

bệnh nhân cụ thể.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu áp dụng hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin ở 55 bệnh nhân ung thư phổi biểu mô tuyến giai đoạn IIIB – IIIC tại Bệnh viện Hữu nghị Việt-Tiệp, kết quả cho thấy: Hoá xạ trị đồng thời phác đồ paclitaxel - carboplatin cho kết quả tốt ở bệnh nhân ung thư phổi loại biểu mô tuyến giai đoạn IIIB, IIIC.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bray F, et al. (2024), "Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries", CA Cancer J Clin, 74(3): 229-263.
2. Wood D.E. and Ettinger D.S. (2022), "Non-small cell lung cancer, NCCN Clinical Practice Guideline in Oncology", doi: <https://doi.org/10.6004/jccn.2022.0025>.
3. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ (2018), Bộ Y tế, 2018.
4. Gokhan Ozyigit, et al. (2016), "Guidelines for the delineation of primary tumor target volume in lung cancer," Principles and Practice of Radiotherapy Techniques in Thoracic Malignancies, pp. 39-47.
5. Nguyễn Đức Hạnh, Đặng Văn Khiêm, Đinh Ngọc Việt và cộng sự (2018), "Đánh giá kết quả hóa xạ trị đồng thời ung thư Phổi không tế bào nhỏ giai đoạn IIIB tại bệnh viện phổi Trung ương," Tạp chí Ung Thư Việt Nam, vol. 4, tr. 196-203.
6. Chandra B.P., Hak C., Phil B., et al. (2005), "Combined chemoradiotherapy regimens of paclitaxel and carboplatin for locally advanced non-small-cell lung cancer: A randomized phase II locally advanced multi-modality protocol," Journal of clinical oncology, vol. 23 (25): 5883-5891.
7. Aupérin A., Le Péchoux C., Rolland E., et al. (2010), "Meta-analysis of concomitant versus sequential radiochemotherapy in locally advanced non-small-cell lung cancer," Journal of clinical oncology, vol. 28 (13): 2181-2190.
8. Lê Tuấn Anh (2015), Hóa-xạ đồng thời ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn III, Luận án Tiến sĩ Y học, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN THỜI GIAN CỬA-DÂY DẪN TRONG CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA TIỀN PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN

Trần Hòa^{1,2*}, Triệu Quang Thái²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu trên 107 bệnh nhân STEMI nhập viện Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024. **Kết quả:** Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm: thời gian khởi phát triệu chứng 0,96 (0,93-1,0), $p=0,003$; bệnh nhân được chuyển viện 1,67 (1,06-2,64), $p=0,008$; hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn 0,46 (0,18-1,20), $p=0,03$; độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² 0,41 (0,21 - 0,82), $p<0,001$; ST chênh lên >2 mm 1,58 (1,20-2,08), $p=0,002$; bệnh 3 nhánh mạch vành 0,66 (0,45-0,96), $p=0,015$. **Kết luận:** Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm thời gian từ khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện; bệnh nhân nhập viện qua hình thức chuyển viện;

bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn; độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m²; độ chênh của đoạn ST >2 mm; bệnh nhân có bệnh 3 nhánh mạch vành. **Từ khóa:** thời gian cửa-dây dẫn, nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

SUMMARY

STUDY ON FACTORS ASSOCIATED WITH DOOR-TO-WIRE TIME IN PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: To investigate factors influencing door-to-wire time in primary percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI). **Methods:** this retrospective study was conducted on 107 STEMI patients admitted to the University Medical Center Ho Chi Minh City and undergoing primary PCI according to the European Society of Cardiology guidelines from January 2024 to April 2024. **Results:** Several factors were associated with door-to-wire time, including: symptom onset time: 0.96 (0.93–1.0), $p = 0.003$; inter-hospital transfer: 1.67 (1.06–2.64), $p = 0.008$; respiratory or circulatory support: 0.46 (0.18–1.20), $p = 0.03$; estimated glomerular filtration rate (eGFR) ≤ 60 mL/min/1.73 m²: 0.41 (0.21–0.82), $p < 0.001$; ST elevation >2 mm: 1.58 (1.20–2.08), $p = 0.002$; three-vessel coronary artery disease: 0.66 (0.45–

¹Bệnh viện Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hòa

Email: tranhoa@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

0.96), $p = 0.015$. **Conclusion:** In our study, factors associated with door-to-wire time included the time from symptom onset to hospital admission, inter-hospital transfer, need for respiratory or circulatory support, $\text{eGFR} \leq 60 \text{ mL/min/1.73 m}^2$, ST elevation $> 2 \text{ mm}$, and the presence of three-vessel coronary artery disease. **Keywords:** door-to-wire time, ST-elevation myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp được chia ra làm hai thể lâm sàng chính: NMCT cấp ST chênh lên (ST Elevation Myocardial Infarction - STEMI) và NMCT cấp không ST chênh lên (Non ST Elevation Myocardial Infarction - NSTEMI) [1]. Trong điều trị NMCT cấp ST chênh lên việc ưu tiên can thiệp mạch vành qua da tiên phát (Primary Percutaneous Coronary Intervention - PPCI) là lựa chọn tái thông mạch vành ưu tiên hàng đầu [2]. Thời gian cửa – dây dẫn (trước đây là thời gian cửa – bóng) là một yếu tố bị ảnh hưởng bởi các yếu tố khách quan lẫn chủ quan nên chỉ số này có sự khác biệt giữa các cơ sở y tế và không dễ dàng để đạt được mục tiêu. Lấy ví dụ ở quốc gia có nền y học phát triển như Nhật Bản, dữ liệu từ nghiên cứu đa trung tâm trong chương trình JCD-KICS công bố năm 2017 thì thời gian cửa – bóng ≤ 90 phút chỉ đạt tỉ lệ 53,8% [3]. Tại Việt Nam, nghiên cứu của Võ Văn Thắng và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2017 – 2018 [4], lấy mốc thời gian ≤ 120 phút, nhưng tỉ lệ cũng dừng ở mức 21%. Chính vì những lẽ đó, thời gian cửa – dây dẫn (hoặc thời gian cửa – bóng) tại các cơ sở y tế nên cần được đánh giá độc lập thường xuyên, nhằm tìm ra các yếu tố làm cho thời gian cửa – dây dẫn (hoặc thời gian cửa – bóng) bị trì hoãn, từ đó tìm các giải pháp khắc phục để cải thiện chỉ số này. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng đến thời gian cửa-dây dẫn trong can thiệp mạch vành qua da tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Thiết kế nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành theo phương pháp hồi cứu, chọn mẫu toàn bộ các bệnh nhân STEMI nhập Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được can thiệp mạch vành qua da tiên phát theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu, trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024.

2.2. Đối tượng nghiên cứu:

Tiêu chuẩn chọn mẫu: bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, bệnh nhân được chẩn đoán STEMI theo Hội Tim mạch châu Âu thông qua ECG,

nhập Bệnh viện Đại học Y Dược TP. HCM và được điều trị can thiệp mạch vành qua da tiên phát, trong thời gian từ 01/2024 đến 04/2024, bệnh nhân có thời gian khởi phát triệu chứng ≤ 12 giờ hoặc > 12 giờ mà vẫn còn các triệu chứng gợi ý thiếu máu cục bộ, huyết động không ổn định hoặc rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng.

Tiêu chuẩn loại trừ: bệnh nhân có 1 trong các đặc điểm sau đây không được đưa vào nghiên cứu, đó là: bệnh nhân có thời gian khởi phát triệu chứng > 12 giờ mà không còn triệu chứng gợi ý thiếu máu cục bộ tiến triển, không rối loạn huyết động hoặc rối loạn nhịp tim đe dọa tính mạng; bệnh nhân được chẩn đoán STEMI từ các khoa nội trú; bệnh nhân không có biểu hiện ECG STEMI tại thời điểm nhập viện; bệnh nhân thiếu thông tin trên bệnh án điện tử (BAĐT); bệnh nhân STEMI không đồng ý can thiệp mạch vành qua da tiên phát; bệnh nhân STEMI không được can thiệp mạch vành tiên phát (bao gồm: đã được tiêu sợi huyết trước đó, can thiệp cứu vãn, can thiệp chương trình sau NMCT cấp); bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.3. Biến số nghiên cứu. Một số yếu tố liên quan đến thời gian cửa dây dẫn bao gồm: đặc điểm nhân trắc học, tiền căn bệnh, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm của can thiệp động mạch vành.

2.4. Xử lý và phân tích số liệu. Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 22.0, biến định tính là tần số và tỷ lệ, biến định lượng là trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn, so sánh hai trung bình dùng kiểm định Independent Sample T-test. So sánh hai tỷ lệ dùng kiểm định Chi-squared test hoặc Fisher's exact test.

2.5. Đạo đức trong nghiên cứu. Nghiên cứu được thực hiện sau khi thông qua Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu Y sinh học Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh số quyết định 1317/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 25/12/2023.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian cửa-dây dẫn có trung vị: 59 phút, tỉ lệ thời gian cửa-dây dẫn đạt mục tiêu: 61,7%. Các phân đoạn của thời gian cửa-dây dẫn: nhập khoa cấp cứu-đo điện tâm đồ: 3 phút, đo điện tâm đồ-chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên: 8 phút, chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên-hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp: 12 phút, hội chẩn bác sĩ tim mạch can thiệp-bệnh nhân đến cath-lab: 14 phút, nhập viện-đến cath-lab: 39 phút, đến cath-lab-đâm kim: 11 phút, đâm kim-dây dẫn qua sang thương: 11 phút.

Bảng 1. Phân tích đặc điểm nhân trắc học và tiền căn giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Tuổi	61,9 $\pm$ 13,5	60,2 $\pm$ 12,7	64,7 $\pm$ 14,4	0,092
Giới Nữ	27,1%	24,2%	31,7%	0,398
BMI	23,5 $\pm$ 3,1	23,4 $\pm$ 3,2	23,7 $\pm$ 3,0	0,645
Tiền căn				
Hút thuốc lá	49,5%	48,5%	51,2%	0,783
Tăng huyết áp	75,5%	77,3%	70,7%	0,449
Rối loạn lipid máu	56,1%	60,6%	48,8%	0,231
Đái tháo đường	35,5%	37,9%	31,7%	0,517
Bệnh thận mạn	10,3%	12,1%	7,3%	0,426
Suy tim	8,4%	9,1%	7,3%	0,521
Rung nhĩ	2,8%	4,5%	0%	0,857
Nhồi máu não	2,8%	3,0%	2,4%	0,323
Xuất huyết não	1,9%	3,0%	0%	0,236

Nhận xét: Về mặt nhân trắc học, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về các đặc điểm tuổi (p = 0,092), giới nữ (p = 0,398) và chỉ số BMI (p = 0,645).

Bảng 2. Phân tích đặc điểm quá trình bệnh lý giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Thời gian từ khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện, giờ	11,8 $\pm$ 10,1	9,7 $\pm$ 8,9	15,2 $\pm$ 12,6	< 0,001
Nhập viện ngoài giờ hành chính	64,5%	71,2%	54,7%	0,065
Sử dụng bảo hiểm y tế	80,4%	80,3%	80,5%	0,981
Nhập viện qua chuyển viện	72,9%	81,8%	58,5%	0,017
Nhập viện > 2 triệu chứng	28,1%	28,8%	26,8%	0,826
Triệu chứng nhập viện				
Đau ngực	95,3%	95,1%	95,5%	0,937
Khó thở	55,1%	53,7%	56,1%	0,808
Vã mờ hồi	30,8%	29,3%	31,8%	0,781
Đau hàm, cổ, đau tê vai, cánh tay	22,4%	22,0%	22,7%	0,925
Đau thượng vị, buồn nôn	7,5%	12,2%	12,1%	0,991
Ngất, ngưng tim	1,9%	4,9%	0%	0,07

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân nhập viện qua hình thức chuyển viện ở nhóm bệnh nhân có thời gian cửa – dây dẫn đạt mục tiêu cao hơn nhóm không đạt mục tiêu (81,8% so với 58,5%, p = 0,017).

Bảng 3. Phân tích đặc điểm lâm sàng giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Huyết áp tâm thu, mmHg	121,6 $\pm$ 26,2	122,2 $\pm$ 27,3	120 $\pm$ 24,6	0,762
Huyết áp tâm trương, mmHg	74,1 $\pm$ 13,9	74,8 $\pm$ 13,3	73,2 $\pm$ 14,9	0,568
Tần số tim nhập viện, lần/phút	82,2 $\pm$ 18,6	81,9 $\pm$ 19,2	82,5 $\pm$ 17,8	0,870
Độ bão hòa oxy, %	95,4 $\pm$ 3,3	95,6 $\pm$ 3,4	95,1 $\pm$ 3,2	0,412
Nhịp thở, lần/phút	19,2 $\pm$ 2,8	19,4 $\pm$ 2,0	18,9 $\pm$ 3,7	0,813
Phân độ Killip,				
Killip I	87,9%	92,4%	80,5%	0,066
Killip II - IV	12,1%	7,6%	19,5%	
Có biến chứng	23,4%	24,2%	21,9%	0,785

Vùng nhồi máu lúc nhập viện				
Thành trước	41,1%	43,9%	36,6%	0,452
Trước vách	14,0%	13,6%	14,6%	0,885
Trước mỏm	10,3%	9,8%	10,6%	0,888
Thành bên	2,8%	2,4%	3,0%	0,857
Thành sau	4,7%	1,5%	9,8%	0,051
Thành dưới	45,8%	48,5%	41,5%	0,479
Thất phải	11,2%	16,7%	2,4%	0,023
Có hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn	14,0%	4,6%	17,1%	0,030
Tương thích chẩn đoán	89,7%	89,4%	90,2%	0,888

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân có hỗ trợ tuần hoàn, hô hấp và tỷ lệ bệnh nhân có vùng nhồi máu thất phải tại thời điểm nhập viện khác biệt có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ bệnh nhân có hỗ trợ hô hấp, tuần hoàn ở nhóm bệnh nhân có thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút cao hơn (17,1% so với 4,6%, $p = 0,030$). Tỷ lệ bệnh nhân có vùng nhồi máu thất phải ở nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút cao hơn (16,7% so với 2,4%, $p = 0,023$).

Bảng 4. Phân tích đặc điểm cận lâm sàng giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Hs Troponin I, ng/L	2913 (518 – 9279)	3047 (339 – 9279)	2558 (1146 – 8658)	0,717
CK-MB, U/L	124(41 – 284)	127(40 – 319)	117,5(53 – 253)	0,640
NT – proBNP, ng/L	325(131–1051)	293(111–1038)	375(134–1411)	0,500
Creatinin huyết thanh, mg/dL	0,9 ± 0,4	1,0 ± 0,4	1,1 ± 0,3	0,110
Độ lọc cầu thận ≤ 60 mL/phút/1,73 m ²	19,63%	9,1%	36,6%	<0,001
LDL cholesterol, mg/dL	134(111 – 172)	130,1(108 – 171)	138(124 – 172)	0,586

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về độ lọc cầu thận ước tính giữa 2 nhóm. Nhóm có thời gian cửa dây – dẫn không đạt mục tiêu có tỷ lệ bệnh nhân độ lọc cầu thận ≤ 60 mL/phút/1,73m² cao hơn so với nhóm có thời gian cửa – dây dẫn đạt mục tiêu với (36,6% so với 9,1%, $p < 0,001$).

Bảng 5. Phân tích đặc điểm điện tâm đồ giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Tần số tim cơ bản, lần/phút	79,8 ± 19,6	79,1 ± 18	80,8 ± 22,1	0,665
Độ chênh ST > 2mm	34,6%	45,4%	17,1%	0,003
Hình ảnh soi gương	33,6%	40,9%	22%	0,084

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về phân nhóm độ chênh giữa 2 nhóm, nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút có tỷ lệ bệnh nhân có độ chênh của đoạn ST > 2mm cao hơn (45,4% so với 17,1%, $p = 0,003$).

Bảng 6. Phân tích đặc điểm can thiệp mạch vành giữa 2 nhóm có thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút và thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút

Đặc điểm	Dân số chung (n = 107)	Thời gian cửa – dây dẫn ≤ 60 phút (n = 66)	Thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút (n = 41)	Giá trị p
Vị trí đặt kim:				
Động mạch quay phải	90,6%	93,9%	85,4%	0,139
Động mạch đùi phải	9,4%	6,1%	14,6%	
Mạch vành ưu thế:				
Ưu thế phải	93,5%	97,0%	97,6%	0,857
Ưu thế trái	6,5%	3,0%	2,4%	
Động mạch thủ phạm:				
Nhánh liên thất trước	54,1%	54,6%	55,0%	

Nhánh mũ	8,5%	6,0%	12,5%	
Nhánh vành phải	37,4%	39,4%	32,5%	0,463
Đặc điểm tổn thương:				
Bệnh 1 nhánh	29,9%	31,8%	26,8%	0,584
Bệnh 2 nhánh	26,2%	34,9%	12,2%	0,080
Bệnh 3 nhánh	34,6%	25,8%	48,8%	0,015
Bệnh 2 nhánh + Thân chung	2,8%	4,5%	0%	0,077
Bệnh 3 nhánh + Thân chung	6,5%	3,0%	12,2%	0,062
Vỡ hóa mạch vành	15%	13,6%	17,1%	0,628
Huyết khối mạch vành	48,6%	48,5%	48,8%	0,976

Nhận xét: Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm về đặc điểm tổn thương mạch vành. Cụ thể, tỉ lệ bệnh nhân bệnh 3 nhánh mạch vành ở nhóm thời gian cửa – dây dẫn > 60 phút cao hơn (48,8% so với 34,9%, $p = 0,015$).

Bảng 7. Các yếu tố liên quan đến thời gian cửa – dây dẫn

Đặc điểm	OR (KTC 95%)	Giá trị p
Thời gian khởi phát triệu chứng	0,96 (0,93 – 1,00)	0,003
Bệnh nhân được chuyển viện	1,67 (1,06 – 2,64)	0,008
Hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn	0,46 (0,18 – 1,20)	0,03
Độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m ²	0,41 (0,21 – 0,82)	<0,001
Độ chênh > 2mm	1,58 (1,20 – 2,08)	0,002
Bệnh 3 nhánh mạch vành	0,66 (0,45 – 0,96)	0,015

Nhận xét: Bệnh nhân được nhập viện thông qua hình thức chuyển viện thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn cao hơn gấp 1,67 lần so với bệnh nhân nhập viện không qua hình thức chuyển viện (bệnh nhân tự đến bệnh viện hoặc được người thân đưa đến bệnh viện) ($p = 0,008$). Bệnh nhân có sự hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn bằng 0,46 lần so với bệnh nhân không có sự hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn ($p = 0,03$). Yếu tố độ lọc cầu thận ước tính cũng là một yếu tố được dự đoán có liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn. Những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² có khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa -dây dẫn bằng 0,41 lần so với bệnh nhân có Độ lọc cầu thận ước tính >60 mL/phút/1,73 m² ($p < 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Khi tiến hành phân tích, chúng tôi ghi nhận thời gian khởi phát triệu chứng hơn kém nhau 1 giờ thì sẽ có chênh lệch trì hoãn thời gian cửa – dây dẫn bằng 0,96 (KTC 95%: 0,93 – 1,00, $p = 0,003$). Trong nghiên cứu của Võ Văn Thắng, tỉ lệ thời gian từ khi khởi phát triệu chứng ≤ 6 giờ giữa nhóm thời gian cửa – bóng > 120 phút và ≤ 120 phút không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, với tỉ lệ ở nhóm đạt mục tiêu thời gian trong nghiên cứu là 23,2 % so với 76,8% ở nhóm không đạt mục tiêu ($p = 0,436$) [4]. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura. Ở nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn với 2283 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh

lên, những bệnh nhân có giấy giới thiệu chuyển tuyến từ các phòng khám tại địa phương trong nghiên cứu giảm tỉ lệ trì hoãn thời gian cửa – bóng 0,66 lần so với nhóm không có giấy chuyển từ phòng khám địa phương (OR 0,66; KTC 95% 0,53 – 0,83) [3]. Nghiên cứu của tác giả Tsukui và Takunori cũng ghi nhận những bệnh nhân được chuyển từ bệnh viện hoặc phòng khám khác đến trung tâm can thiệp mạch vành có thời gian cửa – bóng thấp hơn 3,43 lần (KTC 95%: 1.72–6.83, $p < 0.001$) [5].

Bệnh nhân có sự hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn thì khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa – dây dẫn bằng 0,46 lần (KTC 95%: 0,18 – 1,20) so với bệnh nhân không có sự hỗ trợ hô hấp – tuần hoàn ($p = 0,03$). Nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura cũng ghi nhận kết quả tương tự trong nghiên cứu của chúng tôi. Tuy biến số độc lập trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura và cộng sự là sự hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO. Trong nghiên cứu này, tác giả ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân cần sự hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO ở nhóm có thời gian cửa – bóng không đạt mục tiêu cao hơn nhóm có thời gian đạt mục tiêu (23,2% với IABP và 3,3% với VA-ECMO so với 17,2% và 2,3%, $p < 0,001$). Khi đưa vào phân tích đa biến, tác giả nhận thấy nhóm bệnh nhân có hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO được dự đoán trì hoãn thời gian cửa – bóng cao hơn và gấp 1,31 lần (KTC 95%: 1,02-1,70) [3] so với những bệnh nhân không hỗ trợ IABP hoặc VA-ECMO. Những bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² có khả năng đạt mục tiêu thời gian cửa-dây dẫn bằng 0,41 lần (0,21-0,82, p

<0,001) so với nhóm còn lại. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả trong nghiên cứu của tác giả Nobuhiro Ikemura. Trong nghiên cứu này, tác giả cũng ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có thời gian cửa – bóng đạt và không đạt mục tiêu về tỉ lệ bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m², với tỉ lệ bệnh nhân có độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m² ở nhóm có thời gian cửa – bóng không đạt mục tiêu cao hơn (39,2% so với 31,1%, $p < 0,001$) [3]. Nghiên cứu của Wen Jun Sim và cộng sự cho thấy những trường hợp bệnh nhân có tổn thương mạch vành phức tạp, khó tiếp cận thì khả năng thời gian cửa – bóng trì hoãn cao hơn, các trường hợp này chiếm 14% trong nghiên cứu của Wen Jun Sim [6].

V. KẾT LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi các yếu tố liên quan đến thời gian cửa-dây dẫn bao gồm thời gian từ khởi phát triệu chứng đến lúc nhập viện; bệnh nhân nhập viện qua hình thức chuyển viện; bệnh nhân được hỗ trợ hô hấp-tuần hoàn;

độ lọc cầu thận ước tính ≤ 60 mL/phút/1,73 m²; độ chênh của đoạn ST > 2 mm; bệnh nhân có bệnh 3 nhánh mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Thygesen K., et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction (2018). 2018. **72**(18). p.2231-2264.
2. **Bộ Y tế.** Quyết định 2187/QĐ-BYT về Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. 2019. p.19-29.
3. **Ikemura N, et al.** Barriers associated with door-to-balloon delay in contemporary Japanese practice. 2017. CJ-16-0905.
4. **Võ Văn Thắng, Nguyễn Trung Kiên.** Khảo sát thời gian cửa-bóng trong can thiệp mạch vành tiên phát ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2017-2018. Luận văn chuyên khóa cấp 2. 2019.
5. **Tsukui T, et al.** Determinants of short and long door-to-balloon time in current primary percutaneous coronary interventions. 2018.**33**.p.498-506.
6. **Sim WJ, et al.** Causes of delay in door-to-balloon time in south-east Asian patients undergoing primary percutaneous coronary intervention. 2017. **12**(9). p.e0185186.

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM TÚI MẬT CẤP DO SỎI BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TÚI MẬT Ở BỆNH NHÂN CAO TUỔI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú¹, Lưu Điền¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Viêm túi mật cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, nguyên nhân thường do sỏi túi mật, có thể gây ra những biến chứng nghiêm trọng nếu không điều trị kịp thời. **Mục tiêu:** Đánh giá điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật ở người cao tuổi tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 61 bệnh nhân trên 60 tuổi được chẩn đoán xác định trước mổ là viêm túi mật cấp do sỏi và được mổ cắt túi mật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa Tp. Cần Thơ thời gian từ tháng 01 năm 2021 đến tháng 10 năm 2021. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ trong nghiên cứu là 1/2,39, với 83,6% bệnh nhân nhập viện trong vòng 72 giờ kể từ khi xuất hiện triệu chứng đau. Về kết quả điều trị, 86,9% bệnh nhân có thời gian phẫu thuật trên 90 phút. Sau mổ, 57,4% bệnh nhân được chẩn đoán viêm túi mật cấp, 24,6%

viêm túi mật hoại tử, và 18% viêm phúc mạc mật. Kết quả sớm sau mổ chủ yếu là tốt (85,2%) và trung bình (14,8%), không có trường hợp nào có kết quả kém. Kết quả sớm sau mổ có mối liên hệ với thời gian đau trước khi nhập viện và thời gian mổ, với $p < 0,05$. **Kết luận:** Phương pháp điều trị viêm túi mật cấp do sỏi bằng phẫu thuật nội soi cắt túi mật là phương pháp an toàn, có hiệu quả tốt, ít gây biến chứng trên người lớn tuổi. **Từ khóa:** viêm túi mật cấp, cắt túi mật nội soi, kết quả điều trị

SUMMARY

TREATMENT RESULTS OF ACUTE CHOLECYSTITIS CAUSED BY GALLSTONES WITH LAPAROSCOPIC CHOLECYSTECTOMY IN THE ELDERLY PATIENTS AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: Acute cholecystitis is a common surgical emergency, usually caused by gallstones, and can lead to severe complications if not treated promptly. **Objectives:** To evaluate the treatment of acute cholecystitis caused by gallstones with laparoscopic cholecystectomy in the elderly at Can Tho City General Hospital. **Materials and methods:** A descriptive cross-sectional study was conducted on 61

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ
Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú
Email: lvphu@ctump.edu.vn
Ngày nhận bài: 8.01.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025
Ngày duyệt bài: 14.3.2025