo điểm GRACE<sup>1</sup>: thấp ( $< 109$  điểm), trung bình (109-140 điểm) và cao ( $> 140$  điểm).

**Phương pháp tiến hành.** Nếu bệnh nhân và thân nhân đồng ý tham gia nghiên cứu, tiến hành hỏi bệnh sử, tiền căn và thăm khám bệnh nhân. Thông tin thu thập gồm: (i) hành chính: họ tên, tuổi, giới, địa chỉ, nghề nghiệp, mã nhập viện, (ii) bệnh sử: triệu chứng đau ngực, (iii) tiền căn bản thân và gia đình: tăng huyết áp, RLMM, HTL, tiền căn gia đình có bệnh mạch vành sớm, (iv) khám: cân nặng, chiều cao, huyết áp tâm thu, tần số tim, khám tim, khám phổi. Từ các thông tin này, tính chỉ số khối cơ thể và phân độ Killip. Ghi lại số điện thoại liên lạc của bệnh nhân và thân nhân.

Tra cứu hồ sơ bệnh án để thu thập thông tin biến số cận lâm sàng gồm: tổng phân tích tế bào máu ngoại vi, đường huyết, A1c, creatinine

huyết thanh, độ lọc cầu thận ước đoán, troponin I độ nhạy cao, Creatin kinase-MB (CK-MB), bộ lipid máu, điện tim, siêu âm tim.

#### Phương pháp thu thập và xử lý số liệu.

Nhập và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 20.0. Các biến định tính được trình bày dưới dạng tần số, tỉ lệ phần trăm. Các biến định lượng trình bày dưới dạng trung bình, độ lệch chuẩn. So sánh trung bình giữa hai nhóm dân số độc lập theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Student. So sánh trung bình giữa hai nhóm dân số độc lập không theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Mann-Whitney. So sánh trung bình giữa ba nhóm dân số độc lập theo phân phối chuẩn bằng ANOVA. So sánh trung bình giữa ba nhóm dân số độc lập không theo phân phối chuẩn bằng phép kiểm Kruskal-Wallis. So sánh tỉ lệ phần trăm giữa hai hoặc ba nhóm dân số độc lập bằng phép kiểm chi bình phương nếu  $n \geq 5$ . So sánh tỉ lệ phần trăm giữa hai hoặc nhóm dân số độc lập bằng phép kiểm chính xác Fisher nếu  $n < 5$ .

Về đường cong ROC và tính toán AUC cho khả năng phân biệt của thang điểm GRACE đối với kết cục tái nhập viện, tử vong nội viện và tử vong 30 ngày của dân số nghiên cứu. Thang điểm GRACE có khả năng phân biệt rất tốt nếu  $AUC \geq 0,9$ , có khả năng phân biệt tốt nếu  $AUC \geq 0,8$ , có khả năng phân biệt khá nếu  $AUC \geq 0,7$ , có khả năng phân biệt trung bình nếu  $AUC \geq 0,6$  và khả năng phân biệt kém nếu  $AUC < 0,6$ . Tìm điểm cắt tốt nhất của đường cong ROC dựa vào chỉ số Youden J với J là trị số cao nhất (Độ nhạy + Độ đặc hiệu - 1).

Tính hiệu chuẩn được kiểm định bằng phép kiểm Hosmer-Lemeshow, với giá trị  $p > 0,05$  là đạt tính hiệu chuẩn.

Dùng hồi qui Cox cho phân tích đơn biến và đa biến các biến số ảnh hưởng đến kết cục tái nhập viện, tử vong nội viện và tử vong 30 ngày. Nếu  $p < 0,1$  khi phân tích đơn biến, biến số đó được đưa vào phân tích đa biến để xác định yếu tố tiên lượng độc lập cho kết cục. Biến số được xem là yếu tố tiên lượng độc lập của kết cục khi  $p < 0,05$ . OR và KTC 95% của OR của mỗi biến số ảnh hưởng đến các kết cục trong nghiên cứu. Kiểm định có ý nghĩa thống kê khi giá trị  $p < 0,05$ .

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

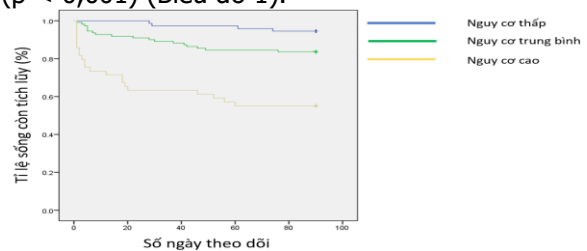
Trong thời gian từ 11/2022 đến 06/2023, có 232 bệnh nhân được tuyển vào nghiên cứu. Tuổi trung bình là  $66,17 \pm 10,05$  và nam giới chiếm 49,14%. Mức BMI trung bình của dân số nghiên cứu là  $22,95 \pm 3,09 \text{ kg/m}^2$ .

Tỉ lệ tử vong nội viện của dân số chung là 6,47% ( $n = 15$ ). Tỉ lệ tử vong nội viện của dân

số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTC STCL) và dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTC KSTCL) lần lượt là 11,65% và 2,32%, khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p = 0,009$ ).

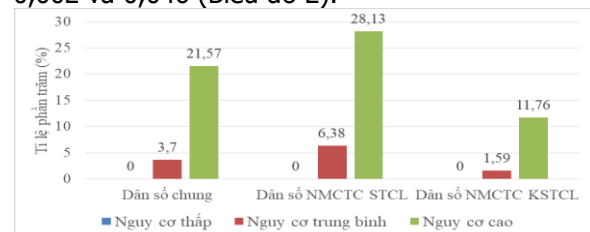
Tương tự, tỉ lệ tử vong 90 ngày của dân số chung là 13,36% ( $n=29$ ). Tỉ lệ tử vong 90 ngày của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên lần lượt là 10,99% và 15,08%, khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm ( $p = 0,502$ ).

Tỉ lệ sống còn 90 ngày trong nhóm NMCTC kèm ĐTĐ type 2 thuộc nguy cơ cao theo điểm GRACE thấp hơn nhóm nguy cơ trung bình, thấp ( $p < 0,001$ ) (Biểu đồ 1).



**Biểu đồ 1: Đường cong Kaplan-Meier về sống còn của nhóm nguy cơ thấp (màu xanh dương), trung bình (xanh lá cây) và cao (màu cam) dựa theo thang điểm GRACE qua 90 ngày theo dõi**

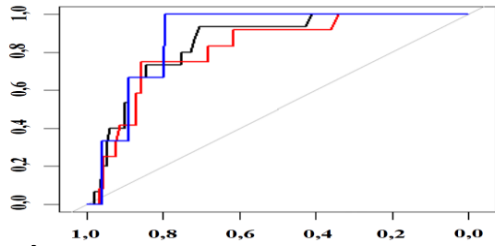
Tỉ lệ tử vong nội viện của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTC STCL) và dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTC KSTCL) theo thang điểm GRACE trong nhóm nguy cơ cao cao hơn đáng kể so với nhóm nguy cơ trung bình và thấp, giá trị  $p$  lần lượt 0,002 và 0,046 (Biểu đồ 2).



**Biểu đồ 2: Tỉ lệ tử vong nội viện theo phân tầng nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE của dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL**

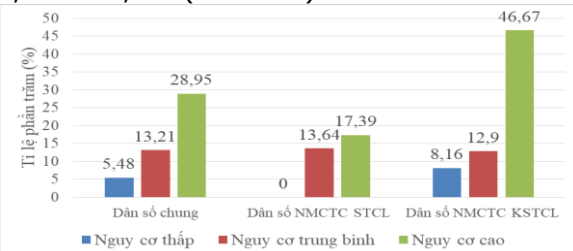
AUC của thang điểm GRACE cho tử vong nội viện ở dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL lần lượt là 0,851 (KTC 95% 0,770-0,932), 0,818 (KTC 95% 0,703-0,934) và 0,882 (KTC 95% 0,779-0,985). Với điểm cắt tốt nhất là 130,5, thang điểm GRACE có độ nhạy 70,51% và độ đặc hiệu 93,33% cho tiên lượng tử vong nội viện ở dân số chung. Với điểm

cắt tốt nhất là 153, thang điểm GRACE có độ nhạy 85,71% và độ đặc hiệu 75% cho tiên lượng tử vong nội viện ở dân số NMCTC STCL (Biểu đồ 3).



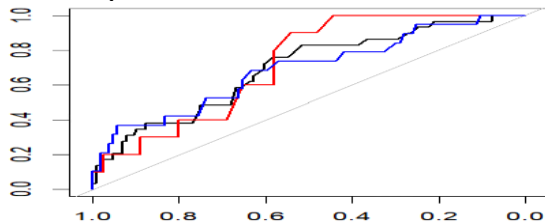
**Biểu đồ 3: Đường cong ROC của thang điểm GRACE cho tử vong nội viện ở dân số chung (màu đen), NMCTC STCL (màu đỏ) và NMCTC KSTCL (màu xanh)**

Tỉ lệ tử vong 90 ngày của dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (NMCTC STCL) và dân số nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên (NMCTC KSTCL) theo thang điểm GRACE trong nhóm nguy cơ cao cao hơn đáng kể so với nhóm nguy cơ trung bình và thấp, giá trị p lần lượt 0,082 và 0,003 (Biểu đồ 4)



**Biểu đồ 4: Tỉ lệ tử vong 90 ngày theo phân tầng nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE của dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL**

AUC của thang điểm GRACE cho tử vong 90 ngày ở dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL lần lượt là 0,694 (KTC 95% 0,592-0,797), 0,720 (KTC 95% 0,585-0,855) và 0,690 (KTC 95% 0,551-0,827). Với điểm cắt tốt nhất là 119,5, thang điểm GRACE có độ nhạy 75,86% và độ đặc hiệu 58,51% cho tiên lượng tử vong 90 ngày ở dân số chung. Với điểm cắt tốt nhất là 116, thang điểm GRACE có độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 44,44% cho tiên lượng tử vong 90 ngày ở dân số NMCTC STCL (Biểu đồ 5)



**Biểu đồ 5: Đường cong ROC của thang điểm GRACE cho tử vong nội viện ở dân số chung (màu đen), NMCTC STCL (màu đỏ) và NMCTC KSTCL (màu xanh)**

**điểm GRACE cho tử vong 90 ngày ở dân số chung (màu đen), NMCTC STCL (màu đỏ) và NMCTC KSTCL (màu xanh)**

#### IV. BÀN LUẬN

**Tử vong nội viện.** Trương Phi Hùng và cộng sự báo cáo tỉ lệ tử vong nội viện của dân số HCVC (tỉ lệ ĐTĐ là 26,5%) là 1,22%<sup>2</sup>. Lee và cộng sự báo cáo tỉ lệ tử vong nội viện của dân số NMCTC kèm ĐTĐ là 3,19%<sup>3</sup>. Baeza-Román và cộng sự báo cáo tỉ lệ tử vong nội viện của dân số NMCTC kèm ĐTĐ là 9,04%. Nhìn chung, tỉ lệ tử vong nội viện khác nhau tùy theo nghiên cứu. Ngoài ra, chúng tôi cũng ghi nhận tỉ lệ tử vong nội viện của dân số NMCTC STCL cao hơn dân số NMCTC KSTCL. Tương tự, Baeza-Román và cộng sự báo cáo tỉ lệ tử vong nội viện của dân số NMCTC STCL (10,97%) cao hơn dân số NMCTC KSTCL (7,54%)<sup>4</sup>.

Tỉ lệ tử nội viện trong nghiên cứu của chúng tôi tăng dần theo mức nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE ở dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL. Tỉ lệ tử nội viện khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE ở dân số chung ( $p < 0,001$ ), dân số NMCTC STCL ( $p = 0,002$ ) và dân số NMCTC KSTCL ( $p = 0,046$ ). Kumar và cộng sự báo cáo tỉ lệ tử vong nội viện của nhóm nguy cơ thấp (0%), trung bình (6,7%) và cao (11,8%) của dân số HCVC KSTCL (tỉ lệ ĐTĐ là 42,3%) tăng dần theo mức nguy cơ và khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa ba nhóm nguy cơ ( $p = 0,001$ )<sup>5</sup>. Chúng tôi cũng ghi nhận AUC của thang điểm GRACE cho tử vong nội viện trong dân số NMCTC STCL (0,818, KTC 95% 0,703-0,934) nhỏ hơn dân số NMCTC KSTCL (0,882, KTC 95% 0,779-0,985). Neves và cộng sự báo cáo AUC của thang điểm GRACE cho tử vong nội viện của dân số NMCTC STCL (0,78, KTC 95% 0,49-1,00) cao hơn dân số NMCTC KSTCL (0,64, KTC 95% 0,29-0,98)<sup>6</sup>.

Chúng tôi cũng ghi nhận thang điểm GRACE đạt tính hiệu chuẩn với dân số chung ( $p = 0,755$ ), dân số NMCTC STCL ( $p = 0,928$ ) và NMCTC KSTCL ( $p = 0,845$ ). Kết quả này tương tự với các nghiên cứu khác. Nguyễn Trọng Hiếu và cộng sự báo cáo thang điểm GRACE đạt tính hiệu chuẩn cho dân số HCVC KSTCL ( $p = 0,726$ ).<sup>7</sup> Trương Duy Đăng và cộng sự báo cáo thang điểm GRACE đạt tính hiệu chuẩn cho dân số HCVC ( $p = 0,599$ )<sup>8</sup>.

**Tử vong 90 ngày.** Tỉ lệ bệnh nhân tử vong 90 ngày trong nghiên cứu của chúng tôi là 13,36%. Tỉ lệ này khác biệt không có ý nghĩa thống kê giữa dân số NMCTC STCL và dân số

NMCTC KSCL ( $p = 0,502$ ). Tương tự như tử vong nội viện, tỉ lệ tử vong 90 ngày tăng dần theo mức nguy cơ dựa trên thang điểm GRACE. Thang điểm GRACE đạt tính hiệu chuẩn cho dân số chung, dân số NMCTC STCL và dân số NMCTC KSTCL.

Khi phân tích đơn biến, nam giới, triệu chứng đau ngực, chỉ số khối cơ thể, RLMM, HTL, CTMVQD, hemoglobin, số lượng bạch cầu, số lượng tiểu cầu, phân suất tổng máu thất trái, phân độ Killip, tuổi, huyết áp tâm thu, tần số tim, thay đổi ST và thang điểm GRACE ảnh hưởng đến kết cục tử vong 90 ngày. Khi phân tích đa biến, triệu chứng đau ngực và tiền căn RLMM là yếu tố nguy cơ độc lập của tử vong 90 ngày. Newby và cộng sự báo cáo tuổi, tần số tim, độ thanh thải creatinine, CTMVQD, PTBCM, tiền căn tăng huyết áp là yếu tố tiên lượng độc lập của tử vong 90 ngày<sup>8</sup>. Rất ít nghiên cứu trong nước và ngoài nước về thang điểm GRACE cho tiên lượng tử vong 90 ngày. Nghiên cứu của chúng tôi đóng góp số liệu về khả năng tiên lượng của thang điểm GRACE cho tử vong 90 ngày để so sánh với các nghiên cứu trong tương lai.

## V. KẾT LUẬN

Trên dân số nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2 được nghiên cứu, tỉ lệ tử vong lúc 90 ngày cao hơn gấp đôi so với tỉ lệ tử vong nội viện. Phân tích đa biến cho thấy triệu chứng đau ngực là yếu tố tiên lượng độc lập.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. 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*. 2006;333(7578):1091.

- doi:10.1136/bmj.38985.646481.55
2. Hùng TP. Nghiên cứu giá trị của Neutrophil Gelatinase-associated-lipocalin (NGAL) trong tiên đoán các biến cố tim mạch ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận án Tiến sĩ Y học. Đại học Y Dược TP HCM. 2019.
3. Lee JW, Moon JS, Kang DR, et al. Clinical Impact of Atypical Chest Pain and Diabetes Mellitus in Patients with Acute Myocardial Infarction from Prospective KAMIR-NIH Registry. *J Clin Med*. Feb 12 2020; 9(2):doi: 10.3390/jcm9020505
4. Baeza-Román A, de Miguel-Balsa E, Latour-Pérez J, et al. Predictive power of the grace score in population with diabetes. *Int J Cardiol*. Dec 1 2017;248:73-76. doi:10.1016/j.ijcard.2017. 06.083
5. Kumar D, Ashok A, Saghir T, et al. Prognostic value of GRACE score for in-hospital and 6 months outcomes after non-ST elevation acute coronary syndrome. *Egypt Heart J*. Mar 6 2021;73(1):22. doi:10.1186/s43044-021-00146-9
6. Neves VB, Roman RM, Vendruscolo T, et al. Validation of the Grace Risk Score to Predict In-Hospital and 6-Month Post-Discharge Mortality in Patients with Acute Coronary Syndrome. *International Journal of Cardiovascular Sciences*. 2021;35(2):174-180. doi:10.36660/ijcs.20210019
7. Nguyễn Trọng Hiếu, Nguyễn Tấn Đạt, Ngô Văn Truyền. Giá trị tiên lượng ngắn hạn theo thang điểm phân tầng nguy cơ GRACE và TIMI ở bệnh nhân hội chứng vành cấp không ST chênh lên tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ năm 2018-2019. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2019;21:134-139.
8. Trương Duy Đăng, Ngô Hoàng Toàn, Huỳnh Kim Phượng. Nghiên cứu giá trị tiên lượng ngắn hạn theo thang điểm GRACE, TIMI và HEART ở bệnh nhân hội chứng vành cấp tại bệnh viện đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2020-2022. *Tạp chí Y dược học Cần Thơ*. 2022;49:53-60.

## ĐÁNH GIÁ TÁC DỤNG KHÁNG KHUẨN-KHÁNG NẤM VÀ TAN MÁU CỦA HOẠT CHẤT IND-411 ĐƯỢC TẠO RA DỰA TRÊN PEPTIDE TỰ NHIÊN INDOLICIDIN

Ngô Văn Hoà<sup>1</sup>, Ngô Thu Hằng<sup>2</sup>,  
Lương Xuân Huy<sup>3</sup>, Cấn Văn Mão<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Tổng hợp và đánh giá tác dụng kháng khuẩn và kháng nấm của dẫn xuất IND-411 được tạo

ra dựa trên cấu trúc của Indolicidin. **Phương pháp nghiên cứu:** IND-411 được tạo ra bằng kỹ thuật tổng hợp peptide pha rắn. Nghiên cứu tác dụng kháng khuẩn và kháng nấm bằng phương pháp khuếch tán trên thạch và khả năng gây vỡ hồng cầu bằng thử nghiệm hemolysis. **Kết quả:** IND-411 thu được có độ tinh sạch 99,4% xác định bằng hệ sắc ký lỏng hiệu năng cao. Đồng thời IND-411 cho thấy hoạt tính tốt hơn trên cả ba chủng vi khuẩn *E. coli*, *S. Epidermidis*, *S. aureus* và nấm *C. albicans* trong khi khả năng gây tan máu thấp hơn hẳn so với Indolicidin. **Kết luận:** Dẫn xuất IND-411 được tổng hợp thành công và có tiềm năng ứng dụng trong kháng khuẩn và kháng nấm

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

<sup>2</sup>Học viện Quân Y, Hà Nội

<sup>3</sup>Trường Đại học Phenikaa, Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Cấn Văn Mão

Email: canvanmao@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 22.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024