(3), pp. 328-330.
4. **Brown T. C.** (2013), "Reactions to honeybee stings: an allergic prospective", Current opinion in allergy clinical immunology 13 (4), pp. 365-371.
5. **Bücherl W. et al.** (2013), Venomous Animals and Their Venoms: Venomous Vertebrates, Elsevier.
6. **Chuah G. et al.** (1996), "Case reports and mini review of bee stings of the cornea", Singapore medical journal. 37, pp. 389-391.
7. **Fitzgerald K. T. et al.** (2006), "Hymenoptera stings", Clin Tech Small Anim Pract. 21 (4), pp. 194-204.
8. **Gürlü V. P. et al.** (2006), "Corneal bee sting-induced endothelial changes", Cornea. 25 (8), pp. 981-983.
9. **Habermann** (1972), "Bee and wasp venoms", Science 177 (4046), pp. 314-322.
10. **Kim J. H. et al.** (2014), "Corneal bee sting controlled with early surgical intervention and systemic high-dose steroid therapy", Case Rep Ophthalmol Med. 2014, pp. 140626.

GIÁ TRỊ DỰ BÁO CỦA ST CHÊNH LÊN Ở CHUYỂN ĐẠO AVR ĐỐI VỚI BỆNH THÂN CHUNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÁI HOẶC BỆNH BA NHÁNH MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN

Đào Thị Thanh Bình[1], Nguyễn Minh Anh[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Xác định tỉ lệ mắc và giá trị dự đoán bệnh thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh ba nhánh mạch vành với dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang gồm 140 bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCTKSTCL) ở độ tuổi 34 - 95 (tuổi). Các dữ liệu nhân trắc học được thu thập. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều được đo điện tâm đồ (ECG), định lượng nồng độ Troponin – I hs và được chụp động mạch vành cản quang (theo qui trình chẩn đoán và điều trị của bệnh viện). Bệnh nhân NSTEMI được phân loại thành 2 nhóm: có hay không có ST chênh lên ở aVR. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 65,94 ± 11,95 (năm). Trong đó, có 83 bệnh nhân nam (59,29%) và 57 bệnh nhân nữ (40,71%). Có 45 bệnh nhân NMCTKSTCL có ST chênh lên ở aVR (chiếm 32,14%). Bệnh thân chung động mạch vành trái (LM) hoặc bệnh 3 nhánh mạch vành (3VD) được ghi nhận ở 32 bệnh nhân NMCTKSTCL có ST chênh lên ở aVR (chiếm 71,11%). Độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, tỉ số khả dĩ dương (LR +) của đoạn ST chênh lên ở chuyển đạo aVR trong dự đoán bệnh LM/3VD lần lượt là 45,07%; 81,16%; 71,11%; 2,39. Dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR kết hợp ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên có giá trị tiên đoán dương cao nhất (76,47%), độ đặc hiệu cao nhất (94,2%) và tỉ số khả dĩ dương (LR +) cũng cao nhất (3,16). **Kết luận:** Bệnh nhân NMCTKSTCL có đoạn ST chênh lên ở aVR có nguy cơ mắc bệnh thân chung động mạch vành trái hay bệnh 3 nhánh mạch vành là 32,14%. Đoạn ST chênh lên ở aVR đơn thuần hoặc kết hợp với ST chênh xuống thành bên có giá trị dự báo bệnh mạch vành nặng ở bệnh nhân NMCTKSTCL.

Từ khóa: NMCTKSTCL, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, điện tâm đồ, aVR, bệnh thân chung động mạch vành trái, bệnh 3 nhánh mạch vành.

SUMMARY

ASSESSING THE PREDICTING SIGNIFICANCE OF ST SEGMENT ELEVATION IN LEAD AVR FOR DETECTING LEFT MAIN OR TRIPLE VESSEL CORONARY ARTERY DISEASE IN PATIENTS PRESENTING WITH NON-ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: Assess the prevalence and diagnostic accuracy of ST segment elevation in lead aVR for predicting left main or triple vessel coronary artery disease in patients with non-ST elevation myocardial infarction (NSTEMI). **Methodology**: Total 140 patients with NSTEMI having age 34-95 years were included in this case control study. The data on demographic details was collected. All patients underwent electrocardiography (ECG) and cardiac specific Troponin-I assessment. Patients were categorized as NSTEMI with or without ST-elevation in lead aVR. Coronary angiography was performed in all patients and angiographic results were noted. **Results:** Mean age of patients was 65,94 ± 11,95 years. There were 83 (59,29%) males and 57 (40,71%) female patients. 45 (32,14%) patients of NSTEMI had ST elevation in aVR (STEaVR). Left main (LM) or tripple vessel disease (3VD) was found in 32 (71,11%) patients with STEaVR. Sensitivity, specificity, positive predictive value and positive likelihood ratio of STEaVR for LM or 3VD were 45,07%, 81,16%, 71,11% and 2,39 respectively. STEaVR with ST depression in lateral leads has the highest positive predictive value, specificity and likelihood ratio (76,4%; 94,2%; 3,16 respectively). **Conclusion**: In NSTEMI patients, ST segment elevation in aVR is associated with the risk of left main or triple vessel coronary artery disease is

[1]*Trường Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Thanh Bình
Email: binhdtt@pnt.edu.vn
Ngày nhận bài: 01.12.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.01.2024
Ngày duyệt bài: 2.2.2024

32,14%. ST segment elevation in aVR with ST depression in lateral leads may support the use these findings in predicting severe coronary artery disease in patients diagnosed with an NSTEMI.

Keywords: NSTEMI, non–ST-segment elevation myocardial infarction, electrocardiography, lead aVR, left main, triple vessel disease, 3VD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NMCTKSTCL) có mức độ nặng của bệnh mạch vành khác nhau[1]. Điện tâm đồ (ECG) tại thời điểm nhập viện giữ một vai trò quan trọng trong việc phân loại nguy cơ mắc bệnh. Tuy nhiên, vẫn còn những khó khăn nhất định trong chẩn đoán do nhiều tình huống lâm sàng biểu hiện với hình thái ECG khác nhau, cần chiến lược tiếp cận chính xác để phân tầng nguy cơ và điều trị phù hợp. Chuyển đạo aVR là chuyển đạo thường được quan tâm lưu ý trong bệnh cảnh NMCTKSTCL. Các nghiên cứu gần đây đã cho thấy những bệnh nhân có đoạn ST chênh xuống ≥0,5mm trên ECG lúc nhập viện có thể cần chiến lược can thiệp sớm[2]. Các thang điểm đánh giá nguy cơ khác nhau như thang điểm GRACE cho NMCTKSTCL cũng sử dụng độ chênh của ST như một yếu tố dự đoán độc lập cho kết cục xấu.[3] Một số nghiên cứu ghi nhận nếu có thêm dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR thì có thể dự đoán các biến cố bất lợi ở bệnh nhân NMCTKSTCL và là một chỉ điểm gợi ý có tổn thương thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh 3 nhánh mạch vành [4].

Vậy dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR đơn thuần có đáng tin cậy trong việc tiên đoán bệnh thân chung hoặc bệnh ba nhánh ĐMV ở bệnh nhân NMCTKSTCL hay không? Có thường gặp dấu hiệu ST chênh lên ở aVR hay không? Để trả lời các câu hỏi này, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu đánh giá tỉ lệ mắc và giá trị tiên đoán của đoạn ST chênh lên ở chuyển đạo aVR trên điện tâm đồ trong dự báo tổn thương hẹp thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh 3 nhánh mạch vành ở những bệnh nhân NMCTKSTCL.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: những bệnh nhân NMCTKSTCL nhập khoa tim mạch can thiệp bệnh viện nhân dân Gia Định có chỉ định chụp động mạch vành (ĐMV) cản quang, từ tháng 02/2023 đến tháng 09/2023.

Tiêu chuẩn chọn vào: Bệnh nhân đã được chẩn đoán xác định NMCTKSTCL theo tiêu chuẩn của Hội tim mạch Châu Âu năm 2018 về nhồi máu cơ tim cấp, điện tâm đồ có hình ảnh "không ST chênh lên" và đã được chụp động mạch vành cản quang.

Tiêu chuẩn loại ra: dưới 18 tuổi; ECG có hình ảnh: blốc nhánh phải, blốc nhánh trái, hội chứng Wolff-Parkinson-White, dầy thất trái (theo chỉ số Sokolow-Lyon), nhịp tự thất, nhịp nhanh thất, nhịp nhanh trên thất với tần số >150 lần/phút, đang mang máy tạo nhịp tim, hình ảnh ST chênh lên thoáng qua lúc nhập viện; đã được tái thông ĐMV trước đó; có chống chỉ định chụp mạch vành cản quang và không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu cắt ngang, thu mẫu tiến cứu.

Dữ liệu tuổi, giới tính, tiền sử hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp và tiền sử gia đình mắc bệnh tim thiếu máu cục bộ được thu thập qua bộ câu hỏi. Tất cả bệnh nhân đều được đo ECG và định lượng Troponin I. Chụp động mạch vành được thực hiện ở tất cả bệnh nhân theo phác đồ của bệnh viện. Kết quả đọc ECG được ghi nhận và đồng thuận bởi 2 bác sĩ tim mạch, không biết trước kết quả chụp động mạch vành. Định nghĩa ST chênh lên khi điểm J chênh lên ≥ 0,5mm ở chuyển đạo aVR (STEaVR); tại chuyển đạo V_2 và V_3, nếu là nam < 40 tuổi thì điểm J chênh lên ≥2,5mm, nếu là nam ≥ 40 tuổi thì điểm J ≥2mm, nếu là nữ thì điểm J ≥1,5 mm; tại các chuyển đạo khác, điểm J ≥ 1 mm. ST chênh xuống ở các chuyển đạo khi ST chênh xuống ≥ 1 mm. Bệnh thân chung động mạch vành trái (LM) được xác định là tình trạng hẹp đáng kể (≥50%) động mạch vành chính bên trái. Bệnh 3 nhánh mạch vành (3VD) được xác định khi hẹp đáng kể (≥70%) của cả 3 động mạch vành chính (động mạch liên thất trước, động mạch mũ, ĐMV phải) trên chụp động mạch vành cản quang.

Xử lý số liệu: số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS phiên bản 23. Kiểm định Shapiro-Wilk được sử dụng để kiểm tra phân phối chuẩn của biến liên tục. So sánh biến liên tục với phép kiểm t-test hoặc Wilcoxon. Các biến nhị phân được so sánh bằng cách sử dụng phép kiểm chi bình phương hoặc phép kiểm chính xác Fisher. Giá trị p < 0,05 được xem là có ý nghĩa thống kê. Xác định yếu tố dự đoán bệnh LM/3VD bằng phân tích đơn biến hoặc đa biến. Tính độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị tiên đoán dương, giá trị tiên đoán âm, tỉ số khả dĩ LR (Likelihood ratio) của dấu hiệu ST chênh lên ở aVR và các dấu hiệu ST chênh xuống ở các vị trí khác.

Đạo đức nghiên cứu: đối tượng nghiên

cứu được giải thích về mục tiêu của nghiên cứu, đồng ý tự nguyện tham gia nghiên cứu. Đề cương nghiên cứu được chấp thuận bởi Hội đồng Y đức trường Đại học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch (Số 751/TĐHYKPNT-HĐĐĐ).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 140 bệnh nhân NMCTKSLCL tham gia. Trong đó, 45 bệnh nhân (32,14%) có ST chênh lên ở chuyển đạo aVR ≥0,5 mm (12 bệnh nhân có STEaVR ≥1 mm; 5 bệnh nhân có STEaVR ≥1,5 mm). Tổn thương hẹp thân chung hoặc ba nhánh ĐMV ở nhóm có STEaVR gặp trong 32 trường hợp (71,11%).

Bảng 1. Đặc điểm cơ bản, yếu tố nguy cơ, phân độ Killip và men tim lúc nhập viện

Đặc điểm	STEaVR (n=45)	Không STEaVR (n=95)	Giá trị p
Tuổi	66,07±10,84	65,88±12,49	0,841
Nam giới	27(19,29%)	56(40%)	0,906
Tăng huyết áp	39(27,86%)	83(59,29%)	0,908
Rối loạn lipid máu	32(22,86%)	76(54,29%)	0,242
Đái tháo đường	26(18,57%)	40(28,57%)	0,083
Hút thuốc lá	17(12,14%)	42(30%)	0,472
Béo phì	20(14,29%)	14(10%)	0,195
Tiền căn gia đình có BMV sớm	0	14(10%)	0,005
Tiền sử nhồi máu cơ tim	6(4,29%)	4(2,86%)	0,067
Phân độ Killip ≥ 2	6 (4,3%)	7 (5%)	0,256
Troponin I (ng/L)	372,7 (93,4–1754,41)	620 (168,5–2271)	0,309

Số liệu được trình bày với trung bình ± độ lệch chuẩn hoặc n, % hay trung vị.

Nhóm không STEaVR có tiền căn gia đình BMV sớm, nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm có STEaVR. Không có sự khác biệt về các đặc điểm tuổi, giới nam, yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành và men tim lúc nhập viện ở 2 nhóm có và không có STEaVR.

Bảng 2: Mối liên quan giữa bệnh ĐMV và dấu hiệu STEaVR

Đặc điểm	STEaVR (n=45)	Không STEaVR (n=95)	Giá trị p
LM/3VD	32(71,11%)	39(41,05%)	0,001
Không LM/3VD	13(28,89%)	56(58,95%)	

Nhóm có ST chênh lên ở aVR có bệnh thân chung và/hoặc bệnh 3 nhánh ĐMV (LM/3VD) nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm không STEaVR.

Bệnh nhân NSTEMI có dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR thường đi kèm với dấu hiệu ST chênh xuống ở chuyển đạo thành trước, thành dưới và thành bên; nhiều hơn có ý nghĩa so với nhóm không có chênh lên ở chuyển đạo aVR.

Bảng 3: Mối liên quan giữa STEaVR với ST chênh xuống ở các chuyển đạo khác

Đặc điểm	STEaVR (n=45)	Không STEaVR (n=95)	p
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành trước ($V_1 – V_4$)	17 (37,78%)	5 (5,26%)	< 0,001
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành dưới (DII, DIII, aVF)	19 (42,22%)	7 (7,37%)	< 0,001
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên (DI, aVL, V_5,V_6)	37 (82,22%)	15 (15,79%)	< 0,001

Bảng 4. Phân tích đơn biến và đa biến các yếu tố dự đoán bệnh thân chung động mạch vành trái hay bệnh 3 nhánh mạch vành (n=71)

Đặc điểm	OR	95% CI	Giá trị p
Phân tích đơn biến			
Tuổi > 65	0,59	0,31 – 1,16	0,128
Giới nam	1,11	0,45 – 1,73	0,707
Tăng huyết áp	1,03	0,38 – 2,78	0,948
Đái tháo đường	1,9	0,97 – 3,71	0,062
Rối loạn lipid máu	1,04	0,47 – 2,28	0,927
Hút thuốc lá	0,9	0,46 – 1,76	0,752
Béo phì	0,96	0,45 – 2,09	0,924
Tiền căn NMCT	9,78	1,2 -79,56	0,033
Tiền căn gia đình có bệnh mạch vành	0,97	0,321 – 2,923	0,955
Killip ≥ 2	13,83	1,75 – 109,56	0,013
Phân suất tống máu thất trái (EF) giảm (≤40%)	0,973	0,949 – 0,997	0,03
Điểm GRACE cao (>140)	1,015	1,003 – 1,027	0,012
STEaVR ≥ 0,5 mm	3,345	1,555 – 7,195	0,002
STEaVR ≥ 1 mm	4,09	1,75 – 9,56	0,001

STEaVR ≥ 1,5 mm	2,603	0,87 – 7,83	0,089
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành trước ($V_1 – V_4$)	1,525	01,042 – 2,231	0,03
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành dưới (II, III, aVF)	1,350	0,934 – 1,951	0,11
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên (I, aVL, V_5, V_6)	1,639	1,256 – 2,139	< 0,001
Phân tích đa biến			
Killip ≥ 2	19,1	1,58 – 250,53	0,02
STEaVR ≥ 0,5 mm	4,62	1,463 – 14,563	0,009
ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên (DI, aVL, V_5, V_6)	5,38	1,706 – 16,963	0,004

Phân tích đơn biến cho thấy các yếu tố như: tiền căn NMCT, Killip ≥ 2, EF giảm, điểm GRACE>140, dấu hiệu STEaVR ≥ 0,5 mm, STEaVR≥ 1mm; ST chênh xuống ≥1,5mm ở chuyển đạo thành trước, thành bên liên quan có ý nghĩa với bệnh LM/3VD (p<0,05). Tiếp tục phân tích đa biến để loại trừ ảnh hưởng của các yếu tố gây nhiễu, kết quả cho thấy mức độ Killip ≥ 2, ST chênh lên ≥ 0,5mm ở chuyển đạo aVR và ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên, là các yếu tố dự báo độc lập bệnh LM/3VD.

Bảng 5. Giá trị dự đoán của dấu hiệu STEaVR và ST chênh xuống đối với bệnh thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh ba nhánh mạch vành

Đặc điểm ECG	ĐN (%)	ĐĐH (%)	GTTĐ (+) (%)	GTTĐ (-) (%)	LR (+)	LR (-)
ST chênh xuống ở CĐ thành trước ($V_1 – V_4$)	21,11	89,86	68,18	52,54	2,08	0,88
ST chênh xuống ở CĐ thành dưới (II, III, aVF)	21,11	84,05	57,69	50,87	1,33	0,94
ST chênh xuống ở CĐ thành bên (I, aVL, V_5, V_6)	53,52	79,71	73,08	62,5	2,64	0,58
STEaVR ≥0,5mm	45,07	81,16	71,11	58,94	2,39	0,68
STEaVR ≥1mm	38,03	86,96	75	57,69	2,92	0,71
STEaVR ≥1,5mm	16,90	92,75	70,59	52,03	2,33	0,9
STEaVR ≥0,5mm + ST chênh xuống ở CĐ thành bên (I, aVL, V_5, V_6)	18,30	94,2	76,47	47,15	3,16	0,87

(ĐN: độ nhạy, ĐĐH: độ đặc hiệu, GTTĐ: giá trị tiên đoán, LR: likelihood ratio: tỉ số khả dĩ, CĐ: chuyển đạo)

Nghiên cứu ghi nhận độ nhạy và độ đặc hiệu của đoạn ST chênh lên trên chuyển đạo aVR trong dự đoán bệnh LM/3VD lần lượt là 45,07% và 81,16%. Dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR kết hợp ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên có giá trị tiên đoán dương cao nhất (76,47%), độ đặc hiệu cao nhất (94,2%) và tỉ số khả dĩ dương (LR +) cũng cao nhất (3,16), tiếp theo là LR (+) của STEaVR ≥1mm (2,92) và STEaVR ≥0,5 mm (2,39).

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy có mối liên quan giữa dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo aVR với nhóm bệnh nhân mắc bệnh thân chung động mạch vành trái hoặc bệnh 3 nhánh mạch vành (OR=3,345, 95% CI 1,555 – 7,195, p= 0,002). Thêm vào đó, dấu hiệu STEaVR thường đi kèm với dấu hiệu ST chênh xuống ở chuyển đạo thành trước, thành dưới và thành bên; khác biệt có ý nghĩa so với nhóm không STEaVR. Dấu hiệu ST chênh lên ở aVR và ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên cùng với mức độ Killip ≥2 là những yếu tố dự báo độc lập bệnh thân chung hoặc bệnh ba nhánh ĐMV ở bệnh nhân NMCTKSTCL. Kết quả này phù hợp với các nghiên cứu trước đây của Kosuge.[6] Bệnh nhân NMCTKSTCL có mức độ Killip≥2 cần lưu ý khả năng mắc bệnh LM/3VD để có chiến lược xử trí sớm, kịp thời và theo dõi sát hơn. Tỉ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu có dấu hiệu STEaVR là 32,14% và tỉ lệ bệnh LM/3VD khi có dấu hiệu STEaVR là 71,11%. Barrabes[7] ghi nhận tỉ lệ này là 32,3%, tương đồng với kết quả của chúng tôi (32,14%). Nếu kết hợp dấu hiệu STEaVR ≥0,5mm với ST chênh xuống ở chuyển đạo thành bên (I, aVL, V_5, V_6) sẽ làm tăng giá trị tiên đoán dương, độ đặc hiệu và LR+ lên nhiều nhất (lần lượt là 76,47%; 94,2% và 3,16). Do bởi độ đặc hiệu cao, nên dấu hiệu điện tâm đồ này cũng có giá trị chẩn đoán chính xác nhất. Tuy nhiên, không có dấu hiệu này không loại trừ được bệnh LM/3VD (độ nhạy 18,3%). Hussien và cộng sự [8] đã chỉ ra rằng đoạn ST chênh lên ở chuyển đạo aVR ≥ 0,5 mm có độ nhạy tốt (77%) nhưng độ đặc hiệu trung bình (65%), giá trị tiên đoán dương là 64% và giá trị tiên đoán âm là 78% trong chẩn đoán bệnh LM/3VD và kết luận rằng ST chênh lên ở aVR có thể được sử dụng làm yếu tố tiên đoán trước khi chụp động mạch vành.

Như vậy, kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tỉ lệ cao mắc bệnh LM/3VD khi có

STEaVR ở bệnh nhân NMCTKSTCL. Do đó, có thể sử dụng dấu hiệu ECG này trong tiên đoán bệnh ĐMV nặng ở bệnh nhân NSTEMI. Ngoài ra, kết quả nghiên cứu cũng giúp tiên đoán bệnh nhân có xác suất mắc bệnh tiền nghiệm trung bình có khả năng tổn thương mạch vành nặng. Tỉ số khả dĩ dương 2,39 (STEaVR) và 3,16 (STEaVR kèm ST chênh xuống thành bên) giúp tăng độ tin cậy trong dự báo xác suất mắc bệnh LM/3VD từ nguy cơ thấp-trung bình sang nguy cơ cao hơn khi có dấu hiệu điện tâm đồ này. Từ đó, giúp ích cho bác sĩ lâm sàng đưa ra các quyết định chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và xử trí tích cực hơn cho bệnh nhân.

Hạn chế của nghiên cứu: được tiến hành tại một trung tâm, chưa mang tính đại diện cho dân số chung.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân NMCTKSTCL có đoạn ST chênh lên ở aVR có nguy cơ mắc bệnh thân chung động mạch vành trái hay bệnh 3 nhánh mạch vành là 32,14%. Đoạn ST chênh lên ở aVR đơn thuần hoặc kết hợp với ST chênh xuống thành bên có giá trị dự báo bệnh mạch vành nặng ở bệnh nhân NMCTKSTCL.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Al-Khatib SM, Stevenson WG, Ackerman MJ, et al.** 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death: A Report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Clinical Practice Guidelines and the Heart Rhythm Society. Circulation. Sep 25 2018;138(13) :e272-e391. doi:10.1161/cir. 0000000000000549
2. **Alzuhairi KS, Søgaard P, Ravkilde J, et al.** Long-term prognosis of patients with non-ST-segment elevation myocardial infarction according to coronary arteries atherosclerosis extent on coronary angiography: a historical cohort study. BMC cardiovascular disorders. Nov 16 2017;17(1):279. doi:10.1186/s12872-017-0710-3
3. **Ran P, Yang JQ, Li J, et al.** A risk score to predict in-hospital mortality in patients with acute coronary syndrome at early medical contact: results from the Improving Care for Cardiovascular Disease in China-Acute Coronary Syndrome (CCC-ACS) Project. Annals of translational medicine. Jan 2021;9(2):167. doi:10. 21037/atm-21-31
4. **Wang A, Singh V, Duan Y, et al.** Prognostic implications of ST-segment elevation in lead aVR in patients with acute coronary syndrome: A meta-analysis. Annals of noninvasive electrocardiology: the official journal of the International Society for Holter and Noninvasive Electrocardiology, Inc. Jan 2021;26(1):e12811. doi:10.1111/anec.12811
5. **Yan AT, Yan RT, Kennelly BM, et al.** Relationship of ST elevation in lead aVR with angiographic findings and outcome in non-ST elevation acute coronary syndromes. American heart journal. Jul 2007;154(1):71-8. doi:10.1016/ j.ahj.2007.03.037
6. **Kosuge M, Ebina T, Hibi K, et al.** ST-segment elevation resolution in lead aVR: a strong predictor of adverse outcomes in patients with non-ST-segment elevation acute coronary syndrome. Circulation journal: official journal of the Japanese Circulation Society. Jul 2008;72(7):1047-53. doi:10.1253/circj.72.1047
7. **Barrabes JA, Figueras J, Moure C, Cortadellas J, Soler-Soler J.** Prognostic value of lead aVR in patients with a first non-ST-segment elevation acute myocardial infarction. Circulation. 2003;108:814–9
8. **Hussien A, Battah A, Ashraf M, El-Deen TZ.** Electrocardiography as a predictor of left main or three-vessel disease in patients with non-ST segment elevation acute coronary syndrome. The Egyptian Heart Journal. 2011/06/01/ 2011;63(2):103-107. doi: https://doi.org/10.1016/ j.ehj.2011.09.015

SUY GIẢM TRÍ NHỚ Ở NGƯỜI BỆNH SAU MẮC COVID-19 VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN

Trần Thị Thơm[1], Trần Viết Lực[1]

TÓM TẮT

Di chứng hậu Covid biểu hiện trên hầu hết các hệ cơ quan và chức năng của cơ thể. Các triệu chứng thường gặp thay đổi theo từng thời điểm, trong đó suy giảm trí nhớ là triệu chứng tồn tại lâu dài nhất và gây ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống của bệnh nhân. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng người bệnh suy giảm trí nhớ sau mắc covid-19 và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Phân nhóm bệnh nhân nghiên cứu dựa trên sự suy giảm trí nhớ có hoặc không có kèm theo suy giảm nhận thức chung được đánh giá qua thang điểm MMSE. **Kết quả:** Nghiên cứu152 bệnh nhân có suy giảm trí nhớ được khẳng định bằng khám lâm sàng và

[1]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thơm
Email: tranthomhmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023
Ngày phản biện khoa học: 19.01.2024
Ngày duyệt bài: 2.2.2024