

thể kháng thụ thể NMDAR có bất thường trên điện não đồ, trong đó sóng chậm lan tỏa và Delta brush thường gặp nhất. Nhọn sóng dạng động kinh có liên quan đến cơn co giật trên lâm sàng, sóng Delta brush có liên quan đến triệu chứng rối loạn vận động.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dalmau J, Gleichman AJ, Hughes EG, et al. Anti-NMDA-receptor encephalitis: case series and analysis of the effects of antibodies. *Lancet Neurol.* Dec 2008;7(12):1091-8. doi:10.1016/S1474-4422(08)70224-2
2. Schmitt SE, Pargeon K, Frechette ES, Hirsch LJ, Dalmau J, Friedman D. Extreme delta brush: a unique EEG pattern in adults with anti-NMDA receptor encephalitis. *Neurology.* Sep 11 2012; 79(11): 1094-100. doi:10.1212/WNL.0b013e3182698cd8
3. Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis: an observational cohort study. *The Lancet Neurology.* 2013;12(2):157-165. doi:10.1016/s1474-4422(12)70310-1
4. Warren N, Siskind D, O'Gorman C. Refining the psychiatric syndrome of anti-N-methyl-d-aspartate receptor encephalitis. *Acta Psychiatr Scand.* Nov 2018;138(5):401-408. doi:10.1111/acps.12941
5. Jeannin-Mayer S, Andre-Obadia N, Rosenberg S, Boutet C, Honnorat J, Antoine JC, Mazzola L. EEG analysis in anti-NMDA receptor encephalitis: Description of typical patterns. *Clin Neurophysiol.* Feb 2019;130(2): 289-296. doi:10.1016/j.clinph.2018.10.017
6. Gillinder L, Warren N, Hartel G, Dionisio S, O'Gorman C. EEG findings in NMDA encephalitis - A systematic review. *Seizure.* Feb 2019;65:20-24. doi:10.1016/j.seizure.2018.12.015

## NGHIÊN CỨU MÔ HÌNH DỰ ĐOÁN BIẾN CỐ TÁI NHẬP VIỆN TRONG 30 NGÀY, Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRƯỜNG ĐẠI HỌC Y DƯỢC CẦN THƠ

Trần Việt An<sup>1</sup>, Huỳnh Tuấn An<sup>1</sup>, Nguyễn Phương Anh<sup>1</sup>, Nguyễn Duy Khuê<sup>2</sup>, Nguyễn Duy Khương<sup>1</sup>, Nguyễn Huyền Thoại<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ngày nay, nhồi máu cơ tim (NMCT) vẫn còn là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong và tàn tật trên thế giới. Cũng như việc phân tầng nguy cơ sớm là cần thiết để có chiến lược can thiệp đông mạch vành sớm, các biện pháp điều trị bệnh tối ưu và tiên lượng bệnh. Tiên lượng các biến cố tái nhập viện, sau NMCT hết sức cần thiết, để có được phương pháp dự phòng, điều trị kịp thời và phù hợp. **Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan biến cố tái nhập viện trong 30 ngày sau NMCT. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Bệnh nhân được chẩn đoán NMCT, tại Khoa Tim mạch can thiệp – Thần kinh, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Cần Thơ. Thiết kế nghiên cứu cắt ngang. **Kết quả:** Sau 30 ngày theo dõi, tỷ lệ biến cố chung (45%); tái nhập viện (18,7%); tử vong (21,2%). Phương trình tiên lượng biến cố tái nhập viện: **[Biến cố tái nhập viện] = -1,09\*[Nhóm tuổi] + 0,029\*[Huyết áp tâm thu] - 0,102\*[Phân suất tổng máu thất trái] + 1,105\*[Đái tháo đường]**. Kết quả mô hình phân tích đường cong ROC tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày, diện tích dưới đường cong (AUC 0,84;

KTC (0,73 -0,95);  $p < 0,0001$ ); **Kết luận:** đánh giá trị số huyết áp tâm thu, phân suất tổng máu và thời gian nhập viện có ý nghĩa trong tiên lượng biến cố tái nhập viện sau NMCT trong 30 ngày. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim cấp (NMCT), biến cố tái nhập viện.

#### SUMMARY

#### STUDY ON A PREDICTION MODEL OF 30-DAY RE-HOSPITALITY EVENTS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL IRRIGATION AT THE CAN THO UNIVERSITY OF MEDICINE AND PHARMACY HOSPITAL

**Background:** Acute myocardial infarction is one of the leading causes of mortality and disability across the world. In addition to early risk classification, it is required for early coronary intervention techniques, effective disease treatment measures, and disease prognosis. The prognosis of rehospitalization occurrences following myocardial infarction highlights the critical need for prompt and suitable preventive and treatment measures. **Objectives:** Determine the rate and variables associated with hospital readmission within 30 days of acute myocardial infarction. **Materials and methods:** patients were diagnosed with acute coronary syndrome at the Department of Interventional Cardiology – Neurology, Can Tho University of Medicine and Pharmacy Hospital. **Results:** After 30 days of follow-up, the total event rate was 45%, with hospital readmissions at 18.7% and deaths at 21.2%. Equation for predicting hospital readmission: **[Rehospitalisation incident] = -1.09\*[Age group] + 0.029\*[Systolic blood pressure] - 0.102\*[Left ventricular ejection fraction] +**

<sup>1</sup>Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

<sup>2</sup>Bệnh viện Trường Đại Học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Trường Đại Học Trà Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khuê

Email: ndkhue.bv@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024

1.105\*[Diabetes]. The ROC curve analysis model predicts 30-day hospital readmission with an area under the curve of 0.84 (CI 0.73-0.95) and a p-value of less than 0.0001. **Conclusion:** Determine the value of systolic blood pressure, ejection fraction, and hospital admission time to predict hospital readmission within 30 days following ACS.

**Keywords:** Acute coronary syndromes (ACS), hospital readmission event.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) là khi có tổn thương cơ tim cấp kèm theo bằng chứng lâm sàng của thiếu máu cơ tim. NMCT là tập hợp của một nhóm các bệnh lý bao gồm: nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trên điện tim đồ (NMCTCSTCL) và nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên (NMCTKSTCL) [1], [8]. Do tỷ lệ cao tử vong và suy tim sau nhồi máu cơ tim, việc phát hiện sớm những người có nguy cơ tái nhập viện giúp tầm soát sớm và kiểm soát chặt chẽ các yếu tố nguy cơ tim mạch giúp giảm tỷ lệ mắc bệnh trong tương lai [4], [5]. Những trường hợp tái nhập viện này làm tăng tỷ lệ tử vong tại bệnh viện và chi phí điều trị cho bệnh nhân cũng như dịch vụ chăm sóc sức khỏe. Khi bệnh nhân tái nhập viện vì lý do tim mạch, khả năng tử vong của họ sẽ cao hơn. Cũng như việc phân tầng nguy cơ sớm là cần thiết để có chiến lược can thiệp động mạch vành sớm, các biện pháp điều trị bệnh tối ưu và tiên lượng nguy cơ tái nhập viện [1], [5], [6]. Chính vì đó cần có mô hình tiên lượng sớm các biến cố tái nhập viện, ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim. Do đó chúng tôi tiến hành nghiên cứu, với mục tiêu: *Xác định tỷ lệ và các yếu tố liên quan biến cố tái nhập viện trong 30 ngày sau NMCT.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bệnh nhân được chẩn đoán NMCT tại Khoa Tim mạch can thiệp - Thần kinh Bệnh viện Trường đại học Y Dược Cần Thơ từ tháng 3/2020 – 3/2024 .

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** tất cả bệnh nhân được chẩn đoán NMCT, gồm 1 trong 3 thể lâm sàng theo khuyến cáo Hội Tim mạch Việt Nam [4]:

- Đau thắt ngực không ổn định
- Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên
- Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Tiền căn phẫu thuật trước đây trong vòng 6 tháng. Tiền căn nhồi máu não hoặc cơn thoáng thiếu máu não trong 1 năm. Tổn thương thận cấp (creatinin huyết thanh tăng >0,3mg/dl trong 2 ngày liên tiếp hoặc tăng >50% creatinin huyết thanh trong vòng 7 ngày, hoặc thiếu niệu). Bệnh nhân được

chẩn đoán bệnh thận mạn giai đoạn 3 trở lên. Bệnh nhân đã được chẩn đoán suy tim trước đó. Bệnh nhân đang mắc các bệnh ung thư.

## 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**Thiết kế nghiên cứu:** mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu:** Áp dụng công thức tính cỡ mẫu dùng để tính tỷ lệ trong một nghiên cứu cắt ngang như sau:

$$n = Z_{1-\alpha/2}^2 \frac{p \times (1-p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: Cỡ mẫu nhóm bệnh nhân mắc HCVC

α: Độ tin cậy, chọn α = 0,05.

d: Sai số mong muốn, chọn d = 0,05.

**Ước tính cỡ mẫu cho nghiên cứu:**

P: Tỷ lệ các biến cố tim mạch chính ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Theo nghiên cứu của tác giả Trương Phi Hùng (2019) tỷ lệ này chiếm 12,24% [3].

Nên: n = 165 mẫu. Trong nghiên cứu này, chúng tôi thu thập đầy đủ thông tin của 171 bệnh nhân.

**Phương pháp chọn mẫu:** chọn mẫu thuận tiện

**Nội dung nghiên cứu:** Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, BMI (chỉ số khối cơ thể), LDL-cholesterol, triglycerid, siêu âm tim, điện tâm đồ.

Giá trị nồng độ NT-proBNP, hs-TnT ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp. Thang điểm GRACE, phân độ NYHA, phân độ Killip.

Biến cố chung: suy tim, nhồi máu cơ tim tái phát, tử vong, biến cố tái nhập viện ở bệnh nhân NMCT trong 30 ngày.

**Xử lý và phân tích số liệu:** phân tích giá trị tỷ lệ, trung bình, đường cong ROC, bằng phần mềm thống kê SPSS 18.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 3.1. Đặc điểm chung đối tượng nghiên cứu

**Bảng 3.1. Phân bố đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm lâm sàng	Kết quả		p
	Không tái nhập viện (n=139)	Tái nhập viện (n=32)	
<b>Đặc điểm dân số chung</b>			
Tuổi (X± SD)	66,5±12,3	68,5±11	0,4
Nam (n, %)	80(86%)	13(16%)	0,06
BMI (X± SD) kg/m <sup>2</sup>	21,9±3,2	21,7±2,6	0,8
Huyết áp tâm thu (X± SD) mmHg	124,7±25,3	133,4±22,5	0,07
Tần số tim (chu kì/phút)	84,5±19,5	85,5±19	0,1

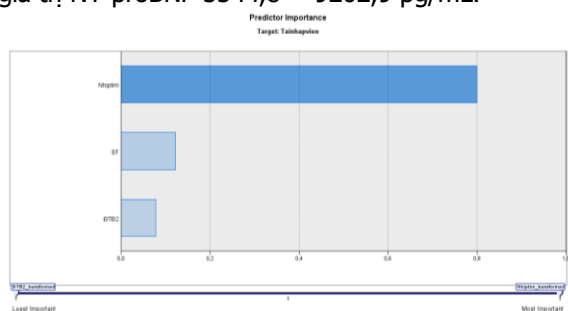
<b>Các yếu tố nguy cơ tim mạch</b>			
Hút thuốc lá (n,%)	60(87%)	9(13%)	0,08
Tăng huyết áp (n,%)	62(75,6%)	20(24,4%)	0,2
Đái tháo đường týp 2 (n,%)	16(55,2%)	13(44,8%)	0,01
<b>Phân loại NMCT</b>			
NMCTCSTCL	72 (80%)	18 (20%)	0,8
NMCTKCSTCL	52 (83,(%)	10(16,1%)	
ĐTNKỒĐ	15 (78,9%)	4 (21,1%)	
<b>Phương pháp điều trị</b>			
Điều trị nội khoa	58 (85,3%)	10(14,7%)	0,2
Can thiệp động mạch vành	81(78,6%)	22(21,4%)	
<b>Phân suất tổng máu thất trái</b>			
EF > 45%	119(86,2%)	19(13,8%)	0,00
EF < 45%	20 (60,6%)	13(39,4%)	2

**Nhận xét:** Sự khác biệt về giới tính; hút thuốc lá; huyết áp tâm thu; tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường; tình giảm phân suất tổng máu thất trái trên siêu âm tim ngoài thành ngực có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có hoặc không có biến cố tái nhập viện sau nhồi máu cơ tim.

**Bảng 3.2. Đặc điểm cận lâm sàng lúc nhập viện**

Đặc điểm	Trung bình±SD
Phân suất tổng máu thất trái (%)	56±11,6
LDL-Cholesterol (mmol/L)	2,8±1,2
Triglycerid (mmol/L)	2±1,3
Troponin T hs lần 1 (ng/mL)	1,4±1,9
NT-proBNP (pg/mL)	5544,8±9202,9

**Nhận xét:** Giá trị trung bình phân suất tổng máu thất trái trên siêu âm tim ngoài thành ngực 56 ± 11,6%; giá trị trung bình LDL cholesterol 2,8 ± 1,2 mmol/L; Triglycerid 2 ± 1,3 mmol/L; giá trị trung bình Troponin T-hs lần 1 là 1,4 ± 1,9 ng/mL; giá trị NT-proBNP 5544,8 ± 9202,9 pg/mL.



**Hình 1. Các biến số quan trọng ảnh hưởng đến thời gian nằm viện**

**Nhận xét:** Các biến số tần số tim, phân suất tổng máu thất trái, đái tháo đường có ảnh hưởng quan trọng đến biến cố tái nhập viện. Trong đó biến số tần số tim có ảnh hưởng quan trọng nhất đến kết cục tái nhập viện.

**Bảng 3.3. Tỷ lệ các biến cố theo dõi sau**

**30 ngày**

Biến cố	Số lượng (tỷ lệ)
Biến cố chung	77 (45%)
Tái nhập viện	32 (18,7%)
Tử vong	18 (21,2%)

**Nhận xét:** Tỷ lệ biến cố chung (45%); tái nhập viện (18,7%); tử vong (21,2%).

**3.2. Mô hình tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày**

**Bảng 3.4. Mô hình logistic đơn biến dự báo biến cố tái nhập viện trong 30 ngày**

	BETA	95%CI	P
Nhóm tuổi	-0,135	-0,24-0,03	0,012
Hút thuốc lá	-0,12	-0,27-0,095	0,34
Giới	0,049	-0,14-0,24	0,7
Đái tháo đường	0,16	0,02-0,3	0,02
Huyết áp tâm thu	0,23	0,0001-0,008	0,03
EF	-0,012	-0,019-0,005	0,02

**Nhận xét:** Phân tích mô hình logistic đơn biến cho thấy biến số nhóm tuổi, huyết áp tâm thu, phân suất tổng máu thất trái, tiền sử đái tháo đường có liên quan đến dự đoán biến cố tái nhập viện trong 30 ngày.

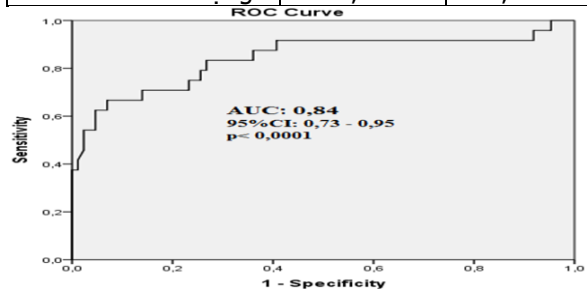
**Bảng 3.4. Mô hình logistic đa biến dự báo biến cố tái nhập viện trong 30 ngày**

	BETA	95%CI	P
Hằng số	0,8		0,6
Nhóm tuổi	-1,09	0,13-0,86	0,024
Huyết áp tâm thu	0,029	1,007-1,05	0,008
Đái tháo đường	1,105	0,92-9,96	0,07
EF	-0,102	0,85-0,96	<0,0001

**Nhận xét:** Kết quả phân tích mô hình logistic đa biến cho thấy biến số nhóm tuổi, huyết áp tâm thu, đái tháo đường, phân suất tổng máu thất trái có liên quan độc lập đến dự đoán biến cố tái nhập viện trong 30 ngày. Phương trình mô hình đa biến tiên lượng biến cố tái nhập viện:

$$[\text{Biến cố tái nhập viện}] = -1,09 \times [\text{Nhóm tuổi}] + 0,029 \times [\text{Huyết áp tâm thu}] - 0,102 \times [\text{Phân suất tổng máu thất trái}] + 1,105 \times [\text{Đái tháo đường}].$$

	R Square	p
Mô hình tiên lượng	0,43	<0,0001



**Hình 2. Biểu đồ đường cong ROC mô hình tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày**

**Nhận xét:** Kết quả phân tích mô hình đường cong ROC tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày, có diện tích dưới đường cong AUC = 0,84; KTC (0,73 –0,95);  $p < 0,0001$ .

#### IV. BÀN LUẬN

Việc tái nhập viện đóng góp gánh nặng tài chính đáng kể cho bệnh nhân và ngành y tế, chủ yếu là chi phí điều trị liên quan và việc sử dụng nguồn lực của bệnh viện. Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi mắc bệnh phần lớn ở nhóm bệnh nhân > 60 tuổi. Kết quả phân bố độ tuổi ở 2 phân nhóm có và có biến cố tái nhập viện ( $66,5 \pm 12,3$  và  $68,5 \pm 11$ ,  $p = 0,4$ ). Nghiên cứu của tác giả Trần Việt An độ tuổi trung bình  $67,48 \pm 11,63$  [5]. Ngoài ra kết quả nghiên cứu chúng tôi còn ghi nhận cho thấy sự khác biệt về trị số huyết áp tâm thu ( $124,7 \pm 25,3$  mmHg và  $133,4 \pm 22,5$  mmHg) có ý nghĩa thống kê giữa biến cố có và không có biến cố tái nhập viện. Kết quả nghiên cứu của Hajar A. và cộng sự cho thấy nhóm tái nhập viện lớn tuổi hơn nhóm nhập viện theo chỉ số ( $65,6 \pm 13,2$  so với  $56,0 \pm 13,5$ ,  $P = 0,001$ ). Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nữ giới có khả năng tái nhập viện cao hơn 30% so với nam giới (OR = 1,3; khoảng tin cậy 95% [CI]: 1,11–1,50,  $P = 0,001$ ) [9]. Trong nghiên cứu hiện tại, chúng tôi thấy rằng độ tuổi của bệnh nhân bệnh mạch vành ở nhóm tái nhập viện cao hơn. Tác giả Hajar A. Hajar Albinali Khoảng 1 trong 5 người lớn tuổi nhập viện vì NMCT tính được tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện, chủ yếu do nguy cơ suy giảm chức năng và khả năng vận động bị suy giảm đáng kể [9]. Điều này cho thấy bệnh nhân lớn tuổi mắc bệnh tim có nguy cơ cao bị suy giảm thể chất trong quá trình hồi phục sau bệnh viện và thường xuyên phải nhập viện sớm. Về đặc điểm giới cho thấy nữ giới có tỷ lệ mắc bệnh cao hơn so với nam. Điều này củng cố khả năng rằng phụ nữ có nguy cơ cao hơn bị các biến cố tim cấp tính tái phát và tái nhập viện, có thể là do di chứng tự nhiên của bệnh, bệnh hoặc các biến chứng của quá trình điều trị.

Kết quả đặc điểm cận lâm sàng về giá trị trung bình phân suất tổng máu thất trái trên siêu âm tim ngoài thành ngực  $56 \pm 11,6\%$ ; giá trị trung bình LDL cholesterol  $2,8 \pm 1,2$  mmol/L; Triglycerid  $2 \pm 1,3$  mmol/L; giá trị trung bình Troponin T-hs lần 1 là  $1,4 \pm 1,9$  ng/mL; giá trị NT-proBNP  $5544,8 \pm 9202,9$  pg/mL. Sau 30 ngày theo dõi, tỷ lệ biến cố chung (45%); tái nhập viện (18,7%); tử vong (21,2%). Kết quả nghiên cứu của tác giả Jun Wang và cộng sự cho thấy tỷ lệ biến cố tim mạch chung chiếm (8,4%);

biến cố tử vong chiếm (2,1%) [10]. Việc dự đoán khả năng tái nhập viện rất phức tạp và gặp nhiều khó khăn, vì hầu hết các mô hình hiện có, cho dù để so sánh tại cơ sở hay mục đích lâm sàng, đều có độ chính xác dự đoán thấp [8]. Do đó, chúng tôi hướng đến một mô hình tốt hơn có thể đánh giá rủi ro tái nhập viện và nguy cơ tái nhập viện. xác suất bệnh nhân tái nhập viện trong vòng 30 ngày sau khi xuất viện. Kết quả phân tích mô hình logistic đa biến cho thấy biến số nhóm tuổi, huyết áp tâm thu, đái tháo đường, phân suất tổng máu thất trái có liên quan độc lập đến dự đoán biến cố tái nhập viện trong 30 ngày. Kết quả mô hình phân tích đường cong ROC tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày, diện tích dưới đường cong AUC = 0,84; KTC (0,73 –0,95);  $p < 0,0001$ . Nghiên cứu của tác giả Wenqi Deng và cộng sự cho thấy các mô hình xây dựng dựa trên truyền thống, dễ tiếp cận có thể áp dụng và khái quát hơn [11]. Tác giả đưa ra các biến số có vai trò trong tiên lượng biến cố tim mạch bao gồm: phân suất tổng máu thất trái, tuổi, phân loại Killip, tiểu đường, Creatinin, NT-proBNP, giới tính, troponin, hút thuốc, tăng huyết áp và CRP. Tác giả Hajar A. và cộng sự cho thấy các biến số như tuổi tác, giới tính nữ, tiểu đường, suy thận mãn tính, nhồi máu cơ tim trước đó, rung nhĩ, bệnh cơ tim và suy tim có liên quan đến hơn 80% khả năng tái nhập viện sau 30 ngày đối với bệnh nhân nhồi máu cơ tim [9].

#### V. KẾT LUẬN

Sau 30 ngày theo dõi, tỷ lệ biến cố chung (45%); tái nhập viện (18,7%); tử vong (21,2%). Sự khác biệt về giới tính; hút thuốc lá; huyết áp tâm thu; tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường; tình giảm phân suất tổng máu thất trái trên siêu âm tim ngoài thành ngực có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm có hoặc không có biến cố tái nhập viện sau nhồi máu cơ tim. Kết quả phân tích mô hình logistic đa biến cho thấy biến số nhóm tuổi, huyết áp tâm thu, đái tháo đường, phân suất tổng máu thất trái có liên quan độc lập đến dự đoán biến cố tái nhập viện trong 30 ngày. Giá trị mô hình đường cong ROC tiên lượng biến cố tái nhập viện trong 30 ngày, có diện tích dưới đường cong AUC = 0,84; KTC (0,73 –0,95);  $p < 0,0001$ .

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Việt An, "Vai trò của nồng độ NT-proBNP huyết thanh trong tiên lượng hội chứng vành cấp", Chuyên đề Nội tim mạch. 2009, Trường đại học Y Dược Huế.
2. Trương Quang Định (2013), Nghiên cứu liên

- quan giữa Troponin T, NT-proBNP với áp lực cuối tâm trương thất trái trên thông tim và các biến cố tim mạch chính trong vòng 30 ngày ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, Luận văn thạc sỹ y học, Trường đại học Y dược Hà Nội.
- Trương Phi Hùng** (2019), 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 sỹ Y học, Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh.
  - Nguyễn Lâm Việt** (2016), "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.
  - An Viet Tran, Nguvet To Tran, Khue Duy Nauven, Diem Thi Nauven, Toan Hoana Nao, et al** (2023). "Mortality prognosis of NGAL, NTproBNP, hsTnT, and GRACE score in patients with acute coronary syndrome", IJC Heart & Vasculature, 50(2024), pp.1-6.
  - A.V. Tran, K.D. Nguyen, K.D. Nguyen, A.T. Huynh, B.L. Tran, T.H. Ngo,** (2023), "Predictive performance of CHA2DS2-VA<sub>Sc</sub>-HS score and Framingham risk scores for coronary disease severity in ischemic heart disease patients with invasive coronary angiography", Eur. Rev. Med. Pharmacol. Sci. 2023, 27(16), pp.7629-36.
  - Cristiana Bustea, et al.** (2023), "Predictors of Readmission after the First Acute Coronary Syndrome and the Risk of Recurrent Cardiovascular Events—Seven Years of Patient Follow-Up", MDPI, 13(4), pp.950.
  - Dylan L., et al.** (2022), "Event Rates and Risk Factors for Recurrent Cardiovascular Events and Mortality in a Contemporary Post Acute Coronary Syndrome Population Representing 239 234 Patients During 2005 to 2018 in the United States". AHA Journals. 11(9). pp.22198.
  - Hajar A. Hajar Albinali, et al** (2023), " Predictors of 30-Day Re-admission in Cardiac Patients at Heart Hospital, Qatar", Heart Views, 24(3), pp: 125–135.
  - Jun Wang, et al.** (2022), "Prediction of major adverse cardiovascular events in patients with acute coronary syndrome: Development and validation of a non-invasive nomogram model based on autonomic nervous system assessment", Front Cardiovasc Med (2022), 9, pp. 1053470.

## ĐÁNH GIÁ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN VỚI KẾT QUẢ PHỤC HÌNH TẠM CỐ ĐỊNH BẮT VÍT SAU KHI CẤY GHÉP 04 IMPLANT TỨC THÌ Ở BỆNH NHÂN MẤT RĂNG TOÀN BỘ HÀM TRÊN

Nguyễn Hiếu Tùng<sup>1</sup>, Trương Nhật Khuê<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Việc phục hình cố định cho đối tượng bệnh nhân mất răng toàn hàm ngày càng phổ biến, bên cạnh hiệu quả bảo vệ mô mềm và xương hàm, loại phục hình này còn giúp cho bệnh nhân tự tin hơn trong giao tiếp hàng ngày. Cây ghép implant tức thì theo phương pháp "All-on-4" kết hợp với phục hình tạm cố định với nhiều ưu điểm đang được triển khai ngày càng rộng rãi. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố liên quan với sự thành công phương pháp phục hình tạm cố định bắt vít chịu lực tức thì trên 04 implant ở hai khía cạnh: sự tích hợp và mức độ tiêu xương vùng cổ implant. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 35 bệnh nhân mất răng toàn bộ hàm trên có nhu cầu phục hồi lại các răng đã mất bằng phương pháp cấy ghép 04 implant tại Bệnh viện Đa khoa Khu vực Thủ Đức trong thời gian từ ngày 20/05/2023 đến ngày 30/04/2024. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình  $59,6 \pm 9,5$ , nam giới chiếm 71,4%. Tỷ lệ thành công là 94,3% sau thời gian theo dõi từ 06 – 12 tháng. Trong tổng số 140 implant được cấy ghép và chịu lực tức thì, có 97,9% các implant tích hợp xương thành công. Mức độ tiêu xương trung bình tại vùng cổ

implant là  $0,11 \pm 0,19$  mm và các yếu tố liên quan với mức độ tiêu xương bao gồm nam giới, đường kính implant lớn và tình trạng nhổ răng cây implant tức thì. **Kết luận:** Phương pháp hàm tạm cố định và chịu lực tức thì trên 04 implant ở bệnh nhân mất răng toàn bộ hàm trên cho tỉ lệ thành công cao. Mức độ tiêu xương trung bình vùng cổ implant có liên quan với giới tính, đường kính implant và tình trạng mất răng ban đầu của bệnh nhân. **Từ khóa:** implant, chịu lực tức thì, phục hình tạm.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF FACTORS RELATED TO THE OUTCOME OF SCREW-RETAINED TEMPORARY FIXED PROSTHESES FOLLOWING THE IMMEDIATE PLACEMENT OF 04 IMPLANTS IN PATIENTS WITH COMPLETE EDENTULISM OF THE MAXILLA

**Background:** Fixed prostheses for fully edentulous patients are becoming increasingly common. Beside of functions protecting soft tissues and jawbones, this type of restoration also helps patients be more confident in daily communication. The concept "All-on-4" using immediate implant associated with immediate loading of temporary prosthesis, is being increasingly implemented with many advantages. **Objective:** Evaluation of Factors Related to the Success of Immediate Load Screw-Retained Temporary Fixed Prostheses on 04 Implants in Two Aspects: Osseointegration and Peri-Implant

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hiếu Tùng

Email: nguyen.hieu.tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.7.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 16.9.2024