

0,05). Nhưng trong nghiên cứu của Abdimutalib Mamasaidov cho thấy hiệu quả của sử dụng bDMARDs đối với CLCS với giảm đau, thể chất và tinh thần của người bệnh tuy nhiên chưa đánh giá các tác dụng phụ của thuốc đối với người bệnh⁹. Kết quả này gợi ý rằng ảnh hưởng của các thuốc điều trị ở người bệnh VKDT đến CLCS cần được đánh giá thêm trong các nghiên cứu dài hạn với số lượng mẫu lớn hơn.

Nhìn chung, người bệnh lớn tuổi, mức độ đau nhiều và hoạt động bệnh cao thường có chất lượng cuộc sống thấp hơn, ngược lại kiểm soát tốt tình trạng viêm và đau sẽ giúp nâng cao chất lượng sống cho người bệnh. Do đó, mục tiêu điều trị VKDT không chỉ là cải thiện chỉ số viêm và đạt lui bệnh mà còn hướng tới cải thiện chất lượng cuộc sống toàn diện cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Chất lượng cuộc sống của người bệnh viêm khớp dạng thấp theo thang điểm QoL-RA ở mức trung bình, và có liên quan đến tuổi, mức độ hoạt động bệnh, chỉ số viêm, mức độ đau, sử dụng thuốc glucocorticoid. Vì vậy trong thực hành lâm sàng cần có chiến lược điều trị, tư vấn giúp người bệnh cải thiện triệu chứng đau và sớm đạt lui bệnh để nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Scott D. L., Wolfe F., Huizinga T. W. Rheumatoid arthritis. Lancet. Sep 25 2010; 376 (9746): 1094-108. doi:10.1016/S0140-6736(10)60826-4
2. DoMhaPosaWH Organization. WHOQOL

Measuring Quality of Life Program on Mental Health. 1997;

3. Isnardi C. A., Schneeberger E. E., Capelusnik D., et al. A useful tool to assess quality of LIFE in rheumatoid arthritis patients that does not require a license: QOL-RA II. Clin Rheumatol. Nov 2020; 39 (11): 3309-3315. doi:10.1007/s10067-020-05139-8
4. Phạm Hoài Thu. Nghiên cứu áp dụng bộ câu hỏi SF-36 trong đánh giá chất lượng cuộc sống bệnh nhân viêm khớp dạng thấp. Tạp chí Nghiên cứu Y học. 2017:146-154.
5. Cruz-Castillo Y., Montero N., Salazar-Ponce R., Villacis-Tamayo R. Quality of Life in Ecuadorian Patients With Rheumatoid Arthritis: A Cross-sectional Study. Reumatol Clin (Engl Ed). Sep-Oct 2019;15(5):296-300. Calidad de vida en pacientes ecuatorianos con artritis reumatoide: un estudio transversal. doi:10.1016/j.reuma. 2017.08.012
6. Oguro N., Yajima N., Miwa Y. Age and quality of life in patients with rheumatoid arthritis treated with biologic agents. Mod Rheumatol. Jan 2020; 30(1): 44-49. doi:10.1080/14397595.2018. 1551274
7. Cho S. K., Kim D., Jun J. B., Bae S. C., Sung Y. K. Factors influencing quality of life (QOL) for Korean patients with rheumatoid arthritis (RA). Rheumatol Int. Jan 2013;33(1):93-102. doi:10.1007/s00296-011-2352-6
8. Munchey R., Pongmesa T. Health-Related Quality of Life and Functional Ability of Patients with Rheumatoid Arthritis: A Study from a Tertiary Care Hospital in Thailand. Value Health Reg Issues. May 2018;15: 76-81. doi:10.1016/j.vhri.2017.08.012
9. Mamasaidov A., Sakibaev K., Zhumabaeva S., et al. Impact of Biological Therapies on Quality of Life in Rheumatoid Arthritis: A Narrative Review. Open Access Rheumatol. 2025;17:73-86. doi:10.2147/oarr.S523778

DẤU HIỆU CROCHETAGE TRÊN ĐIỆN TÂM ĐỒ BỀ MẶT Ở NGƯỜI BỆNH TRƯỚC VÀ SAU BÍT THÔNG LIÊN NHĨ BẰNG DỤNG CỤ QUA DA TẠI VIỆN TIM MẠCH BỆNH VIỆN BẠCH MAI VÀ BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI

Trần Văn Đoàn¹, Phạm Trần Linh^{1,2}, Phan Đình Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tỷ lệ dấu hiệu Crochetage và nhận định sự thay đổi dấu hiệu này với một số yếu tố liên quan trên siêu âm Doppler tim và kích thước dụng cụ sử dụng bít thông liên nhĩ ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát được bít bằng dụng cụ qua da. **Phương pháp:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án và tiền cứu. **Kết quả:**

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Đoàn

Email: dr.tranvandoan.edu@gmail.com

Ngày nhận bài: 22.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 27.10.2025

Ngày duyệt bài: 27.11.2025

96 bệnh nhân, tuổi $43,39 \pm 15,54$, 80,2% nữ giới, dấu hiệu Crochetage xuất hiện ở 47 trường hợp chiếm 49%, sau bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ qua da 6 tháng 48,94% trường hợp biến mất dấu hiệu này. Nhóm có dấu hiệu Crochetage có kích thước lỗ thông liên nhĩ, kích thước buồng thất phải, FAC, áp lực động mạch phổi lớn hơn so với nhóm không có dấu hiệu ($p < 0,05$). Dấu hiệu Crochetage liên quan đến sự gia tăng kích thước dụng cụ bít trung bình 5,78 mm ($\beta = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). **Kết luận:** dấu hiệu Crochetage xuất hiện ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát dự báo tăng kích thước lỗ thông, kích thước dụng cụ bít, kích thước buồng thất phải, FAC, áp lực động mạch phổi. **Từ khóa:** dấu hiệu Crochetage, thông liên nhĩ lỗ thứ phát.

SUMMARY

**CROCHETAGE SIGN ON SURFACE
ELECTROCARDIOGRAM IN PATIENTS
BEFORE AND AFTER TRANSCATHETER
DEVICE CLOSURE OF ATRIAL SEPTAL
DEFECT AT VIETNAM NATIONAL HEART
INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL AND
HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL**

Objective: To determine the prevalence of the Crochetage sign on electrocardiography and to assess its association with Doppler echocardiographic parameters and occluder device size in patients with secundum atrial septal defect (ASD) undergoing percutaneous device closure. **Methods:** Mixed retrospective chart review and prospective observation. **Results:** Ninety-six patients were included (mean age $43,39 \pm 15,54$ years; 80,2% female). The Crochetage sign was present in 47 cases (48,9%), after 6 months of percutaneous atrial septal defect closure, this sign disappeared in 48,94% of cases. Compared with patients without the sign, those with Crochetage had larger ASD diameter, greater right-ventricular chamber dimensions, higher TAPSE, and higher pulmonary artery pressure (all $p < 0,05$). Presence of the Crochetage sign was associated with an average increase in occluder size of 5,78 mm ($\beta = 5,78$; 95% CI, 3,65–7,91; $p < 0,001$). **Conclusions:** In patients with secundum ASD, the Crochetage sign is associated with—and appears predictive of—larger defect size, larger occluder device size, increased right-ventricular dimensions, higher TAPSE, and elevated pulmonary artery pressure. **Keywords:** Crochetage sign; secundum atrial septal defect.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thông liên nhĩ (TLN) là một nhóm bệnh gồm những tổn thương của vách liên nhĩ, chiếm khoảng 1/800-1/400 trẻ sơ sinh và khoảng 13% các trường hợp tim bẩm sinh, trong đó thông liên nhĩ lỗ thứ phát là dạng phổ biến nhất [1]. Thông liên nhĩ thường liên quan đến tình trạng quá tải thể tích tim phải mạn tính do luồng thông trái-phải. Quá tải thể tích này gây ra những thay đổi cấu trúc và điện sinh lý ở các buồng tim phải. Khi thất phải phải bơm một lượng máu lớn hơn bình thường, thành thất phải dày lên và giãn ra. Quá trình khử cực thất phải bị kéo dài và phân đoạn, nhất là tại vùng thành dưới, nơi các chuyển đạo DII, DIII và aVF ghi lại hoạt động điện học làm xuất hiện dấu hiệu Crochetage [2]. Dấu hiệu Crochetage được xác định là một vết khía ở đường đi lên hoặc ở đỉnh sóng R tại các chuyển đạo thành dưới, đôi khi là đoạn gần kết thúc của sóng R nếu kèm mẫu block nhánh phải [3]. Các nghiên cứu quốc tế, như Mehmet Celik và cộng sự, đã chứng minh sự xuất hiện dấu hiệu này và mối liên quan đến sự tăng kích thước lỗ thông liên nhĩ, buồng thất phải và áp

lực động mạch phổi [3]. Tại Việt Nam, dữ liệu về dấu hiệu này còn hạn chế do đó, nghiên cứu này nhằm đánh giá sự xuất hiện dấu hiệu Crochetage và nhận định sự thay đổi dấu hiệu này với một số yếu tố liên quan trên siêu âm Doppler tim và kích thước dụng cụ sử dụng bít thông liên nhĩ ở bệnh nhân thông liên nhĩ lỗ thứ phát tại Việt Nam.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu được tiến hành trên 96 bệnh nhân được khám và điều trị nội trú tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội với chẩn đoán thông liên nhĩ lỗ thứ phát được chỉ định bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da từ tháng 07/2024 đến tháng 08/2025.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán thông liên nhĩ lỗ thứ phát được bít lỗ thông bằng dụng cụ qua da.
- Được siêu âm doppler tim, ghi điện tâm đồ trước bít.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.
- Bệnh nhân có tim bẩm sinh phức tạp phổi hợp, các bệnh nhân mắc bệnh lý van tim kèm theo (hẹp hở van hai lá, hẹp hở van động mạch chủ).

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2.2.2. Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện

2.2.3. Phương pháp thu thập số liệu.

Dữ liệu được ghi nhận theo mẫu bệnh án thống nhất, bao gồm: Thông tin chung: tuổi, giới, tiền sử bệnh, chiều cao, cân nặng. Ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng: điện tâm đồ, siêu âm tim. Can thiệp: kích thước dụng cụ bít thông liên nhĩ.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu

- Sử dụng phần mềm SPSS 20.0.
- So sánh tỷ lệ bằng kiểm định Fisher, so sánh trung bình bằng t-test hoặc kiểm định phi tham số.
- Giá trị $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua Hội đồng khoa học Trường Đại học Y Hà Nội. Thống kê nghiên cứu khoa học, chính xác.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		n/Mean $\pm$ SD	%/Min -Max
Tuổi (năm)		43,39 $\pm$ 15,54	5-74
Giới	Nam	19	19,2

	Nữ	77	80,2
Diện tích bề mặt cơ thể BSA (m ²)		1,49±0,22	
Huyết áp tâm thu (mmHg)		115,57±14,11	
Huyết áp tâm trương (mmHg)		71,93±9,58	
Tăng huyết áp		6	6,3
Tiếng thổi tâm thu ổ van động mạch phổi		19	19,8

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 43,39 ± 15,54 năm, nữ giới chiếm 80,2% (77/96). Chỉ số BSA trung bình là 1,49 ± 0,22 m² da. Tỷ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp là 6% (6/96). Tỷ lệ tiếng thổi tâm thu ổ van động mạch phổi là 19,8% (19/96). Giá trị huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương trong giới hạn bình thường.

Bảng 4. Sự thay đổi dấu hiệu Crochetage

Nhóm bệnh nhân	Số lượng ban đầu (n)	Số lượng mất dấu hiệu Crochetage sau 6 tháng (n, %)	Số lượng xuất hiện mới dấu hiệu Crochetage sau 6 tháng (n, %)
Không có dấu hiệu Crochetage	49		0 (0%)
Có dấu hiệu Crochetage	47	23 (48,94%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 1 chuyển đạo thành dưới	19	13 (68,42%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 2 chuyển đạo thành dưới	23	8 (34,78%)	
Dấu hiệu Crochetage ở 3 chuyển đạo thành dưới	5	2 (40%)	

Nhận xét: Trong 6 tháng sau bít thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da có 23 trường hợp mất dấu hiệu Crochetage chiếm 48,94% và không có bệnh nhân thông liên nhĩ nào không có dấu hiệu Crochetage xuất hiện mới dấu hiệu này.

Bảng 5. Mối liên quan giữa dấu hiệu Crochetage với một số yếu tố trên siêu âm Doppler tim

Chỉ số siêu âm Doppler tim	Tổng (N=96) X ± SD	Nhóm không có dấu hiệu Crochetage (n=47) X ± SD	Nhóm có dấu hiệu Crochetage (n=49) X ± SD	Giá trị p
Kích thước lỗ TLN (mm)	17,74 ± 5,48	16,09 ± 5,11	19,46 ± 5,38	0,002
RVD1(mm)	43,31 ± 6,24	40,86 ± 4,93	45,39 ± 6,54	0,01
RVD2 (mm)	38,84 ± 7,36	37,70 ± 7,36	39,88 ± 7,34	0,03
RVD3 (mm)	73,78 ± 10,26	71,13 ± 8,47	76,12 ± 11,23	0,048
Đường kính ĐRTP (mm)	28,82 ± 5,56	27,45 ± 4,81	30,26 ± 5,96	0,013
TAPSE (mm)	25,02 ± 4,44	24,21 ± 4,46	25,74 ± 4,36	0,15
FAC (%)	43,85 ± 6,96	40,08 ± 6,06	47,62 ± 5,77	0,003
ALĐMP tâm thu (mmHg)	37,29 ± 8,20	35,39 ± 6,84	39,28 ± 9,06	0,02

Nhận xét: Kết quả cho thấy nhóm có dấu hiệu Crochetage có kích thước lỗ TLN trung bình (19,46 ± 5,38 mm) lớn hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu Crochetage (16,09 ± 5,11 mm; p = 0,002). Các chỉ số đường kính đáy thất phải (RVD1), đường kính giữa (RVD2), đường kính dọc (RVD3), đường kính đường ra thất phải (ĐRTP) đo gần ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cũng cao hơn đáng kể có ý nghĩa thống kê so với nhóm không có dấu hiệu

Bảng 2. Đặc điểm tần số tim và khoảng PR

Đặc điểm	Mean ± SD	n
Tần số tim	77,07 ± 17,57 ck/p	96
Thời gian khoảng PR	166,22 ± 25,79 ms	96

Nhận xét: Điện tâm đồ của nhóm bệnh nhân nghiên cứu có tần số tim và thời gian khoảng PR trong giới hạn bình thường.

Bảng 3. Đặc điểm điện tâm đồ

Đặc điểm	n	%
Dấu hiệu Crochetage	47	49%
Xuất hiện ở 1 chuyển đạo thành dưới	19	19,8%
Xuất hiện ở 2 chuyển đạo thành dưới	23	24%
Xuất hiện ở 3 chuyển đạo thành dưới	5	5,2%

Nhận xét: Dấu hiệu Crochetage: xuất hiện ở 47 trường hợp chiếm 49%.

(p lần lượt là 0,01; 0,03; 0,048, 0,013). TAPSE ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn nhóm không có dấu hiệu tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (25,02 ± 4,44 so với 24,21 ± 4,46, p=0,15). Phân suất diện tích thất phải (FAC %) ở nhóm có dấu hiệu Crochetage (47,62 ± 5,77%) cao hơn rõ rệt so với nhóm không có dấu hiệu (40,08 ± 6,06%; p = 0,003). Áp lực động mạch phổi tâm thu ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn (39,28 ± 9,06 mmHg

so với $35,39 \pm 6,84$ mmHg; $p = 0,02$).

Bảng 6. Mối liên quan giữa dấu hiệu Crochetage và kích thước dụng cụ bút TLN

Đặc điểm	Tổng (N=96) X $\pm$ SD	Nhóm không có dấu hiệu Crochetage X $\pm$ SD	Nhóm có dấu hiệu Crochetage X $\pm$ SD	Giá trị p
Kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ (mm)*	27,80 $\pm$ 5,80	25,12 $\pm$ 5,07	30,6 $\pm$ 5,21	<0,001

Bảng 7. Kết quả phân tích hồi quy tuyến tính đa biến dự đoán kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ

Biến độc lập	β	Std	Giá trị p	KTC 95%
Dấu hiệu Crochetage	5,78	1,07	<0,001	3,65-7,91
Tuổi	0,01	0,04	0,794	-0,08-1,00
Giới	1,15	1,4	0,41	-1,63-3,93
BSA	3,83	3,17	0,23	-2,47-10,14
Bệnh lý kèm theo	-0,63	2,26	0,78	-5,11-3,85

Nhận xét: Kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ ở nhóm có dấu hiệu Crochetage cao hơn rõ rệt so với nhóm không có dấu hiệu: $30,6 \pm 5,21$ (mm) và $25,12 \pm 5,07$ (mm), $p < 0,001$. Dấu hiệu Crochetage liên quan đến sự gia tăng kích thước dụng cụ bút trung bình 5,78 mm ($B = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). Các biến tuổi ($p = 0,794$), giới ($p = 0,414$), BSA ($p = 0,230$) và bệnh lý nội khoa kèm theo ($p = 0,781$) không có ý nghĩa thống kê.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy về độ tuổi: 96 bệnh nhân có độ tuổi trung bình là $43,39 \pm 15,54$ tuổi, nhỏ nhất là 5 tuổi, lớn nhất là 74 tuổi, nhóm tuổi trên 16 chiếm đa số 92,71%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với nghiên cứu của Humenberger với độ tuổi trung bình được can thiệp bút thông liên nhĩ là $49 \pm 17,4$ tuổi, cao hơn so với nghiên cứu của Lục Nguyễn Hữu là $41,80 \pm 17,60$ [4,5]. Nguyên nhân là do nhiều trường hợp thông liên nhĩ được chẩn đoán muộn, 25-30% thông liên nhĩ mới được chẩn đoán khi trưởng thành.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu crochetage xuất hiện ở 47 trường hợp, chiếm 49% tổng số đối tượng nghiên cứu kết quả này tương đồng với nghiên cứu của tác giả Mehmet Celik trong đó 314 bệnh nhân thông liên nhĩ được bút bằng dụng cụ qua da, trong đó có 47,78% có dấu hiệu Crochetage [3]. Ở bệnh nhân TLN, dòng máu từ nhĩ trái (áp lực cao hơn) sang nhĩ phải (áp lực thấp hơn) làm tăng lượng máu đổ về thất phải. Quá tải thể tích thất phải: khi thất phải phải bơm một lượng máu lớn hơn bình thường, thành thất phải dày lên và giãn ra. Quá trình khử cực thất phải bị kéo dài và phân đoạn, nhất là tại vùng thành dưới, nơi các chuyển đạo DII, DIII và aVF ghi lại hoạt động

điện học hình thành vết khía gần đỉnh sóng R ở các chuyển đạo thành dưới [2].

Trong 6 tháng sau bút thông liên nhĩ lỗ thứ phát bằng dụng cụ qua da có 23 trường hợp mất dấu hiệu Crochetage chiếm 48,94% và không có bệnh nhân thông liên nhĩ nào không có dấu hiệu Crochetage xuất hiện mới dấu hiệu này. So sánh với nghiên cứu của tác giả Mehmet Celik sau 6 tháng, dấu hiệu Crochetage biến mất ở 37,3% bệnh nhân và không xuất hiện thêm dấu hiệu ở nhóm bệnh nhân không có dấu hiệu này trước can thiệp [3]. Ngay khi lỗ thông liên nhĩ được đóng, thất phải giảm khối lượng tuần hoàn, và trở về giá trị bình thường. Buồng TP không còn tình trạng quá tải thể tích, các sợi cơ tim không còn chịu sức căng quá mức, và dần trở về trạng thái bình thường. Kích thước thất phải dần trở về giá trị bình thường theo thời gian. Quá trình tái cấu trúc thất phải thường kéo dài 3-6 tháng sau bút thông liên nhĩ tùy kích thước lỗ thông liên nhĩ, sự giãn thất phải trước bút và chức năng thất phải trước can thiệp. Những biến đổi của buồng thất phải này là lí do sau khi bút thông liên nhĩ có thể làm mất dấu hiệu Crochetage [4].

Về mối liên quan tới các chỉ số trên siêu âm tim, trong nghiên cứu của chúng tôi nhóm có dấu hiệu crochetage có các thông số lớn hơn so với nhóm không có dấu hiệu này về kích thước lỗ thông ($19,46 \pm 5,38$ so với $16,09 \pm 5,11$; $p = 0,002$), đường kính đáy thất phải, đường kính giữa thất phải, đường kính dọc thất phải, đường kính đường ra thất phải đoạn gần lần lượt là $45,39 \pm 6,54$; $39,88 \pm 7,34$; $76,12 \pm 11,23$; $30,26 \pm 5,96$ so với $40,86 \pm 4,93$; $37,70 \pm 7,36$; $71,13 \pm 8,47$; $27,45 \pm 4,81$ (p lần lượt = 0,01; 0,03; 0,048; 0,013), TAPSE $25,74 \pm 4,36$ so với $24,21 \pm 4,46$ ($p = 0,15$), áp lực động mạch phổi tâm thu $39,28 \pm 9,06$ mmHg so với $35,39 \pm 6,84$ mmHg ($p = 0,02$), điều này cho thấy Crochetage có thể được xem như một dấu hiệu điện tâm đồ gián tiếp phản ánh gánh nặng huyết động trong bệnh cảnh thông liên nhĩ phù hợp với nghiên cứu Mehmet Celik [4].

Đối với kích thước dụng cụ bút thông liên nhĩ giữa nhóm bệnh nhân có và không có dấu hiệu Crochetage, kích thước trung bình dụng cụ ở nhóm có dấu hiệu Crochetage là $30,6 \pm 5,21$ mm, cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm

không có dấu hiệu này ($25,12 \pm 5,07$ mm, $p < 0,001$). Và khi có dấu hiệu Crochetage kích thước dụng cụ vít thông liên nhĩ tăng 5,78mm so với khi không có dấu hiệu này ($B = 5,78$; KTC 95%: 3,65–7,91; $p < 0,001$). Điều này gợi ý rằng sự hiện diện của dấu hiệu Crochetage trên điện tâm đồ phản ánh những trường hợp lỗ thông liên nhĩ có kích thước lớn hơn, do đó cần sử dụng dụng cụ vít có đường kính lớn hơn.

V. KẾT LUẬN

Dấu hiệu Crochetage có giá trị dự báo về huyết động buồng thất phải cũng như đặc điểm kích thước lỗ thông, hỗ trợ cho việc lựa chọn kích thước dụng cụ vít trong can thiệp và sự biến mất dấu hiệu này sau vít thông liên nhĩ phản ánh quá trình tái cấu trúc, phục hồi thất phải theo thời gian.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Lâm Hiếu.** In: Lâm Sàng Tim Bẩm Sinh. Nhà xuất bản Đại học Quốc Gia Hà Nội; 2021:315-335.
2. **Heller J, Hagège AA, Besse B, Desnos M, Marie FN, Guerot C.** "Crochetage" (notch) on R wave in inferior limb leads: a new independent electrocardiographic sign of atrial septal defect. J Am Coll Cardiol. 1996;27(4):877-882. doi:10.1016/0735-1097(95)00554-4.
3. **Celik M, Yilmaz Y, Kup A, et al.** Crochetage sign may predict late atrial arrhythmias in patients with secundum atrial septal defect undergoing transcatheter closure. J Electrocardiol. 2021;67:158-165.
4. **Humenberger M, et al.** Benefit of atrial septal defect closure in adults: impact of age. Eur Heart J. 2011; 32(5): 553-60.
5. **Lục Hữu Nguyễn.** Đánh giá sự biến đổi hình thái, chức năng thất phải bằng siêu âm Doppler tim ở bệnh nhân sau vít thông liên nhĩ. Luận văn chuyên khoa cấp II, Đại học Y Hà Nội. 2020.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ THEO THỂ TRẠNG THỪA CÂN BÉO PHÌ

Huỳnh Trung Cang*, Nguyễn Hồ Song Hào*,
Lê Minh Khôi*, Nguyễn Hữu Chương*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu cơ tim cấp là một bệnh cảnh phức tạp, có nhiều yếu tố nguy cơ. Trong đó, thể trạng thừa cân béo phì được xem là một yếu tố nguy cơ phổ biến cần được quan tâm. **Mục tiêu:** Khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ theo thể trạng thừa cân béo phì. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên tổng 164 bệnh nhân (82 bệnh nhân có thừa cân béo phì và 82 bệnh nhân không thừa cân béo phì) được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Bệnh nhân nam chiếm 70,1%; nhóm ≥ 60 tuổi chiếm ưu thế với 72,6%; 53,7% bệnh nhân có rối loạn lipid máu. Yếu tố nguy cơ tim mạch nhiều nhất là tăng huyết áp (86,6%), đái tháo đường (21,9%), ít nhất là ít vận động thể lực (3,7%). Có 55,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 44,5% nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Phân độ Killip 1 (88,4%), phân độ Killip 4 chiếm tỉ lệ thấp nhất (4,3%). Có 40,2% nhóm phân tầng nguy cơ cao, 43,9% nguy cơ trung bình và 15,9% nguy cơ thấp.

Đặc điểm rối loạn lipid máu và phân độ Killip được ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,05$). **Kết luận:** Ngoài đặc điểm rối loạn lipid và phân độ Killip các đặc điểm còn lại chưa ghi nhận sự khác biệt giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, thừa cân béo phì, BMI, Phân độ Killip, bệnh tim mạch.

SUMMARY

SURVEYING THE CORRELATION BETWEEN OBESITY AND CLINICAL, SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2022 - 2024

Background: Acute myocardial infarction (AMI) is a complex cardiovascular condition influenced by multiple risk factors, among which overweight and obesity are significant and warrant attention. **Objective:** To investigate the characteristics of AMI patients at Can Tho Central General Hospital based on overweight and obesity status. **Materials and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 164 AMI patients (82 with overweight/obesity and 82 without) diagnosed between January 2023 and June 2024. **Results:** Male patients accounted for 70.1%; the group ≥ 60 years old was dominant with 72.6%; 53.7% of patients had dyslipidemia. The most common cardiovascular risk factors were hypertension (86.6%), diabetes (21.9%), and the least was physical inactivity (3.7%). 55.5% of

*Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Chương

Email: nhchuong@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 25.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 28.10.2025

Ngày duyệt bài: 26.11.2025