

phân bố HPV trong nghiên cứu với các nghiên cứu khác: nghiên cứu của tác giả Kreimer AR, Asciutto KC, Yung Taek các nhóm 12 hr có vẻ cao hơn với tỷ lệ lần lượt là 36,6%, 58,42%, 76,5% so với tỷ lệ nhóm tốp 16 là 25,12% - 32,34%, nghiên cứu gần tương đồng của tác giả Pirtea cho tỷ lệ nhóm tốp 16 chiếm ưu thế.

Tác giả	HPV tốp 16	HPV tốp 18	HPV 12 hr
Pirtea	56,9%	11,0%	32,1%
Kreimer AR	38,9%	4,7%	56,4%
Asciutto KC	32,3%	9,2%	58,4%
Yung Taek	14,8%	8,7%	76,5%
H.T.Thảo Quyên	40,5%	2,7%	43,2%

## V. KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ điều trị thành công các tổn thương CTC mức độ cao bằng phương pháp khoét chóp CTC sau 30 tháng là 87,7% (KTC 95%: 83,36-92,1%). Tỷ lệ thất bại 12,3%.

2. Các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị khoét chóp CTC:

- Tuổi  $\geq 38$  tuổi làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,32 (KTC 95%: 1,22-3,95, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,012 < 0,05$ ).

- Tình trạng mãn kinh làm tăng nguy cơ điều trị thất bại với OR= 1,18 (KTC 95%: 1,07-3,7, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p=0,004 < 0,05$ ).

- Tình trạng nhiễm HPV sau khoét chóp CTC làm tăng nguy cơ điều trị thất bại gấp 5,8 lần so với HPV (-) với OR= 5,8 (KTC 95%: 3,69-8,27), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001 < 0,05$ .

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- BỘ Y TẾ** (2019), Tài liệu hướng dẫn sàng lọc, điều trị tổn thương tiền ung thư để dự phòng thứ cấp ung thư cổ tử cung., chủ biên
- Đỗ Thị Lệ Chi** (2009), "Điều trị các tổn thương tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ II và III bằng phương pháp khoét chóp sử dụng vòng cắt đốt điện"(Bệnh viện Từ Dũ).
- Lưu Đức Tâm** (2017), Nghiên cứu tỷ lệ nhiễm Human Pappiloma virus, một số yếu tố liên quan và kết quả điều trị các tổn thương cổ tử cung ở phụ nữ Tp. Cần Thơ, Trường Đại học Y Dược Huế
- Phạm Hồ Thúy Ai** (2018), "Tỷ lệ nhiễm HPV sau khoét chóp cổ tử cung bằng vòng điện ở phụ nữ có tân sinh trong biểu mô cổ tử cung độ 2-3", Luận văn chuyên khoa cấp II(Đại học Y dược Thành Phố Hồ Chí Minh).
- Phạm Trí Hiếu Nguyễn Văn Thắng** (2019), "Nhận xét kết quả của kỹ thuật LEEP điều trị tổn thương cổ tử cung tại Vênh viên Phụ Sản Trung Ương", Tạp chí Phụ Sản. 2, tr. tr 143-147. 2, tr. 143-147
- Trần Thị Kim Anh, Cao Ngọc Thành Hoàng Việt** (2015), "Đánh giá kết quả điều trị các tổn thương tiền ung thư tại Bệnh viện Trường Ương Huế", Tạp chí Phụ Sản. Tập 13 (Hội Phụ Sản Việt Nam), tr. 99-102
- Darlin L Henic E Asciutto KC, Forslund O, et al** (2016), "Follow up with HPV test and cytology as test of cure, 6 months after conization, reliable 2016", Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica. 95, tr. 1251-1257
- Kouchiro Kawano** (2016), "Identification of appropriate cone length to avoid positive cone margin in high grade cervical intraepithelial neoplasia", Gynecol Oncol. 21, tr. 54
- Maria B Bruno A Pietro D' Alessandro, et al** (2018), "Loop Electrosurgical Excision Procedure versus Cryotheprapy in the Treatment of Cervical Intraepithelial Neoplasia: A Systematic Review and Meta - Analysis of Randomized Controlled Trials", PMC article. Gynecol Minim Invasive Ther, tr. 145-151

## NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ECG DẠNG ASLANGER TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Việt Hậu<sup>1</sup>, Tăng Tuấn Phong<sup>1</sup>, Nguyễn Quốc Huy<sup>1</sup>,  
Nguyễn Khánh Dương<sup>1</sup>, Nguyễn Anh Kiệt<sup>1</sup>, Nguyễn Chí Hiếu<sup>1</sup>,  
Đặng Kim Ngân<sup>1</sup>, Nguyễn Xuân Vinh<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

Nhồi máu cơ tim cấp có ECG dạng Aslanger là một dấu hiệu điện tâm đồ mới tương đương STEMI, gọi là "tương đương" đồng nghĩa là người bệnh có

tình trạng tắc nghẽn cấp tính mạch vành và cần được điều trị tái tưới máu càng sớm càng tốt. Việc nhận diện các dấu hiệu tinh tế ở các dạng tương đương STEMI là không dễ, bỏ sót chẩn đoán hay chậm trễ trong can thiệp đều dẫn đến những kết cục bất lợi cho người bệnh, gia tăng tỉ lệ tử vong. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có ECG dạng Aslanger tại Bệnh viện Đại Học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh (BVĐHYD TPHCM). Người bệnh nhập viện vì khó thở tại bệnh viện địa phương, được chẩn đoán là NSTEMI và được chuyển lên bệnh viện chúng tôi. Lúc nhập khoa Cấp cứu, hình ảnh ECG đo được có dạng Aslanger, một dạng tương đương STEMI. Sau khi hội

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Việt Hậu

Email: hau.nv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 6.3.2024

chẩn với bác sĩ tim mạch can thiệp, người bệnh được chuyển lên phòng DSA để can thiệp mạch vành. Hình ảnh chụp mạch vành cho thấy bệnh mạch vành 3 nhánh, sang thương thủ phạm là RCA. Người bệnh được can thiệp đặt stent và chuyển khoa hồi sức tích cực điều trị. Sau nằm viện 4 ngày, người bệnh không còn thấy khó thở, có thể tự sinh hoạt được bình thường và được cho xuất viện hẹn tái khám 1 tuần sau đó. **Từ khoá:** Nhồi máu cơ tim có ECG dạng Aslanger, ACOMI/non-ACOMI, STEMI/NSTEMI, dạng tương đương STEMI, block nhĩ thất độ 3.

## SUMMARY

### CASE REPORT: MYOCARDIAL INFARCTION WITH ASLANGER'S PATTERN IN UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Myocardial infarction with Aslanger's pattern is a new electrocardiogram sign which is equivalent to STEMI, "equivalent" means that the patient has acute coronary obstruction and needs reperfusion therapy as soon as possible. Identifying subtle signs of STEMI-equivalent forms is not easy; missing diagnosis or delay in intervention lead to adverse outcomes for the patient, increasing mortality. We would like to present a case of acute ST elevation myocardial infarction with Aslanger's pattern in University Medical Center in Ho Chi Minh city. The patient was hospitalized for shortness of breath at a local hospital, which is diagnosed with NSTEMI and transferred to our hospital. When the patient was admitted to our Emergency Department, the ECG showed signs of Aslanger's pattern, a form of STEMI equivalent. After consulting with an interventional cardiologist, the patient was transferred to the DSA room for coronary intervention. Coronary angiography image showed 3-vessel coronary artery disease, the culprit lesion was RCA. The patient was received stent intervention and then transferred to the intensive care unit for treatment. After being hospitalized for 4 days, the patient's shortness of breath had gone and could function normally on her own, and was discharged with a follow-up appointment 1 week later.

**Keywords:** myocardial infarction with Aslanger's pattern, ACOMI/non-ACOMI, STEMI/NSTEMI, STEMI equivalent, third-degree AV block.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên là một tình trạng lâm sàng phổ biến tại Khoa Cấp cứu. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh đã được thống nhất bởi các hiệp hội tim mạch trên thế giới như hội tim mạch học Châu Âu (ESC), Hội tim mạch học Hoa Kỳ (AHA),... bao gồm sự chênh lên của đoạn ST (đo từ vị trí của điểm J) ở ít nhất 2 chuyển đạo kề nhau, bao gồm:

- Mức chênh của đoạn ST  $\geq 2,5\text{mm}$  ở nam giới < 40 tuổi,  $\geq 2\text{mm}$  ở nam giới  $\geq 40$  tuổi, hoặc  $> 1,5\text{mm}$  ở nữ giới bất kể tuổi ở chuyển đạo V2-V3.

- Và/ hoặc  $\geq 1\text{mm}$  ở các chuyển đạo khác (khi không có sự hiện diện của phì đại thất trái

hay block nhánh trái) [1].

Tuy nhiên, theo tác giả Khan và cộng sự đã báo cáo có hơn 1/4 ở các bệnh có tắc nghẽn động mạch vành cấp tính không thỏa các tiêu chuẩn trên, từ đó dẫn đến chậm trễ can thiệp tái tưới máu [2]. Do đó dù rằng đã được đồng thuận nhưng tiêu chuẩn trên vẫn có những giới hạn, nên việc phát hiện thêm những dấu hiệu trên ECG để bổ sung vào những khiếm khuyết trên là rất cần thiết.

Theo tác giả Tahvanainen và cộng sự đã báo cáo, một trong những yếu tố gây ra những giới hạn của tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh là có sự hiện diện của bệnh lý nhiều nhánh mạch vành. Trong bệnh lý nhiều nhánh mạch vành, sự chênh lên của đoạn ST ở vùng cơ tim được chi phối bởi nhánh động mạch thủ phạm khó nhận biết do ảnh hưởng của tổn thương các nhánh mạch vành khác gây thiếu máu dưới nội tâm mạc các vùng cơ tim còn lại, từ đó dẫn đến hình dạng của đoạn ST bị biến đổi. Ảnh hưởng của các nhánh động mạch tổn thương lên vùng cơ tim khiến cho các biến đổi về điện học gây ra đồng thời biến đổi ST chênh lên và chênh xuống triệt tiêu nhau [3]. Do đó, mặc dù tổn thương cơ tim đang diễn tiến, quá trình tái thông mạch máu sẽ trì hoãn đến khi ECG có dấu hiệu điển hình hoặc có biến đổi động học men tim.

Năm 2020, Aslanger và cộng sự đã báo cáo một dấu hiệu ECG mới của nhồi máu cơ tim. Dạng nhồi máu cơ tim được ông báo cáo là một tình trạng tổn thương vùng thành dưới xảy ra trên nền bệnh lý nhiều nhánh mạch vành [4]. Các tiêu chuẩn chẩn đoán của Aslanger có thể giúp cho các bác sĩ lâm sàng phát hiện sớm dạng tổn thương này, từ đó can thiệp tái tưới máu sớm hơn cho người bệnh. Do có tổn thương nhiều nhánh mạch máu nên tiên lượng ở các người bệnh này thường xấu hơn, dễ rối loạn huyết động, tăng nhu cầu sử dụng các dụng hỗ trợ tuần hoàn cơ học. Chúng tôi xin trình bày một trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có ECG dạng Aslanger tại BVĐHYD TPHCM.

## II. BỆNH ÁN

**2.1. Hành chính:** Người bệnh nữ, 71 tuổi nhập viện vì khó thở vào ngày 12/09/2023, xuất viện ngày 16/09/2023.

**2.2. Bệnh sử:** Cách nhập viện 1 ngày, sau khi người bệnh ngủ dậy buổi sáng thì cảm thấy mệt, khó thở, nặng ngực, không ho, không sốt > đo HA tại nhà thấy thấp (HATT khoảng 90 mmHg) - HATT ngày thường khoảng 120 mmHg > mời Bác sĩ khám bệnh tại nhà, không rõ xử trí thuốc nhưng triệu chứng không cải thiện. Đến

chiều tối người bệnh khó thở nhiều hơn > nhập Bệnh viện Đa khoa T.T tại tỉnh Đồng Tháp. Tại đây người bệnh được chẩn đoán NSTEMI ngày 1 - Suy tim độ III (EF# 47%) - BAV độ II - Tăng Huyết áp - Viêm Phổi > Xét nghiệm: Troponin Ths: 1100 ng/ml - Siêu âm tim (EF# 47%) > xử trí: Thở oxy cannula 2l/p, Aspirin 81mg 4 viên; Rosuvastatin 20mg 2 viên; Lovenox 40mg TDD; Tavanic 500mg 01 viên>chuyển BVĐHYD TPHCM.

**2.3. Tiền sử:** Tăng huyết áp - Di chứng TBMMN (xuất huyết não) cách đây 7 năm.

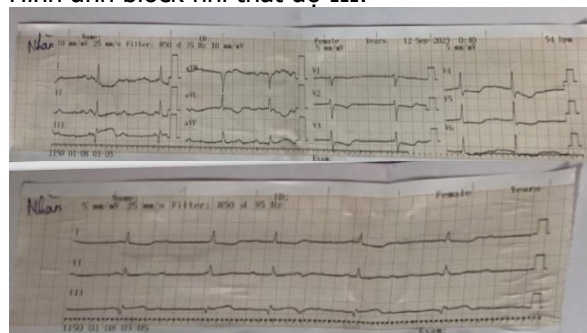
**2.4. Khám lâm sàng:** Khám thực thể ghi nhận: Tần số tim: 52l/p, Huyết áp: 135/100 mmHg, Nhịp thở: 30 l/p, Nhiệt độ: 36.6°C, SpO2: 98% (oxy cannula 6 l/p). Người bệnh tỉnh, tiếp xúc được, thở co kéo cơ hô hấp phụ, không phù, tim đều-không âm thổi, phổi rale ẩm lan tỏa 2 bên, bụng mềm không điểm đau.

### III. KẾT QUẢ CẬN LÂM SÀNG

**Bảng 1. Kết quả cận lâm sàng**

<b>Khí máu động mạch pH/pCo2/pO2/HCO3- / Lactate</b>	7.466/27.2/108.5/19.2/1.28; P/F 247 (FIO2: 42%)
<b>WBC-Neu%</b>	14.47 x 10 <sup>9</sup> N- 81.1%
<b>Hb</b>	114g/L
<b>PLT</b>	352x10 <sup>9</sup> /L
<b>PT-INR-aPTT</b>	15.2s-1.15-29.1s
<b>Ure-Creatinin-eGFR (CKD-EPI)</b>	60.52mg/dl-1.29mg/dl-41ml/ph
<b>AST-ALT</b>	29-17U/L
<b>Na-K-Cl</b>	142-2.96-102 mmol/l
<b>CRP</b>	88.2mg/dl
<b>CK-MB</b>	34U/L
<b>Troponin Ihs</b>	6645ng/ml
<b>NTPro-BNP</b>	14729 pg/ml

- **ECG:** ST chênh lên ở thành dưới chỉ duy nhất ở DIII, ST chênh xuống đối ứng ở thành bên (DI, aVL, V4-V6), bề cao đoạn ST ở V1>V2. Hình ảnh block nhĩ thất độ III.



**Hình 1. ECG dạng Aslanger kèm hình ảnh block nhĩ thất độ III**

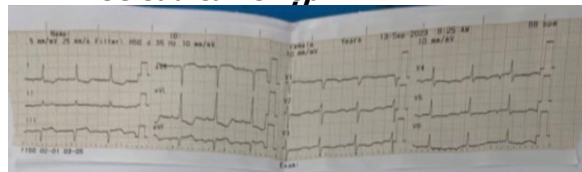
- **X-quang ngực thẳng:** Mờ nhẹ 1/3 trên và dưới phổi phải

- **Siêu âm doppler tim:** Chức năng tâm thu thất trái giảm nhẹ (EF Simpson=42%). Giảm động thành sau và dưới thất trái. Hở van 2 lá nhẹ do thoái hoá van.

**3.1. Chẩn đoán:** Nhồi máu cơ tim cấp dạng Aslanger Killip 3 ngày 1, block nhĩ thất độ III có nhịp thoát bộ nổi.

**3.2. Diễn tiến và xử trí:** Người bệnh được chỉ định uống Clopidogrel 75mg x 8 viên > chuyển DSA chụp mạch vành cấp cứu. Kết quả chụp mạch vành cho thấy hệ động mạch vành ưu thế phải, LM hẹp 40% đoạn xa, LAD hẹp lan tỏa 80% LAD I-II-III, LCx tắc hoàn toàn từ lỗ nhận bàng hệ từ RCA, RCA hẹp lan tỏa 80% RCA I-II, hẹp 80% RCA III, cho tuần hoàn bàng hệ qua LCx. Kết luận bệnh 3 nhánh mạch vành, sang thương thủ phạm RCA. Sau can thiệp đặt stent tại sang thương, chụp lại dòng chảy TIMI II > chuyển nhập Khoa Hồi sức tích cực điều trị, kế hoạch dùng kháng đông sau can thiệp 3 ngày do chậm dòng RCA. Sau nhập khoa, người bệnh được tiếp tục dùng kháng đông enoxaparin liều điều trị 1mg/kg mỗi 12h, kháng kết tập tiểu cầu kép, statin, lợi tiểu, kiểm soát huyết áp, phòng ngừa loét dạ dày bằng PPI.

- **ECG sau can thiệp**



**Hình 2. Nhịp xoang 75l/ph. Hình ảnh ST chênh lên thành dưới kèm sóng Q hoại tử và sóng T âm tái tưới máu.**

Sau 2 ngày điều trị, người bệnh đã ngưng được oxy > chuyển khoa Tim mạch can thiệp điều trị. Đến ngày 16/09/2023, sau khi đã ngưng sử dụng kháng đông theo kế hoạch, người bệnh không đau ngực hay khó thở, có thể tự sinh hoạt bình thường > được cho xuất viện hẹn tái khám lại sau đó 1 tuần.

### IV. BÀN LUẬN

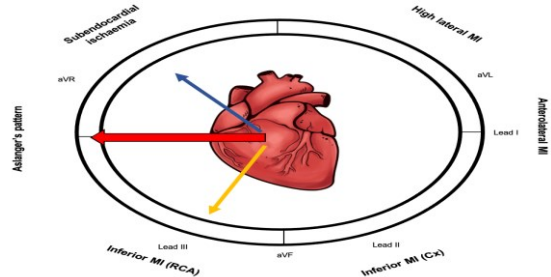
Phân loại nhồi máu cơ tim cho đến nay tùy thuộc vào sự chênh lên của đoạn ST, các đồng thuận cho đến nay mới nhất là đồng thuận toàn cầu lần thứ 4 về nhồi máu cơ tim cũng vẫn chia hội chứng vành cấp thành 3 nhóm: nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI), nhồi máu cơ tim không ST chênh lên (NSTEMI) và cơn đau thắt ngực ổn định (UA), trong đó men tim là trung tâm của chẩn đoán [5]. Tuy nhiên, việc phân chia nhồi máu cơ tim thành 2 nhóm STEMI và NSTEMI trên quan điểm thực hành dựa trên lợi

ích của liệu pháp tiêu sợi huyết. Tiêu sợi huyết được chứng minh là có lợi với STEMI, nhưng không có lợi với NSTEMI. Điều này bắt nguồn từ một nghiên cứu được công bố vào năm 2003, thử nghiệm FTT (Fibrinolytic Therapy Trialist) về vai trò của tiêu sợi huyết ở người bệnh nhồi máu cơ tim. Đây là 1 phân tích tổng hợp của các liệu pháp tiêu sợi huyết trên 586000 người bệnh nhồi máu cơ tim, thời gian theo dõi trung bình 35 ngày, kết quả của nghiên cứu cho thấy tử vong giảm trên 18% trong 35 ngày ở người bệnh được sử dụng tiêu sợi huyết so với nhóm chứng (9,6% vs 11,5%,  $p < 0,00001$ ); tuy nhiên, tỷ lệ tử vong giảm rõ ở các người bệnh STEMI (21%,  $p < 0,00001$ ) hoặc có block nhánh trái mới xuất hiện (25%,  $p < 0,01$ ). Ở các trường hợp nhồi máu cơ tim không rơi vào 2 trường hợp kể trên, kết cục tử vong là không khác biệt[6]. Các đồng thuận về phân loại nhồi máu cơ tim sau này dựa trên bằng chứng của nghiên cứu FTT để phân chia 2 nhóm nhồi máu cơ tim kinh điển là STEMI và NSTEMI như trong các sách giáo khoa và các hướng dẫn điều trị. Tuy nhiên với kỹ thuật đặt stent mạch vành thì liệu sự phân chia này có còn hợp lý?

Nhiều nghiên cứu gần đây cho thấy một phần đáng kể người bệnh nhồi máu cơ tim mà không có sự chênh lệch của đoạn ST (NSTEMI) có tình trạng tắc nghẽn động mạch vành cấp tính trên hình ảnh chụp mạch vành. Do đó, nhiều tác giả đã đề xuất đưa ra thuật ngữ nhồi máu cơ tim có tắc nghẽn mạch vành cấp tính (ACOMI: acute coronary occlusion myocardial infarction) và nhồi máu cơ tim không tắc nghẽn mạch vành cấp tính (non-ACOMI: non-acute coronary occlusion myocardial). Trong một phân tích tổng hợp của tác giả Khan và cộng sự trên 40000 người bệnh NSTEMI cho thấy tần suất nhồi máu cơ tim có tắc hoàn toàn nhánh động mạch chủ phạm chiếm đến 25%, tỉ lệ các biến cố tim mạch bất lợi ở nhóm NSTEMI có kèm tắc nghẽn hoàn toàn động mạch vành cấp tính cao hơn có nghĩa so với nhóm tắc nghẽn mạch vành không hoàn toàn[2]. Một số nghiên cứu khác như của tác giả Meyer và cộng sự trên 467 người bệnh hội chứng vành cấp nguy cơ cao, kết quả chụp mạch vành cho thấy 108 người bệnh trong số này có hình ảnh ACOMI. ECG của những người bệnh này không có hình ảnh ST chênh lên chiếm đến 40%[7]. Nghiên cứu DIFFOCULT của tác giả Aslanger và cộng sự công bố vào năm 2020 so sánh 2 mô hình tiếp cận là ACOMI/non-ACOMI và STEMI/NSTEMI. Nghiên cứu được thực hiện

trên 3000 người bệnh, chia 3 nhóm STEMI, NSTEMI và nhóm chứng, ECG được phân tích bởi 2 bác sĩ tim mạch, kết quả được làm mù đối với STEMI và các dạng biến đổi của ECG. Chẩn đoán xác định ACOMI dựa trên các kết quả phối hợp gồm mức troponin và hình ảnh học mạch vành. Trong nhóm NSTEMI, 28.2% người bệnh được xếp vào nhóm ACOMI. Nhóm ACOMI có tần suất tổn thương cơ tim nặng hơn, thời gian nằm viện dài hơn, và tử vong dài hạn cao hơn nhóm NSTEMI còn lại[8]. Có vẻ việc phân loại và tiên lượng người bệnh nhồi máu cơ tim dựa vào tình trạng tắc nghẽn cấp tính mạch vành hơn là sự chênh lệch của đoạn ST. Do đó nhiều dạng khác của ECG nhồi máu cơ tim dần được đề xuất, người ta gọi đó là "dạng tương đương STEMI" (STEMI equivalent). Một số ECG dạng tương đương STEMI đã được biết đến như Wellen, hình ảnh block nhánh mới xuất hiện, tiêu chuẩn Sgarbossa đối với người bệnh có block nhánh trái trước đó, sóng T tối cấp, sóng T De Winter, ST chênh xuống ở thành trước soi gương của STEMI thành sau, dấu hiệu lá cờ Nam Phi trong tắc nhánh chéo đầu tiên của LAD và gần đây nhất là dạng Aslanger. Có vẻ cách tiếp cận mới là ACOMI/non-ACOMI có giá trị tiên lượng tốt hơn so với cách tiếp cận cổ điển STEMI/NSTEMI.

ECG dạng Aslanger được đề cập lần đầu tiên trong y văn vào năm 2020, các tiêu chí chẩn đoán bao gồm (1) ST chênh lên duy nhất ở DIII, không có ST chênh lên ở các chuyển đạo thành dưới khác, (2) ST chênh xuống ở bất cứ chuyển đạo nào từ V4-6 (không xảy ra ở V2) với sóng T dương (hoặc sóng T 2 pha nhưng pha cuối là sóng dương), (3) ST ở chuyển đạo V1 cao hơn V2.



**Hình 3. Vector điện học của ECG dạng Aslanger**

Lý giải cho sự biến đổi này được mô tả bởi tác giả Stephen W. Smith, vector điện học của đoạn ST vùng thành dưới lệch về vùng dưới phải (mũi tên vàng hình 3), các vùng cơ tim còn lại có tình trạng thiếu máu dưới nội tâm mạc do bệnh lý bệnh mạch vành 3 nhánh nên vector điện học các vùng này sẽ hướng về phía chuyển đạo aVR (mũi tên xanh hình 3). Do đó, tổ hợp 2 vector này

sẽ cho ra vector bệnh lý nằm giữa 2 chuyển đạo DIII và aVR (mũi tên đỏ hình 3), do đó vùng thành dưới đoạn ST chỉ chênh lên duy nhất ở DIII mà không xuất hiện ở các chuyển đạo khác, đồng thời hình ảnh soi gương là ST chênh xuống đối ứng với nó ở vùng thành bên (aVL, DI, V4-V6).

Người bệnh của chúng tôi có hình ảnh ECG thoả gần như toàn bộ các tiêu chí của Aslanger, kết quả chụp mạch vành cho thấy bệnh lý 3 nhánh mạch vành với sang thương thủ phạm là RCA khá phù hợp. Do nhánh LCx đã tắc mạn tính từ gốc và nhận bàng hệ từ RCA, mà LCx cấp máu cho thành bên do đó tắc RCA dẫn đến thiếu máu cấp tính cả hai vùng cơ tim, làm tổn thương cơ tim diện rộng hơn dẫn đến bệnh cảnh suy tim cấp lúc vào viện (Killip III). Ngoài ra tổn thương vùng thành dưới ở người bệnh này gây ra biến chứng block nhĩ thất độ III, tuy nhiên sau khi được thực hiện tái tưới máu, tình trạng suy tim cấp đã cải thiện và nhịp tim đã trở về nhịp xoang. Qua đây, chúng ta thấy diện tích vùng cơ tim tổn thương trong dạng Aslanger rộng hơn so với STEMI thành dưới đơn thuần, chậm trễ phát hiện dạng tổn thương này trên ECG, trì hoãn trong việc can thiệp tái tưới máu có thể làm tăng nguy cơ tử vong cho người bệnh. Một nghiên cứu của tác giả Eiji Miyauchi và cộng sự trên 72 người bệnh tại Nhật về đặc điểm lâm sàng của các người bệnh nhồi máu cơ tim dạng Aslanger được công bố trên tạp chí Cureus năm 2023 cho thấy trong các người bệnh được chẩn đoán NSTEMI, có 48% người bệnh có ECG dạng Aslanger. Trong số này, 80% người bệnh có tổn thương nhiều nhánh mạch vành, 30% người bệnh phải sử dụng dụng cụ hỗ trợ tuần hoàn cơ học, 20% người bệnh tử vong nội viện[9]. Biến đổi tinh tế của đoạn ST trong dạng Aslanger không dễ nhận biết và có thể bị bỏ qua, do đó các bác sĩ lâm sàng phải thật cảnh giác và phân tích kỹ ECG. Trong tương lai, có thể quan điểm về thực hành sẽ thay đổi, nhiều tác giả đề nghị mô hình ACOMI/non-ACOMI thay thế cho cách tiếp cận cổ điển là STEMI/NSTEMI để tránh bỏ sót các tổn thương tắc nghẽn mạch vành cấp tính. Hiểu biết về diễn tiến tự nhiên của ACOMI vẫn chưa rõ ràng, vì sao một số trường hợp ACOMI có biểu hiện ST chênh lên, một số thì không như vậy? Liệu rằng trong tương lai có thể có thêm các dạng biến đổi tương đương STEMI khác? Những khoảng trống trong thực hành tiếp cận nhồi máu cơ tim vẫn còn có nhiều điểm chưa được sáng tỏ.

## V. KẾT LUẬN

Nhồi máu cơ tim cấp dạng Aslanger là một

dấu hiệu điện tâm đồ mới của dạng tương đương STEMI. Việc phát hiện được hình ảnh tổn thương trên ECG không dễ, bỏ sót chẩn đoán dẫn đến chậm trễ trong tái tưới máu có thể gây ra những kết cục bất lợi cho người bệnh. Với sự gia tăng tần suất mắc bệnh lý nhiều nhánh mạch vành, các hình ảnh nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên dần sẽ không còn điển hình. Do đó việc khám phá ra các dấu hiệu tương đương STEMI như Aslanger là rất quan trọng. Người bệnh có sẵn bệnh lý 3 nhánh mạch vành khi có biến cố tắc nghẽn mạch vành cấp tính tiên lượng thường xấu hơn. Điều này đặt ra những thách thức lớn cho các nhà lâm sàng trong tiếp cận người bệnh, có thể trong tương lai sẽ có phương thức tiếp cận toàn diện hơn để tránh bỏ sót. Can thiệp sớm đem lại nhiều lợi ích, giảm được các biến cố bất lợi cho người bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **ESC.** 2023 Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European Heart Journal* (2023) 00, 1–107. doi.org/10.1093/eurheartj/ehad191.
2. **Khan AR et al.:** Impact of total occlusion of culprit artery in acute non-ST elevation myocardial infarction: a systematic review and meta-analysis. *Eur Heart J.* 2017, 38:3082-3089. 10.1093/eurheartj/ehx418.
3. **Tahvanainen M et al.:** Factors associated with failure to identify the culprit artery by the electrocardiogram in inferior ST-elevation myocardial infarction. *J Electrocardiol.* 2011, 44: 495-501. 10.1016/j.jelectrocard.2011.04.005.
4. **Aslanger E, et al.** A new electrocardiographic pattern indicating inferior myocardial infarction. *J Electrocardiol.* 2020 Jul-Aug;61:41-46.
5. **Thygesen K et al:** Fourth universal definition of myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol.* 2018, 72:2231-2264. 10.1016/j.jacc.2018.08.1038.
6. **Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients.** *Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative.* *Lancet.* 1994;343:311-322. doi: https://doi.org/10.1016/S0140-6736(94)91161-4.
7. **Meyers HP et al.** Comparison of the ST-elevation myocardial infarction (STEMI) vs. NSTEMI and occlusion MI (OMI) vs. NOMI paradigms of acute MI. *J Emerg Med.* 2021;60: 273-284. doi: 10.1016/j.jemermed.2020.10.026.
8. **Aslanger EK et al.** Diagnostic accuracy of electrocardiogram for acute coronary occlusion resulting in myocardial infarction (DIFOCULT Study). *Int J Cardiol Heart Vasc.* 2020;30:100603. doi:10.1016/j.ijcha.2020.100603.
9. **Miyauchi E et al.** (January 01, 2023) Clinical Features of the Aslanger Pattern to Compensate for the Limitation of STElevation Myocardial Infarction (STEMI) Criteria. *Cureus* 15(1): e33227. DOI 10.7759/cureus.33227.