

Sự khác biệt giữa hai nhóm can thiệp và nhóm đối chứng sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0001$. Điều này cho thấy truyền thông giáo dục sức khỏe mang lại hiệu quả cao trong thực hành diệt véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy vi khí hậu có ảnh hưởng lớn, tác động đến sự phát triển của véc tơ truyền bệnh SXHD. Cụ thể lượng mưa nhiều trong năm thì chỉ số véc tơ truyền bệnh SXHD tăng, cao mắc SXHD tăng. Truyền thông giáo dục sức khỏe là một trong những biện pháp can thiệp có hiệu quả trong thực hành diệt véc tơ truyền bệnh SXHD.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. WHO. Dengue and severe dengue. World Health Organization 2023;17 March 2023. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/dengue-and-severe-dengue>
2. Sức Khỏe Đời Sống. Năm 2022, cả nước ghi nhận hơn 360 nghìn trường hợp mắc sốt xuất huyết. 2023;Cơ quan ngôn luận Bộ Y tế, 02.01.2023. <https://suckhoedoisong.vn/nam-2022-ca-nuoc-ghi-nhan-hon-360-nghin-truong-hop-mac-sot-xuat-huyet-169230102095648904.htm>

3. Sở Y tế Bình Dương. Báo cáo công tác y tế năm 2022, nhiệm vụ trọng tâm năm 2023. 2023; Số 06/BC-SYT, ngày 11-4-2023:10.
4. Kênh thông tin dự báo Thời tiết. Dự báo thời tiết huyện Phú Giáo, 2023; <https://thoietiet.vn/binh-duong/phu-giao>
5. Phạm Đăng Quận, Chu Văn Thăng, Trần Thu Phương, Nguyễn Thị Ngọc Bích. Một số đặc điểm dịch tễ học, các yếu tố thời tiết, véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue tại huyện Thành trì, thành phố Hà Nội, giai đoạn 2016 – 2020, . Tạp chí Y học Việt Nam. 2021;507(1). <https://tapchihocvietnam.vn/index.php/vmj/article/view/1335>
6. Nguyễn Lương Tâm, Nguyễn Chí Thanh, Nguyễn Chí Trung, Nguyễn Công Hiếu, Hồ Thị Tú, Nguyễn Hữu Thanh. Mối liên quan giữa véc tơ truyền bệnh sốt xuất huyết Dengue và các yếu tố khí hậu tại tỉnh Hà Tĩnh, 2019-2020. Tạp chí Y học Dự phòng, 2021;31(7):90-7. <https://vjpm.vn/index.php/vjpm/article/view/403>
7. Trịnh Công Thức và các cộng sự. Một số đặc điểm dịch tễ học sốt xuất huyết dengue tại quận Liên Chiểu, Thành phố Đà Nẵng, năm 2017 - 2020". 2022. 32(2 Phụ bản), tr. 70-77.
8. Huỳnh Hữu Dũng. Đánh giá kết quả phòng chống sốt xuất huyết Dengue ở người dân huyện Thủ Thừa, tỉnh Long An năm 2012. 2014; Kỷ yếu các đề tài nghiên cứu khoa học của hệ truyền thông giáo dục sức khỏe năm 2013:125-30.

KHẢO SÁT ĐỘNG MẠCH VÀNH BỊ HẸP VÔI HÓA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Huỳnh Trung Cang¹, Lâm Hữu Giang¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp động mạch vành nặng có vôi hóa nặng là tổn thương nguy cơ cao trong việc tối ưu quá điều trị và tiên lượng sự thành công của thủ thuật can thiệp mạch vành qua da thấp. **Mục tiêu:** Khảo sát tổn thương động mạch vành có vôi hóa nặng để có chiến lược điều trị bằng dụng cụ hỗ trợ đặc biệt. Tìm các yếu tố nguy cơ liên quan đến mức độ vôi hóa động mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 260 bệnh nhân có hẹp động mạch vành được can thiệp tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang thời gian từ tháng 01/2023 đến 04/2024. **Kết quả:** Tuổi trung bình 67,3 tuổi, nam chiếm 55,8%. Xác định mức độ vôi hóa bằng chụp mạch cản quang chiếm 95,4%, bằng IVUS chiếm 2,3%, bằng OCT chiếm 2,3%. Bệnh nhân có ≥ 2 nhánh mạch vành bị tổn thương chiếm 62,2%. Nhánh LAD có tỷ lệ vôi hóa chiếm 31,2%, nhánh RCA có tỷ lệ vôi hóa chiếm 17,3%, nhánh LCx có tỷ lệ vôi hóa chiếm 12,7% và nhánh LMCA có tỷ lệ vôi hóa

chiếm 5,8%. Bệnh nhân có bệnh mạch vành vôi hóa từ trung bình – nặng chiếm 31,1%. Bệnh nhiều nhánh mạch vành có liên quan đến mức độ vôi hóa nặng động mạch vành có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$. Can thiệp thành công các tổn thương vôi hóa động mạch vành bằng các dụng cụ hỗ trợ như bóng cắt, mũi khoan kim cương. Có 78,4% (40/44) bệnh nhân dùng mũi khoan kim cương, trong đó có 5 trường hợp dùng mũi khoan kim cương cứu vãn do nong bóng không nở tổn thương. Có 1 trường hợp kẹt mũi khoan nhưng xử lý thành công. **Kết luận:** Có đến 1/3 các trường hợp can thiệp động mạch vành có tỷ lệ vôi hóa trung bình đến nặng cần các dụng cụ hỗ trợ như mũi khoan kim cương, bóng cắt...

Từ khóa: động mạch vành, IVUS, OCT, PCI, TIMI chiến lược can thiệp mạch vành.

SUMMARY

EVALUATION OF CALCIFIED CORONARY ARTERY STENOSIS AT KIEN GIANG GENERAL HOSPITAL

Background: Heavily calcified coronary artery stenosis are a high risk lesions in optimising treatment and predictor of successful percutaneous coronary intervention procedure was low. **Objective:** Evaluate to heavily coronary artery lesions for the treatment strategies with special devices and find out the risk

¹Bệnh viện đa khoa Kiên Giang

Chịu trách nhiệm chính: Huỳnh Trung Cang

Email: bshuynhtrungcang@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

factors associated with coronary artery calcification. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 260 patients with narrowing coronary artery diseases that underwent percutaneous coronary intervention at Kien Giang General Hospital from January 2023 to April 2024. **Results:** The average age was 67.3 years old, 52.4% of patients was male. Evaluating the calcification by angiography for 95.4% of cases, by IVUS for 2.3% of cases, by OCT for 2.3% of cases. Patients with ≥ 2 coronary artery stenosis were 62.2% of cases. The LAD branch had a calcification rate of 31.2% of cases, the RCA branch had a calcification rate of 17.3% of cases, the LCx branch had a calcification rate of 12.7% of cases and the LMCA branch had a calcification rate of 5.8% of cases. The patients with moderate to severe calcified coronary artery were 31.1% of cases. Multi-vessel coronary artery disease is associated with heavily coronary artery calcium with statistically significant ($p < 0,0005$). Successful percutaneous coronary intervention in heavily coronary artery calcium with special devices such as cutting balloons, rotational atherectomy. There were 40/44 (78.4%) of patients performed with rotational atherectomy, of which 5 cases were performed a recuse rotational atherectomy due to unexpansion lesion with balloons for predilatation. There was one case of trapping burr, but it was resolved successfully. **Conclusion:** Up to 1/3 of cases in percutaneous coronary intervention with moderate to severe calcium requiring special devices such as rotational atherectomy, cutting balloons. 42 cases of heavily calcified coronary artery stenosis were performed with rotational atherectomy at Kien Giang general hospital. There was a high success rate and a low complication rate.

Keywords: Coronary artery, IVUS, OCT, PCI, TIMI, Rotablator.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vôi hóa động mạch vành làm cho động mạch cứng hơn và ảnh hưởng đến tưới máu cơ tim. Can thiệp động mạch vành có vôi hóa nặng làm tăng nguy cơ hẹp tổn lưu, diện tích tối thiểu của stent nhỏ hơn, stent không nở đủ, không áp sát tốt và gãy stent, tất cả các yếu tố này làm tăng nguy cơ kết cục lâm sàng bất lợi. Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng mức độ vôi hóa mạch vành từ trung bình đến nặng thì biến cố tim mạch nặng tăng cao hơn có ý nghĩa thống kê. Để chẩn đoán mức độ vôi hóa động mạch vành có nhiều phương pháp như CT scanner mạch vành, chụp mạch cản quang, siêu âm nội mạch (IntraVascular UltraSound: IVUS) và chụp cắt lớp kết quang động mạch vành (Optical Coherence Tomography: OCT)... Trong đó OCT là cho kết quả chính xác nhất nhưng chi phí cao. Tuy nhiên thông dụng nhất vẫn là chụp mạch cản quang. Để điều trị tốt các tổn thương động mạch vành có vôi hóa trung bình nặng cần kỹ thuật khoan cắt mảng xơ vôi hóa bằng mũi khoan kim cương. Hiện nay bệnh viện Kiên Giang đã thực hiện kỹ

thuật này thường quy để điều trị bệnh mạch vành vôi hóa nặng. Vì vậy việc khảo sát bệnh động mạch vành có vôi hóa nặng giúp tăng tỷ lệ thành công của thủ thuật đồng thời làm giảm biến cố tim mạch nặng lâu dài cho bệnh nhân. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu khảo sát tổn thương vôi hóa động mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang. Nghiên cứu này được thực hiện với mục tiêu: Khảo sát tỷ lệ tổn thương động mạch vành có vôi hóa từ nhẹ đến nặng bằng các phương pháp chụp mạch, IVUS, OCT và tỷ lệ thành công thủ thuật can thiệp các tổn thương vôi hóa [1],[2],[8].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân có bệnh động mạch vành gây hẹp ý nghĩa $\geq 70\%$ đường kính đo bằng chụp mạch cản quang có đau thắt ngực ổn định nhưng không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu; hoặc bệnh nhân có hội chứng vành cấp được đánh giá mức độ vôi hóa mạch vành bằng chụp mạch cản quang hay bằng hình ảnh học IVUS/OCT tại bệnh viện Đa khoa Kiên Giang, từ tháng 01/2023 đến 4/2024.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang có phân tích

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu nghiên cứu: chọn tất cả các bệnh nhân thuộc đối tượng và đồng ý tham gia nghiên cứu. Từ tháng 01/2023 đến 4/2024 có tổng 260 bệnh nhân đã tham gia nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu:

- Vôi hóa nặng động mạch vành trên chụp mạch cản quang là thấy bóng vôi trên 2 thành động mạch trong chu kỳ tim không có thuốc cản quang ≥ 1 vị trí và kéo dài $\geq 15\text{mm}$, vôi hóa nặng động mạch vành trên OCT là điểm vôi hóa ≥ 3 điểm, vôi hóa nặng động mạch vành trên IVUS là điểm vôi hóa trên IVUS ≥ 3 điểm [8].

- Dòng chảy TIMI III là dòng cản quang đi đến đoạn xa mạch vành hoàn toàn

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính và yếu tố nguy cơ.

- Đặc điểm tổn thương động mạch vành vôi hóa bằng chụp mạch vành cản quang, IVUS/OCT: số lượng nhánh bị tổn thương; nhánh động mạch vành vị vôi hóa; mức độ vôi hóa động mạch vành....

- Đánh giá các yếu tố liên quan đến mức độ vôi hóa động mạch vành...

- Đánh giá kết quả can thiệp tổn thương vôi hóa động mạch vành nặng bằng các dụng cụ hỗ trợ đặc biệt: bóng cắt, mũi khoan kim cương...

- Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:
Sử dụng phần mềm Stata for Window phiên bản 10.0. Biến số định lượng được tính giá trị trung bình, biến số định tính được tính theo tỷ lệ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu 260 bệnh nhân bệnh động mạch có chỉ chụp mạch vành cản quang.

- Đặc điểm đối tượng nghiên cứu:

- + Tuổi: trung bình 67,3 ± 10,3 (55 – 94) tuổi.
- + Giới tính: (145/260) 55,8% bệnh nhân là nam; (115/260) 44,2% bệnh nhân là nữ.

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ

Yếu tố nguy cơ	Tỷ lệ (%)
Tiền sử bệnh động mạch vành	70,4
Đã đặt stent động mạch vành trước	24,2
Rối loạn lipid máu	33,1
Hút thuốc lá	19,6
Tăng huyết áp	84,6
Đái tháo đường	36,9
Bệnh thận mạn	4,6

- Phương pháp đánh giá tổn thương vôi hóa động mạch vành:

+ Vôi hóa nặng động mạch vành đánh giá bằng chụp mạch cản quang: 248/260 (95,4%), vôi hóa nặng động mạch vành đánh giá bằng IVUS 6/260 (2,3%), vôi hóa nặng động mạch vành đánh giá bằng chụp cắt lớp kết quang động mạch vành 6/260 (2,3%) đã tham gia trong nghiên cứu.

+ Phân loại đường vào tiếp cận động mạch vành: động mạch quay xa với 259/260 (99,6%) và chỉ có 1/260 (0,4%) động mạch đùi.

+ Bệnh mạch vành nhiều ≥ 2 nhánh (162/260) 62,2%, trong đó bệnh mạch vành cả 3 nhánh chiếm 38,1%.

+ Vị trí tổn thương:

Bảng 2. Vị trí tổn thương mạch vành vôi hóa

Vị trí tổn thương	Số lượng (n = 260)	Tỷ lệ (%)
LAD	81	31,2
RCA	45	17,3
LCx	33	12,7
LMCA	15	5,8

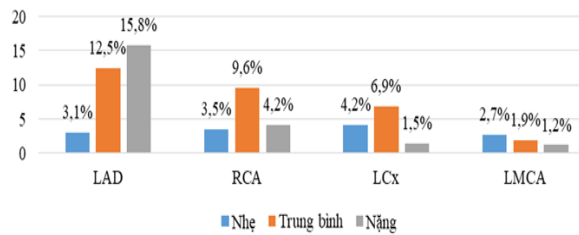
Nhận xét: trong tổn số 260 bệnh nhân thì tổn thương nhánh LAD chiếm nhiều nhất 31,2%, tổn thương RCA đáng kể chiếm 17,3%, tổn thương LCx có vôi hóa chiếm 12,7%, tổn thương LMCA có vôi hóa chiếm ít nhất 5,8%.

Bảng 3. Tỷ lệ bệnh nhân bệnh cơ tổn thương động mạch vành vôi hóa

Mức độ vôi hóa động mạch vành	Số lượng (n = 260)	Tỷ lệ (%)
Không	171	65,8
Nhẹ	8	3,1
Trung bình	37	14,2
Nặng	44	16,9

Nhận xét: Bệnh nhân có 1 hay nhiều nhánh động mạch vành bị tổn thương vôi hóa mức độ trung bình – nặng chiếm 31,1%.

Mức độ vôi hóa trên từng động mạch vành



Biểu đồ 1. Đặc điểm mức độ vôi hóa trên từng động mạch vành

Nhận xét: Tỷ lệ các tổn thương mạch vành vôi hóa nặng của nhánh LAD chiếm nhiều nhất.

Bảng 4. Sự liên quan giữa vôi hóa động mạch vành và bệnh nhiều nhánh

Số nhánh bệnh ĐMV	Không vôi hóa N (%)	Vôi hóa nhẹ N (%)	Vôi hóa trung bình N (%)	Vôi hóa nặng N (%)
1 nhánh	89 (52,0)	2 (25,0)	5 (13,5)	2 (4,5)
2 nhánh	47 (27,5)	2 (25,0)	4 (10,8)	10 (22,7)
3 nhánh	35 (20,5)	4 (50,0)	28 (75,7)	32 (72,7)
Tổng	171 (100)	8 (100)	37 (100)	44 (100)

Bệnh mạch vành nhiều nhánh làm tăng tỷ lệ mức độ vôi hóa mạch vành nặng có ý nghĩa thống kê với P < 0,0005.

+ Tất cả các tổn thương vôi hóa từ trung bình đến nặng đều được can thiệp thành công với bóng chuyên biệt và mũi khoan. Tỷ lệ các tổn thương mạch vành vôi hóa nặng có can thiệp bằng mũi khoan kim cương chiếm (40/44) 78,4%. Trong đó có 35 trường hợp khoan cắt thì

đầu, 5 trường hợp khoan cắt cứu vẫn do dùng bóng không đi qua tổn thương được hoặc bóng không nở khi chuẩn bị tổn thương vôi hóa, 4 trường hợp còn lại dùng bóng cắt chuyên biệt với áp lực cao.

+ Tỷ lệ khoan thành công và đặt stent thành công 100% trường hợp, có 1 trường hợp kẹt mũi khoan.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu 260 bệnh nhân có chỉ định chụp mạch vành tại bệnh viện Kiên Giang ghi nhận bệnh nhân có tiền sử bệnh mạch vành chiếm 70,4%, trong đó có 24,2% được đặt stent trước, rối loạn lipid máu chiếm 33,1%, tăng huyết áp chiếm 84,6% đái tháo đường chiếm 36,9%, kết quả này cũng không khác biệt so với nghiên cứu của tác giả Sida Jia nghiên cứu 10068 bệnh nhân bệnh mạch vành [6]. Có 95,4% bệnh nhân vô hóa động mạch vành được đánh giá bằng chụp mạch cản quang, vô hóa nặng động mạch vành đánh giá bằng IVUS 6/260 (2,3%), vô hóa nặng động mạch vành đánh giá bằng chụp cắt lớp kết quả động mạch vành 6/260 (2,3%) đã tham gia trong nghiên cứu. Nhiều nghiên cứu cho thấy đánh giá độ nặng vô hóa động mạch vành bằng OCT cho độ nặng vô hóa mạch vành chính xác cao nhất [10]. So với các phương pháp đánh giá khác, OCT đo được độ dày của vô hóa, chu vi và độ dài của vô hóa. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 6 trường hợp đánh giá vô hóa bằng OCT sau khi sàng lọc bằng chụp mạch cản quang.

Bệnh nhân bị bệnh động mạch vành ≥ 2 nhánh chiếm 62,2%, điều này cho thấy mức độ nặng của bệnh. Vị trí tổn thương vô hóa LAD chiếm nhiều nhất 31,2%, tổn thương RCA chiếm 17,3%, tổn thương LCx có vô hóa chiếm 12,7%, tổn thương LMCA có vô hóa chiếm ít nhất 5,8%. Kết quả vô hóa động mạch vành cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Génereux, Jia [4],[6]. Trong 260 bệnh nhân tỷ lệ bệnh nhân có tổn thương vô hóa từ trung bình đến nặng chiếm 31,1%. Tỷ lệ này cũng không khác biệt so với các nghiên cứu khác từ Châu Âu 20 – 30% [1],[3]. Tỷ lệ vô hóa mạch vành ở Việt Nam chiếm gần 1/3 số ca can thiệp mạch vành, điều này giúp cho bác sĩ tim mạch can thiệp chuẩn bị các dụng cụ hỗ trợ can thiệp như mũi khoan kim cương, bóng cắt... Vì các tổn thương vô hóa nặng nếu không chuẩn bị tốt sẽ không có kết quả tối ưu như tăng tỷ lệ thất bại đặt stent, rớt stent, bóc tách, stent không áp sát, stent không bung đủ... Nghiên cứu của tác giả Sida Jia cho thấy rằng bệnh nhân có tổn thương mạch vành vô hóa trung bình – nặng có tỷ lệ sống còn không biến chứng thấp hơn những bệnh nhân không có vô hóa hay vô hóa nhẹ [6]. Nghiên cứu trên bệnh nhân hội chứng vành cấp cho thấy bệnh nhân có mức độ vô hóa càng nặng thì có tỷ lệ biến cố tim mạch càng tăng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê [4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ tổn thương động mạch vành có mức độ vô hóa nặng chiếm nhiều nhất là

nhánh LAD, tỷ lệ bệnh nhân vô hóa cũng nhiều nhất tương tự như các báo cáo của các nghiên cứu khác [3],[6]. Vị trí LAD bị vô hóa nặng thuận lợi (ít bị gập góc hay xoắn vặn) cho can thiệp bằng dụng cụ hỗ trợ tốt hơn các nhánh mạch vành khác như mũi khoan kim cương, bóng cắt, hay phá vỡ mảng vô bằng shock sóng âm...

Qua đánh giá cá yếu tố liên quan đến mức độ vô hóa động mạch vành thì nghiên cứu của chúng tôi cho thấy số nhánh động mạch vành bị bệnh càng nhiều thì mức độ vô hóa mạch vành càng nặng, sự khác biệt rất có ý nghĩa thống kê với $p < 0,0005$. Nhiều báo cáo cũng cho thấy nhiều yếu tố nguy cơ làm tăng mức độ vô hóa động mạch vành như tuổi, giới tính nam, người da trắng và các yếu tố nguy cơ tim mạch [5],[7]. Bệnh động mạch vành vô hóa nặng trên bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành ảnh hưởng đến chiến lược điều trị như phẫu thuật bắc cầu mạch vành hay can thiệp với dụng cụ hỗ trợ. Trong nghiên cứu của chúng tôi có đến 62,2% bệnh động mạch vành > 2 nhánh, 38,1% bệnh cả 3 nhánh động mạch vành có ý nghĩa.

Tổn thương vô hóa nặng được can thiệp thành công với cắt và mũi khoan kim cương có 40 trường hợp chiếm (40/44) 78,4%. Trong đó có 35 trường hợp khoan cắt thì đầu, (5/44) 11,4% trường hợp khoan cắt cứu vãn do dùng bóng không đi qua tổn thương được hoặc bóng không nở khi chuẩn bị tổn thương vô hóa, 4 trường hợp còn lại dùng bóng cắt chuyên biệt với áp lực cao. Tỷ lệ khoan thành công và đặt stent thành công 100% trường hợp, có 1 trường hợp kẹt mũi khoan. Kết quả thủ thuật này tốt hơn các nghiên cứu khác do mẫu nghiên cứu khoan cắt bằng mũi khoan chưa lớn và có sử dụng nhiều dụng cụ hỗ trợ có cải tiến hơn so với trước như bóng cắt, ống thông siêu nhỏ, hệ thống khoan thể hệ mới thuận tiện cho khoan cắt, đặc biệt có kỹ thuật tự khoan bằng một thao tác của bác sĩ can thiệp. Kết quả thành công cao này là có sự chỉ định đúng, chuẩn bị kỹ về bệnh nhân cũng như về mặt kỹ thuật khoan theo khuyến cáo. Theo nghiên cứu cộng gộp được báo cáo thì tỷ lệ thành công lâm sàng tại Châu Âu là 91,9% [2]. Biến chứng thấp là do chuẩn bị bệnh kỹ, kỹ thuật hoàn thiện và tuân thủ theo khuyến cáo các chống chỉ định của kỹ thuật khoan bằng mũi kim cương như tổn thương canxi dài $>25\text{mm}$, góc $> 45^\circ$, suy thất trái nặng hay tổn thương thân chung nhánh trái không có bảo vệ... [9]. Không ghi nhận ca nào tử vong hay thủng động mạch vành, tỷ lệ biến cố tim mạch nặng bao gồm tử vong do tim mạch, nhồi máu

cơ tim cấp, tái thông mạch vành đích hay đột quỵ chiếm 4,7% theo báo cáo của các trung tâm can thiệp Châu Âu [2].

V. KẾT LUẬN

Chúng tôi nghiên cứu 260 bệnh nhân bệnh can thiệp mạch vành có gần 1/3 trường hợp mạch vành vôi hóa trung bình đến nặng, bệnh nhiều nhánh mạch vành liên quan đến bệnh nhiều nhánh. Can thiệp thành công các tổn thương vôi hóa nặng bằng mũi khoan kim cương.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Barbato Emanuele, Gallinoro Emanuele, Abdel-Wahab Mohamed, Andreini Daniele, Carrié Didier, et al. (2023)**, "Management strategies for heavily calcified coronary stenoses: an EAPCI clinical consensus statement in collaboration with the EURO4C-PCR group". *European heart journal*, 44 (41), pp. 4340-4356.
2. **Bouisset Frédéric, Barbato Emanuele, Reczuch Krzysztof, Dobrzycki Slawomir, Meyer-Gessner Markus, et al. (2020)**, "Clinical outcomes of PCI with rotational atherectomy: the European multicentre Euro4C registry". *EuroIntervention*, 16 (4), pp. e305-e312.
3. **Généreux Philippe, Redfors Björn, Witzenschnitzer Bernhard, Arsenault Marie-Pier, Weisz Giora, et al. (2017)**, "Two-year outcomes after percutaneous coronary intervention of calcified lesions with drug-eluting stents". *International journal of cardiology*, 231, pp. 61-67.
4. **Généreux Philippe, Madhavan Mahesh V, Mintz Gary S, Maehara Akiko, Palmerini Tullio, et al. (2014)**, "Ischemic outcomes after coronary intervention of calcified vessels in acute coronary syndromes: pooled analysis from the

- HORIZONS-AMI (Harmonizing Outcomes With Revascularization and Stents in Acute Myocardial Infarction) and ACUITY (Acute Catheterization and Urgent Intervention Triage Strategy) trials". *Journal of the American College of Cardiology*, 63 (18), pp. 1845-1854.
5. **Javaid Aamir, Mitchell Joshua D, Villines Todd C (2021)**, "Predictors of coronary artery calcium and long-term risks of death, myocardial infarction, and stroke in young adults". *Journal of the American Heart Association*, 10(22), pp. e022513.
 6. **Jia Sida, Li Jianxin, Zhang Ce, Liu Yue, Yuan Deshan, et al. (2020)**, "Long-term prognosis of moderate to severe coronary artery calcification in patients undergoing percutaneous coronary intervention". *Circulation Journal*, 85 (1), pp.50-58.
 7. **Liu Yuan-Chang, Sun Zhonghua, Tsay Pei-Kwei, Chan Tiffany, Hsieh I-Chang, et al. (2013)**, "Significance of coronary calcification for prediction of coronary artery disease and cardiac events based on 64-slice coronary computed tomography angiography". *BioMed research international*, 2013 (1), pp. 472347.
 8. **Riley Robert F, Patel Mitul P, Abbott J Dawn, Bangalore Sripal, Brilakis Emanouil S, et al. (2024)**, "SCAI expert consensus statement on the management of calcified coronary lesions". *Journal of the Society for Cardiovascular Angiography & Interventions*, 3 (2), pp. 101259.
 9. **Sharma SK, Tomey MI, Teirstein PS, Kini AS, Reitman AB, et al., North American expert review of rotational atherectomy. *Circ Cardiovasc Interv.* 2019; 12 (5): e007448.**
 10. **Yonetsu Taishi, Jang Ik-Kyung (2024)**, "Cardiac Optical Coherence Tomography: History, Current Status, and Perspective". *JACC: Asia*, 4 (2), pp. 89-107.

CARCINÔM TẾ BÀO GAN: VAI TRÒ CỦA ĐỘT BIẾN VÙNG PROMOTER CỦA GEN TERT VÀ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG – CẬN LÂM SÀNG VÀ NGUY CƠ TÁI PHÁT SỚM

Ngô Thị Tuyết Hạnh^{1,2}, Nguyễn Đức Duy¹, Đoàn Thị Phương Thảo¹, Đặng Hoàng Minh¹, Dương Ngọc Thiên Hương¹, Bùi Minh Nhật³, Hoàng Anh Vũ⁴

TÓM TẮT

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

²Bệnh viện Nguyễn Tri Phương.

³Bệnh viện Từ Dũ.

⁴Trung tâm sinh học phân tử - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thị Tuyết Hạnh

Email: ngothituyethanh@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.6.2024

Ngày duyệt bài: 19.7.2024

Mục tiêu: Đột biến vùng promoter của telomerase reverse transcriptase (TERT) là đột biến thường gặp trong nhiều loại ung thư, trong đó có carcinôm tế bào gan (HCC). Tuy nhiên, vai trò của nó đến thời gian tái phát u sớm vẫn chưa rõ ràng. **Đối tượng – phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu được thực hiện tại bệnh viện Đại học Y Dược. Đột biến vùng promoter của TERT ở 108 ca được phát hiện bằng phương pháp giải trình tự Sanger. Các thông tin về giai đoạn bệnh theo BCLC, các chỉ số xét nghiệm như HbsAg, Anti HCV, AST, ALT, AFP, GGT, WBC, PLT và thời gian tái phát u trong vòng 24 tháng sau mổ được tra cứu từ hồ sơ bệnh án. Các đặc điểm giải phẫu bệnh như kích thước u, độ mô học hay tình trạng xâm nhập mạch máu, hoại tử u và