

VI. LỜI CẢM ƠN

Nghiên cứu được thực hiện với sự hỗ trợ kinh phí của đề tài cấp Sở Khoa học và Công nghệ Thành phố Hà Nội "Đánh giá biểu hiện gen của các enzym tiêu protein gian bào (MMP) và một số yếu tố liên quan với tiền sản giật ở các thai phụ tại Hà Nội" do PGS.TS. Nguyễn Thanh Thúy làm chủ nhiệm đề tài. Nhóm nghiên cứu trân trọng cảm ơn sự tham gia của GS.TS. Nguyễn Duy Ánh, ThS.BSCKII. Nguyễn Thị Minh Thanh, NHS Phạm Thị Tuyết Chinh, NHS Hoàng Thị Liên - Bệnh viện Phụ sản Hà Nội và sự tham gia kỹ thuật của CN Phan Mai Hoa, CN Đỗ Thị Hương, CN Nguyễn Minh Huyền – Trường Đại học Y Hà Nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Dương Thị Cường (2002)**. Tiền sản giật và sản giật. Nhà xuất bản Y học Hà Nội. 168-198.
2. **Poon LC, Nicolaides KH (2014)**. Early Prediction of Preeclampsia. *Obstet Gynecol Int.*
3. **Nagase H, Visse R, Murphy G (2006)**. Structure and function of matrix metalloproteinases and TIMPs. *Cardiovasc Res.* 69 (3):562-573.
4. **Chen J, Khalil RA (2017)**. Matrix Metalloproteinases in Normal Pregnancy and Preeclampsia- Chapter Four. Academic Press. 87-165.
5. **Fisher SJ, McMaster M, Roberts JM (2015)**. Chapter 5 - The Placenta in Normal Pregnancy and Preeclampsia. Academic Press. 81-112.
6. **Laskowska M (2017)**. Altered Maternal Serum Matrix Metalloproteinases MMP-2, MMP-3, MMP-9, and MMP-13 in Severe Early- and Late-Onset Preeclampsia. *Biomed Res Int.*
7. **BỘ Y TẾ (2016)**. Hướng Dẫn Quốc Gia về Các Dịch vụ Chăm Sóc Sức Khỏe Sinh Sản.
8. **Lekva T, Sugulle M, Moe K, et al (2020)**. Multiplex Analysis of Circulating Maternal Cardiovascular Biomarkers Comparing Preeclampsia Subtypes. *Hypertens Dallas Tex.* 75(6):1513-1522.
9. **Mijangos MFV, Olvera-Valencia M, Perez-Sanchez JE (2018)**. Secretion profiles of three extracellular matrix metalloproteases in severe preeclampsia. *Int J Pregnancy Child Birth.*

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

Nguyễn Hoàng Giáp¹, Đặng Đức Minh¹,
Nguyễn Tiến Dũng¹, Lương Thị Hải Hà¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại BV Trung ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 03/2022 đến tháng 3/2023. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 80 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại BV Trung ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 66,5 ±11,9 tuổi; Tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1. Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm tỷ lệ 85%. Bệnh nhân tới viện trước 12 giờ là 67,5% và 41,3% bệnh nhân có Killip II. Yếu tố nguy cơ chính của bệnh nhồi máu cơ tim cấp là tăng huyết áp có tỷ lệ cao nhất 77,5% và đái tháo đường chiếm 21,5%. Sau can thiệp ĐMV qua da có 53 bệnh nhân gặp các biến chứng, trong đó có 15 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (chiếm 28,2%) và 35 bệnh nhân bị suy tim (chiếm 66,1%). Tổn thương hai nhánh ĐMV có tỷ lệ cao nhất là 58,8%, 13 bệnh nhân tổn thương phổi hợp 3 nhánh ĐMV (chiếm 16,2%). Tổn thương thành trước trên điện tâm đồ là chủ yếu chiếm 50%. Chức

năng tâm thu thất trái giảm mức độ trung gian chiếm tỷ lệ 37,5%, có 5 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm dưới 40% (chiếm 6,2%). **Kết luận:** Các bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là tăng huyết áp và đái tháo đường. Các bệnh nhân khởi phát với triệu chứng đau ngực chiếm 85%. Tổn thương hai nhánh ĐMV có tỷ lệ cao nhất là 58,8%, vị trí tổn thương trên điện tim chủ yếu thành trước với 50%. Chức năng tâm thu thất trái giảm mức độ trung gian chiếm tỷ lệ cao nhất với 37,5%.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên.

Viết tắt: NMCT (nhồi máu cơ tim), ĐMV (động mạch vành).

SUMMARY

RESEARCH THE CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS IN THE PATIENT WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

Objective: Evaluation the clinical and subclinical characteristics in the patient with acute myocardial infarction has treated at Thai Nguyen National Hospital from 03/2022 to 03/2023. **Methods:** The study was conducted on 80 patients with acute myocardial infarction. Cross-sectional descriptive study. **Results:** The mean age is 66.5 ±11.9 years old; The male/female ratio is 2.6/1. Patients hospitalized for chest pain accounted for 85%. Patients went to the

¹Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng Giáp

Email: giap1142000@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.5.2023

Ngày duyệt bài: 13.6.2023

hospital before 12 hours were 67.5% and 41.3% of patients had Killip II. After PCI, there were 53 patients with complications, including 15 patients with arrhythmia (accounting for 28.2%) and 35 patients with heart failure (66.1%). **Conclusion:** All patients had risk factors, especially hypertension and diabetes. Patients with onset of chest pain accounted for 85%. Injury to two branches of coronary artery has the highest rate of 58.8%, the location of damage on ECG is mainly anterior wall with 50%. Left ventricular systolic function decreased accounting for the highest rate with 37.5%.

Keywords: Acute myocardial infarction, Thai Nguyen National Hospital,...

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, mặc dù tiên lượng đã được cải thiện đáng kể trong thập kỷ qua. Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim khoảng 30%, trong đó một nửa số bệnh nhân bị chết trong giờ đầu tiên¹. Tại Việt Nam, các nghiên cứu cũng cho thấy số ca bị NMCT cấp và tử vong do NMCT cũng ngày một tăng. NMCT cấp vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm ở các nước phát triển và ngày càng trở nên thời sự hơn ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. NMCT thường gặp ở người có tiền sử bị xơ vữa động mạch, hút thuốc lá, mắc bệnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, thừa cân béo phì,... Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến vấn đề này, tại Thái Nguyên và một số tỉnh lân cận cũng có nhiều bệnh nhân bị NMCT cấp cần phải được phát hiện chẩn đoán sớm cũng như điều trị tích cực để giảm thiểu các biến chứng cũng như tỉ lệ tử vong. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm mục đích: "Đánh giá đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại BV 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 Nội Tim mạch – BV Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 3/2022 đến tháng 3/2023.

2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn

- Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân NMCT cấp được nhập viện điều trị.

2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đã sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trước đó.

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 phiếu thu thập số liệu. Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu:

- Chẩn đoán NMCT cấp theo tiêu chuẩn theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT cấp năm 2018.

- Phân độ suy tim cấp theo mức độ Killip. Siêu âm tim theo ESC 2020.

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 nghiên cứu trên 80 bệnh nhân NMCT cấp điều trị tại khoa Nội Tim mạch, BV Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi 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	8	12
65-75 tuổi	17	4
> 75 tuổi	33	6
Tổng	58 (100%)	22 (100%)

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 80 bệnh nhân với tuổi từ 34 đến 94 tuổi, tuổi trung bình $66,5 \pm 11,9$ tuổi, trong đó tỉ lệ giới nam và nữ chiếm tỉ lệ 2,6/1.

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	68	85
	Khó thở	10	12,5
	Khác	2	2,5
Thời điểm nhập viện	< 12h	54	67,5
	12 - 24h	20	25
	> 24h	6	7,5
Đặc điểm đau ngực	Không đau ngực	0	0
	Đau ngực không điển hình	12	15
	Đau ngực điển hình	68	85

Phân độ Killip	Killip độ I	35	43,7
	Killip độ II	33	41,3
	Killip độ III	7	8,7
	Killip độ IV	5	6,3

- 85% số bệnh nhân nhập viện có triệu chứng đau ngực.

- Có 67,5% bệnh nhân nhập viện dưới 12 giờ kể từ khi có cơn đau ngực, tuy nhiên cũng vẫn còn có 7,5% bệnh nhân nhập viện muộn sau 24 giờ.

- Cơn đau thắt ngực với tính chất điển hình chiếm 85%.

- 41,3% bệnh nhân có Killip II, phân độ Killip III chỉ có ở 7 bệnh nhân (chiếm 8,7%) và có 5 bệnh nhân Killip IV.

3.1.3. Các yếu tố nguy cơ

Bảng 3: Các yếu tố nguy cơ

Bệnh kèm theo	Có		Không	
	n	%	n	%
Tăng huyết áp	62	77,5	18	22,5
Đái tháo đường	17	21,3	63	78,8
Tiền sử mạch vành	19	23,8	61	76,3
Tai biến mạch máu não	4	5	76	95
Béo phì	11	13,8	69	86,3
Hút thuốc lá	20	25	60	75

Trong nghiên cứu này của chúng tôi, tăng huyết áp có tỷ lệ bệnh nhân bị chiếm tỷ lệ cao nhất với 77,5%, ít nhất là nguy cơ tai biến mạch máu não với 4 trường hợp

3.2. Đặc điểm cận lâm sàng

3.2.1. Đặc điểm tổn thương ĐMV trên điện tâm đồ

Bảng 5. Vị trí nhồi máu trên điện tâm đồ

Vị trí NMCT	n	Tỷ lệ %
Thành trước vách	10	12,5
Thành trước rộng	30	37,5
Thành sau dưới	26	32,5
Thành bên	4	17,5
Tổng	80	100

Qua hình ảnh điện tâm đồ, có 40 bệnh nhân có tổn thương thành trước (chiếm 50,0%), 26 bệnh nhân có tổn thương thành sau dưới (chiếm 32,5%).

3.2.2. Số lượng nhánh ĐMV tổn thương qua chụp mạch vành

Bảng 6. Số lượng nhánh ĐMV tổn thương

Số nhánh ĐMV tổn thương	n	Tỷ lệ %
Một nhánh	20	25
Hai nhánh	47	58,8
Ba nhánh	13	16,2
Tổng	80	100

Trong số những bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có 47 bệnh nhân có tổn thương hai nhánh ĐMV (chiếm 58,8%), có 20 bệnh nhân chỉ

tổn thương 1 nhánh ĐMV (chiếm 25%) và có 13 bệnh nhân tổn thương phối hợp 3 nhánh ĐMV (chiếm 16,2%).

3.2.3. Chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim

Bảng 7. Chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim

Chỉ số EF (%)	n	Tỷ lệ %
EF > 50	45	56,3
40 ≤ EF ≤ 49	30	37,5
EF < 40	5	6,2
Tổng	80	100

Trên hình ảnh siêu âm tim có 30 trường hợp có 40 ≤ EF ≤ 49 (chiếm 37,5%), có 5 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm dưới 40% (chiếm 6,2%), 45 bệnh nhân có tâm thu thất trái bình thường.

3.2.4. Đặc điểm biến chứng sau NMCT cấp được can thiệp ĐMV qua da

Bảng 8. Biến chứng sau can thiệp

Đặc điểm	n	%
Rối loạn nhịp tim	14	28,2
Xuất huyết tiêu hoá	1	1,9
Suy thận cấp	1	1,9
Suy tim	35	66,1
Tử vong	2	3,8
Tổng	53	100

Sau can thiệp ĐMV qua da có 53 bệnh nhân gặp các biến chứng, trong đó có 15 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (chiếm 28,2%) và 35 bệnh nhân bị suy tim (chiếm 66,1%). Có 2 bệnh nhân tử vong.

IV. BÀN LUẬN

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

***Tuổi và giới:** Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch nói chung và NMCT nói riêng, và đây cũng là yếu tố tiên lượng trong NMCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 80 bệnh nhân được được chẩn đoán NMCT cấp, với tuổi trung bình là 66,5 ± 11,9 tuổi; trong đó bệnh nhân ít nhất là 34 tuổi; bệnh nhân cao tuổi nhất là 94 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 2,6/1. Kết quả nghiên cứu của Nguyễn thị Thanh Trung tuổi trung bình 64 ± 10,7².

***Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện:**

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 68 bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm tỷ lệ 85%, vì đau ngực là một trong những dấu hiệu quan trọng khiến bệnh nhân phải nhập viện và cũng là triệu chứng quan trọng để định hướng đến NMCT cấp. Bệnh nhân tới viện trước 12 giờ là 67,5% còn sau 24 giờ chỉ có

6 bệnh nhân. Kết quả này giống kết quả của Hà Văn Chiến³.

*** Đặc điểm các yếu tố nguy cơ:** Trong số các bệnh nhân nghiên cứu thấy rằng tỉ lệ các yếu tố nguy cơ của bệnh nhồi máu cơ tim cấp chiếm nhiều nhất là các bệnh nhân có tăng huyết áp với 77,5%, đái tháo đường là 21,5%. Nghiên cứu của Zhang và cộng sự cũng tương tự, tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ tim mạch chính và độc lập của bệnh lý động mạch vành. Tăng huyết áp có thể gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan đích như tim, não, mắt, thận và các mạch máu. Đái tháo đường làm tăng tỷ lệ nhồi máu cơ tim đe dọa tử vong, đồng thời cũng làm tăng các biến cố sốc tim và tử vong⁴.

***Biến cố trên đôi tượng nghiên cứu:** NMCT cấp là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm, đe dọa tính mạng người bệnh và để lại các biến chứng về sau nếu như không được xử trí và can thiệp kịp thời. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 53/80 bệnh nhân có biến chứng trong thời gian nằm viện điều trị, trong đó có 2 bệnh nhân tử vong do tình trạng tắc mạch nặng, tắc 3 nhánh mạch và khi nhập viện bệnh nhân đánh giá Killip độ IV, cũng theo Huỳnh Thị Kim Phượng tỉ lệ bệnh nhân suy tim sau nhồi máu cơ tim là 53,7%⁵, theo David A.C và cộng sự nghiên cứu 2082 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp trong vòng 12 giờ sau khi khởi phát cơn đau ngực. Các bệnh nhân sốc tim trên lâm sàng được loại bỏ khỏi nghiên cứu. Kết quả trên chụp mạch, mức độ dòng chảy TIMI-3 đạt 95,7%. Tỷ lệ tử vong là 2,4%⁶.

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng trên đôi tượng nghiên cứu

***Đặc điểm tổn thương động mạch vành và điện tâm đồ:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được chỉ định chụp động mạch vành để chẩn đoán nhánh mạch tổn thương. 47 bệnh nhân có tổn thương hai nhánh ĐMV (chiếm 58,8%), có 20 bệnh nhân chỉ tổn thương 1 nhánh ĐMV (chiếm 25%) và có 13 bệnh nhân tổn thương phổi hợp 3 nhánh ĐMV (chiếm 16,2%). Kết quả của chúng tôi cũng giống kết quả của tác giả Giao Thị Thoa: tổn thương 01 hoặc 02 nhánh chiếm tỷ lệ 70,08%, còn tổn thương 03 nhánh hoặc thân chung chỉ chiếm 29,9%⁷. Qua hình ảnh điện tâm đồ, có 40 bệnh nhân có tổn thương thành trước (chiếm 50,0%), 26 bệnh nhân có tổn thương thành sau dưới (chiếm 32,5%), tương tự với kết quả này ở nghiên cứu của Trần Hòa là 52,2% và 37,8%⁸.

*** Đặc điểm về chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm sau can thiệp:** Trên hình

ảnh siêu âm tim có 30 trường hợp có $40 \leq EF \leq 49$ (chiếm 37,5%), có 5 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm dưới 40% (chiếm 6,2%), 45 bệnh nhân có tâm thu thất trái bình thường. Khi EF% thấp thường đi kèm với nguy cơ tử vong và các biến chứng tim mạch cao. Rodriguez-Palomares cũng nhận thấy những bệnh nhân sau NMCT cấp có EF% > 52% tỷ lệ chết trong năm đầu tiên chỉ là 1,7% và tỷ lệ suy tim ứ trệ 2,1%, trong khi đó ở nhóm EF% < 44% tỷ lệ này là 5,6% và 8,5%⁹.

V. KẾT LUẬN

- Tuổi trung bình là $66,5 \pm 11,9$ tuổi; Tỉ lệ nam/nữ là 2,6/1.

- Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm tỷ lệ 85%. Bệnh nhân tới viện trước 12 giờ là 67,5% và 41,3% bệnh nhân có Killip II.

- Yếu tố nguy cơ chính của bệnh nhồi máu cơ tim cấp là tăng huyết áp có tỉ lệ cao nhất 77,5% và đái tháo đường chiếm 21,5%.

- Sau can thiệp ĐMV qua da có 53 bệnh nhân gặp các biến chứng, trong đó có 15 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim (chiếm 28,2%) và 35 bệnh nhân bị suy tim (chiếm 66,1%).

- Tổn thương hai nhánh ĐMV có tỉ lệ cao nhất là 58,8%, 13 bệnh nhân tổn thương phổi hợp 3 nhánh ĐMV (chiếm 16,2%).

- Tổn thương thành trước trên điện tâm đồ là chủ yếu chiếm 50%.

- Chức năng tâm thu thất trái giảm mức độ trung gian chiếm tỉ lệ 37,5%, có 5 bệnh nhân có chức năng tâm thu thất trái giảm dưới 40% (chiếm 6,2%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Damman.** ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Comments from the Dutch ACS working group. 2018;25
2. **Nguyễn Thị Thanh Trung.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại bệnh viện đa khoa Thái Bình. Y học thực hành. 2014;Số 2/2014:16-19.
3. **Hoàng Văn Chiến.** Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp điều trị tại bệnh viện tỉnh Thanh Hóa. Luận văn thạc sỹ Y học: Đại học Y khoa Hà Nội. 2017
4. **Zhang et al.** Multicentre, randomized comparison of two-stent and provisional stenting techniques in patients with complex coronary bifurcation lesions. the DEFINITION II trial Eur Heart J. 2020;41:1523-2536.
5. **Huỳnh Kim Phượng và cs.** Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2. Tạp chí y học TP Hồ Chí Minh. 2016;20:220-233.

6. **Anderson J.L ACD, Antman E.M** ACC/AHA 2017 Guidelines for the management of patients with myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2017;50:2549-2569.
7. **Giao Thị Thoa.** Nghiên cứu nồng độ H-FABP trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ y học. 2018:68-93.
8. **Trần Hoà và cs.** Kết quả can thiệp động mạch vành tiên phát (thì đầu) trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Y Dược TP Hồ Chí Minh. *Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh.* 2015;16:94-100.
9. **Rodriguez-Palomares ea.** Prognostic Value of Initial Left Ventricular Remodeling in Patients With Reperused STEMI. *JACC Cardiovasc.* 2019

NGHIÊN CỨU MỐI LIÊN QUAN CỦA CÁC GEN HUYẾT KHỐI ĐỐI VỚI TÌNH TRẠNG SẴY THAI TÁI ĐIỂN TẠI HỌC VIỆN QUÂN Y

Nguyễn Tổng Thống¹, Triệu Tiên Sang², Nguyễn Trọng Tuệ³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu vai trò các đa hình đơn gen huyết khối với nguy cơ sảy thai tái diễn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có đối chứng trên 200 phụ nữ tiền sử sảy thai liên tiếp và 100 phụ nữ đã từng có con sinh đẻ bình thường tại bộ môn Sinh học và Di truyền y học, Học viện Quân Y. **Kết quả:** Đa hình -675 4G/5G của gen SERPINE1 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 81,5% ở nhóm sảy thai, phổ biến thứ hai là đa hình FGB: -455 G>A (chiếm 49,5% nhóm sảy thai), sau đó lần lượt là các đa hình gen khác ITGA2 (46%), ITGB3 (0,5%), F7 (11%), F13A1 (1,5%), không có trường hợp nào mang đa hình gen F2, FV Leiden ở nhóm sảy thai. Tỷ lệ xuất hiện phối hợp của 2 đa hình gen FGB, SERPINE1 là 38,5% nhóm sảy thai, 26,8% nhóm chứng; phối hợp 2 đa hình gen F7, SERPINE1 của nhóm bệnh chứng lần lượt là 6,4% và 2,2% và trong phối hợp 3 kiểu đa hình gen F7, FGB, SERPINE 1 tỷ lệ nhóm bệnh chiếm 12,5% nhóm chứng không gặp trường hợp nào. **Kết luận:** Những phụ nữ xuất hiện phối hợp của 2 đa hình gen FGB, SERPINE1 hoặc F7, SERPINE1 hoặc xuất hiện phối hợp 3 kiểu đa hình F7, FGB, SERPINE 1 làm tăng tỷ lệ sảy thai liên tiếp so với nhóm còn lại.

Từ khóa: Sảy thai, thai chết lưu, gen tăng đông, F2, FVL, F7, F13A1, FGB, ITGA2, ITGB3, SERPINE1

SUMMARY

STUDY OF THE ASSOCIATION OF THROMBOTIC GENES FOR RECURRENT MISCARRIAGE AT VIETNAM MILITARY MEDICAL UNIVERSITY

Objectives: To study the role of thrombotic monoallelic polymorphisms with the risk of consecutive miscarriages. **Subjects and methods:** Controlled cross-sectional description study on 200 women with a

history of consecutive miscarriages and 100 women who had had normal childbirth at the Department of Biology and Medical Genetics, Viet Nam Military Medical University. **Results:** -675 4G/5G polymorphism of SERPINE1 gene is most common at 81.5% in the disease group, the second most common is FGB polymorphism: -455 G>A (accounting for 49.5% of the disease group), followed by other gene polymorphisms ITGA2(46%), ITGB3 (0.5%), F7(11%), F13A1 (1.5%), no cases of F2 polymorphism, FV Leiden were detected in the disease group. The combined occurrence rate of 2 FGB and SERPINE1 gene polymorphisms was 38.5% of the disease group, 26.8% of the control group; combination of 2 polymorphisms of genes F7, SERPINE1 of the control group was 6.4% and 2.2% respectively and in the combination of 3 gene polymorphisms F7, FGB, SERPINE 1, the proportion of the disease group accounted for 12.5% of the control group did not have any cases. **Conclusion:** The coordinated appearance of 2 genomic polymorphisms FGB, SERPINE1 or F7, SERPINE1 or the coordinated appearance of 3 polymorphisms F7, FGB, SERPINE 1 increases the risk of thrombosis in patients with consecutive miscarriages.

Keywords: Miscarriage, Stillbirth, Hypercoagulation gene, F2, FVL, F7, F13A1, FGB, ITGA2, ITGB3, SERPINE1

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Sảy thai tái diễn (RPL) định nghĩa là hai hoặc nhiều lần mang thai lâm sàng liên tiếp không thành công được kiểm tra bằng siêu âm hoặc mô bệnh học¹. Tình trạng sảy thai liên tiếp gặp ở 1-2% cặp vợ chồng trong độ tuổi sinh sản¹. Sảy thai liên tiếp làm cho cơ thể phụ nữ thiếu máu nuôi dưỡng tử cung khiến niêm mạc mỏng dẫn đến khả năng làm tổ của thai nhi kém, giảm tỷ lệ thụ thai thành công cho những lần mang thai sau. Một số nguyên nhân gây sảy thai liên tiếp đã biết hiện nay là: các yếu tố giải phẫu, bất thường di truyền, nhiễm trùng, các yếu tố nội tiết, hội chứng tăng đông máu...^{1,2} Hội chứng tăng đông máu là tình trạng liên quan đến huyết khối tĩnh mạch, xảy ra thứ phát sau khi có sự

¹Đại học Phenikaa

²Học viện Quân Y

³Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Tổng Thống
Email: thong.nguyentong@phenikaa-uni.edu.vn
Ngày nhận bài: 7.4.2023
Ngày phản biện khoa học: 16.5.2023
Ngày duyệt bài: 13.6.2023