

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

patients had ST-elevation myocardial infarction, 44.5% had non-ST-elevation myocardial infarction. Killip class 1 (88.4%), Killip class 4 accounted for the lowest proportion (4.3%). 40.2% of the group were in the high-risk stratification, 43.9% were in the intermediate risk group, and 15.9% were in the low-risk group. The characteristics of dyslipidemia and Killip class were noted to have a statistically significant difference between the 2 groups with and without overweight and obesity ($p < 0.05$). **Conclusion:** Only lipid disorders and Killip classification were noted to differ between the 2 groups with and without overweight and obesity. **Keywords:** Acute myocardial infarction, overweight, obesity, BMI, Killip classification, cardiovascular disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, năm 2016, theo thống kê của WHO, bệnh tim mạch đã trở thành nguyên nhân gây tử vong hàng đầu. Trong số 77% nguyên nhân tử vong do bệnh không lây nhiễm ở Việt Nam thì có tới khoảng 70% tử vong do bệnh tim mạch [1]. Thống kê tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã tăng từ 2% (năm 2001) tới 7% (năm 2007). Nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước chỉ ra nguy cơ một người mắc bệnh nhồi máu bị ảnh hưởng bởi nhiều yếu tố như: hút thuốc, béo phì, lối sống, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu, stress, uống quá nhiều rượu và liên quan đến các yếu tố di truyền,... Trong bệnh cảnh này, béo phì không chỉ làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim mà còn ảnh hưởng đến quá trình phục hồi và tiên lượng của bệnh. Tuy nhiên, một số nghiên cứu cho thấy người béo phì nhẹ lại có tiên lượng tốt hơn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, được gọi là "nghịch lý béo phì" [2]. Trong nghiên cứu này chúng tôi tiến hành khảo sát một số đặc điểm của bệnh nhồi máu cơ tim cấp trên 2 nhóm có và không có béo phì tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương thành phố Cần Thơ, năm 2023 – 2024.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Tất cả các đối tượng được chẩn đoán xác định nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp bao gồm NMCT không ST chênh lên và có ST chênh lên) theo hướng dẫn của của Bộ y tế năm 2019 [3] tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả các đối tượng được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo hướng dẫn của của Bộ y tế năm 2019 [1] tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 1/2023 đến tháng 06/2024.

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không (n=82)	Có (n=82)	

Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm đối tượng để khảo sát

Nhóm thừa cân béo phì khi BMI $\geq 23 \text{ kg/m}^2$.

Nhóm không thừa cân béo phì khi BMI $< 23 \text{ kg/m}^2$.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Tuổi < 18 tuổi.
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu
- Có chống chỉ định dùng các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu như: Aspirin, Clopidogrel,...
- Mới bị tai biến mạch máu não, xuất huyết tiêu hóa trong vòng 3 tháng trước can thiệp, đã can thiệp đặt stent trước đó.
- Bệnh van tim nặng.
- Mang thai
- Có bệnh nặng đi kèm: suy thận nặng, suy gan nặng, ung thư giai đoạn cuối, hôn mê do nhiễm toan ceton hoặc tăng áp lực thẩm thấu ở bệnh nhân đái tháo đường, COPD nặng.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

- Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu: Có tổng 164 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp và chia thành 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì (mỗi nhóm có 82 bệnh nhân NMCT cấp). Hai nhóm được chọn khá tương đồng về giới tính và độ tuổi.

- Nội dung nghiên cứu: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: giới tính, nhóm tuổi, huyết áp, BMI, một số yếu tố nguy cơ tim mạch như: tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá, sử dụng rượu và tình trạng vận động thể lực.

Một số đặc điểm của bệnh nhân ghi nhận theo 2 nhóm có và không có béo phì, cụ thể: các thể lâm sàng của hội chứng vành cấp, phân độ Killip, phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE, Troponin Ths và CK-MB.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu:

Số liệu được nhóm nghiên cứu tiến hành thu thập bằng phiếu thu thập thông tin về đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ. Nhập liệu và phân tích bằng phần mềm IBM SPSS Statistics 29.0.2.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Giới tính	Nam	115 (70,1)	58 (50,4)	57 (49,6)	0,865
	Nữ	49 (29,9)	24 (49,0)	25 (51,0)	
Nhóm tuổi	< 60 tuổi	45 (27,4)	20 (44,4)	25 (55,6)	0.382
	≥ 60 tuổi	119 (72,6)	62 (52,1)	57 (47,9)	
Huyết áp	HATT	164 (100)	117,32 ± 18,794	121,71 ± 17,554	0,062**
	HATTr	164 (100)	67,8 ± 1,264	69,27 ± 9,785	0,190**
Rối loạn lipid máu	Có	88 (53,7)	30 (34,1)	58 (65,9)	<0,001
	Không	76 (46,3)	52 (68,4)	24 (31,6)	
Yếu tố nguy cơ tim mạch	Tăng huyết áp	142 (86,6)	73 (51,4)	69(48,6)	0,359
	Đái tháo đường	36 (21,9)	20 (55,6)	16 (44,4)	0,450
	Hút thuốc lá	32 (19,5)	16 (50,0)	16 (50,0)	1,00
	Sử dụng rượu	22 (13,4)	9 (40,9)	13 (59,1)	0,359
	Ít vận động thể lực	6 (3,7)	1 (16,7)	5 (83,3)	0,96*

Kiểm định χ^2 ; * Kiểm định Fisher's Exact test; ** One-way ANOVA

Nhận xét: Tỷ lệ 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%). Đặc điểm rối loạn lipid máu ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,001$).

3.2. Một số đặc điểm của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp

- Các thể lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm các thể lâm sàng của nhồi máu cơ tim cấp

Đặc điểm		Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
			Không	Có	
Thể lâm sàng	ST chênh lên	91 (55,5)	43 (47,3)	48 (52,7)	0,432
	ST không chênh lên	73 (44,5)	39 (53,4)	34 (46,6)	

Kiểm định χ^2

Nhận xét: 55,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, 44,5% bệnh nhân có nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. Chưa ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thể lâm sàng giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p > 0,05$).

- Phân độ Killip

Bảng 3. Đặc điểm phân độ Killip

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không	Có	
Killip I	145 (88,4)	66 (45,5)	79 (54,5)	0,011
Killip II	8 (4,9)	6 (75)	2 (25)	
Killip III	4 (2,4)	3 (75)	1 (25)	
Killip IV	7 (4,3)	7 (100)	0 (0)	

Kiểm định Fisher's Exact test

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip 1 (88,4%). Bệnh nhân nhập viện với phân độ Killip 4 chiếm tỷ lệ thấp nhất (4,3%).

Phân độ Killip có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p = 0,011$).

- Đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh theo thang điểm GRACE

Bảng 4. Đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE

Đặc điểm	Tổng n(%)	Thừa cân béo phì		p
		Không	Có	
Cao (>140)	66(40,2)	36 (54,5)	30(45,5)	0,922
Trung bình (109 – 140)	72 (43,9)	34 (47,2)	38 (52,8)	
Thấp (<109)	26(15,9)	12 (46,2)	14(53,8)	

Kiểm định χ^2

Nhận xét: Có 40,2% bệnh nhân của nhóm nghiên cứu thuộc nhóm phân tầng nguy cơ cao; 43,9% có nguy cơ trung bình và 15,9% có nguy cơ thấp. Chưa ghi nhận sự khác biệt đặc điểm phân tầng nguy cơ nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp theo thang điểm GRACE ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu ($p = 0,922$).

- Đặc điểm men tim lúc nhập viện

Bảng 5. Đặc điểm men tim lúc nhập viện

Men tim	Thừa cân béo phì		p
	Không	Có	
Troponin T – hs 1h	1,90±3,11	1,52±2,83	0,210
CK-MB	206,91±252,19	163,31±231,14	0,125

One-way ANOVA

Nhận xét: Troponin T-hs trung bình ở bệnh nhân có tình trạng thừa cân béo phì là 1,52±2,83, ở bệnh nhân không có tình trạng thừa cân béo phì là 1,90±3,11. CK-MB ở bệnh nhân có tình trạng thừa cân béo phì là 163,31±231,14, ở bệnh nhân không có tình trạng thừa cân béo phì là 206,91±252,19. Sự khác biệt các chỉ số men tim chưa ghi nhận có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu ($p > 0,05$).

IV. BÀN LUẬN

Những số liệu thu thập được trong nghiên cứu của chúng tôi nêu bật lên xu hướng tương tự với các nghiên cứu dân số trước đây, trong đó phần lớn bệnh nhân tham gia nghiên cứu là nam, thuộc nhóm tuổi lớn hơn (> 60 tuổi) [4], [5], nghiên cứu tương đồng với Nguyễn Duy Toàn, tuổi trung bình $64,6 \pm 12,6$, tỷ lệ nam giới 79,5% [6]. Trong phạm vi của nghiên cứu chưa ghi nhận có sự liên quan giữa giới tính và độ tuổi với tình trạng thừa cân béo phì, có thể do số lượng mẫu thu thập chưa đủ lớn. Mặt khác, tỷ lệ rối loạn lipid máu (53,7%) thấp hơn so với các báo cáo khác (66,4%; 73,8%) [7]. Trong nghiên cứu này, đặc điểm rối loạn lipid được ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm có và không có thừa cân béo phì ($p < 0,001$). Điều này có thể là do sự khác biệt về dân số trong khu vực nghiên cứu.

Tăng huyết áp được ghi nhận là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất (86,6%), phù hợp với kết quả của các nghiên cứu về mối quan hệ giữa tăng huyết áp và nhồi máu cơ tim cấp [4], [5], [7], [8]. Tỷ lệ mắc bệnh đái tháo đường (21,9%) trong nghiên cứu của chúng tôi tương đương với những phát hiện trước đó [5], [7], [9]. Ít vận động thể lực được coi là yếu tố rủi ro ít phổ biến nhất (3,7%). Kết quả chúng tôi tương đương với Nguyễn Duy Toàn các yếu tố nguy cơ của NMCT như tăng huyết áp (36,4%) [6].

Về đặc điểm thể lâm sàng nhồi máu cơ tim, dữ liệu của chúng tôi cho thấy tỷ lệ nhồi máu cơ tim ST chênh lên cao hơn so với nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và các bệnh cảnh lâm sàng dường như không liên quan đến tình trạng thừa cân béo phì. Điều này trái ngược với nghiên cứu ngoài nước báo cáo ST không chênh lên chiếm ưu thế [10], tuy nhiên lại tương đồng với kết quả của các nghiên cứu trong nước [5], [8]. Cần có những nghiên cứu sâu hơn xác định lý do của sự khác biệt này, có thể sự khác biệt nằm ở dân số bệnh nhân thuộc mẫu nghiên cứu hoặc do khác biệt trong việc chẩn đoán tại các bệnh viện khác nhau.

Phân tầng nguy cơ theo thang điểm GRACE cho thấy một tỷ lệ đáng kể bệnh nhân được phân loại là có nguy cơ cao (40,2%), nhấn mạnh tầm quan trọng của các chiến lược quản lý tích cực đối với nhóm này [8]. Sự khác biệt về nồng độ troponin và CK-MB ở nhóm bệnh nhân thừa cân béo phì và không thừa cân béo phì dường như không có ý nghĩa thống kê trong phạm vi nghiên cứu này.

Hệ thống phân loại Killip được sử dụng trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy phần lớn

bệnh nhân nhập viện với Killip loại I (88,4%). Mối liên quan giữa béo phì và kết quả tim mạch đã được ghi nhận rõ ràng trong nhiều nghiên cứu khác nhau. Nghiên cứu của Velazquez và các cộng sự (2020) chỉ ra rằng những bệnh nhân thừa cân và béo phì mắc bệnh động mạch vành thường có tỷ lệ sống sót ngắn hạn và dài hạn tốt hơn so với những người có cân nặng bình thường [10]. Nghịch lý này có thể giải thích mối quan hệ đáng kể được tìm thấy giữa béo phì và phân loại Killip trong nghiên cứu này, cho thấy rằng bệnh nhân thừa cân và béo phì có thể có biểu hiện lâm sàng khác biệt so với những người có cân nặng bình thường.

Tuy nhiên nghiên cứu vẫn còn tồn tại những hạn chế nhất định bao gồm thiết kế nghiên cứu tại một bệnh viện duy nhất và có khả năng thiếu sót trong liệt kê các yếu tố nguy cơ. Những nghiên cứu này góp phần làm tăng thêm bằng chứng về mối quan hệ phức tạp giữa béo phì và sức khỏe tim mạch, cho thấy sự cần thiết của các phương pháp tiếp cận lâm sàng có mục tiêu trong việc quản lý bệnh nhân thừa cân và béo phì trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp. Các nghiên cứu trong tương lai nên được thực hiện nhằm mục đích làm sáng tỏ hơn nữa các cơ chế làm cơ sở cho các mối liên quan này và tìm ra các biện pháp can thiệp có thể cải thiện kết quả lâm sàng ở nhóm đối tượng có nguy cơ cao.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu trong tổng 164 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương thành phố Cần Thơ từ tháng 1/2023 đến tháng 6/2024, chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nam giới, nhóm tuổi ≥ 60 , STEMI chiếm tỷ lệ cao hơn nhưng không có sự khác biệt giữa hai nhóm thừa cân và không thừa cân. Rối loạn lipid máu cao hơn ở nhóm thừa cân béo phì ($p < 0,001$). Phân độ Killip có sự khác biệt, nhóm không thừa cân béo phì có tỷ lệ Killip IV cao hơn ($p = 0,011$). Các chỉ số men tim và nguy cơ GRACE chưa ghi nhận sự khác biệt ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$) ở 2 nhóm đối tượng nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ahmed IAM, Khalid NHM, Abd-Elmagid AEM, Abdullah MAM, Musa AMI, Al-Qarni NO. Common coronary artery occlusions in patients with myocardial infarction. Pan Afr Med J. 2022;42:254. doi: 10.11604/pamj.2022.42.254.34762.
2. Quiñones-Ossa GA, Lobo C, Garcia-Ballesteras E, Florez WA, Moscote-Salazar LR, Agrawal A. Obesity and Stroke: Does the Paradox Apply for Stroke? Neurointervention. 2021;16(1):9-19. doi: 10.5469/neuroint.2020.00108.

3. **Bộ Y Tế.** Hướng dẫn chẩn đoán và xử trí hội chứng mạch vành cấp. Quyết định 2187/QĐ-BYT ngày 03/6/2019 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
4. **Nguyễn Hoàng Giáp, Đặng Đức Minh, Nguyễn Tiên Dũng, Lương Thị Hải Hà.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên. Tạp Chí Y học Việt Nam. 2023; 528(1). <https://doi.org/10.51298/vmj.v528i1.5983>.
5. **Trần Thị Thu Lan, Phạm Thị Ngọc Nga, Đỗ Hoàng Long, Trịnh Thị Hồng Cúa, Huỳnh Võ Hoài Thanh, Dương Hồng Quân.** Đặc điểm đa hình rs1333040 gen ANRIL ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023;529.1B. <https://doi.org/10.51298/vmj.v529i1B.6339>
6. **Nguyễn Duy Toàn, Nguyễn Hồng Nguyên, Lương Công Thức.** Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có st chênh lên nhập viện muộn. Tạp chí Y Dược học Quân sự. 2024;49(3), 177-186. <https://doi.org/10.56535/jmpm.v49i3.750>.
7. **Nguyễn Văn Tuấn và Phạm Hồng Phương.** Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Tạp chí Y Học Việt Nam. 2021; 502.1. <https://doi.org/10.51298/vmj.v502i1.587>.
8. **Huỳnh Võ Hoài Thanh, Nguyễn Thị Diễm, Phạm Thị Ngọc Nga.** Khảo sát đặc điểm đa hình gen CYP2C19 ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Đa khoa Hoàn Mỹ Cửu Long năm 2021-2022. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2022;48: 70-77. <https://doi.org/10.58490/ctump.2022i48.112>
9. **Capodanno D, Angiolillo DJ, Lennon RJ, Goodman SG, Kim SW, O’Cochlain F, So DY, Sweeney J, Rihal CS, Farkouh M, Pereira NL.** ABCD-GENE Score and Clinical Outcomes Following Percutaneous Coronary Intervention: Insights from the TAILOR-PCI Trial. J Am Heart Assoc. 2022 Feb 15;11(4):e024156. doi: 10.1161/JAHA.121.024156.
10. **Gupta K, Kiran M, Chhabra S, Mehta M, Kumar N.** Prevalence, Determinants and Clinical Significance of Cardiac Troponin-I Elevation among Individuals with Hypertensive Emergency: A Prospective Observational Study. Indian J Crit Care Med. 2022 Jul;26(7):786-790. doi: 10.5005/jp-journals-10071-24240.

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ TẠO PHÔI BẰNG PHÁC ĐỒ KÍCH THÍCH BUỒNG TRỨNG BẮT ĐẦU NGẪU NHIÊN SỬ DỤNG PROGESTIN Ở NGƯỜI BỆNH VÔ SINH NỮ CÓ DỰ TRỮ BUỒNG TRỨNG BÌNH THƯỜNG

Trịnh Thế Sơn¹, Nguyễn Ngọc Nhất¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, dự trữ buồng trứng của người bệnh vô sinh nữ tham gia nghiên cứu và đáp ứng với phác đồ kích thích buồng trứng bắt đầu ngẫu nhiên sử dụng progestin (Random-start PPOS) trong điều trị thu tinh ống nghiệm. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tại Viện Mô phôi lâm sàng Quân đội – Học viện Quân y và Bệnh viện nam học và hiếm muộn Việt Bỉ từ tháng 01/2024 - 6/2025. Tiêu chuẩn lựa chọn: cặp vợ chồng vô sinh điều trị thu tinh trong ống nghiệm; trữ phôi toàn bộ; dự trữ buồng trứng bình thường. Định lượng nồng độ AMH huyết thanh, số nang trứng thứ cấp AFC, nồng độ nội tiết tố ngày bắt đầu kích thích buồng trứng (FSH, LH, estradiol, progesterone, B_hCG). Kích thích phác đồ kích thích buồng trứng Random start – PPOS: gonadotropin ngoại sinh và progestin được sử dụng vào thời điểm bất kỳ của chu kỳ kinh, gây trưởng

thành nang bầy GnRH đồng vận, tiêm tinh trùng vào bào tương nang, nuôi phôi giai đoạn phôi nang và đánh giá chất lượng phôi. **Kết quả:** tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là 33,46 ± 5,76 năm với AMH huyết thanh trung bình là 3,89 ± 2,35 ng/mL và AFC trung bình 12,50 ± 4,33 nang. Phác đồ đã thu được trung bình 7,60 ± 5,73 nang trưởng thành (MII), 5,68 ± 4,59 nang thụ tinh và 3,64 ± 3,06 phôi nang. **Kết luận:** Phác đồ Random-start PPOS là cho thấy sự hiệu quả và an toàn cho phụ nữ vô sinh có dự trữ buồng trứng bình thường. Phác đồ này không chỉ mang lại kết quả thu nhận nang và phôi tương đương với các phác đồ phổ biến hiện nay. **Từ khóa:** Kích thích buồng trứng, random start, PPOS.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS AND EMBRYO OUTCOMES USING THE RANDOM-START PROGESTIN-PRIMED OVARIAN STIMULATION PROTOCOL IN INFERTILE WOMEN WITH NORMAL OVARIAN RESERVE

Objective: To describe the clinical and ovarian reserve characteristics of infertile women participating in the study and their response to the Random-start Progestin-Primed Ovarian Stimulation (PPOS) protocol

¹Học viên Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Thế Sơn
Email: trinhtheson@vmmu.edu.vn SĐT: 0902.150.873
Ngày nhận bài: 23.9.2025
Ngày phản biện khoa học: 24.10.2025
Ngày duyệt bài: 28.11.2025