

ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BN BỊ RỐI LOẠN NHỊP THẤT TRÊN 45 TUỔI

Phan Việt Tâm Anh¹, Phạm Hồng Phương¹, Nguyễn Hữu Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm tổn thương động mạch vành ở BN bị rối loạn nhịp thất trên 45 tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 101 BN (BN) được chẩn đoán bị rối loạn nhịp thất, phân loại \geq Lown 2, tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. BN được chụp động mạch vành (ĐMV) qua đường ống thông, và đánh giá kết quả bằng phương pháp QCA. **Kết quả:** 101 BN có rối loạn nhịp thất \geq Lown 2, được chụp động mạch vành qua đường ống thông, 60 BN có tổn thương động mạch vành chiếm tỷ lệ 55,4%; ĐMV hẹp \geq 50% là 5,9%; hẹp 50 – 70% là 13,9% và hẹp \geq 90% là 16,8%. Tổn thương 1 nhánh ĐMV chiếm 34,7%; 2 nhánh là 12,9% và 3 nhánh là 7,9%. Hẹp ĐMV \geq 70% diện tích lòng mạch chiếm 30,7%; trong đó động mạch liên thất trước (ĐMLTT) chiếm 20,8%, động mạch mũ (ĐMM) là 7,0%, ĐMV phải là 14,8% và thân chung là 2%. Hẹp ĐMV \geq 70% ở nhóm \geq 60 tuổi chiếm 39,7% cao gấp 3,5 lần (CI 95%: 1,3 – 9,6) so với nhóm 45 \leq tuổi < 60 là 15,8% ($p < 0,01$); nhóm có nguy cơ tim mạch \leq trung bình bằng 0,21 lần (CI 95%: 0,08 – 0,59) so với nhóm có nguy cơ \geq cao theo thang điểm SCORE 2 ($p < 0,01$); nhóm rối loạn nhịp (RLN) thất khởi phát bên thất trái chiếm 44,1% gấp 2,52 lần (CI 95%: 1,04 – 6,06) so với nhóm khởi phát bên phải ($p < 0,05$). Tỷ lệ hẹp ĐMV \geq 70% ở các vị trí khởi phát RLN thất: đường ra thất phải (ĐRTP) là 13,8%, đường ra thất trái (ĐRTT) là 36% và vị trí khác là 22,2% ($p < 0,01$). **Kết luận:** Tỷ lệ có tổn thương ĐMV ở BN bị RLN thất là 55,4%; trong đó hẹp ĐMV \geq 70% chiếm 29,7%, tổn thương 1 nhánh ĐMV chiếm 34,7%, 2 nhánh là 12,9% và 3 nhánh là 7,9%. Tỷ lệ tổn thương ĐMV cao ở nhóm có nguy cơ tim mạch cao. RLN khởi phát vị trí ĐRTP và ĐRTT là bệnh đồng mắc với tổn thương động mạch vành, RLN thất khởi phát ở các vị trí khác có liên quan đến mức độ tổn thương ĐMV.

Từ khóa: Rối loạn nhịp thất, Ngoại tâm thu thất, tổn thương động mạch vành, bệnh tim thiếu máu cục bộ, chụp động mạch vành, bệnh mạch vành.

SUMMARY

THE CHARACTERISTICS OF CORONARY ARTERY LESION IN PATIENTS WITH VENTRICULAR ARRHYTHMIAS OLDER THAN 45 YEARS OLD

Objective: To study the characteristics of coronary artery lesion in patients with ventricular

arrhythmias older than 45 years old. **Subjects and methods:** 101 patients were diagnosed ventricular arrhythmias, classified \geq Lown 2, at Nghe An Friendship General Hospital. The patient had coronary angiography (CAD) via catheters and the results were evaluated by QCA method. **Results:** 101 patients had ventricular arrhythmias \geq Lown 2, had coronary angiography through catheters, 60 patients had coronary artery lesions, accounting for 55,4%; coronary artery stenosis \geq 50% is 5,9%; stenosis 50 - 70% is 13,9% and stenosis \geq 90% is 16,8%. Coronary artery lesion of one branch accounted for 34,7%; two branches is 12,9% and three branches is 7,9%. Coronary artery stenosis \geq 70% of the vessel lumen are accounting for 30,7%; in which the left anterior descending artery (LAD) accounts for 20,8%, the left circumflex (LCx) coronary arteries is 7,0%, the right coronary artery is 14,8% and the left main (LM) coronary artery is 2%. Coronary artery stenosis \geq 70% in the group \geq 60 years old accounted for 39,7% was higher than 3,5 times (95% CI: 1,3 – 9,6) compared with the group 45 \leq age < 60 years old was 15,8% ($p < 0,01$); the group \leq average cardiovascular disease was 0.21 times (95% CI: 0,08 – 0,59) compared with the group \geq high cardiovascular disease according to the SCORE 2 index ($p < 0,01$); The ventricular arrhythmia (VA) group origin from left ventricle accounted for 44,1%, that was higher than 2,52 times (95% CI: 1,04 – 6,06) compared with the VA group origin from right ventricles ($p < 0,05$). The rate of coronary artery stenosis \geq 70% at the locations originating VAs: right ventricular outflow tract (RVOT) is 13,8%, left ventricular outflow tract (LVOT) is 36% and other locations are 22,2% ($p < 0.01$). **Conclusions:** The rate of coronary artery lesion in patients with ventricular arrhythmias was 55,4%; in which coronary artery stenosis \geq 70% accounted for 29,7%, the lesion of one coronary artery branch accounted for 34,7%, two branches is 12,9% and three branches is 7,9%. The rate of coronary artery lesion increases in group with high risk of cardiovascular disease. Ventricular arrhythmias origins from RVOT and LVOT coexists with coronary artery disease, the VA originating from other locations is related signification to the degree of coronary artery lesion.

Keywords: Ventricular arrhythmias, ventricular premature contractions, coronary artery lesion, ischemic heart disease, coronary artery angiography, coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp thất là bệnh thường gặp trong thực hành lâm sàng, là nguyên nhân gây tử vong tim mạch. Ở Mỹ hàng năm số BN tử vong ngoài viện do RLN thất khoảng 300 – 420.000 BN [1].

Nguyên nhân gây RLN thất do bệnh tim cấu trúc, đặc biệt bệnh tim thiếu máu cục bộ là yếu

¹Bệnh viện HNDK Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Long

Email: huulong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 21.8.2023

tổ gây RLN thất ác tính. Rối loạn nhịp thất như nhanh thất, rung thất, xoắn đỉnh là hậu quả của những tổn thương cấp tính ĐMV [2], [3].

RLN thất cũng là yếu tố làm gia tăng nguy cơ tử vong ở những bệnh nhân có sẵn bệnh lý động mạch vành [3]. Hoặc những tổn thương ĐMV thâm lạng và RLN thất cũng có thể là sự đồng mắc, do đó có khả năng làm tăng nặng tình trạng bệnh khi tạo nhịp thất liên tục trong thăm dò điện sinh lý tim [4]. Vì vậy tìm hiểu đặc điểm tổn thương động mạch vành ở BN bị rối loạn nhịp thất trên 45 tuổi là hết sức quan trọng [5], [2].

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 101 BN bị RLN thất, ghi holter điện tâm đồ với mức độ Lown ≥ 2 , tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ tháng 06 năm 2022 đến tháng 06 năm 2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn BN: BN được chẩn đoán RLN thất trên điện tâm đồ bề mặt và được theo dõi bằng Holter điện tâm đồ 24 giờ có mức độ từ Lown 2 trở lên.

BN ≥ 45 tuổi được chụp ĐMV qua đường ống thông bằng hệ thống DSA [5]

Chỉ định và chống chỉ định thủ thuật chụp ĐMV qua đường ống thông dựa trên hướng dẫn của Hội tim mạch học Hoa Kỳ/Trường môn Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC) năm 2021 [5], [6].

Tiêu chuẩn loại trừ. Hội chứng vành cấp có biến chứng rối loạn nhịp tim

BN nghiên cứu không thu thập đủ thông tin.
BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu. Mô tả cắt ngang chùm bệnh, có hồi cứu

Biến số nghiên cứu được thu thập, tiến cứu và hồi cứu theo bệnh án nghiên cứu.

Kỹ thuật và đo đạc thông số [5]. Chuẩn bị bệnh nhân, kiểm tra hồ sơ bệnh án đầy đủ. BN được đưa đến phòng can thiệp – Chụp ĐMV qua đường ống thông: cho BN nằm đúng tư thế trên bàn can thiệp (DSA) \rightarrow bộc lộ vị trí đường vào mạch máu (Động mạch quay phải, hoặc ĐM đùi phải). Thủ thuật viên chính và phụ tiến hành sát khuẩn, mở đường vào động mạch bằng phương pháp Seldinger cải tiến, đưa các dụng cụ vào mạch máu, kết nối các hệ thống theo dõi huyết áp xâm lấn, nồng độ Oxy máu... Tiến hành chụp chọn lọc hệ động mạch vành trái, phải. Kết quả được đo bằng phần mềm đo đạc hình ảnh (QCA) tính diện tích lòng mạch bị hẹp. Kết thúc thủ thuật, BN được rút dụng cụ ra khỏi lòng mạch, băng ép cầm máu vị trí đường vào động mạch.

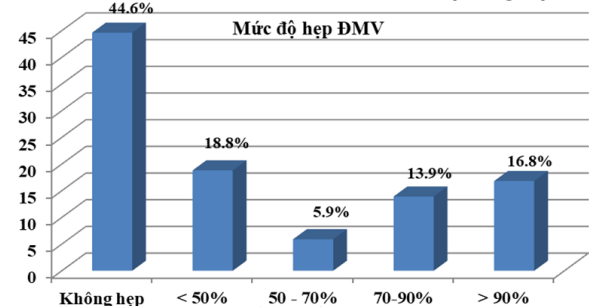
Phân tích xử lý số liệu. Số liệu được xử lý

bằng phần mềm SPSS 20.0. Kết quả được trình bày dưới dạng giá trị trung bình \pm độ lệch chuẩn đối với biến định lượng hoặc tỷ lệ % với biến định tính. Dùng phương pháp so sánh Ttest, so sánh cặp, khi bình phương, tương quan tuyến tính. Giá trị có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2022 đến 06/2023, chúng tôi thu thập 101 đối tượng nghiên cứu đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn, loại trừ tại Bệnh viện HNĐK Nghệ An. Nam giới chiếm 42,6%, tuổi trung bình $62,99 \pm 10,94$ tuổi. Bệnh lý đi kèm: THA chiếm 47,5%, đái tháo đường chiếm 13,9%, suy tim NYHA >2 chiếm 13,9%. Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau ngực với 93,1%; khó thở 74,3%; hồi hộp 62,4% và ngất là 5,9%. Nguy cơ bệnh tim mạch theo thang điểm SCORE cho nước có nguy cơ thấp: thấy 42,6% nguy cơ trung bình; 31,7% nguy cơ cao; 25,7% nguy cơ rất cao (Bảng 2).

Trong nghiên cứu có 37 BN hẹp ĐMV $\geq 50\%$ chiếm 36,6%; hẹp ĐMV $\geq 90\%$ chiếm 16,8%. Tổn thương 1 nhánh ĐMV 34,7%, tổn thương 2 nhánh là 12,9% và 3 nhánh là 7,9% (Bảng 1).



Biểu đồ 1: Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở BN rối loạn nhịp thất

Trong nhóm hẹp ĐMV $\geq 70\%$, ĐMLTT chiếm tỷ lệ cao nhất với 20,8%, ĐMM chiếm 7% và ĐMV phải là 14,8 % (Bảng 2).

Bảng 1. Một số đặc điểm tổn thương ĐMV ở BN rối loạn nhịp thất

Đặc điểm tổn thương ĐMV		N	%	p
Số nhánh	1 nhánh	35	34,7	<0,05
	2 nhánh	13	12,9	
	3 nhánh	8	7,9	
Hẹp ĐMV $\geq 70\%$	Động mạch liên thất trước	21	20,8	<0,05
	Động mạch mũ	7	7,00	
	Động mạch vành phải	15	14,8	
	Thân chung	2	2,00	

Tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ ở nhóm THA là 62,5%; ĐTD II là 50% và suy tim NYHA > 2 là 78,6 % ($p > 0,05$). Tỷ lệ này trong nhóm có triệu chứng ngất là 33,3%, đau ngực 31,9 %, khó thở là 36 % và

hồi hộp là 25 ($p > 0,05$) (bảng 2).

Bảng 2: Liên quan tổn thương ĐMV với một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Hẹp ĐMV $\geq 70\%$		OR (CI 95%)	P	
	Có	Không			
Bệnh đi kèm	THA	30(62,5%)	18(37,5%)		$>0,05$
	ĐTĐ II	7(50%)	7(50%)		$>0,05$
	Suy tim NYHA $> II$	11(78,6%)	3(21,4%)		$>0,05$
Triệu chứng lâm sàng	Đau ngực	30(31,9%)	64(68,1%)		$>0,05$
	Khó thở	27(36%)	48(64%)		$>0,05$
	Ngất	1(33,3%)	5(83,3%)		$>0,05$
	Hồi hộp	16(25%)	48(75%)		$>0,05$
Giới tính	Nam	15(34,9%)	28(65,1%)		$>0,05$
	Nữ	16(15,8%)	42(72,4%)		
Nhóm tuổi	45 \leq Tuổi < 60	6(15,8%)	32(84,2%)	3,5 (1,3 – 9,6)	0,021
	Tuổi ≥ 60	25(39,7%)	38(60,3%)		
Nguy cơ BMV (SCORE 2)	Nguy cơ \geq cao	25(43,1%)	33(56,9%)	4,7 (1,7 – 12,8)	0,002
	Nguy cơ \leq TB	6(14%)	37(86%)		

Tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ ở nhóm: tuổi ≥ 60 chiếm 39,7% cao gấp 3,5 lần (CI 95%: 1,3 – 9,6) so với nhóm 45 \leq Tuổi < 60 là 15,8% ($p < 0,05$); the thang điểm SCORE 2 nguy cơ tim mạch, nhóm \geq nguy cơ cao là 43,1%, cao gấp 4,7 lần (CI 95%: 1,7 – 12,8) so với ở nhóm có nguy cơ \leq trung bình ($p < 0,05$) (bảng 2).

Tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 70\%$ ở nhóm RLN thất khởi phát từ thất trái là 44,1% gấp 2,52 lần (CI 95%: 1,04 – 6,06) so với nhóm khởi phát thất phải ($p = 0,037$). Tỷ lệ này ở nhóm khởi phát từ vị trí ĐRTTP là 13,8%, ĐRTT là 436%, vị trí khác 77,8% ($p < 0,05$) (bảng 3).

Bảng 3: Liên quan tổn thương ĐMV $\geq 70\%$ và đặc điểm RLN thất

Đặc điểm	Hẹp ĐMV $< 70\%$		Hẹp ĐMV $\geq 70\%$		OR (CI 95%)	P
	N	%	n	%		
Thất phải	51	76,1	16	23,9	2,52 (1,04 – 6,06)	0,037
Thất trái	19	55,9	15	44,1		
RVOT	50	86,2	8	13,8	0,000	
LVOT	16	64	9	36		
Vị trí khác	14	77,8	4	22,2		
NTTT	61	70,9	25	29,1		
Nhanh thất	9	60	6	40		$>0,05$

RLN thất khởi phát vị trí không phải ĐRTTP có hẹp ĐMLTT $\geq 70\%$ chiếm 34,9% gấp 4,6 lần (CI: 1,6 – 13,3) khởi phát ĐRTTP ($p < 0,05$). RLN thất khởi phát không từ ĐRTTP có hẹp ĐMM $\geq 70\%$ chiếm 14% gấp 9,2 lần (CI: 1,06 – 79,9)

nhóm khởi phát ĐRTTP ($p < 0,05$). RLN thất khởi phát từ ĐRTTP có hẹp ĐMV phải $\geq 70\%$ chiếm 8,6% bằng 0,3 lần (CI: 0,1 – 0,99) nhóm khởi phát vị trí khác, ($p < 0,05$) (Bảng 4).

Bảng 4: Liên quan tổn thương nhánh ĐMV $\geq 70\%$ và vị trí khởi phát RLN thất

Hẹp $\geq 70\%$	ĐRTTP				Vị trí khác ĐRTT, ĐRTTP			
	Có	Không	OR (CI 95%)	p	Có	Không	OR (CI 95%)	p
ĐM liên thất trước (n,%)	6 (10,3%)	15 (34,9%)	4,6 (1,6 – 13,3)	0,003	11 (61,1%)	10 (12%)	11,47 (3,6 – 36,4)	0,000
Động mạch mũ (n,%)	1 (1,7%)	6 (14%)	9,2 (1,06 – 79,9)	0,022	6 (33,3%)	1 (1,2%)	41,0 (4,5 – 370,8)	0,000
ĐMV phải (n,%)	5 (8,6%)	10 (23,3%)	0,31 (0,1 – 0,99)	0,041	6 (33,3%)	9 (10,8%)	4,1 (1,24 – 13,64)	0,000

Trong nhóm RLN thất khởi phát vị trí khác ĐRTTP và ĐRTT (vùng mồm, thành bên, vùng vách liên thất...) có hẹp ĐMV $\geq 70\%$: ĐMLTT chiếm 61,1% gấp 11,47 lần (CI 95%: 3,61 –

36,4) nhóm khởi phát ĐRTTP và ĐRTT (12%) ($p < 0,05$); hẹp ĐMM chiếm 33,3% gấp 41,0 lần (CI 95%: 4,53 – 370,76) nhóm khởi phát ĐRTTP và ĐRTT (1,2%) ($p < 0,05$); hẹp ĐMV phải chiếm

33,3% gấp 4,1 lần (CI 95%: 1,24 – 13,64) nhóm khởi phát ĐRTP và ĐRTT (10,8%) ($p < 0,05$) (Bảng 4).

IV. BÀN LUẬN

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là khảo sát ĐMV dưới DSA ở BN bị RLN thất trên 45 tuổi, nhằm phát hiện sớm tổn thương từ đó đưa ra chiến lược điều trị hiệu quả. Có 56 BN hẹp ĐMV chiếm tỷ lệ 55,4%, trong đó: hẹp <50% chiếm 18,8%; hẹp 50 – 70% chiếm 5,9%; hẹp ĐMV 70 – 90% chiếm 13,9% và hẹp $\geq 90\%$ chiếm 16,8% (biểu đồ 1). Tổn thương 1 nhánh ĐMV chiếm 34,7%, 2 nhánh chiếm 12,9% và 3 nhánh là 7,9%. Tổn thương thân chung ĐMV trái chiếm 3%, hẹp $\geq 90\%$ chiếm 2%. Tổn thương ĐMLTT chiếm 41,6%, hẹp ĐMLTT $\geq 70\%$ là 20,8%. Tổn thương ĐMM chiếm 14,9%, hẹp $\geq 70\%$ chiếm 6,9%. Tổn thương ĐMV phải hẹp chiếm 25,7%, hẹp $\geq 70\%$ chiếm 14,8% (bảng 1). Pooja Vyas năm 2021 nghiên cứu trên 929 BN [7] cho thấy: BN bị hẹp ĐMV $\geq 50\%$ chiếm 34,4%, hẹp $\geq 90\%$ là 16,25% và tỷ lệ tổn thương 1, 2, 3 nhánh ĐMV tương ứng là 15,3%; 10,2% và 8,9%; tương đồng với kết quả của chúng tôi. Demetris Yannopoulos năm 2017 [8] nghiên cứu có 35/55 (64%) BN tắc ĐMV cấp tính, 18/55 (33%) bị tắc mạn tính, 46/55 (84%) BN hẹp ĐMV có ý nghĩa ($\geq 70\%$). Tổn thương 1 nhánh chiếm 30,4 % và 2 nhánh là 26,1 %, 3 nhánh là 43,5%, cao hơn kết quả của chúng tôi, do đối tượng nghiên cứu của Demetris Yannopoulos là BN ngừng tim do rung thất kháng trị - là một trong những biến chứng nguy hiểm do bệnh ĐMV nặng gây ra [2].

Nam giới có 28/53 BN tổn thương ĐMV chiếm 65,1% và 28/58 nữ tổn thương ĐMV chiếm 48,3%, hẹp ĐMV $\geq 70\%$ ở nam và nữ lần lượt là 34,9% và 15,8%. Mohammad Hashemi Jazi năm 2015 [9], có 99/299 (27,3%) BN bị ĐMV, nam giới chiếm 28% cao hơn nữ giới 10,9%, nam giới bị ĐMV tương đồng với kết quả của chúng tôi. Trong nhóm THA, ĐTĐ II và suy tim > NYHA II, hẹp ĐMV $\geq 70\%$ tương ứng là 62,5 %, 78,6% và 57,1% ($p > 0,05$). Hẹp ĐMV $\geq 70\%$ trong nhóm có triệu chứng đau ngực, khó thở, ngất, trống ngực lần lượt là 54,3%; 60% 42,3% và 48,4% (bảng 2). Hẹp ĐMV $\geq 70\%$ ở nhóm RLN thất khởi phát từ thất trái chiếm 44,1% cao hơn 2,52 lần (CI 95%: 1,04 – 6,06) so nhóm khởi phát từ thất phải với tỷ lệ 23,9% ($p < 0,05$) (bảng 3). Tỷ lệ hẹp ĐMV $\geq 70\%$, RLN thất khởi phát ĐRTP chiếm 13,8%; ĐRTT chiếm 36% và vị trí khác chiếm tỷ lệ 77,8

% ($p < 0,05$) (bảng 3). Các nghiên cứu trước đây cũng đã cho thấy vị trí khởi phát của NNTT cấp tính tương quan với vị trí NMCT cấp, xác định nguồn gốc của các NNTT xuất hiện trong NMCT giúp lập chiến lược điều trị và tiên lượng [10].

Chúng tôi chia vị trí khởi phát RLN thất thành 3 nhóm: ĐRTP, ĐRTT và vị trí khác. Bảng 4 cho thấy RLN thất khởi phát không phải từ ĐRTP có hẹp ĐMLTT $\geq 70\%$ chiếm 34,9 % gấp 4,6 lần (CI: 1,6- 13,3) nhóm khởi phát ĐRTP ($p = 0,003$); hẹp ĐMM $\geq 70\%$ chiếm 14 % gấp 9,2 lần (CI: 1,06 – 79,9) nhóm khởi phát ĐRTP ($p = 0,022$). RLN thất khởi phát từ ĐRTP có hẹp ĐMV phải $\geq 70\%$ chiếm 8,6 % bằng 0,3 lần (CI: 0,1 – 0,99) nhóm khởi phát vị trí khác ($p = 0,041$). Liên quan RLNT khởi phát khác vị trí ĐRTT với tổn thương các nhánh ĐMV $\geq 70\%$, cho thấy: RLN thất khởi phát vị trí khác (vùng mỏm, thành bên, vùng vách liên thất...) có hẹp ĐMLTT $\geq 70\%$ chiếm 61,1% gấp 11,47 lần (CI 95%: 3,61 – 36,4) nhóm khởi phát ĐRTP và ĐRTT (12%) ($p = 0,000$); hẹp ĐMM $\geq 70\%$ chiếm 33,3% gấp 41,0 lần (CI 95%: 4,53 – 370,76) nhóm khởi phát ĐRTP và ĐRTT (1,2%) ($p = 0,000$); hẹp ĐMV phải $\geq 70\%$ chiếm 33,3% gấp 4,1 lần (CI 95%: 1,24 – 13,64) nhóm khởi phát ĐRTP và ĐRTT (10,8%) ($p = 0,000$). RLNT khởi phát ĐRTP thường gặp, lành tính, mối liên quan với tổn thương động mạch vành cấp máu là một sự đồng mắc hơn là quan hệ nguyên nhân – hậu quả [2].

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tổn thương ĐMV ở BN RLN thất là 55,4%; hẹp $\geq 70\%$ chiếm 29,7%, tổn thương 1 nhánh 34,7%, 2 nhánh là 12,9%, 3 nhánh là 7,9%. Tổn thương ĐMV tăng ở nhóm rối RLN thất kèm yếu tố nguy cơ tim mạch cao. RLN thất khởi phát vị trí ĐRTP, ĐRTT là bệnh đồng mắc với tổn thương ĐMV, và RLN thất khởi phát từ vị trí khác (mỏm, vách, thành bên...) có liên quan đến tổn thương ĐMV.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Priori, S.G. and C. Blomström-Lundqvist**, 2015 European Society of Cardiology Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death summarized by co-chairs. European heart journal, 2015. 36(41): p. 2757-2759.
2. **Zeppenfeld, K., et al.**, 2022 ESC Guidelines for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death: Developed by the task force for the management of patients with ventricular arrhythmias and the prevention of sudden cardiac death of the European Society of Cardiology (ESC)

- Endorsed by the Association for European Paediatric and Congenital Cardiology (AEPIC). 2022. 43(40): p. 3997-4126.
3. **Wit, A.L., et al.,** Electrophysiological Foundations of Cardiac Arrhythmias: A Bridge Between Basic Mechanisms and Clinical Electrophysiology. 2020: Cardiotext Publishing.
 4. **Kimura, S., et al.,** Cellular electrophysiological changes during ischemia in isolated, coronary-perfused cat ventricle with healed myocardial infarction. 1988. 78(2): p. 401-406.
 5. **Tế, B.Y.,** Hướng dẫn quy trình kĩ thuật nội khoa chuyên ngành tim mạch. 2017, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
 6. **Lawton, J.S., et al.,** 2021 ACC/AHA/SCAI guideline for coronary artery revascularization: executive summary: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Joint Committee on Clinical Practice Guidelines. 2022. 145(3): p. e4-e17.
 7. **Vyas, P., et al.,** Coexistent coronary artery disease in Indian patients undergoing permanent pacemaker implantation (PPI) for symptomatic bradyarrhythmia. Indian Heart J, 2021. 73(5): p. 577-581.
 8. **Yannopoulos, D., et al.,** Coronary Artery Disease in Patients With Out-of-Hospital Refractory Ventricular Fibrillation Cardiac Arrest. J Am Coll Cardiol, 2017. 70(9): p. 1109-1117.
 9. **Hashemi, M., et al.,** Main clinical determinants of the presence of coronary artery disease in patients with left bundle branch block. Acta Biomedica: Atenei Parmensis, 2015. 86(3): p. 267-272.
 10. **Marcus, G.M.,** Evaluation and management of premature ventricular complexes. Circulation, 2020. 141(17): p. 1404-1418.

TỔNG QUAN VỀ NHIỄM NẤM TALARAMOYCES MARNEFFEI Ở BỆNH NHÂN NHIỄM HIV/AIDS

Võ Triều Lý¹, Vương Minh Nhật¹, Thuỳ Lê²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tổng hợp những y văn trên thế giới và tại Việt Nam về đặc điểm dịch tễ, lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh nhiễm Talaromyces marneffei ở bệnh nhân HIV/AIDS nhằm nâng cao hiệu quả, chẩn đoán và điều trị. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tìm kiếm và phân tích các y văn liên quan đến các triệu chứng lâm sàng, xét nghiệm chẩn đoán cũng như điều trị nhiễm T.marneffei. **Kết quả:** Nhiễm nấm T.marneffei là một bệnh nhiễm trùng cơ hội thường gặp ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS có số lượng TCD4⁺ <100 tế bào/mm³, đặc biệt ở vùng Đông Nam Á với tỉ lệ tử vong dao động từ 5 – 30%, chủ yếu là do chẩn đoán trễ. Các biểu hiện thường gặp của bệnh là sốt, gan, lách to và sẩn da. Việc chẩn đoán hiện tại dựa vào các phương pháp nuôi cấy vi sinh thông thường; các xét nghiệm huyết thanh học hứa hẹn sẽ giúp rút ngắn thời gian chẩn đoán. Điều trị hiện tại dựa vào việc sử dụng amphotericin B hoặc itraconazole. **Kết luận và kiến nghị:** Cần thực hiện thêm các nghiên cứu về các biện pháp xét nghiệm mới để cải thiện thời gian chẩn đoán.

SUMMARY

REVIEW OF TALARAMYCOSIS IN HIV/AIDS PATIENT

Objective: Summarize the literature in the world and in Vietnam on the epidemiological, clinical, and

laboratory characteristics and treatment of Talaromyces in HIV/AIDS patients in order to improve the effectiveness, diagnosis and treatment. **Methods:** Search and analyze the literature related to clinical symptoms, diagnostic tests, and treatment of Talaromyces infection. **Result:** Talaromyces is a common opportunistic infection in HIV/AIDS patients with TCD4⁺ counts <100 cells/mm³, especially in Southeast Asia with mortality rates ranging from 5 to 30 %, mainly due to late diagnosis. Common manifestations of the disease are fever, liver, spleen enlargement and skin papules. The current diagnosis is based on conventional microbiological culture methods; Serological tests promise to shorten the time to diagnosis. Current treatment is based on the use of amphotericin B or itraconazole. **Conclusion and recommendations:** Research new test to improve the diagnostic time.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm HIV/AIDS nói chung và nhiễm trùng cơ hội nói ở bệnh nhân HIV/AIDS nói riêng vẫn còn là gánh nặng sức khỏe, đặc biệt ở những nước đang phát triển như Việt Nam. Trong số các nhiễm trùng cơ hội ở bệnh nhân nhiễm HIV/AIDS, bệnh nhiễm nấm Talaromyces marneffei - tên gọi trước đây là Penicillium marneffei - là bệnh nhiễm trùng cơ hội đứng hàng thứ ba chỉ sau lao và nhiễm nấm Cryptococcus neoformans. Đây là một bệnh lý nhiễm nấm toàn thân, dễ xảy ra khi bệnh nhân có số lượng TCD4⁺ <100 tế bào/mm³. Nếu không được điều trị, bệnh sẽ diễn tiến nặng dần, dẫn đến tử vong; ngay cả khi được điều trị, tỉ lệ tử vong cũng có thể lên tới 10 – 30%. Ngoài

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Duke, Hoa Kỳ

Chịu trách nhiệm chính: Võ Triều Lý

Email: drtrieuly@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 10.8.2023

Ngày duyệt bài: 22.8.2023