

đa dạng trong mức độ PPR dù đa phần ở mức thấp. Lơ xê mi cấp có giá trị tương đối ổn định nhất, với trung vị trung bình và mức phân tán vừa phải. Chỉ số PPR sau 24h có giá trị biến thiên rộng với 47,6% bệnh nhi đạt PPR >30%, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh lý huyết học ($p > 0,05$). Điều này cho thấy truyền tiểu cầu giúp cải thiện chỉ số PPR một cách tương đối ổn định nhưng không đặc hiệu theo nhóm bệnh lý huyết học.

V. KẾT LUẬN

- Lâm sàng: Tình trạng xuất huyết trên lâm sàng cải thiện, tất cả các bệnh nhi đều không tiến triển xuất huyết mới và mức độ xuất huyết thuyên giảm.
- Số lượng TC: Số lượng tiểu cầu tăng lên sau truyền 24h trung bình là 39,4G/L.
- CCI 24h sau truyền: CCI trung bình sau 24h là $21,6 \pm 16,8$. Tỷ lệ bệnh nhi có chỉ số CCI 24h > 4,5 là 84,6% có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa các nhóm bệnh, thấp nhất ở bệnh nhi giảm tiểu cầu miễn dịch.
- PPR 24h sau truyền: PPR trung bình sau 24h là $35,4 \pm 35,1\%$, sau 24h chỉ số PPR > 30% đạt được 47,6%.

VI. KIẾN NGHỊ

Các chỉ số phản ánh hiệu quả truyền tiểu cầu như CCI và PPR vẫn còn một tỷ lệ nhất định không đạt ngưỡng kỳ vọng, cần tối ưu hóa chỉ định và thời điểm truyền cũng như xác định tình trạng kháng tiểu cầu để có thể có chiến lược điều trị thích hợp giúp truyền tiểu cầu đạt hiệu quả cao hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jeffrey McCullough (2020). Overview of Platelet Transfusion. Seminars in Hematology, 47, 235-242.
2. Lise J. Estcourt, Janet Birchall, Shubha Allard, et al. (2017). Guidelines for the use of platelet transfusions. British Journal of Haematology, 176, 365-394.
3. Atif I. Khan, Faiz Anwer (2023). Platelet Transfusion. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2024 Jan-.
4. Berti et al., (2025) Impact of platelet transfusion at different doses in oncohematology pediatric inpatients and outpatients: A retrospective study. Pediatric Blood & Cancer, 72(4), e31550
5. Bộ Y tế. (2022). Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh lý huyết học (Ban hành kèm theo Quyết định số 1832/QĐ-BYT ngày 01/7/2022)
6. Solves Alcaina (2020). Platelet transfusion: and update on challenges and outcomes. Journal of blood medicine, 19-26.
7. Reina Matsui, Takeshi Hagino, Nelson Hirokazu Tsuno, et al. (2021). Does time of CCI measurement affect the evaluation of platelet transfusion effectiveness? Transfusion and Apheresis Science, 60
8. Tanya Petraszko, Michelle Zeller, Canadian Blood Services. (2018). Platelet transfusion, alloimmunization and management of platelet refractoriness.
9. Nguyễn Thị Thu Hiền (2018), "Đặc điểm khối tiểu cầu gan tách từ một người cho và hiệu quả điều trị trên một số bệnh có giảm tiểu cầu tại bệnh viện hữu nghị Việt Tiệp năm 2018", Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa II, Trường Đại học Y Hà Nội.
10. Vũ Thị Lan Anh, Phan Quang Hòa, Bạch Quốc Khánh và cộng sự (2019), "Đánh giá hiệu quả truyền khối tiểu cầu pool lọc bạch cầu tại viện HHTMTW 2019", Tạp chí Y học Việt Nam tập 496, trang 333-338.

KHẢO SÁT SỰ BIẾN ĐỔI CHỈ SỐ LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH CẤP ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Bùi Ngọc Linh¹, Đặng Đức Minh¹, Lương Thị Hải Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên từ tháng 01/2024-12/2024. Khảo sát sự biến đổi các chỉ số lipid máu ở đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 86 bệnh nhân

hội chứng mạch vành cấp được điều trị tại BV Trung ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $65,98 \pm 10,99$ tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,1/1. Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm 80,2%. Bệnh nhân tới viện trước 12 giờ là 61,6%. Yếu tố nguy cơ chính của HCMVC là tăng huyết áp với 69,8%. Tỷ lệ tăng Troponin I hs là 97,7%. Qua siêu âm tim, 11,6% bệnh nhân có phân suất tống máu giảm, 38,4% có rối loạn vận động vùng. Tỷ lệ RLLM là 83,7%, trong đó RLLM kết hợp là 65,1%. Tỷ lệ rối loạn các chỉ số triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C lần lượt là 68,1%, 52,8%, 51,4% và 40,3%. Tỷ lệ RLLM ở nhóm HCMVC không ST chênh lên là 86,7%, ở nhóm HCMVC có ST chênh lên là 82,1%. Tỷ lệ RLLM ở nhóm có tổn thương ≤01 nhánh mạch vành là 80%, ở nhóm tổn thương ≥02

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Minh
Email: dangducminh@tump.edu.vn
Ngày nhận bài: 9.4.2025
Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025
Ngày duyệt bài: 13.6.2025

nhánh mạch vành là 85,7%. **Kết luận:** RLLM ở bệnh nhân HCMVC chiếm tỷ lệ cao (83,7%), chủ yếu là RLLM kết hợp (65,1%). Ở cả nhóm HCMVC không ST chênh lên và HCMVC có ST chênh lên, tỷ lệ này đều cao, lần lượt là 86,7% và 82,1%. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân có tổn thương ≤ 01 nhánh mạch vành là 80%, ≥ 02 nhánh mạch vành là 85,7%.

Từ khóa: Hội chứng mạch vành cấp, RLCH lipid máu, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên.

Viết tắt: RLLM (Rối loạn lipid máu), HCMVC (Hội chứng mạch vành cấp).

SUMMARY

SURVEY OF DYSLIPIDEMIA IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and subclinical characteristics of patients with acute coronary syndrome treated at Thai Nguyen National Hospital from January 2024 to December 2024. To investigate changes in blood lipid indices in the study subjects.

Subjects and Methods: The study was conducted on 86 patients with acute coronary syndrome treated at Thai Nguyen National Hospital. Cross-sectional descriptive study. **Results:** The average age was 65.98 ± 10.99 years. The male/female ratio was 3.1/1. 80.2% of patients were hospitalized due to chest pain. 61.6% of patients arrived at the hospital within 12 hours. The main risk factor for ACS was hypertension, accounting for 69.8%. The rate of elevated Troponin I hs was 97.7%. Echocardiography showed that 11.6% of patients had a reduced ejection fraction, and 38.4% had regional wall motion abnormalities. The rate of dyslipidemia was 83.7%, with combined dyslipidemia accounting for 65.1%. The rates of disturbances in triglyceride, total cholesterol, HDL-C and LDL-C was 68,1%, 52,8%, 51,4% and 40,3% respectively. The dyslipidemia rate was 86.7% in the non-ST elevation ACS group, and 82.1% in the ST elevation ACS group. The dyslipidemia rate was 80% in patients with ≤ 01 damaged coronary artery branch, and 85.7% in those with ≥ 02 damaged branches. **Conclusion:** Dyslipidemia was common in patients with acute coronary syndrome (83.7%), with a predominance of combined dyslipidemia (65.1%). This rate was high in both the non-ST elevation and ST elevation ACS groups, at 86.7% and 82.1%, respectively. The rate was 80% in patients with ≤ 01 damaged coronary artery branch and 85.7% in those with ≥ 02 damaged branches. **Keywords:** Acute coronary syndrome, Dyslipidemia, Thai Nguyen National Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp (HCMVC) là nguyên nhân gây tử vong và thương tật hàng đầu tại các nước phát triển và là gánh nặng ngày càng gia tăng ở các quốc gia đang phát triển trong đó có Việt Nam. Năm 2013 có gần 17,3 triệu người chết do bệnh mạch vành chủ yếu tập trung ở các nước thu nhập thấp và trung bình và ước tính đến năm 2030 con số này có thể tăng

trên 23,6 triệu⁽¹⁾. HCMVC bao gồm nhồi máu cơ tim có ST chênh (NMCTCSTC), nhồi máu cơ tim không ST chênh (NMCTKSTC) và cơn đau thắt ngực không ổn định (ĐNKÔĐ). Sinh bệnh học của HCMVC gồm nhiều yếu tố tham gia, trong đó rối loạn lipid máu (RLLM) đóng vai trò quan trọng. Nghiên cứu về các đặc điểm của HCMVC và sự biến đổi lipid máu trên các bệnh nhân này góp phần tích cực vào việc cải thiện dự phòng và điều trị. Những năm gần đây, tại Việt Nam đã có một số nghiên cứu mô tả về vấn đề này. Tại Thái Nguyên và một số tỉnh lân cận cũng có nhiều bệnh nhân bị HCMVC có RLLM cần được phát hiện chẩn đoán và điều trị sớm để giảm thiểu biến chứng cũng như tỉ lệ tử vong. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành làm đề tài: "*Khảo sát sự biến đổi chỉ số lipid máu ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

2.1.1. Thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Cấp cứu - Can thiệp tim mạch – Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01/2024 đến tháng 12/2024.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định hội chứng mạch vành cấp, được nhập viện điều trị.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ kết quả: khám lâm sàng, kết quả cận lâm sàng (các chỉ số lipid máu, siêu âm tim, điện tim, men tim, chụp mạch vành)
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có bệnh lý về tắc nghẽn ống mật, đang dùng những thuốc làm tăng lipid máu (corticoid kéo dài, lợi tiểu nhóm thiazide, thuốc chẹn Beta giao cảm: propranolol, pindolol).
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

2.2.2. Phương tiện nghiên cứu: Bộ đo huyết áp, máy điện tim, siêu âm tim, máy chụp mạch vành, kết quả xét nghiệm công thức máu, sinh hóa máu, bệnh án nghiên cứu in sẵn,...

2.2.3. Các bước tiến hành

- Chọn những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau đó thăm khám lâm sàng và ghi nhận các kết quả cận lâm sàng qua hồ sơ bệnh án theo bệnh án nghiên cứu.
- Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:
 - + Chẩn đoán HCMVC theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về Quản lý hội

chứng vành cấp (2024) ⁽³⁾.

+ Chẩn đoán rối loạn lipid máu theo Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về điều trị rối loạn lipid máu (2024) ⁽⁴⁾.

2.2.4. Phương pháp xử lý số liệu: Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi thực hiện trên 86 bệnh nhân HCMVC điều trị tại khoa Cấp cứu - Can thiệp tim mạch, Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên, đã thu được kết quả như sau:

3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

Bảng 1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới

Nhóm tuổi	Giới nam	Giới nữ
<65 tuổi	30	3
65-75 tuổi	26	10
>75 tuổi	9	8
Tổng	65	21

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 86 bệnh nhân với tuổi từ 38 đến 89 tuổi, tuổi trung bình $65,98 \pm 10,99$ tuổi, trong đó tỉ lệ giới nam và nữ là 3,1/1.

3.1.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

Đặc điểm	n	Tỷ lệ (%)
Lý do vào viện	Đau ngực	69 80,2
	Khó thở	14 16,3
	Khác	3 3,5
Thời điểm nhập viện	<12h	53 61,6
	12-24h	11 12,8
	>24h	22 25,6
Đặc điểm đau ngực	Không đau ngực	0 0
	Đau ngực không điển hình	37 43,0
	Đau ngực điển hình	49 57,0
Khó thở	Có	58 67,4
	Không	28 32,6
BMI	<18,5	4 4,7
	18,5-22,9	59 68,6
	>23	23 26,7

- 80,2% số bệnh nhân nhập viện vì lý do đau ngực.

- Có 61,6% bệnh nhân nhập viện dưới 12 giờ kể từ khi có triệu chứng, tuy nhiên cũng vẫn còn 25,6% bệnh nhân nhập viện muộn sau 24 giờ.

- Có đau thắt ngực với tính chất điển hình chiếm 57%.

- 67,4% bệnh nhân có triệu chứng khó thở.

- Số bệnh nhân có thể trạng thừa cân, béo phì chiếm 26,7%.

3.1.3. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 3. Các yếu tố nguy cơ

Bệnh kèm theo	Có		Không	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tăng huyết áp	60	69,8	26	30,2
Đái tháo đường	34	39,5	52	60,5
Tiền sử bệnh mạch vành	15	17,4	71	82,6
Tai biến mạch máu não	6	7,0	80	93,0
Hút thuốc lá	26	30,2	60	69,8

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, số bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất với 69,8%, ít nhất là tiền sử tai biến mạch máu não với 6 trường hợp, chiếm 7,0%.

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm men tim

Bảng 4. Đặc điểm men tim

Men tim	Tăng		Bình thường	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Tăng CK-MB	57	66,3	29	33,7
Tăng Troponin I hs	84	97,7	2	0,3
Tăng NT-proBNP	66	76,7	20	23,3

Tỷ lệ tăng Troponin I hs chiếm đa số với 97,7%, tăng CK-MB chiếm tỷ lệ thấp nhất với 66,3%.

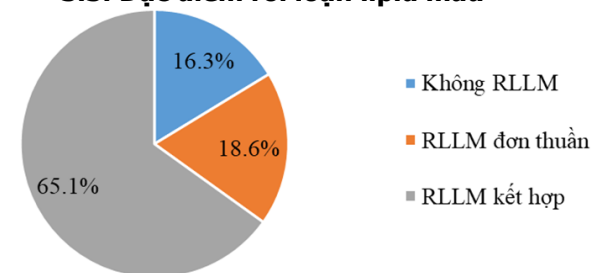
3.2.2. Chức năng tâm thu thất trái và rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim

Bảng 5. Chức năng tâm thu thất trái và rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Phân suất tổng máu thất trái (EF)	EF $\geq$ 50%	64 74,4
	40% $\leq$ EF $\leq$ 49%	12 14,0
	EF<40%	10 11,6
Rối loạn vận động vùng	Có	33 38,4
	Không	53 61,6

Qua kết quả siêu âm tim, có 64 bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái bảo tồn (chiếm 74,4%), 10 bệnh nhân có phân suất tổng máu giảm (chiếm 11,6%), 33 bệnh nhân có rối loạn vận động vùng (chiếm 38,4%).

3.3. Đặc điểm rối loạn lipid máu



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu

Tỷ lệ RLLM chiếm đa số (83,7%), trong đó RLLM kết hợp chiếm tỷ lệ cao hơn với 65,1%, RLLM đơn thuần chiếm 18,6%.

Bảng 6. Giá trị trung bình các chỉ số lipid máu

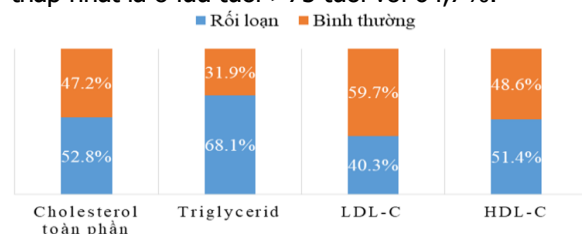
Chỉ số	X ± SD	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Cholesterol toàn phần	5,12±1,29	1,43	9,58
Triglycerid	2,71±2,66	0,58	20,83
LDL-C	2,97±0,92	0,65	5,32
HDL-C	1,12±0,28	0,25	2,06

Giá trị trung bình cholesterol toàn phần là 5,12 ± 1,29 mmol/l, nhỏ nhất là 1,43 mmol/l và lớn nhất là 9,58 mmol/l; triglycerid máu là 2,71 ± 2,66 mmol/l, lớn nhất là 20,83 mmol/l; LDL-C là 2,97 ± 0,92 mmol/l, lớn nhất là 5,32 mmol/l; HDL-C là 1,12 ± 0,28 mmol/l, nhỏ nhất là 0,25 mmol/l.

Bảng 7. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo giới tính và nhóm tuổi

Yếu tố		Có RLLM		Không RLLM	
		n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Giới tính	Nam	55	84,6	10	15,4
	Nữ	17	81,0	4	19,0
Nhóm tuổi	<65 tuổi	29	87,9	4	12,1
	65-75 tuổi	32	88,9	4	11,1
	>75 tuổi	11	64,7	6	34,3

Trong số bệnh nhân nam, tỷ lệ RLLM là 84,6%, con số này là 81% ở bệnh nhân nữ. Tỷ lệ RLLM ở lứa tuổi 65-75 tuổi là cao nhất với 88,9%, thấp nhất là ở lứa tuổi >75 tuổi với 64,7%.



Biểu đồ 2. Tỷ lệ rối loạn chuyển hóa lipid máu theo từng chỉ số (n=72)

Trong các bệnh nhân có RLLM, tăng triglycerid chiếm tỷ lệ cao nhất với 68,1%, thấp nhất là tăng LDL-C với 40,3%. Tỷ lệ tăng cholesterol toàn phần và giảm HDL-C lần lượt là 52,8% và 51,4%.

Bảng 8. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo 2 nhóm bệnh HCMVC

Chỉ số	HCMVC không ST chênh lên (n= 30)		HCMVC có ST chênh lên (n=56)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Có RLLM	26	86,7	46	82,1
Không RLLM	4	13,3	10	17,9

Tỷ lệ RLLM đều cao ở cả 2 nhóm. Với nhóm HCMVC không ST chênh lên, tỷ lệ RLLM là 86,7%,

với nhóm HCMVC có ST chênh lên là 82,1%.

Bảng 9. Tỷ lệ rối loạn lipid máu theo tổn thương động mạch vành

Chỉ số	≤01 nhánh hẹp (n=30)		≥ 02 nhánh hẹp (n=56)	
	n	Tỷ lệ (%)	n	Tỷ lệ (%)
Có RLLM	24	80	48	85,7
Không RLLM	6	2	8	14,3

Tỷ lệ RLLM ở nhóm có tổn thương ≤01 nhánh mạch vành là 80%. Tỷ lệ này ở nhóm có tổn thương ≥02 nhánh mạch vành cao hơn, với 48 trường hợp chiếm 85,7%.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

*Tuổi và giới: Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ đồng thời cũng là yếu tố tiên lượng của nhiều bệnh lý trong đó có HCMVC. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 86 bệnh nhân được chẩn đoán HCMVC, với tuổi trung bình là 65,98 ± 10,99 tuổi; trong đó bệnh nhân ít nhất là 38 tuổi; bệnh nhân cao tuổi nhất là 89 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,1/1. Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Nguyễn Văn Linh với độ tuổi trung bình 67,6 ± 8,75, tỉ lệ nam/nữ là 3/1⁽⁵⁾. Điều này phù hợp với cơ chế bệnh sinh của hiện tượng lão hóa, xơ vữa và xơ cứng mạch máu do quá trình lão hóa theo tuổi.

*Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện: Trong nghiên cứu của chúng tôi có 69 bệnh nhân nhập viện vì đau ngực (chiếm 80,2%), vì đau ngực là một trong những triệu chứng thường gặp và quan trọng để định hướng đến HCMVC. Tuy nhiên tỷ lệ khá cao bệnh nhân đau ngực với tính chất không điển hình 43%. Điều này góp phần giải thích vì sao vẫn có tới 25,6% bệnh nhân tới viện sau 24 giờ.

*Đặc điểm các yếu tố nguy cơ: Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, thấy rằng tỉ lệ các yếu tố nguy cơ của HCMVC chiếm nhiều nhất là tăng huyết áp với 69,8%. Nghiên cứu của Giao Thị Thoa và cộng sự cũng cho kết quả tương tự⁽⁹⁾, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ chính của bệnh lý động mạch vành. Tăng huyết áp cũng có thể gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan đích khác như não, mắt, thận và các mạch máu.

*Đặc điểm kết quả siêu âm tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kết quả siêu âm tim cho thấy rối loạn vận động vùng chiếm tỷ lệ 38,4%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Linh với tỷ lệ rối loạn vận động vùng là 41,09%⁽⁵⁾. Phần lớn bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái còn bù EF≥50% với tỷ lệ 74,4%. Tuy nhiên vẫn còn 11,6% bệnh

nhân có EF giảm dưới 40%. So với kết quả của tác giả Nguyễn Thị Ngoãn với tỷ lệ EF<40% là 9,1%⁽⁸⁾, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng.

4.2. Đặc điểm RLLM của bệnh nhân trong nghiên cứu

*Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân HCMVC là 83,7%. Kết quả được ghi nhận tương tự trong nghiên cứu của Quách Tấn Đạt với tỷ lệ 82,2%⁽²⁾. Trong đó, tỷ lệ RLLM kết hợp là chủ yếu với 65,1%, RLLM đơn thuần chỉ chiếm 18,6%. Nghiên cứu của Phạm Thị Ngọc Nga ghi nhận kết quả tương tự, tỷ lệ RLLM kết hợp là 64,4%⁽⁷⁾.

*Trong số các bệnh nhân có RLLM, tỷ lệ bệnh nhân tăng triglyceride cao nhất 68,1%, thấp nhất là tăng LDL-C 40,3%. Sự phân bố về tỷ lệ RLLM trong nghiên cứu của chúng tôi có khác biệt với nghiên cứu của các tác giả: Giao Thị Thoa ghi nhận tăng cholesterol toàn phần 55,04%, tăng LDL-C 51,55%, tăng triglyceride 36,02%, giảm HDL-C 9,32%⁽⁹⁾; nghiên cứu MEDI – ACS ghi nhận tăng cholesterol toàn phần 42,03%, tăng triglyceride 33,1%, tăng LDL-C 32,9%, giảm HDL-C 32,3%⁽¹¹⁾; nghiên cứu của tác giả Zamani B ghi nhận tăng triglyceride 88,33%, tăng LDL-C 86,7%⁽¹²⁾.

*Trung bình và độ lệch chuẩn của các chỉ số lipid máu trong nghiên cứu lần lượt là: cholesterol toàn phần 5,12±1,29; triglyceride 2,71±2,66; LDL-C 2,97±0,9; HDL-C 1,12±0,28. So sánh với các nghiên cứu trong nước, mức trung bình các chỉ số lipid máu trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Nguyễn Vĩnh Trinh gồm cholesterol toàn phần 4,9±1,3; LDL-C 3,0±1,1; HDL-C 1,0±0,3⁽¹⁰⁾. So với các nghiên cứu ngoài nước, mức trung bình các chỉ số cholesterol toàn phần, LDL-C trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn của tác giả Zamani B gồm cholesterol toàn phần 5,7±4,1; LDL-C 5,7±0,6⁽¹²⁾.

*Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ RLLM ở nam và nữ đều cao, lần lượt là 84,6% và 81,0%. Kết quả này cao hơn nghiên cứu của tác giả Giao Thị Thoa với tỷ lệ RLLM trên bệnh nhân nam, nữ lần lượt là 40,86% và 35,29%⁽⁹⁾. So sánh với nghiên cứu ngoài nước, kết quả của chúng tôi cũng có sự khác biệt như nghiên cứu của tác giả Muhammad Muneeb và cộng sự với tỷ lệ RLLM ở nam là 65%, ở nữ là 34,5%⁽⁵⁾.

*Trong số các thể bệnh của HCMVC, tỷ lệ RLLM ở nhóm HCMVC có ST chênh lên là 82,1%, ở nhóm HCMVC không ST chênh lên là 86,7%. Có sự khác biệt với nghiên cứu của tác giả Muhammad Muneeb với tỷ lệ RLLM ở nhóm

HCMVC có ST chênh lên là 90,7%, ở nhóm NMCTKSTC là 74,1% và ĐNKÔĐ là 80,6%⁽⁵⁾.

* Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân có tổn thương ≥ 02 nhánh mạch vành là 85,7%, lớn hơn so với bệnh nhân có tổn thương ≤ 01 nhánh mạch vành là 80%. Kết quả này cũng phù hợp với cơ chế bệnh sinh trong HCMVC, RLLM làm gia tăng sự hình thành và phát triển mảng xơ vữa động mạch.

V. KẾT LUẬN

Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 65,98 ± 10,99 tuổi; trong đó ít nhất là 38 tuổi, cao nhất là 89 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 3,1/1. Có 69 bệnh nhân nhập viện vì đau ngực (chiếm 80,2%). Tỷ lệ bệnh nhân đau ngực với tính chất không điển hình chiếm 43%. Có 25,6% bệnh nhân tới viện sau 24 giờ. Trong số các bệnh nhân nghiên cứu, tỉ lệ các yếu tố nguy cơ của HCMVC chiếm nhiều nhất là tăng huyết áp với 69,8%. Tỷ lệ tăng Troponin I hs là 97,7%. Kết quả siêu âm tim cho thấy rối loạn vận động vùng chiếm 38,4%. 11,6% bệnh nhân có EF ≤ 40%. Tỷ lệ RLLM trong nghiên cứu là 83,7%. Trong số bệnh nhân có RLLM, tỷ lệ rối loạn các chỉ số triglycerid, cholesterol toàn phần, HDL-C và LDL-C lần lượt là 68,1%, 52,8%, 51,4% và 40,3%. Trung bình và độ lệch chuẩn của các chỉ số lipid máu là: cholesterol toàn phần 5,12±1,29; triglyceride 2,71±2,66; LDL-C 2,97±0,9; HDL-C 1,12±0,28. Tỷ lệ RLLM ở nam và nữ lần lượt là 84,6% và 81,0%. Trong số các thể bệnh của HCMVC, tỷ lệ RLLM ở nhóm HCMVC có ST chênh lên là 82,1%, ở nhóm HCMVC không ST chênh lên là 86,7%. Tỷ lệ RLLM ở bệnh nhân có tổn thương ≥ 02 nhánh mạch vành là 85,7%, lớn hơn so với bệnh nhân có tổn thương ≤ 01 nhánh mạch vành là 80%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Benjamin JE et al. Heart Disease and Stroke Statistics-2017 Update: A Report From the American Heart Association. Circulation. 2017; 135(10):146-603.
2. Quách Tấn Đạt và cộng sự. Thực trạng điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp cao tuổi tại bệnh viện Thống Nhất. Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh. 2021; 25(2): 140-146.
3. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về Quản lý hội chứng vành cấp (2024).
4. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về điều trị rối loạn lipid máu (2024).
5. Nguyễn Văn Linh. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp được can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Thái Nguyên. Luận văn Bác sĩ nội trú, trường Đại học Y – Dược, Đại học Thái Nguyên. 2015.
6. Muneeb Muhammad et al. Patterns of Dyslipidemia Among Acute Coronary Syndrome

- (ACS) Patients at a Tertiary Care Hospital in Lahore, Pakistan. Cureus vol. 14.12 e32378. 10 Dec. 2022, doi:10.7759/cureus.32378.
7. **Phạm Thị Ngọc Nga và cộng sự.** Nghiên cứu tình hình rối loạn lipid máu ở các bệnh nhân được chỉ định làm xét nghiệm bộ mỡ tại Bệnh viện đa khoa thành phố Cần Thơ năm 2022. 2023; 532(1); 134-138.
 8. **Nguyễn Thị Ngoãn và cộng sự.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân hội chứng vành cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Trà Vinh. Tạp chí y dược học Cần Thơ. 2022; 49:61-68.
 9. **Giao Thị Thoa và cộng sự.** Nghiên cứu bilan lipid máu trên bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp. Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam. 2014; 68:214-219.
 10. **Nguyễn Vĩnh Trinh và cộng sự.** Khảo sát tình hình điều trị rối loạn lipid máu ở bệnh nhân hội chứng vành cấp. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. 2016.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHỤC HỒI THÂN RĂNG HÀM MẤT NHIỀU TỔ CHỨC CỨNG BẰNG INLAY/ONLAY VẬT LIỆU SỨ EMAX PRESS

Chu Thị Quỳnh Hương^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phục hồi thân răng bằng Inlay/Onlay sứ Emax Press cho nhóm răng hàm mất nhiều tổ chức cứng tại Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương, năm 2023-2025. **Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng không đối chứng, đánh giá kết quả theo mô hình trước-sau trên 37 răng hàm của 25 người bệnh. Số liệu được thu thập thông qua khám lâm sàng và phỏng vấn người bệnh và được nhập và phân tích trên phần mềm SPSS 20.0. **Kết quả:** Tỷ lệ thành công phục hình bằng Inlay/onlay sứ Emax Press cho nhóm răng hàm có kết quả tốt được thể hiện ở sự toàn vẹn của bờ phục hình, sự kín khít sau phục hình với răng thật, độ bền của phục hình đạt kết quả tốt, sự hài lòng của người bệnh, không sâu răng tái phát sau 03 tháng theo dõi (đều đạt 100%). Kết quả thẩm mỹ về khối phục hình ngay sau khi lắp, 1 tháng và 3 tháng của cả 2 phương pháp Inlay/Onlay đạt kết quả tốt (78,4%); kết quả trung bình (21,6%). **Kết luận:** Phục hình thân răng hàm bằng Inlay/Onlay sứ Emax press có kết quả rất tốt ngay sau khi phục hình, 1 tháng và 3 tháng sau phục hình trên các chỉ số lưu giữ của khối phục hình; độ sát khít; tiếp xúc bên, thẩm mỹ, sự hài lòng của người bệnh. Loại phục hình này có thể được áp dụng rộng rãi trong thực hành lâm sàng. **Từ khóa:** Phục hồi, thân răng hàm, Inlay/Onlay, Emax press

SUMMARY

CLINICAL EVALUATION OF EMAX PRESS CERAMIC INLAYS/ONLAYS IN THE RESTORATION OF POSTERIOR TEETH WITH EXTENSIVE HARD TISSUE LOSS

Objective: To evaluate the results of tooth restoration using Emax Press ceramic Inlay/Onlay for posterior teeth at the National Hospital of Odontology -

Stomatology - 40B Trang Thi, Hoan Kiem district, Hanoi, Vietnam, 2023-2025. **Method:** Non-controlled clinical intervention study, evaluating the results according to the before-after model on 37 molars of 25 patients. Data were collected through clinical examination and patient interviews and entered and analyzed on SPSS 20.0 software. **Results:** The success rate of restoration using Emax Press ceramic inlay/onlay for molars with good results was shown in the integrity of the restoration margin, the tightness after restoration, the durability of the tooth tissue with good results, patient satisfaction, and no recurrent caries after 3 months of follow-up (all achieved 100%). The aesthetic results of the restoration immediately after installation, 1 month and 3 months of both inlay/onlay methods achieved good results (78.4%) and average results (21.6%). **Conclusion:** Restoration of molars with Emax press porcelain inlay/onlay has very good results immediately after restoration, 1 month and 3 months after restoration on the retention index of the restoration block; tightness; lateral contact, aesthetics, and patient satisfaction. These two types of restorations can be widely applied in clinical practice.

Keywords: Restoration, molar crown, inlay/onlay, Emax press

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mất tổ chức cứng ở các răng, nhất là vùng răng hàm là một trong những vấn đề khá phổ biến và được rất quan tâm để đảm bảo chức năng thẩm mỹ và ăn nhai của người bệnh. Việc phục hồi thân răng rất quan trọng đối với các răng sâu, răng đã điều trị nội nha nhưng đồng thời việc phục hồi mô răng bị tổn thương cho nhóm răng hàm cũng đòi hỏi phải bền vững để đảm bảo chức năng ăn nhai vì đây là những răng chịu lực lớn [1]. Hiện nay, có khá nhiều biện pháp phục hồi thân răng trực tiếp lẫn gián tiếp, mỗi phương pháp đều có ưu và nhược điểm riêng. Với những trường hợp mất nhiều tổ chức cứng trước đây thường được chỉ định làm chụp toàn phần, nay sự phát triển của các vật liệu phục hồi và vật liệu dán thì những răng này đã

¹Bệnh viện Răng Hàm Mặt Trung ương

²Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Chu Thị Quỳnh Hương

Email: quynhhuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 9.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025