

- northern provinces of Vietnam over a one year period. PLOS ONE, 2017. 12(3): p. e0173407.
3. **Avery, M.E. and J. Mead**, Surface properties in relation to atelectasis and hyaline membrane disease. *AMA J Dis Child*, 1959. 97(5, Part 1): p. 517-23.
 4. **Châu Huệ Mẫn, và cs.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng tại bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ năm 2021-2022. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, 2023. 56: p. 86-93.
 5. **Ali, Z., et al.**, Bronchopulmonary dysplasia: a review. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 2013. 288(2): p. 325-333.
 6. **Phạm Văn Anh và Nguyễn Đình Tuyên**, Đánh giá kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sơ sinh non tháng bằng liệu pháp Surfactant tại bệnh viện Sản-Nhi tỉnh Quảng Ngãi. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2021. 502(2): p. 87-92.
 7. **Phạm Nguyễn Tố Như**, Mô tả kết quả điều trị bệnh màng trong ở trẻ sinh non bằng surfactant qua kỹ thuật INSURE. *Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, 2010. 14: p. 155-161.
 8. **Nguyễn Hồng Như Phượng, và cs.**, Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và kết quả chăm sóc trẻ sơ sinh non tháng mắc bệnh màng trong được điều trị Surfactant tại Bệnh viện Phụ sản Thành phố Cần Thơ và Bệnh viện Nhi đồng Cần Thơ. *Tạp chí Y học Việt Nam*, 2022. 513(1): p. 82-87.

TỈ LỆ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC TÁI TƯỚI MÁU KHÔNG HOÀN TOÀN: MỘT NGHIÊN CỨU TIẾN CỨU

Trần Nguyễn Phương Hải¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh mạch vành là một trong những nguyên nhân gây tử vong và tàn tật hàng đầu thế giới.¹ Bệnh nhân có tổn thương nhiều nhánh mạch vành chiếm khoảng 50% những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và có tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tử vong cao hơn so với bệnh nhân chỉ có tổn thương ở nhánh động vành thủ phạm.² Ngoài ra, tái tưới máu hoàn toàn ở những đối tượng này cũng có tỉ lệ biến cố tim mạch chính thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn với tỉ lệ lần lượt là 44% và 65%.³ Tuy nhiên ở Việt Nam hiện tại thông tin về tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có bệnh nhiều nhánh mạch vành được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn còn hạn chế. **Mục tiêu:** Xác định tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với tổn thương nhiều nhánh mạch vành được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn tại bệnh viện Chợ Rẫy. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu cắt ngang tiến cứu mô tả có theo dõi dọc. Nghiên cứu được thực hiện trên 105 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Nghiên cứu có 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có can thiệp sang thương thủ phạm tiên phát, nam giới chiếm 69,5% với tuổi trung bình là 64,1 ± 11,5 tuổi. LAD là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 45,7%, theo sau là RCA với 41,9%. LCx là nhánh thủ phạm ở 11,3% bệnh nhân và chiếm tỉ lệ

thấp nhất là LMCA với 0,9%. Tất cả bệnh nhân đều được can thiệp đặt stent sang thương nhánh thủ phạm và 68,6% trường hợp tái tưới máu không hoàn toàn. 63,8% bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm và 36,2% bệnh nhân còn hẹp ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm. Trong đó, 61,2% bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài sang thương thủ phạm được can thiệp không hoàn toàn. Tỉ lệ này ở nhóm còn hẹp ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm là 81,6%, cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p = 0,03$). **Kết luận:** Phần lớn bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được can thiệp mạch vành qua da tiên phát chưa được tái tưới máu hoàn toàn. Tỉ lệ tái tưới máu không hoàn toàn bệnh nhân chỉ có hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 61,2% và ở bệnh nhân còn hẹp ≥ 2 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 81,6%.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu không hoàn toàn

SUMMARY

THE PROPORTION OF ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH INCOMPLETE REVASCULARIZATION IN MULTIVESSEL DISEASE: A PROSPECTIVE STUDY

Background: Coronary artery disease (CAD) is a leading global cause of mortality.¹ In acute ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI), around half of patients have involvement in multiple coronary artery disease, increasing the risks of recurrent infarction and mortality compared to those with a single affected vessel.² Notably, incomplete revascularization in this subset is associated with a lower incidence of major adverse cardiac events (MACE) - 44% compared to 65% in those with incomplete revascularization. However, information on the prevalence of multi-vessel involvement among

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 25.01.2024

STEMI patients undergoing incomplete reperfusion in Vietnam is limited. **Objective:** To assess the prevalence of incomplete revascularization in patients with ST-Segment Elevation Myocardial Infarction (STEMI) and multivessel coronary artery involvement at Cho Ray Hospital in Vietnam. **Patients and methods:** This prospective cross-sectional descriptive study with longitudinal follow-up included 105 patients diagnosed with STEMI and multivessel coronary artery disease who underwent primary percutaneous coronary intervention between April 2022 and June 2022 at the Interventional Cardiology Department and the Cardiology Department of Cho Ray Hospital. **Results:** Results revealed that among the 105 patients undergoing primary percutaneous coronary intervention, 69.5% were male, with a mean age of 64.1 ± 11.5 years. The left anterior descending artery (LAD) was the most frequently involved culprit vessel (45.7%), followed by the right coronary artery (RCA) at 41.9%. The left circumflex artery (LCx) was the culprit vessel in 11.3% of patients, while the left main coronary artery (LMCA) had the lowest incidence at 0.9%. Stent placement in the culprit vessel was performed in all patients, and incomplete revascularization occurred in 68.6% of cases. Further analysis revealed that in 63.8% of patients, only one non-culprit coronary artery was narrowed, while 36.2% had stenosis in ≥ 2 non-culprit arteries. Among those with stenosis in one non-culprit artery, 61.2% underwent incomplete revascularization, while in the group with stenosis in ≥ 2 non-culprit arteries, the rate was 81.6%, indicating a statistically significant difference ($p = 0.03$). **Conclusion:** The study provides valuable insights into the prevalence of incomplete revascularization in STEMI patients with multivessel coronary artery disease in the context of Vietnam. **Keywords:** myocardial infarction, multivessel disease, incomplete revascularization

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh mạch vành là một trong những nguyên nhân gây ra tử vong và tàn tật hàng đầu thế giới, liên quan đến 18,6 triệu trường hợp tử vong.¹ Tại châu Âu, tỉ suất mới mắc nhồi máu cơ tim có ST chênh lên dao động từ 43 – 144/100.000 dân/năm.⁴ Tương tự, tỉ suất mắc mới của nhồi máu cơ tim ST chênh tại Mỹ được báo cáo giảm từ 133/100.000 trong năm 1990 xuống 50/100.000 vào năm 2008.³

Ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên được chụp mạch vành, khoảng 50% bệnh nhân có tổn thương nhiều nhánh đi kèm.² Những bệnh nhân này có tiên lượng xấu hơn những bệnh nhân chỉ bị tổn thương nhánh thủ phạm, điển hình là tỉ lệ tử vong cao hơn, tỉ lệ tái nhồi máu cao hơn.² Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh kết cục giữa những bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn đã cho thấy những bệnh nhân ở nhóm được tái tưới máu hoàn toàn có tỷ lệ các biến cố

tim mạch chính giảm từ 44% đến 65% so với nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn.³ Tuy nhiên, các nghiên cứu quan sát trong vòng 10 năm nay cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được tái tưới máu hoàn toàn dao động trong khoảng 15% – 63%, tùy vào thời gian và vùng lãnh thổ mà các nghiên cứu này được thực hiện.

Hiện tại, ở Việt Nam, thông tin về tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu xác định tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn còn hạn chế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Đây là nghiên cứu cắt ngang tiến cứu mô tả có theo dõi dọc, được thực hiện trên bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. Dữ liệu hồ sơ bệnh án được ghi nhận gồm: giới tính, tuổi, tiền căn bệnh lý, triệu chứng lâm sàng, sinh hiệu, kết quả xét nghiệm, điện tâm đồ, siêu âm tim, chẩn đoán lâm sàng và kết quả chụp mạch vành và can thiệp mạch vành.

Cỡ mẫu: Để xác định tỉ lệ bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn, chúng tôi sử dụng công thức ước đoán cỡ mẫu tối thiểu và tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn theo Fukutomi và cộng sự⁵ với sai số 10%, cỡ mẫu tối thiểu ước tính 96 bệnh nhân.

Tiêu chuẩn chọn bệnh: bệnh nhân ≥ 18 tuổi, chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên, hẹp $> 50\%$ nhiều nhánh mạch vành, được can thiệp mạch vành qua da tiên phát sang thương thủ phạm và tự nguyện tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại ra: bệnh nhân đã được sử dụng thuốc tiêu sợi huyết, Killip 4 lúc nhập viện hoặc có choáng tim trong 24 giờ sau thủ thuật can thiệp nhánh thủ phạm, có biến chứng cơ học, block AV độ III không hồi phục sau khi can thiệp nhánh thủ phạm, có dòng chảy TIMI ≤ 2 sau khi can thiệp nhánh thủ phạm, có sang thương tắc mạn tính hoàn toàn, được lên kế hoạch mổ bắc cầu mạch vành, hoặc đã từng mổ bắc cầu mạch vành.

Biến số nghiên cứu: Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng

(lý do nhập viện, tiền căn bệnh lý, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể) và các thông số cận lâm sàng (điện tâm đồ, siêu âm tim, sinh hóa, huyết học). Mức độ hẹp mạch vành được đo bằng phương pháp QCA (Quantitative Coronary Angiography) bởi các bác sĩ khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh nhiều nhánh mạch vành khi có ít nhất 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm có tổn thương hẹp > 50%. Tái tưới máu hoàn toàn khi bệnh nhân được can thiệp đặt stent tất cả tổn thương ở các nhánh mạch vành có hẹp trên 50% đường kính trong cùng phiên thủ thuật với nhánh thủ phạm, trong cùng 1 lần nhập viện hoặc ở 1 lần nhập viện khác nhưng < 45 ngày kể từ khi can thiệp nhánh thủ phạm. Tái tưới máu không toàn hoàn khi bệnh nhân vẫn còn sang thương hẹp > 50% đường kính và chỉ được điều trị nội khoa.

Xử lý thống kê: Dữ liệu được phân tích bằng phần mềm Stata phiên bản 14.0. Biến định tính được trình bày bằng tần số hoặc tỉ lệ phần trăm. Biến định lượng được trình bày bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Những biến số phân phối không chuẩn được thể hiện bằng trung vị và khoảng tứ phân vị. Đối với biến số định lượng, sử dụng t-test nếu phân phối thường hoặc để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 biến định lượng với $\alpha = 0,05$. Đối với biến số định tính, sử dụng phép kiểm Chi bình phương để kiểm tra sự khác biệt giữa 2 biến định tính với $\alpha = 0,05$. Sử dụng hồi quy Cox để tìm mối tương quan giữa các biến số.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm dân số nghiên cứu. Từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 có 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có can thiệp sang thương thủ phạm tiên phát được nhận vào nghiên cứu. Nam giới có 73 trường hợp, chiếm tỉ lệ 69,5%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $64,1 \pm 11,5$ tuổi.

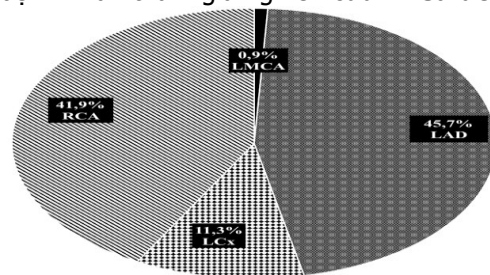
Tất cả bệnh nhân đều có ít nhất 1 yếu tố nguy cơ tim mạch. Rối loạn lipid máu và tăng huyết áp là 2 yếu tố nguy cơ có tỉ lệ lần lượt là 88,6% và 73,3%. Đái tháo đường và thừa cân, lần lượt là 36,1% và 39,1%. Bệnh thận mạn chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7,6%. Có 67 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 63,8% có 3 – 4 yếu tố nguy cơ tim mạch.

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất với 45 bệnh nhân, chiếm 42,9%. Bệnh nhân nhồi máu thành trước chiếm tỉ lệ 37,1% tương ứng với 36 bệnh nhân. Có 14 bệnh nhân bị nhồi máu thành bên, chiếm tỉ lệ

13,3%. Bệnh nhân nhồi máu vùng trước rộng chiếm tỉ lệ thấp nhất với 7 bệnh nhân, chiếm 6,7% bệnh nhân.

Trong 105 bệnh nhân, 71 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 67,6%, được can thiệp mạch vành ở thời điểm < 12 giờ sau khởi phát triệu chứng đau ngực. Số bệnh nhân được can thiệp vào thời điểm 12 – 24 giờ chiếm tỉ lệ 26,7% với 28 bệnh nhân và thời can thiệp sau 24 giờ từ lúc khởi phát triệu chứng chiếm tỉ lệ thấp nhất với 6 bệnh nhân, tương ứng với 5,6%.

LAD là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48 bệnh nhân (45,7%), theo sau đó là RCA với 44 bệnh nhân (41,9%). LCx là nhánh thủ phạm ở 12 bệnh nhân (chiếm 11,3%). LMCA là nhánh thủ phạm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1 bệnh nhân, tương ứng với 0,9% số bệnh nhân tham gia nghiên cứu. **Biểu đồ 1.**



Biểu đồ 1. Phân bố nhánh động mạch vành thủ phạm

Tỉ lệ bệnh nhân không được tái thông hoàn toàn. Tất cả 105 bệnh nhân đều được can thiệp đặt stent sang thương nhánh thủ phạm. Bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm có 67 trường hợp, chiếm tỉ lệ 63,8% và 38 bệnh nhân còn ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm, chiếm tỉ lệ 36,2%.

Can thiệp ngoài nhánh thủ phạm có 33 bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn, chiếm 31,4% dân số tham gia nghiên cứu, trong khi đó đa số bệnh nhân với 72 trường hợp tái tưới máu không hoàn toàn, chiếm tỉ lệ 68,6% (Bảng 1).

Bảng 1. Tỉ lệ bệnh nhân được can thiệp mạch vành không hoàn toàn

	Tái tưới máu hoàn toàn	Tái tưới máu không hoàn toàn	Tổng
n	33	72	105
%	31,4	68,6	100

Trong 67 bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm, có 61,2% bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn. Trong 38 bệnh nhân còn ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm, có đến 81,6% bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê, $p = 0,031$ (Bảng 2).

Bảng 2. Tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn theo số nhánh mạch vành bị hẹp

	1 nhánh n=67	≥ 2 nhánh n=38	P
Can thiệp hoàn toàn, n (%)	26 (38,8)	7 (18,4)	0,031
Can thiệp không hoàn toàn, n (%)	41 (61,2)	31 (81,6)	

IV. BÀN LUẬN

Trong 105 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, lần lượt có 43,8% và 34,3% bệnh nhân nhồi máu thành trước và thành dưới. Động mạch liên thất trước là nhánh động mạch vành thủ phạm nhiều nhất trong nghiên cứu với 45,7% bệnh nhân. Động mạch vành phải và động mạch mũ chiếm tỷ lệ lần lượt 41,9% và 11,3%. Tác giả Mehta⁶ đã ghi nhận tỷ lệ các nhánh mạch vành thủ phạm liên thất trước, động mạch vành phải, động mạch mũ lần lượt là: 34,4%, 47,4% và 18%. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận tỷ lệ nhánh thủ phạm LMCA chỉ là 0,9% thấp hơn rất nhiều so với các nghiên cứu về nhồi máu cơ tim ST chênh lên khác, dao động từ 2% – 4%. Chúng tôi cho rằng đây có thể là do một trong những tiêu chuẩn loại trừ trong nghiên cứu chúng tôi là phân loại Killip 4 tại thời điểm nhập viện hoặc bệnh nhân có choáng tim sau 24 giờ kể từ thủ thuật can thiệp nhánh mạch vành thủ phạm và bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh lên do tắc LMCA thường nhập viện trong tình trạng choáng tim, đột tử, phù phổi cấp.⁷

Trong nghiên cứu chúng tôi tất cả 105 bệnh nhân đều được can thiệp đặt stent sang thương nhánh thủ phạm. Bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm chiếm tỷ lệ 63,8% và còn ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm chiếm tỷ lệ 36,2%. Can thiệp tái tưới máu hoàn toàn có 33 bệnh nhân, chiếm 31,4% dân số tham gia nghiên cứu, trong khi đó đa số bệnh nhân với 72 trường hợp tái tưới máu không hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 68,6%. Trong 67 bệnh nhân còn hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm, có 61,2% bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn. Trong 38 bệnh nhân còn ≥ 2 nhánh ngoài nhánh thủ phạm, có đến 81,6% bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn.

Trong thử nghiệm lâm sàng COMPLETE của tác giả Mehta và cộng sự,³ tỷ lệ bệnh nhân còn hẹp tồn dư 1 nhánh mạch vành ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn và hoàn toàn lần lượt là 77,1% và 76,1. Có thể thấy tỷ lệ bệnh nhân còn hẹp 2 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm trở lên ở nghiên cứu được

đề cập thấp hơn so với nghiên cứu chúng tôi. Điều này có thể do dân số trong nghiên cứu này có nguy cơ cao hoặc rất cao với tỷ lệ bệnh nhân bị đái tháo đường và rối loạn lipid máu trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn đáng kể. Đây có thể là yếu tố gây nhiễu ảnh hưởng đến so sánh kết quả với các nghiên cứu khác vì số lượng nhánh hẹp còn lại là một trong những yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến kết quả bệnh nhân.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận có 72 bệnh nhân được can thiệp mạch vành không hoàn toàn, chiếm tỷ lệ 68,6%. Motoki Fukutomi và cộng sự⁵ đã thực hiện nghiên cứu quan sát khảo sát kết quả của 210 bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh, kết quả có 46,7% bệnh nhân được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn. Tác giả Sung Woo Kwon và cộng sự⁸ đã thực hiện nghiên cứu đoàn hệ tiến cứu trên 705 bệnh nhân tại Hàn Quốc, có 41% bệnh nhân chỉ được can thiệp nhánh mạch vành thủ phạm. Có sự khác biệt này có thể vì các nghiên cứu được thực hiện trước năm 2021, khi các hướng dẫn thực hành lâm sàng về can thiệp các sang thương ngoài sang thương thủ phạm chưa được cụ thể, vì thế, không có sự thống nhất về phương pháp cũng như thời điểm tái tưới máu tối ưu, do vậy, mỗi trung tâm sẽ có cách tiếp cận điều trị khác nhau. Ngoài ra, chính sách bảo hiểm chi trả cho stent mạch vành cũng khác nhau giữa các nước, vì thế dẫn đến sự chênh lệch tỷ lệ bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn ở các vùng lãnh thổ khác nhau.

V. KẾT LUẬN

Phần lớn bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được can thiệp mạch vành qua da tiên phát chưa được tái tưới máu hoàn toàn. Tỷ lệ tái tưới máu không hoàn toàn bệnh nhân chỉ có hẹp 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 61,2% và ở bệnh nhân còn hẹp ≥ 2 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm là 81,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al. Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990–2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982–3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010
2. Corpus RA, House JA, Marso SP, et al. Multivessel percutaneous coronary intervention in patients with multivessel disease and acute myocardial infarction. *Am Heart J.* 2004;148(3):493–500. doi:10.1016/j.ahj.2004.03.051
3. Mehta SR, Wood DA, Storey RF, et al. Complete Revascularization with Multivessel PCI for Myocardial Infarction. *N Engl J Med.* 2019; 381

- (15): 1411-1421. doi:10.1056/NEJMoa1907775
4. **Widimsky P, Wijns W, Fajadet J, et al.** Reperfusion therapy for ST elevation acute myocardial infarction in Europe: description of the current situation in 30 countries. *Eur Heart J.* 2010; 31(8): 943-957. doi:10.1093/eurheartj/ehp492
 5. **Fukutomi M, Toriumi S, Ogoyama Y, et al.** Outcome of staged percutaneous coronary intervention within two weeks from admission in patients with ST-segment elevation myocardial infarction with multivessel disease. *Catheter Cardiovasc Interv.* 2019;93(5):E262-E268. doi:10.1002/ccd.27896
 6. **Halpern DG, Weinberg CR, Pinnelas R, Mehta-Lee S, Economy KE, Valente AM.** Use of Medication for Cardiovascular Disease During Pregnancy: JACC State-of-the-Art Review. *J Am Coll Cardiol.* 2019;73(4): 457-476. doi:10.1016/j.jacc.2018.10.075
 7. **Klein AJ, Casserly IP, Messenger JC.** Acute left main coronary arterial thrombosis - a case series. *J Invasive Cardiol.* 2008;20(8):E243-246.
 8. **Kwon SW, Park SD, Moon J, et al.** Complete Versus Culprit-Only Revascularization for ST-Segment Elevation Myocardial Infarction and Multivessel Disease in the 2nd Generation Drug-Eluting Stent Era: Data from the INTERSTELLAR Registry. *Korean Circ J.* 2018;48(11):989-999. doi:10.4070/kcj.2017.0387

TÁC DỤNG GIẢM ĐAU, CẢI THIỆN VẬN ĐỘNG CỦA THỦY CHÂM CHẾ PHẨM CHỨA NỌC ONG APITOXIN TRÊN BỆNH NHÂN ĐAU THẮT LƯNG DO THOÁI HÓA CỘT SỐNG

Nguyễn Ngọc Mậu¹, Cấn Văn Mão², Phạm Viết Dự¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng giảm đau và cải thiện vận động của thủy châm chế phẩm chứa nọc ong Apitoxin trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống. **Đối tượng và phương pháp:** 100 bệnh nhân được chẩn đoán đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, được điều trị tại Bệnh viện châm cứu trung ương. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm, mỗi nhóm 50 bệnh nhân. Ở nhóm nghiên cứu, bệnh nhân được thủy châm chế phẩm chứa nọc ong Apitoxin liều 0.0025 mg/kg và điện châm, nhóm chứng được thủy châm nước muối sinh lý NaCl 0,9% và điện châm trong 15 ngày. Đánh giá kết quả bằng sự thay đổi thang đau VAS, tầm vận động, độ giãn cột sống thắt lưng. **Kết quả:** Sau 15 ngày điều trị, ở nhóm nghiên cứu, mức độ đau qua thang đau VAS giảm dần và có ý nghĩa thống kê so với trước điều trị, tầm vận động cột sống thắt lưng mức độ tốt tăng, độ giãn cột sống thắt lưng tăng có ý nghĩa thống kê từ ngày thứ 7 đến ngày thứ 15. **Kết luận:** Thủy châm chế phẩm chứa nọc ong Apitoxin có tác dụng giảm đau và cải thiện vận động trên bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống.

Từ khóa: Bệnh nhân đau thắt lưng do thoái hóa cột sống, thủy châm, chế phẩm chứa nọc ong Apitoxin

SUMMARY

INVESTIGATION ON THE ANALGESIC AND MOVEMENT IMPROVEMENT EFFECTS OF BEE VENOM ACUPUNCTURES ON PATIENTS

¹Học viện Y học Cổ truyền Quân Đội

²Học Viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Ngọc Mậu

Email: nguyenngocmau235@mail.com

Ngày nhận bài: 21.11.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.12.2023

Ngày duyệt bài: 23.01.2024

WITH SPINAL DEGENERATION

Objectives: To evaluate the analgesic and movement improvement effects of bee venom acupunctures on patients with spinal degeneration induced low back pain. **Subjects and methods:** 100 patients with spinal degeneration induced low back pain were treated at National Hospital of Acupuncture. They were divided into two groups: control and bee venom groups. In the bee venom group, patients were treated by Electro-acupuncture and bee venom acupuncture at dose 0.0025 mg/kg. In control group, patients were treated by saline and electro-acupunctures for 15 continuous days. Scale VAS, motion ranges and the lumbar spine stretch were measured before and after treatments. **Results:** After 15 treatment days, in the bee venom group, there was a significant decrease in scale VAS while there were significant increases in motion ranges, the lumbar spine stretch from day 7 to day 15 after treatments. **Conclusion:** Bee venom acupunctures had strong effects of the analgesic and movement improvement in patients with spinal degeneration induced low back pain. **Keywords:** patients with spinal degeneration induced low back pain, acupuncture, bee venom

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thoái hóa cột sống là bệnh lý thường gặp trong các bệnh lý về khớp. Theo thống kê gần đây cho thấy số người bị thoái hóa và đau cột sống thắt lưng ước tính khoảng 266 triệu, chiếm 3.63% ở phạm vi toàn cầu [1]. Thoái hóa cột sống gây đau và hạn chế vận động, là nguyên nhân dẫn đến mất khả năng lao động và tàn phế đối với bệnh nhân bị thoái hóa cột sống thắt lưng. Theo ước tính, năm 2010, số người bị tàn phế và mất chức năng vận động do thoái hóa cột sống thắt lưng là khoảng 83 triệu người và được