

siêu âm và CLVT ổ bụng không phải là những yếu tố tiên lượng cần phải chuyển mổ mở để xử trí tổn thương, phẫu thuật nội soi vẫn được áp dụng để điều trị trong trường hợp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franklin, M.E., Jr., et al., Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. Surg Endosc, 2004. 18(1): p. 26-30.
2. Aka, A.A., J.P. Wright, and T. DeBeche-Adams, Small Bowel Obstruction. Clin Colon Rectal Surg, 2021. 34(4): p. 219-226.
3. Ten Broek, R.P.G., et al., Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg, 2018. 13: p. 24.
4. Szeliga, J. and M. Jackowski, Laparoscopy in small bowel obstruction - current status - review. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2017. 12(4): p. 455-460.
5. Sebastian-Valverde, E., et al., The role of the laparoscopic approach in the surgical management of acute adhesive small bowel obstruction. BMC Surg, 2019. 19(1): p. 40.
6. Farinella, E., et al., Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction. World J Emerg Surg, 2009. 4: p. 3.
7. Harvitkar, R.U., P.H. Kumar, and A. Joshi, Role of Laparoscopy in the Surgical Management of Acute Small Bowel Obstruction: Fact or Fiction? Cureus, 2021. 13(10): p. e18828.
8. Suter, M., et al., Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? Surg Endosc, 2000. 14(5): p. 478-83.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH MRI KHỐI U Ở BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Đức Liên²,
Nguyễn Thành Bắc¹, Ngô Quang Hùng³

Từ khóa: u nguyên bào thần kinh đệm, hình ảnh cộng hưởng từ, bệnh viện K.

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ khối u ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại bệnh viện K trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, chụp cộng hưởng từ và điều trị hóa xạ trị phối hợp tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Phần lớn khối u ở một bên bán cầu, thường xuất hiện ở thùy trán (26,5%), thái dương (17,6%), hỗn hợp (41,2%); đường kính lớn nhất khối u trung bình là $5,0 \pm 1,6$ cm; chủ yếu là các khối u có ranh giới không rõ (55,9%), tín hiệu không đồng nhất (94,1%), u dạng hỗn hợp (94,1%). Các đặc điểm khác đi kèm khối u như phù não chiếm 82,4%; chèn ép não thất chiếm 67,6%; vôi hóa chiếm 2,9%, hoại tử chiếm - xuất huyết chiếm 55,9%; có hơn 97% khối u bắt thuốc đối quang từ sau tiêm. Có hơn 60% bệnh nhân bị lệch đường giữa do u. **Kết luận:** U nguyên bào thần kinh đệm thường có kích thước lớn, hay chèn ép đường giữa, nằm một bên bán cầu não, hay gặp ở thùy trán, thái dương, thường có ranh giới u không rõ, cấu trúc hỗn hợp, thường hoại tử trong u hay phù não quanh u.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF MR IMAGING TUMORS IN GLIOBLASTOMA PATIENTS AT CENTRAL K HOSPITAL

Objective: To investigate the characteristics of tumor magnetic resonance imaging in glioblastoma patients at National Cancer Central Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional tissue study on 34 glioblastoma patients who underwent surgery, magnetic resonance imaging and combined chemotherapy and radiotherapy at K Central Hospital, Tan Trieu campus from 01 2019 to December 2020. **Results:** Most of the tumors were in one hemisphere, usually appearing in frontal lobes (26.5%), temporal (17.6%), mixed (41.2%). The average tumor diameter is 5.0 ± 1.6 cm, mainly tumors with unclear boundary (55.9%), heterogeneous signal (94.1%), mixed tumor (94.1%). Other features associated with the tumor such as cerebral edema accounted for 82.4%; ventricular compression accounted for 67.6%; Calcification accounted for 2.9%; necrosis - hemorrhage accounted for 55.9%; More than 97% of tumors captured contrast after injection. More than 60% of patients have midline deviation due to tumors. **Conclusion:** Glioblastoma is usually large, compresses the midline, is located on one side of the brain, is common in the frontal and temporal lobes, and often has unclear tumor boundaries, mixed structure, usually intratumoral necrosis or peritumoral cerebral edema.

Keywords: glioblastoma, magnetic resonance imaging, K hospital.

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

²Bệnh viện K – Tân Triều

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

U nguyên bào thần kinh đệm chiếm khoảng 12-15% các u nội sọ và 60-75% các loại u sao bào [1]. U tế bào thần kinh đệm là những u không đồng nhất xuất phát từ tế bào thần kinh đệm, phát triển chủ yếu từ dòng sao bào đệm (Astrocytoma), tế bào thần kinh đệm ít nhánh (Oligodendroglioma) và tế bào ống nội tủy (Ependynoma).

Trước đây việc chẩn đoán và điều trị u nguyên bào thần kinh đệm gặp nhiều khó khăn do các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh học, xét nghiệm mô bệnh học chưa hoàn thiện. Ngày nay, nhờ sự tiến bộ của khoa học kỹ thuật về các phương pháp chẩn đoán như chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ, chụp cắt lớp vi tính bằng bức xạ positron (PET), xét nghiệm mô bệnh học xác định các dấu ấn sinh học bằng hóa mô miễn dịch... giúp việc chẩn đoán và điều trị u não nói chung và u nguyên bào thần kinh đệm nói riêng đã có nhiều thuận lợi. Tuy nhiên, việc nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh cộng hưởng từ khối u vẫn còn hạn chế. Chúng tôi thực hiện mục tiêu này với mục tiêu "Khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ khối u ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại Bệnh viện K Trung ương".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, chụp cộng hưởng từ có bơm thuốc đối quang từ và điều trị hóa xạ trị phối hợp tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020.

* Tiêu chuẩn lựa chọn

- Bệnh nhân đã được chẩn đoán là u nguyên bào thần kinh đệm dựa vào triệu chứng lâm sàng và phim cộng hưởng từ có bơm thuốc đối quang từ.

- Được phẫu thuật lấy u và điều trị hóa xạ trị kết hợp.

- Không mắc các bệnh lý cấp tính, mạn tính đe dọa tính mạng.

- Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

* Tiêu chuẩn loại trừ

- Mắc các bệnh lý cấp tính, mạn tính đe dọa tính mạng.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô cắt ngang.

Nội dung nghiên cứu: Tiến hành khảo sát các đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ của bệnh nhân mắc u nguyên bào thần kinh đệm thỏa mãn các tiêu chí lựa chọn và loại trừ.

Chi tiêu nghiên cứu:

- Vị trí khối u: xác định vị trí khối u ở vùng nào của não bao gồm thùy trán, thùy thái dương, thùy đỉnh, thùy chẩm, hai bên trên lều, đa ổ, hố sọ sau, đồi thị, đường giữa trên lều, thùy đảo, thân não, não thất bên.

- Vị trí bán cầu: bên trái, bên phải, hai bán cầu.

- Ranh giới khối u: ranh giới rõ hay ranh giới không rõ

- Đường kính khối u: Kích thước khối u: đo kích thước u theo đường kính dài nhất của khối u theo ba chiều: chiều ngang trên ảnh axial, chiều trên dưới và chiều trước sau trên ảnh sagittal. Đường kính khối u trung bình, đường kính theo nhóm < 3cm, 3-5cm, > 5cm.

- Tín hiệu trên phim: tín hiệu đồng nhất, hay không đồng nhất.

- Cấu trúc khối u: đặc hay hỗn hợp

- Đặc điểm chèn ép não thất: có hay không chèn ép não thất

- Đặc điểm về vôi hóa, chảy máu: có hay không có vôi hóa, chảy máu

- Hình ảnh cộng hưởng từ sau khi tiêm thuốc đối quang từ: có bắt cản quang hay không bắt cản quang.

- Mức độ đè đẩy đường giữa: dựa trên một số kết quả nghiên cứu về mức độ đè đẩy đường giữa [2], [3], [4]; trong nghiên cứu này, chúng tôi phân chia thành các mức độ như sau: không đè đẩy, đường giữa lệch <0,5cm; lệch từ 0,5 – 1cm, lệch >1cm.

2.3. Phương pháp xử lý số liệu: số liệu thu thập được nhập và xử lý trên phần mềm thống kê y sinh học SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu trên 34 bệnh nhân trong thời gian từ 01/2019 đến 12/2020 tại bệnh viện K (cơ sở Tân Triều) chúng tôi rút ra một số kết quả nghiên cứu như sau:

Bảng 1. Đặc điểm vị trí khối u

Vị trí khối u	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Thùy trán	9	26,5
Thùy đỉnh	2	5,9
Thùy thái dương	6	17,6
Thùy chẩm	2	5,9
Hố sọ sau	1	2,9
Hỗn hợp	14	41,2
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Kết quả về vị trí khối u cho thấy, phần lớn u nằm ở thùy trán gồm 9 ca, chiếm 26,5%, ở thùy thái dương gồm 6 ca, chiếm 17,6%; vị trí u nằm hỗn hợp có 14 ca chiếm

41,2%. Ít gặp các khối u ở thùy đỉnh (2 ca, chiếm 5,9%), thùy chẩm (2 ca, chiếm 5,9% và chỉ có 1 khối u ở hố sọ sau (2,9%).

Bảng 2. Đặc điểm vị trí khối u theo bán cầu não

Vị trí theo bán cầu não	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Trái	14	41,2
Phải	18	52,9
Hai bán cầu	1	2,9
Hố sọ sau	1	2,9
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Trong các đối tượng tham gia nghiên cứu có vị trí u đa phần ở 1 bán cầu não; trong đó khối u nằm ở bán cầu não phải chiếm 52,9% và có 41,2% khối u nằm ở bán cầu não trái. Chỉ 1 trường hợp chiếm 2,9% có u não nằm cả 2 bên bán cầu não.

Bảng 3. Đặc điểm đường kính khối u trên phim chụp cộng hưởng từ

Đường kính lớn nhất của khối u	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
< 3 cm	5	14,7
3 – 5 cm	13	38,2
> 5 cm	16	47,1
Tổng	52	100,0
X±SD	5,0 ± 1,6	
Max - Min	8,3 – 2,0	

Nhận xét: Đường kính lớn nhất khối u trung bình là 5,0 ± 1,6 cm. Đường kính lớn nhất là 8,3cm và nhỏ nhất là 2,0 cm.

Nhóm khối u có đường kính >5 cm chiếm tỉ lệ lớn nhất (47,1%), nhóm khối u có đường kính từ 3 – 5cm chiếm 38,2% và chỉ có 5 bệnh nhân (14,7%) có đường kính khối u thuộc nhóm < 3cm.

Bảng 4. Đặc điểm hình ảnh khối u trên phim chụp cộng hưởng từ

Các đặc điểm khối u		Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Ranh giới khối u	Ranh giới rõ	19	55,9
	Ranh giới không rõ	15	44,1
Tín hiệu	Đồng nhất	2	5,9
	Không đồng nhất	32	94,1
Cấu trúc	Đặc	2	5,9
	Hỗn hợp	32	94,1
Phù não quanh khối u	Có	28	82,4
	Không	6	17,6
Chèn ép não thất	Có	23	67,6
	Không	11	32,4
Vôi hóa	Có	1	2,9
	Không	33	97,1
Hoại tử - xuất huyết	Có	19	55,9
	Không	15	44,1

Bắt thuốc đối quang tử	Có	33	97,1
	Không	1	2,9

Nhận xét: Phần lớn các khối u có ranh giới không rõ, với 19 bệnh nhân chiếm 55,9%. Và đa số các khối u có tín hiệu không đồng nhất (94,1%).

Bản chất khối u có hơn 94% là u dạng hỗn hợp, còn lại 5,9% là khối u dạng đặc.

Các đặc điểm khác đi kèm khối u như phù não chiếm 82,4%; chèn ép não thất chiếm 67,6%; vôi hóa chiếm 2,9%, hoại tử chiếm - xuất huyết chiếm 55,9%; có hơn 97% khối u bắt thuốc đối quang tử sau tiêm.

Bảng 5. Mức độ đè đẩy đường giữa của khối u não trên MRI

Đè đẩy đường giữa	Số bệnh nhân (n=34)	Tỷ lệ (%)
Đường giữa lệch <0,5cm	2	5,9
Đường giữa lệch 0,5-1cm	13	38,2
Đường giữa lệch >1cm	7	20,6
Không đẩy đường giữa	12	35,3
Tổng	52	100,0

Nhận xét: Đặc điểm đè đẩy đường giữa của khối u trên hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy có 12 bệnh nhân (35,3%) không bị đè đẩy đường giữa do khối u. Đối với những bệnh nhân bị đè đẩy đường giữa thì đường giữa bị lệch từ 0,5 đến 1cm chiếm tỉ lệ lớn nhất với 13 bệnh nhân chiếm 38,2%. Đường giữa lệch trên 1cm chiếm 20,6% (7 bệnh nhân) và chỉ có 2 bệnh nhân có đường giữa lệch dưới 0,5cm (5,9%).

IV. BÀN LUẬN

Chụp cộng hưởng từ sọ não có vai trò quan trọng trong chẩn đoán u não tế bào thần kinh đệm nnôn chung, cho hình ảnh rõ nét về vị trí, kích thước khối u, mức độ ngấm thuốc, mức độ phù não và đè đẩy tổ chức xung quanh. Kết quả về vị trí khối u cho thấy, phần lớn u nằm ở thùy trán nằm ở thùy trán gồm 9 ca, chiếm 26,5%, ở thùy thái dương gồm 6 ca, chiếm 17,6%; vị trí u nằm hỗn hợp có 14 ca chiếm 41,2%. Theo Hoàng Minh Đổ nghiên cứu ở những bệnh nhân u thần kinh đệm vùng bán cầu vị trí u hay gặp nhất là vùng thái dương (33,1%), tiếp đến là vùng trán (26,9%) [5].

Kích thước của khối u liên quan tới mức độ chèn ép, xâm lấn tổ chức xung quanh, đặc biệt liên quan đến sự lựa chọn phương pháp điều trị loại bỏ khối u: phẫu thuật lấy hết u hay lấy một phần khối u, xạ phẫu... Trong nghiên cứu của chúng tôi đường kính lớn nhất khối u trung bình là 5,0 ± 1,6; nhóm khối u có đường kính > 5cm chiếm tỉ lệ lớn nhất (47,1%). Những bệnh nhân u não tế bào thần kinh đệm bậc cao khi có triệu

chúng nhập viện thì đa số khối u đã có kích thước lớn vì khối u thường ác tính, tốc độ phát triển nhanh.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận thấy các u không có ranh giới rõ (75 ca), chiếm tỉ lệ cao 59,5%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với nhiều nghiên cứu trong và ngoài nước là đa số u nguyên bào thần kinh đệm thường không có ranh giới rõ. Theo Wen và các cộng sự, khi nghiên cứu về hình ảnh học và các tiêu chuẩn đánh giá đáp ứng sau điều trị của u tế bào thần kinh đệm cho thấy, những khối u ranh giới không rõ thường là những u có độ ác tính cao, thể hiện sự xâm lấn, chèn ép tổ chức não lành xung quanh. Do đó trên lâm sàng, để phát hiện kịp thời và xác định mức độ xâm lấn của u nguyên bào thần kinh đệm thì cộng hưởng từ có nhiều giá trị chẩn đoán hơn so với chụp cắt lớp vi tính [6].

Kết quả phân tích số liệu về hình ảnh tín hiệu khối u trên MRI cho thấy tỷ lệ bản chất khối u hơn phân nửa 90,4% là u dạng hỗn hợp, còn lại 9,6% là khối u dạng đặc. Hình ảnh tín hiệu hỗn hợp trên phim MRI sọ não là do khối u não tế bào thần kinh đệm ác tính thường có hoại tử, chảy máu trong khối u. Hình ảnh những ổ hoại tử trong u là đặc điểm hình ảnh đánh giá mức độ ác tính của u, trên phim chụp cắt lớp vi tính không thể thấy được vì vậy trong những trường hợp này phim MRI sọ não ngoài giá trị chẩn đoán còn có giá trị tiên lượng bệnh.

Mức độ bắt thuốc trên phim cộng hưởng từ phụ thuộc vào nguồn mạch đến cấp máu cho khối u, có hơn 86% khối u bắt thuốc đối quang từ sau tiêm trong nghiên cứu này của chúng tôi. Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của Hoàng Minh Đổ (2009) về hình ảnh cộng hưởng từ cho thấy có 91,7% các khối u có ngấm thuốc đối quang từ [5].

Hiện tượng tổ chức xung quanh khối u bị đè ép, di lệch khỏi vị trí giải phẫu bình thường là do khối u chiếm chỗ, hiện tượng phù não quanh u và mức độ xâm lấn của khối u. Những hình ảnh này hay gặp ở những khối u có độ ác tính cao. Hình ảnh chèn ép biểu hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính và phim cộng hưởng từ: phù não ở các mức độ khác nhau, hình ảnh xẹp hoặc giãn não thất, đè đẩy đường giữa. Trong nghiên cứu của chúng tôi hình ảnh phù não quanh u chiếm 82,4%; chèn ép não thất chiếm 67,6%, có trên 60% số bệnh nhân bị đè đẩy đường giữa. Mức độ phù não quanh khối u và chèn ép tổ chức xung quanh là đặc điểm hình ảnh có giá trị để chẩn đoán mức độ ác tính của u, u càng ác tính

phù não càng nhiều, đè đẩy càng mạnh. Theo Qin và các cộng sự, u có tính chất xâm lấn cao như u nguyên bào thần kinh đệm thì các biểu hiện của phù não càng rõ, đặc biệt là sự di lệch đường giữa [4].

Trong nghiên cứu này, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ hoại tử chiếm - xuất huyết trong u chiếm 55,9%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu khác, Theo diễn tiến tự nhiên của bệnh, u nguyên bào thần kinh đệm thường có độ ác tính cao phát triển nhanh, thường gây chèn ép cấu trúc mô não xung quanh, gây phù não quanh u, hoại tử trong u và thường có xuất huyết trong u. Dấu hiệu xuất huyết trong u là hiện tượng khối u xâm lấn, phá hủy mạch máu gây chảy máu, cũng có thể là hiện tượng bất thường mạch máu làm tăng áp lực thành mạch tại chỗ gây vỡ. Theo nghiên cứu của Sanei và cs báo cáo năm 2008, khảo sát trên 96 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được điều trị tại bệnh viện Loghmane-Hakim ở Iran từ năm 2001 tới 2006. Mục tiêu nghiên cứu này nhằm xác định đặc điểm của u tế bào thần kinh đệm trên cộng hưởng từ và chụp cắt lớp vi tính. Kết quả nghiên cứu này cho thấy dấu hiệu phù não, hóa nang, mật độ hỗn hợp và xuất huyết trong u là các dấu hiệu thường gặp ở các bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm [7].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu về đặc điểm khối u trên phim MRI của 34 trường hợp u nguyên bào thần kinh đệm được điều trị phẫu thuật, hóa xạ trị đồng thời tại bệnh viện K, cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2019 tới tháng 12/2020 chúng tôi nhận thấy về vị trí khối u đa số ở ở một bên bán cầu, thường xuất hiện ở thùy trán (26,5%), thái dương (17,6%), hỗn hợp (41,2%); đường kính lớn nhất khối u trung bình là $5,0 \pm 1,6$ cm; chủ yếu là các khối u có ranh giới không rõ (55,9%), tín hiệu không đồng nhất (94,1%), u dạng hỗn hợp (94,1%). Các đặc điểm khác đi kèm khối u như phù não chiếm 82,4%; chèn ép não thất chiếm 67,6%; vôi hóa chiếm 2,9%, hoại tử chiếm - xuất huyết chiếm 55,9%; có hơn 97% khối u bắt thuốc đối quang từ sau tiêm. Có hơn 60% bệnh nhân bị lệch đường giữa do u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Liang C, Jun S, Xiuzhi J, et al.** (2014). Treating malignant glioma in Chinese patients: update on temozolomide. *OncoTargets and Therapy*, 7: 235-244.
2. **R. Pujari, P. J. Hutchinson, A. G. Kolias** (2018). Surgical management of traumatic brain injury. *Journal of Neurosurgical Sciences*, 62(5): 584-92.

3. J. Wach, M. Hamed, P. Schuss, et al. (2020). Impact of initial midline shift in glioblastoma on survival. *Neurosurgical Review*.
4. X. Qin, R. Liu, F. Akter, et al. (2021). Peritumoral brain edema associated with glioblastoma correlates with tumor recurrence. *Journal of Cancer*, 12(7): 2073-82.
5. Hoàng Minh Đỗ (2009), Nghiên cứu chẩn đoán và thái độ điều trị u não thể glioma ở bán cầu đại não, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
6. P. Y. Wen, D. R. Macdonald, D. A. Reardon, et al. (2010). Updated response assessment criteria for high-grade gliomas: response assessment in neuro-oncology working group. *Journal of clinical oncology*, 28(11): 1963-1972.
7. T. M. Saneei, M. Aghaei, A. Jalali, et al. (2008). Evaluation of CT scan and MRI findings of pathologically proved gliomas in an Iranian population. *International Journal of Clinical Practice*, 4: 179-82.

TẦN SUẤT VÀ ĐẶC ĐIỂM CỦA HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Nhật Tài¹, Hoàng Văn Sỹ^{1,2}, Trần Nguyễn Phương Hải²

TÓM TẮT

Mở đầu: Hội chứng chuyển hóa (HCCH) là một trong những vấn đề sức khỏe toàn cầu. Chẩn đoán hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim càng được chú ý nhiều hơn. Tuy nhiên tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu hội chứng chuyển hóa trên đối tượng nhồi máu cơ tim cấp. **Mục tiêu:** Nghiên cứu này được tiến hành để xác định tần suất và đặc điểm của hội chứng chuyển hóa trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 11/2022 đến tháng 5/2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Có 199 bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu, tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là $64,5 \pm 11,3$ và tỉ lệ nam:nữ là 2,7:1. Tiền căn trong dân số nghiên cứu ghi nhận tăng huyết áp và hút thuốc là 2 yếu tố thường gặp nhất với tỉ lệ lần lượt là 31,66% và 42,71%. HCCH gặp ở 136 bệnh nhân chiếm tỉ lệ 68,34%. Tỉ lệ nữ giới mắc HCCH cao hơn nam giới (81,33% và 63,69% với $p = 0,019$). Nhóm bệnh nhân có HCCH có giá trị trung bình vòng eo (cm), huyết áp tâm thu (mmHg), huyết áp tâm trương (mmHg), glucose máu (mg/dL) và triglyceride máu (mg/dL) đều cao hơn và giá trị HDL-c máu (mg/dL) thấp hơn so với nhóm không có HCCH, khác biệt có ý nghĩa với $p < 0,05$. Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết chiếm tỉ lệ cao nhất với 94,85%, tiếp theo là giảm HDL-c (92,65%), thành phần ít gặp nhất là huyết áp (47,06%). HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất với 42,65%. Nhóm có HCCH có tỉ lệ Killip IV lúc nhập viện có xu hướng cao hơn nhóm không có HCCH với OR 2,23 (KTC 95%, 0,61 – 12,88, $p = 0,194$). Tỉ lệ rối loạn chức năng thất trái (LVEF $\leq 40\%$) không khác biệt giữa hai nhóm với $p = 0,841$. **Kết luận:** Tần suất hội chứng chuyển hóa trên bệnh

nhân nhồi máu cơ tim cấp là 68,34%. Trong nhóm HCCH, thành phần tăng đường huyết thường gặp nhất và HCCH với 3 thành phần chiếm tỉ lệ cao nhất.

Từ khóa: Hội chứng chuyển hóa, nhồi máu cơ tim cấp, choáng tim, suy tim.

SUMMARY

FREQUENCY AND CHARACTERISTICS OF ACUTE DECOMPENSATED HEART FAILURE SYNDROME IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Introduction: Metabolic syndrome is one of the global health issues. The diagnosis of metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction is receiving increasing attention. However, in Vietnam, there is still limited research on metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction. **Objective:** This study was conducted to determine the frequency and characteristics of metabolic syndrome in patients with acute myocardial infarction. **Subjects:** Patients with acute myocardial infarction were treated at the Interventional Cardiology Department of Cho Ray Hospital from November 2022 to May 2023. **Study design:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** There were 199 patients who met the study criteria, with a mean age of 64.5 ± 11.3 and a male-to-female ratio of 2.7:1. Among the study population, the most common underlying factors were hypertension and smoking, with respective rates of 31.66% and 42.71%. Metabolic syndrome was present in 136 patients, accounting for a prevalence rate of 68.34%. The proportion of females with metabolic syndrome was higher than that of males (81.33% vs. 63.69%, $p = 0.019$). The group with metabolic syndrome had higher mean values of waist circumference (cm), systolic blood pressure (mmHg), diastolic blood pressure (mmHg), blood glucose (mg/dL), and blood triglycerides (mg/dL), and lower mean values of HDL cholesterol (mg/dL) compared to the group without metabolic syndrome, with statistically significant differences ($p < 0.05$). Among patients with metabolic syndrome, the highest prevalence was observed for elevated blood glucose (94.85%), followed by reduced HDL cholesterol (92.65%), and the least common component was high blood pressure (47.06%).

¹Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Văn Sỹ

Email: hoangvansy@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023