

**Độ rã.** Thời gian rã trung bình là 19,5 phút  $\pm$  5% < 30 phút. Tất cả 6 viên đem thử đều đạt yêu cầu về độ rã.

**Độ đồng đều khối lượng.** Khối lượng trung bình của viên nén kim tiền thảo là nang bất vị là 497,6mg  $\pm$  3,3%. Tất cả 20 viên đem thử đều có chênh lệch khối lượng so với khối lượng trung bình < 5%.

**Định tính.** Định tính bằng phản ứng hóa học Kim tiền thảo cho phản ứng dương tính với thuốc thử magnesi trong acid hydrochlorid Định tính bằng sắc ký lớp mỏng.

Dưới ánh sáng tử ngoại ở bước sóng 365 nm, trên sắc ký đồ của dung dịch thử xuất hiện vết có huỳnh quang màu vàng cam có cùng màu và giá trị  $R_f$  với các vết trên sắc ký đồ của dung dịch đối chiếu.

**Định lượng.** Hàm lượng cao tan trong cồn 95% là 105 mg  $\pm$  2,0% > 100mg cao cho 1 viên nén (quy về 0% ẩm).

#### IV. BÀN LUẬN

Với tỉ lệ Aerosil là 0,4%, viên nén kim tiền thảo chứa 200 mg cao khô kim tiền thảo đạt yêu cầu về các chỉ tiêu kiểm nghiệm của viên nén. Lượng Aerosil nhiều hơn hay ít hơn đều ảnh hưởng độ trơn chảy khi dập viên và độ rã của viên nén. Việc tăng hàm lượng cao trong viên giúp giảm số viên thuốc trong 1 lần uống, thuận tiện cho việc sử dụng hơn.

#### V. KẾT LUẬN

- Đã chế biến được cao dược liệu.
- Xây dựng được công thức và bào chế viên nén kim tiền thảo hàm lượng cao.
- Kiểm nghiệm chất lượng viên nén kim tiền

thảo theo chỉ tiêu chất lượng của viên nén (ĐDVN V).

#### KIẾN NGHỊ

- Tối ưu hóa công thức bào chế viên nén kim tiền thảo hàm lượng cao.
- Tiêu chuẩn hóa nguyên liệu và thành phẩm dựa trên các phương pháp phân tích hiện đại.
- Nghiên cứu độc tính bất thường trên chuột và thử nghiệm lâm sàng.
- Nghiên cứu độ ổn định của chế phẩm.
- Tiến hành sản xuất ở quy mô pilot.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Danh mục thuốc thiết yếu**, Bộ Y tế, 2018.
2. **Chen L, Tang X, Yang Q, Cheng X.** Quantitative and Chemical Fingerprint Analysis of *Desmodium styracifolium* by High-Performance Liquid Chromatography Combined with Chemometrics, *Journal of chromatography science*, 2020; 58(4), 294 – 302.
3. **Hou J, Chen W, Lu H, Zhao H, Gao S, Liu W, Dong X, Guo Z,** Exploring the Therapeutic Mechanism of *Desmodium styracifolium* on Oxalate Crystal-Induced Kidney Injuries Using Comprehensive Approaches Based on Proteomics and Network Pharmacology, *Frontiers in pharmacology*, 2018; 620.
4. **Mi J, Duan J, Zhang J, Lu J, Wang H, Wang Z.** Evaluation of antiurolithic effect and the possible mechanisms of *Desmodium styracifolium* and *Pyrrosiae petiolosa* in rats, *Urological research*, 2012, 40(2), 151 – 61.
5. **Xiang S, Zhou J, Li J, Wang Q, Zhang Q, Zhao Z, Zhang L, Chen Z, Wang S.** Antilithic effects of extracts from different polarity fractions of *Desmodium styracifolium* on experimentally induced urolithiasis in rats, *Urolithiasis*, 2015; 43(5), 433 – 9.

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN THÀNH SAU

Nguyễn Văn Tân<sup>1,2</sup>, Châu Văn Vinh<sup>1</sup>,  
Lê Thị Kim Phụng<sup>1</sup>, Đỗ Văn Tuyền<sup>1</sup>, Bùi Long<sup>3</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát tỉ lệ và một số đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân NMCT cấp ST

<sup>1</sup>Bệnh viện Thống Nhất TP HCM

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược TP HCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội.

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tân

Email: nguyenvtan10@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 2/2/2021

Ngày phản biện khoa học: 25/2/2021

Ngày duyệt bài: 15/3/2021

chênh lên thành sau tại Bệnh viện Thống Nhất - TP. Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả và phân tích trên tất cả bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên thành saunhập viện điều trị tại bệnh viện Thống Nhất từ tháng 1/2017 đến 6/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là 61,0 $\pm$ 12,7 (tuổi). Tỉ lệ NMCT cấp ST chênh lên thành saulà 20,5%. Choáng tim chiếm tỉ lệ 22,7%. ĐMV chủ phạm là nhánh LCx 59,1%, RCA 40,9%, nhánh RCA chiếm ưu thế hơn nhánh LCx (61,4% so với 38,6%, p=0,037). Nhánh LCx có vị trí tổn thương thường gặp là đoạn giữa 48%, tổn thương tip C 56%, dòng chảy TIMI 0 là 44%; trong khi đó vị

trí tổn thương thường gặp trên nhánh RCA là đoạn gần 47,4%, tỉ lệ C 63,2%, dòng chảy TIMI 0 là 36,8%.

**Kết luận:** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau chiếm hơn 1/4 các trường hợp nhồi máu cơ tim ST chênh lên nhập viện. Tổn thương chủ phạm là động mạch vành mũ trong phần lớn các trường hợp, với vị trí tổn thương thường gặp là tại đoạn giữa.

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau, động mạch vành mũ, động mạch vành phải.

## SUMMARY

### CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESIONS IN PATIENTS WITH POSTERIOR ST ELEVATION ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

**Objective:** To evaluate rate and some characteristics of coronary artery lesion in patients with acute posterior ST elevation myocardial infarction at Thong Nhat Hospital in Ho Chi Minh city. **Subjects and methods:** Cross-sectional and longitudinal study in all patients with Posterior ST elevation acute myocardial infarction admitted to Thong Nhat Hospital from 1/2017 to 6/2020. **Results:** The average age of the patients was  $61.0 \pm 12.7$  (age). The rate of acute posterior ST elevation myocardial infarction was 20.5%. Cardiac shock accounted for 22.7%. The culprit coronary branch was the left circumflex artery (LCx) 59.1%, the right coronary artery (RCA) 40.9%, RCA dominated than LCx (61.4% versus 38.6%,  $p=0,037$ ). The common lesion location in LCx was the middle 48%, type C lesions 56%, TIMI flow 0 was 44%; meanwhile, the common lesion location in the RCA was at the proximal segment 47.4%, type C 63,2%, TIMI flow 0 was 36.8%. **Conclusions:** Posterior ST elevation acute myocardial infarction accounted for more than a quarter of hospitalized ST elevation myocardial infarction. The culprit lesion was the left circumflex coronary artery in the majority of cases with the most common location of lesion being in the mid-segment.

**Keywords:** Posterior ST elevation acute myocardial infarction, Left circumflex artery (LCx), Right coronary artery (RCA).

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hàng năm tại Hoa Kỳ có hơn 8 triệu trường hợp nhập vào cấp cứu, trong đó khoảng 500.000 trường hợp tử vong do nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. NMCT cấp ST chênh lên thành sau chiếm tỉ lệ đáng kể, khoảng 15-21% trong số các trường hợp NMCT cấp ST chênh lên, thường có kèm theo NMCT thành dưới hoặc thành bên<sup>(1,2)</sup>. Nguyên nhân do huyết khối gây tắc động mạch vành (ĐMV) gây hoại tử tế bào cơ tim, tăng nguy cơ rối loạn chức năng thất trái, suy tim, rối loạn nhịp và tỉ lệ tử vong. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau đơn độc ít phổ biến hơn, chiếm tỉ lệ thấp chỉ từ 3,0-4,5%, nguyên nhân thường do tắc nhánh LCx<sup>(3)</sup>. Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau thường

chậm trễ do khi đo điện tâm đồ (ECG) 12 chuyển đạo thông thường thiếu dấu hiệu ST chênh lên và một số trường hợp không đo ECG 15 chuyển đạo (đo thêm V7, V8, V9). Trong nhiều trường hợp lâm sàng chẩn đoán là nhồi máu không có ST chênh lên và khi phát hiện ra nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau thì đã bị chậm trễ.

Hiện tại, chúng tôi ghi nhận chưa có nghiên cứu nào khảo sát về đặc điểm tổn thương ĐMV ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau tại TP Hồ Chí Minh. Do đó, nhận thấy sự cần thiết của vấn đề và để hiểu rõ hơn về đặc điểm tổn thương ĐMV trên những trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau nên chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu là khảo sát tỉ lệ và một số đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau tại bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

**Tiêu chuẩn chọn mẫu:** Tổng số có 215 bệnh nhân vào viện được chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên trong thời gian nghiên cứu, chúng tôi thu nhận được 44 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau vào viện mà từ chối chụp ĐMV qua da có thuốc cản quang, chỉ điều trị nội khoa hoặc bệnh nhân NMCT cấp tử vong tại khoa cấp cứu.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

**2.2.1. Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang và theo dõi dọc trên 44 nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau nhập viện điều trị từ ngày 01/01/2017 đến ngày 30/06/2020 tại khoa Tim Mạch Cấp cứu và Can thiệp của Bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh.

**2.2.2. Thu thập dữ liệu từ bệnh nhân.** Tất cả 44 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau khi vào viện được nghiên cứu viên thăm khám và thu thập đầy đủ các thông tin bao gồm các triệu chứng lâm sàng, đo ECG, siêu âm tim, Xquang tim phổi, xét nghiệm sinh hóa (CKMB, Troponin T hs, hs CRP, ure, creatinin, AST, ALT...). Các thông tin thu thập được ghi nhận chi tiết vào bảng câu hỏi thu thập dữ liệu soạn sẵn.

Các bệnh nhân được giải thích kỹ về mục đích nghiên cứu và đều đồng ý tham gia nghiên cứu. Tất cả bệnh nhân này đều đồng ý chụp ĐMV qua da với thuốc cản quang cấp cứu hay chương

trình. Kết quả chụp ĐMV được ghi nhận và phân tích trên phần mềm QCA cài đặt sẵn trên máy chụp mạch máu xóa nền và được đọc bởi 2 thủ thuật viên chính nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực tim mạch can thiệp của bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh.

**2.2.3. Các tiêu chuẩn chẩn đoán.** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau được chẩn đoán dựa vào sự tăng động học của men tim và sự hiện diện của ST chênh lên  $\geq 0,5\text{mm}$  ở ít nhất 2 chuyển đạo V7-V9<sup>(3, 4)</sup>. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau không biểu hiện trực tiếp ở 12 đạo trình ECG tiêu chuẩn, mà qua sự thay đổi ST-T ở chuyển đạo thành trước từ V1-V3<sup>(1)</sup> bao gồm ST chênh xuống hoặc đi ngang và sóng R cao rộng ( $> 30\text{ms}$ ), sóng T cao nhọn và sóng R nổi trội (tỷ lệ R/S  $> 1$ ) trên V2, có thể đồng thời có dấu hiệu nhồi máu cấp thành dưới hoặc thành bên.

Hình thái tổn thương ĐMV được phân loại theo Hội tim và Trường môn tim Hoa Kỳ. Các tiêu chuẩn chẩn đoán tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, béo phì được dựa trên các tiêu chuẩn chẩn đoán mới nhất hiện nay.

**2.2.4. Phân tích thống kê.** Các dữ liệu thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Microsoft Office Excel và xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 23.0 for windows. Các dữ liệu

trong nghiên cứu được trình bày dưới dạng giá trị trung bình (X), độ lệch chuẩn (SD), giá trị trung vị (Median) và tỷ lệ %. So sánh các giá trị trung bình (biến số định lượng) giữa các nhóm bằng phép kiểm T- test và so sánh 2 tỷ lệ (biến số định tính) bằng chi bình phương. Các biến số có vọng trị  $< 5$  được xử lý bằng phép kiểm chính xác Fisher. Sự khác biệt giữa 2 nhóm được xem là có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$  với độ tin cậy 95%.

**2.3. Ý đức nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu quan sát, không can thiệp vào quá trình điều trị. Các thông tin thu thập được chỉ nhằm mục đích nghiên cứu và được giữ kín. Nghiên cứu này cũng đã được thông qua bởi hội đồng y đức của bệnh viện Thống Nhất TP Hồ Chí Minh.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian nghiên cứu chúng tôi thu thập được 215 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên và trong đó có 44 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 20,5% NMCT cấp thành sau được chẩn đoán theo các tiêu chuẩn nhận bệnh được đưa vào phân tích. Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu được trình bày trong bảng 1. Tỷ lệ nam giới cao gần gấp 4 lần so với nữ giới (79,5% so với 20,5%). Các yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, đái tháo đường típ2, béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt là 79,5%, 68,2%, 45,5%, 25,0%, 15,9%.

**Bảng 1.** Đặc điểm chung của dân số nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Tổng số (n=44)	LCx (n=25)	RCA (n=19)	P
Giới: Nam, n(%)	35 (79,5)	23 (92,0)	12 (63,2)	0,019
Nữ, n(%)	09 (20,5)	02 (08,0)	07 (36,8)	
Tuổi (TB $\pm$ SD)	61,0 $\pm$ 12,7			
Hút thuốc lá, n(%)	20 (45,5)	11 (44,0)	09 (47,4)	0,824
Tăng huyết áp, n(%)	35 (79,5)	23 (92,0)	12 (63,2)	0,019
Rối loạn lipid máu, n(%)	30 (68,2)	19 (76,0)	11 (57,9)	0,202
Đái tháo đường típ2, n(%)	11 (25,0)	06 (24,0)	5 (26,3)	0,861
Béo phì, n (%)	07 (15,9)	02 (08,0)	05 (26,3)	0,100
Nhồi máu cơ tim cũ, n(%)	05 (11,4)	05 (20,0)	00 (0,0)	0,038
Tiền căn đột quỵ não, n(%)	01 (02,3)	0 (0,0)	01 (05,3)	0,246
Bệnh lý mạch máu ngoại biên, n(%)	07 (15,9)	03 (12,0)	04 (21,0)	0,416

**Chú thích:** TB $\pm$ SD: trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn

Dựa trên phân tích kết quả chụp động mạch vành qua da có thuốc cản quang, chúng tôi ghi nhận kết quả như sau: ĐMV thủ phạm là nhánh LCx 59,1%, RCA 40,9%, nhánh RCA chiếm ưu thế nhiều hơn nhánh LCx chiếm ưu thế (61,4% so với 38,6%,  $p=0,037$ ). Nhánh LCx có vị trí tổn thương thường gặp là đoạn giữa 45,5%, tổn

thương típ C56%, dòng chảy TIMI 0 là 44%; trong khi đó vị trí tổn thương thường gặp trên nhánh RCA là tại đoạn gần 47,4%, típ C nhiều nhất 63,2%, dòng chảy TIMI 0 là 36,8%. Tỷ lệ tổn thương 3 nhánh mạch vành cũng khá thường gặp chiếm 56,8%, đặc biệt tổn thương 3 nhánh kèm thân chung vành trái cũng tương đối cao với tỷ lệ 20,5% (bảng 2).

**Bảng 2.** Đặc điểm tổn thương động mạch vành trong nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau.

Các thông số	Tổng số(n=44)	LCx(n=25)	RCA(n=19)	Giá trị P
Vị trí tổn thương				

Đoạn gần, n(%)	15 (34,1)	10 (40,0)	9 (47,4)	0,259
Đoạn giữa, n(%)	20 (45,5)	12 (48,0)	6 (31,6)	
Đoạn xa, n(%)	9 (20,9)	3 (12,0)	4 (21,1)	
<b>Típ tổn thương</b>				
Típ A, n(%)	4 (9,1)	2 (8,0)	1 (5,3)	0,014
Típ B1, n(%)	16 (36,4)	7 (28,0)	4 (21,1)	
Típ B2, n(%)	8 (18,2)	2 (8,0)	2 (10,5)	
Típ C, n(%)	16 (36,4)	14 (56,0)	12 (63,2)	
<b>Dòng chảy</b>				
TIMI 0, n(%)	26 (63,6)	11 (44,0)	12 (36,8)	0,632
TIMI 1, n(%)	18 (36,8)	14 (56,0)	7 (63,2)	
<b>ĐMV ưu thế, n(%)</b>		17 (38,6)	27 (61,4)	0,037
<b>Tổn thương ĐMV</b>				
BMV 1 nhánh, n(%)	3 (6,8)	2 (8,0)	1 (05,3)	0,769
BMV 2 nhánh, n(%)	16 (36,4)	8 (32,0)	8 (42,1)	
BMV 3 nhánh, n(%)	25 (56,8)	15 (60,0)	10 (52,6)	
BMV 3 nhánh +LM, n(%)	9 (20,5)	2 (8,0)	7 (36,8)	0,019

**Chú thích:** NMTP: nhồi máu thất phải, NMST: nhồi máu thành sau, BMV: bệnh mạch vành, LM: thân chung động mạch vành trái, TIMI: dòng chảy trong mạch vành theo phân độ TIMI, ĐMV: động mạch vành.

Thời gian cửa bóng trung bình giữa hai nhóm tắc LCx và RCA không có sự khác biệt ( $82,5 \pm 5,8$  phút so với  $90,5 \pm 6,2$  phút,  $p=0,315$ ). Tuy nhiên, nhóm bệnh nhân tắc RCA có tỉ lệ đặt máy tạo nhịp tạm thời nhiều hơn (31,6% so với 4%,  $p=0,013$ ). Ngoài ra, tỉ lệ choáng tim được thấy ở nhóm bệnh nhân tắc RCA nhiều hơn (36,8% so với 12%,  $p=0,051$ ) (bảng 3).

**Bảng 3.** Đặc điểm thủ thuật và một số biến chứng trong nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau.

Các thông số	Tổng số (n=44)	LCx (n=25)	RCA (n=19)	Giá trị p
<b>Thời gian (phút)</b>				
Can thiệp (phút), TB $\pm$ ĐLC	43,5 $\pm$ 1,7	45,1 $\pm$ 3,4	42,9 $\pm$ 4,4	0,425
Cửa bóng (phút), TB $\pm$ ĐLC	85,1 $\pm$ 6,3	82,5 $\pm$ 5,8	90,5 $\pm$ 6,2	0,315
Thời gian chiếu tia (phút), TB $\pm$ ĐLC	12,3 $\pm$ 1,9	12,4 $\pm$ 1,0	12,9 $\pm$ 1,2	0,074
Lượng cản quang (ml), TB $\pm$ ĐLC	185,8 $\pm$ 4,9	183,6 $\pm$ 6,4	200,5 $\pm$ 10,9	0,592
<b>Can thiệp hỗ trợ</b>				
Máy tạo nhịp tạm thời, n(%)	7 (15,9)	1 (4,0)	6 (31,6)	0,013
Bóng đối xung nội động mạch chủ, n(%)	2 (4,5)	1 (4,0)	1 (5,3)	0,842
Thở máy xâm lấn, n(%)	5 (11,4)	1 (4,0)	4 (21,1)	0,077
Hút huyết khối, n(%)	6 (13,6)	1 (4,0)	5 (26,3)	0,033
<b>Biến chứng</b>				
Suy tim, n(%)	35 (79,5)	19 (76,0)	16 (84,2)	0,504
Rối loạn nhịp, n(%)	31 (70,5)	18 (72,0)	13 (68,4)	0,090
Choáng tim, n(%)	10 (22,7)	3 (12,0)	7 (36,8)	0,051
Tử vong nội viện, n(%)	2 (4,4)	1 (4,0)	1 (5,3)	0,842

**Chú thích:** TB $\pm$ SD: trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn

#### IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu của chúng tôi là  $61,0 \pm 12,7$  (tuổi). Kết quả này cũng tương tự một số nghiên cứu trước đây trên những bệnh nhân NMCT cấp có độ tuổi trung bình tương đối cao. Các yếu tố nguy cơ tim mạch cũng được ghi nhận với tỉ lệ gần tương tự các nghiên cứu khác bao gồm tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá, đái tháo đường típ

2, béo phì chiếm tỷ lệ lần lượt là 79,5%, 68,2%, 45,5%, 25,0%, 15,9%.

Tỉ lệ NMCT cấp ST chênh lên thành sau trong nghiên cứu chúng tôi chiếm 20,5%, kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của tác giả Din I và cộng sự khảo sát trên 176 bệnh nhân thì NMCT cấp ST chênh lên thành sau chiếm 18,5%<sup>(5)</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy động

mạch thủ phạm là nhánh LCx cao hơn nhánh RCA (59,1% và 40,9%), tương tự như của tác giả Miquel Vives-Boras nghiên cứu tại Tây Ban Nha trên 230 bệnh nhân NMTSti lệ nhánh LCx cao hơn RCA (51,7% và 48,3%)<sup>(6)</sup>. Nhánh LCx thủ phạm trong NMTS đơn độc chiếm (100%), nhánh RCA thủ phạm trong NMTS dưới – thất phải chiếm (100%), như nghiên cứu của tác giả Matetzky nhánh LCx, RCA là động mạch thủ phạm (100%)<sup>(3)</sup>.

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau xảy ra khi tuần hoàn cung cấp máu cho thành sau bị gián đoạn. Hai nhánh chính cung cấp máu cho thành sau là động mạch vành phải và thân chung động mạch vành trái. Thân chung động mạch vành trái là một nhánh có kích thước ngắn và lớn chia thành động mạch xuống trước trái (LAD) và động mạch vành mũ (LCx). Đôi khi, có thể có một nhánh nhỏ gọi là nhánh trung gian (ramus), nhánh này đi ra khỏi góc giữa LAD và LCx cũng. Trong khoảng 70% dân số, nhánh liên thất sau (PDA) xuất phát từ RCA cung cấp máu cho thành sau. Hơn 10% tuần hoàn cung cấp máu cho thành sau là xuất phát từ nhánh LCx và một phần còn lại thì thành sau được cung cấp máu đồng thời từ RCA và LCx. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhánh RCA chiếm ưu thế hơn nhánh LCx (61,4% so với 38,6%), với  $p < 0,005$ . Kết quả này cũng tương tự như y văn và tác giả Alexander Bracey (nhánh RCA (70%) chiếm ưu thế hơn so với LCx (30,0%).

Nhánh LCx có vị trí tổn thương thường gặp là đoạn giữa 45,5%, tổn thương tip C 56%, dòng chảy TIMI 0 là 44%; trong khi đó vị trí tổn thương thường gặp trên nhánh RCA là tại đoạn gần 47,4%, tip C nhiều nhất 63,2%, dòng chảy TIMI 0 là 36,8%. Kết quả này cũng gần tương tự với nghiên cứu của tác giả Miquel Vives-Boras với nhánh LCx tắc từ đoạn giữa (45,0%), nhánh RCA tắc từ đoạn gần (37,0%)<sup>(6)</sup>.

Sự hiện diện của ST chênh lên ở chuyển đạo V7 đến V9 có thể góp phần phân loại bệnh nhân đau ngực và giúp phân biệt sớm giữa bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành sau và những bệnh nhân bị thiếu máu cục bộ thành trước. Sự khác biệt này có thể ảnh hưởng đến quá trình ra quyết định liên quan đến việc điều trị bệnh nhân hội chứng vành cấp. Hiện tại, chỉ định điều trị tiêu sợi huyết cần có sự hiện diện của ST chênh lên trên ECG 12 chuyển đạo chuẩn. Tuy nhiên, vì ST chênh lên không được nhìn thấy trên ECG 12 chuyển đạo chuẩn ở 50% bệnh nhân nhồi máu thành sau nên chúng ta cần chú ý đến ST chênh lên ở các đạo trình V7 đến V9. Việc xác định ECG

có ST chênh lên từ V7 đến V9 sẽ cho phép phân nhóm bệnh nhân NMCT cấp này được hưởng lợi từ việc điều trị tái tưới máu cấp cứu bằng tiêu sợi huyết hoặc can thiệp mạch vành qua da tiên phát<sup>(7,8)</sup>.

Hạn chế nghiên cứu: số lượng bệnh nhân nghiên cứu còn nhỏ, được thực hiện tại một trung tâm nên chưa thể đại diện cho dân số chung. Tuy nhiên, kết quả bước đầu đã cho thấy được những đặc điểm tổn thương cơ bản trên mạch vành của các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau.

## V. KẾT LUẬN

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau chiếm hơn 1/4 các trường hợp nhồi máu cơ tim ST chênh lên nhập viện. Tổn thương thủ phạm là động mạch vành mũ trong phần lớn các trường hợp, với vị trí tổn thương thường gặp là tại đoạn giữa.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Gorselen EO, Verheugt FW, Meursing BT, Oude Ophuis AJ, (2007)**, Posterior myocardial infarction: the dark side of the moon, *Neth Heart J*; 15(1):16-21.
2. **Hasdai D, Birnbaum Y, Herz I, et al (1995)**, ST segment depression in laterallimb leads in inferior wall acute myocardial infarction. Implications regarding the culprit artery and the site of obstruction, *Eur Heart J*; 16:1549-53.
3. **Matetzky S, Freimark D, Feinberg MS, et al (1999)**, Acute myocardial infarction with isolated ST-segment elevation in posterior chest leads V7 – 9: "hidden" ST-segment elevations revealing acute posterior infarction, *J Am Coll Cardiol*; 34:748-53.
4. **Ibanez B, James S, Agewall S, Antunes MJ, et al (2018)**, ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Kardiol Pol*; 76(2):229-313.
5. **Din I, Adil M, Hameedullah, Faheem M, Abbas F (2014)**, Accuracy of 12 lead ECG for diagnosis of posterior myocardial infarction, *J Postgrad Med Inst*; 28(2):145-8.
6. **Miquel VB, Alba M, Victor GH, Francisco JN, et al (2019)**, Electrocardiographic Distinction of Left Circumflex and Right Coronary Artery Occlusion in Patients With Inferior Acute Myocardial Infarction, *Am J Cardiol*; 123(7): 1019-1025.
7. **Kosuge M, Kimura K, Ishikawa T, et al (1998)**, New electrocardiographic criteria for predicting the site of coronary artery occlusion in inferior wall acute myocardial infarction, *Am J Cardiol*; 82:1318-22
8. **Wung SF, Drew BJ, (2001)**, New electrocardiographic criteria for posterior wall acute myocardial ischemia validated by a percutaneous transluminal coronary angioplasty model of acute myocardial infarction, *Am J Cardiol*; 87(8):970-4.