

- following oral surgery: a randomized controlled study. *Clinical Oral Investigations*. 2019;23(2):559-565.
6. **Rino Burkhardt, Niklaus P. Lang.** Influence of suturing on wound healing. *Periodontology* 2000. 2015;68(1):270-281.
7. **Yafit Hamzani, Gavriel Chaushu.** Evaluation of early wound healing scales/indexes in oral surgery: A literature review. *Clinical Implant Dentistry and Related Research*. 2018;20(6):1030-1035.
8. **Yaman D, Paksoy T, Ustaoglu G, Demirci M.** Evaluation of bacterial colonization and clinical properties of different suture materials in dentoalveolar surgery. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2022;80(2):313-326.

SO SÁNH ĐẶC ĐIỂM BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC TÁI TƯỚI MÁU HOÀN TOÀN VÀ KHÔNG HOÀN TOÀN

Trần Nguyễn Phương Hải¹, Mai Trí Luận¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên được chụp mạch vành có tổn thương nhiều nhánh mạch vành chiếm tỉ lệ cao và có tiên lượng xấu. Tuy nhiên, các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn còn dao động, tùy vào thời gian và vùng lãnh thổ thực hiện nghiên cứu. **Mục tiêu nghiên cứu:** So sánh đặc điểm lâm sàng và một số cận lâm sàng giữa bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang, tiến cứu mô tả có theo dõi dọc. Nghiên cứu được tiến hành trên 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được tái thông mạch vành qua da tiên phát từ 04/2022 đến 06/2022 tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 64,1 ± 11,5 tuổi, tỉ lệ nam/nữ = 2,28/1. Yếu tố nguy cơ tim mạch chiếm tỉ lệ cao nhất là rối loạn lipid máu (88,6%) và tăng huyết áp (73,3%). Bệnh nhân nhồi máu cơ tim thành dưới chiếm tỉ lệ cao nhất (42,9%), nhồi máu thành trước (37,1%), nhồi máu thành bên (13,3%) và nhồi máu vùng trước rộng (6,7%). Biến chứng thường gặp là phù phổi cấp (17,1%), block nhĩ thất độ 3 (12,3%). Nhánh động mạch vành thủ phạm thường gặp nhất là LAD (45,7%), sau đó là RCA (41,9%), LCx (11,3%), LMCA (0,9%). Thời điểm can thiệp mạch vành < 12 giờ sau khởi phát triệu chứng đau ngực chiếm 67,6%, từ 12 – 24 giờ chiếm 26,7% và sau 24 giờ chiếm 5,6%. Tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn chiếm 31,4% dân số nghiên cứu. Các đặc điểm lâm sàng (tuổi, giới, huyết áp, tần số tim, thời gian từ lúc khởi phát đến lúc được can thiệp cấp cứu, yếu tố nguy cơ tim mạch) và cận lâm sàng (HbA1C, Creatinine, hs-troponin I, LVEF, đặc điểm tổn thương) không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. **Kết luận:** Không có sự khác biệt về

đặc điểm lâm sàng và giải phẫu mạch vành giữa nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên với bệnh mạch vành nhiều nhánh chênh lên được tái tưới máu mạch vành hoàn toàn so với không hoàn toàn. **Từ khóa:** nhồi máu cơ tim ST chênh lên, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu hoàn toàn

SUMMARY

COMPARISON OF CHARACTERISTICS OF PATIENTS WITH ACUTE ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION WITH MULTIVESSEL CORONARY ARTERY INJURY UNDERGOING COMPLETE AND INCOMPLETE REVASCLARIZATION

Background: Patients with ST-elevation myocardial infarction (STEMI) undergoing coronary angiography with multivessel coronary artery injury face a challenging prognosis. However, the rates of complete reperfusion vary across studies, influenced by factors such as timing and regional disparities. **Objectives:** To compare clinical and paraclinical features among patients with STEMI and multivessel coronary artery disease treated with either complete or incomplete revascularization. **Materials and methods:** This cross-sectional, prospective, descriptive study with longitudinal follow-up involved 105 patients with ST-elevation acute myocardial infarction who underwent primary percutaneous coronary revascularization from April 2022 to June 2022 at the Department of Interventional Cardiology and the Department of Cardiovascular Internal Medicine, Cho Ray Hospital. **Results:** The average age was 64.1 ± 11.5 years, with a male/female ratio of 2.28/1. The highest prevalence of cardiovascular risk factors was dyslipidemia (88.6%) and hypertension (73.3%). Inferior myocardial infarction (42.9%) was most common, followed by anterior wall infarction (37.1%), lateral wall infarction (13.3%), and large anterior infarct (6.7%). Common complications included acute pulmonary edema (17.1%) and third-degree atrioventricular block (12.3%). The most frequent culprit coronary artery branch was LAD (45.7%), followed by RCA (41.9%), LCx (11.3%), and LMCA (0.9%). Receiving coronary intervention < 12 hours after chest pain onset accounted for 67.6%, 12

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.2.2024

Ngày duyệt bài: 7.3.2024

to 24 hours for 26.7%, and after 24 hours for 5.6%. The rate of patients receiving complete reperfusion was 31.4%. No significant differences were observed in clinical (age, gender, blood pressure, heart rate, time from onset to emergency intervention, cardiovascular risk factors) and paraclinical characteristics (HbA1C, Creatinine, hs-troponin I, LVEF, injury characteristics) between the complete and incomplete reperfusion groups. **Conclusions:** These findings suggest that while a substantial proportion of patients received incomplete reperfusion, clinical and paraclinical characteristics did not significantly differ between those with complete and incomplete revascularization. Further research is warranted to explore the impact of revascularization strategies on long-term outcomes in this patient population. **Keywords:** ST elevation myocardial infarction, multivessel coronary artery injury, complete reperfusion.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khoảng 50% bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên được chụp mạch vành có tổn thương nhiều nhánh mạch vành^{1,2}. Những bệnh nhân này có tiên lượng xấu hơn những bệnh nhân chỉ bị tổn thương nhánh thủ phạm. Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên đã cho thấy những bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn có tỷ lệ các biến cố tim mạch chính giảm từ 44% đến 65% so với nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn^{3,4,5,6,7}. 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 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.

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim tái tưới máu không hoàn toàn thường lớn tuổi, có chỉ số khối cơ thể và phân suất tổng máu thấp, sang thương mạch vành phức tạp, lâm sàng không ổn định, nguy cơ phẫu thuật cao và có nhiều khả năng mắc nhiều bệnh đi kèm như đái tháo đường, bệnh thận mạn⁸.

Hiện tại, ở Việt Nam, thông tin về đặc điểm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu hoàn toàn hay không hoàn toàn còn hạn chế. Do vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu với mục tiêu so sánh đặc điểm lâm sàng và một số cận lâm sàng giữa bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được điều trị tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn.

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 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.

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 nhân 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

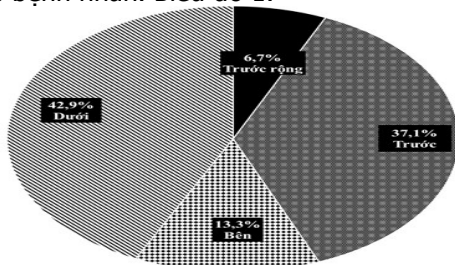
Đặc điểm dân số nghiên cứu. Từ tháng 04/2022 đến tháng 06/2022 có 105 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có can thiệp sang thương thủ phạm tiên phát được nhận vào nghiên cứu. Nam giới có 73 trường hợp, chiếm tỉ lệ 69,5%. Tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu là $64,1 \pm 11,5$ tuổi. Tuổi lớn nhất là 92, tuổi nhỏ nhất là 40 tuổi. Độ tuổi chiếm tỉ lệ nhiều nhất là 50 -70 tuổi với 63,8%. Độ tuổi > 70 tuổi chiếm tỉ lệ 25,8%.

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. Bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm yếu tố nguy cơ tim mạch

Yếu tố nguy cơ tim mạch	n	%
Nam ≥ 45 , nữ ≥ 55 , n (%)	94	89,5%
Rối loạn lipid máu, n (%)	93	88,6%
Tăng huyết áp, n (%)	77	73,3%
Hút thuốc lá, n (%)	49	46,7%
Thừa cân, n (%)	41	39,1%
Đái tháo đường, n (%)	38	36,1%
Bệnh thận mạn, n (%)	8	7,6%

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. Biểu đồ 1.



Biểu đồ 1. Phân bố vị trí nhồi máu cơ tim

Phù phổi cấp là biến chứng thường gặp nhất trong những bệnh nhân tham gia nghiên cứu với 18 bệnh nhân, chiếm tỉ lệ 17,1%. Block nhĩ thất độ 3 chiếm tỉ lệ cao thứ 2 với 13 bệnh nhân,

chiếm 12,3%. Rối loạn nhịp thất là biến chứng ít gặp nhất trong nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu với 4 bệnh nhân, chiếm 3,8% bệnh nhân.

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. Bảng 2.

Bảng 2. Phân bố nhánh mạch vành thủ phạm

Nhánh mạch vành thủ phạm	n	%
LMCA	1	0,9%
LAD	48	45,7%
LAD I	24	22,8%
LAD II/III	24	22,8%
LCx	12	11,3%
RCA	44	41,9%
RCA I	19	18,1%
RCA II/III	23	21,3%
Tổng	105	100%

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%.

So sánh đặc điểm bệnh nhân giữa nhóm tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. 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%.

Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. Độ tuổi trung bình của nhóm tái tưới máu không hoàn toàn là $64,8 \pm 12,4$, cao hơn nhóm tái tưới máu hoàn toàn là $63,7 \pm 11$, tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,67$. Tỉ lệ nam giới ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn thấp hơn so với nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn. Nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,53$. Huyết áp tâm thu lúc nhập viện ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn là $120,9 \pm 28,4$ thấp hơn so với nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn $124,9 \pm 23,2$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,45$. Huyết áp tâm trương lúc nhập viện ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn là $71,3 \pm 16,5$ cao hơn so với huyết áp tâm trương

nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn là $69,3 \pm 14,6$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,92$. Tần số tim trung bình ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn là $74,3 \pm 20,7$ cao hơn so với nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn với $73,9 \pm 21,7$. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,92$. Thời gian tính từ lúc khởi phát triệu chứng đến khi được can thiệp cấp cứu là $12,58 \pm 6,9$ ở nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn, cao hơn nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn là $10,89 \pm 5,6$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê, $p = 0,18$. Bảng 3.

Bảng 3. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Tái tưới máu hoàn toàn N=33	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72	p
Tuổi	63,7±11	64,8±12,4	0,66
Giới tính nam, n(%)	22 (66,7)	51 (70,8)	0,67
Huyết áp tâm thu (mmHg)	120,9±28,4	124,9±23,2	0,45
Huyết áp tâm trương (mmHg)	71,3 ± 16,5	70,1±17,1	0,73
Tần số tim (l/ph)	74,3±20,7	73,9±21,7	0,92
Thời gian NMCT (giờ)	12,58±6,9	10,89±5,6	0,18
Phù phổi cấp (Killip 2-3), n(%)	5 (15,1)	13 (18,1)	0,78
Rối loạn nhịp thất, n(%)	1 (3)	3 (4,1)	0,78*
Block AV độ 3, n(%)	4 (12)	9 (12,5)	0,94*

* Kiểm định Fisher

Yếu tố nguy cơ tim mạch bệnh nhân can thiệp hoàn toàn và không hoàn toàn.

Yếu tố nguy cơ về tuổi là nhóm yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao nhất ở cả 2 nhóm bệnh nhân với 87,8% ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn và 90,2% ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn. Sự khác biệt giữa 2 nhóm bệnh nhân không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,73$. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ cao thứ 3 ở cả 2 nhóm bệnh nhân. Có đến 69,4% bệnh nhân nhóm tái tưới máu không hoàn toàn có tiền căn tăng huyết áp, tỉ lệ này ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn là 81,8%, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,09$. Trong nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn, tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn lipid máu là 84,8%, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn là 90,3%. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý

nghĩa thống kê với $p = 0,51$. Tỉ lệ đái tháo đường ở nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn là 33,3%, ở nhóm bệnh nhân được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn là 37,5%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,67$. Tỉ lệ bệnh nhân hút thuốc lá ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn là 39,3%, thấp hơn nhóm bệnh nhân được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn là 50%, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,3$. Bệnh thận mạn là yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ thấp nhất ở cả 2 nhóm với 9% ở nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn và 6,9% ở nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,7$.

Bảng 4. Yếu tố nguy cơ tim mạch bệnh nhân can thiệp hoàn toàn và không hoàn toàn

Yếu tố nguy cơ	Tái tưới máu hoàn toàn N=33	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72	p
Nam ≥45, nữ ≥55, n(%)	29 (87,8)	65 (90,2)	0,73*
Tăng huyết áp, n(%)	27 (81,8)	50 (69,4)	0,09
Đái tháo đường, n(%)	11 (33,3)	27 (37,5)	0,67
Rối loạn lipid máu, n(%)	28 (84,8)	65 (90,3)	0,51*
Hút thuốc lá, n(%)	13 (39,3)	36 (50)	0,30
Bệnh thận mạn, n(%)	3 (9)	5 (6,9)	0,70*
Thừa cân, n(%)	11 (33,3)	30 (41,6)	0,42

* Kiểm định Fisher

Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn.

Chỉ số HbA1C ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn là $6,33 \pm 1,4$ thấp hơn so với nhóm tái tưới máu không hoàn toàn là $6,45 \pm 1,3$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p=0,65$. Nồng độ creatinine đỉnh trong thời gian nằm viện ở nhóm bệnh nhân được điều trị tái tưới máu hoàn toàn là $1,1 \pm 0,5$ cao hơn so với nhóm được điều trị tái tưới máu không hoàn toàn là $1,05 \pm 0,5$, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với $p = 0,57$. Nồng độ Hs – Troponin I đỉnh ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn là 88028 ± 64736 pg/mL thấp hơn nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn 91599 ± 62954 pg/mL. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê, $p = 0,8$. Bảng 5.

Bảng 5. Đặc điểm cận lâm sàng bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn và không

hoàn toàn

Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Tái tưới máu hoàn toàn N=33	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72	p
Hs-Troponin I đỉnh (pg/mL)	88028 ± 64736	91599 ± 62954	0,80
HbA1c (%)	6,33 ± 1,4	6,45 ± 1,3	0,65
Creatinine đỉnh (mg/dL)	1,11 ± 0,53	1,05 ± 0,5	0,57
LVEF (%)			
≤ 40, n (%)	11 (33,3)	26 (40,3)	0,77
41 - 49, n (%)	5 (15,2)	14 (19,4)	
≥ 50, n (%)	17 (51,5)	32 (44,3)	

Đặc điểm tổn thương và thủ thuật. Ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn, RCA là động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,5%, LMCA là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 0%. Ở nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn, LAD là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ cao nhất với 48,6%, LMCA là nhánh động mạch vành thủ phạm chiếm tỉ lệ thấp nhất với 1,4%. Tỉ lệ bệnh nhân còn 1 và ≥ 2 nhánh hẹp ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn lần lượt là 78,8% và 21,2%, ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn là 56,9% và 43,1%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p = 0,031$. Bảng 6.

Bảng 6. Đặc điểm tổn thương và thủ thuật

	Tái tưới máu hoàn toàn N=33	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72	p
Vị trí nhánh thủ phạm			
LMCA, n (%)	0 (0)	1 (1,4)	1,00*
LAD, n (%)	13 (39,4)	35 (48,6)	0,38
LAD I, n (%)	5 (15,2)	19 (26,3)	0,33
LAD II/III, n (%)	8 (24,2)	16 (22,2)	
Lcx, n (%)	3 (9,1)	9 (12,5)	0,74*
RCA, n (%)	16 (48,5)	28 (38,9)	0,35
RCA I, n (%)	9 (27,3)	11 (15,3)	0,28
RCA II/III, n (%)	7 (21,2)	17 (23,6)	
Số lượng nhánh hẹp còn lại			
1 nhánh, n (%)	26 (78,8)	41 (56,9)	0,031
≥2 nhánh, n (%)	7 (21,2)	31 (43,1)	

* Kiểm định Fisher

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu này cho thấy không có sự khác biệt giữa nhóm được tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có tổn thương nhiều nhánh mạch vành về các đặc điểm nhân trắc, lâm sàng, cận lâm sàng cũng như đặc điểm tổn

thương mạch vành.

Tái tưới máu hoàn toàn trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có nhiều nhánh mạch vành là vấn đề khó khăn và nhiều thách thức trong thực hành lâm sàng. Một nghiên cứu số bộ Hoa Kỳ cho thấy, tái tưới máu mạch vành không hoàn toàn bằng stent phủ thuốc dao động từ 45% đến 89% trong các thủ thuật điều trị bệnh động mạch vành nhiều nhánh ở 39 bệnh viện khác nhau⁹. Tái thông mạch máu không hoàn toàn xảy ra nhiều hơn ở bệnh nhân PCI, nhưng không hiếm ở nhóm CABG - trong nghiên cứu này, tái tưới máu không hoàn toàn xảy ra ở 33% bệnh nhân CABG so với 59% bệnh nhân PCI ($P < 0,001$). Sự khác biệt lớn này trong thực hành tùy thuộc vào khả năng sẵn có của cơ sở nghiên cứu, nguyện vọng của bệnh nhân, cũng như đặc điểm của bệnh nhân.

Những bệnh nhân được tái thông mạch máu không hoàn toàn khác với những bệnh nhân được tái thông mạch máu hoàn toàn. Sự khác biệt về các đặc điểm cơ bản tùy theo thiết kế nghiên cứu khác nhau, nhưng có thể bao gồm mức độ bệnh mạch vành, sự hiện diện của bệnh đái tháo đường, tuổi già và suy thận.

Nghiên cứu của chúng tôi chưa cho thấy sự khác biệt về đặc điểm giữa hai nhóm có thể do chúng tôi chọn bệnh không ngẫu nhiên, cỡ mẫu còn nhỏ và định nghĩa bệnh mạch vành khi tổn thương hẹp trên 50%, trong khi can thiệp thường chỉ định khi hẹp trên 70%. Ngoài ra, nghiên cứu này cũng loại ra các bệnh nhân nhồi máu cơ tim có biến chứng nặng như suy tim Killip 4 hay choáng tim sau thủ thuật hoặc biến chứng cơ học. Những nhóm bệnh nhân này theo khuyến cáo hiện hành tái tưới máu mạch vành hoàn toàn có lợi hơn.

V. KẾT LUẬN

Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng và giải phẫu mạch vành giữa nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên với bệnh mạch vành nhiều nhánh chênh lên được tái tưới máu mạch vành hoàn toàn so với không hoàn toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sorajja P, Gersh BJ, Cox DA, et al. Impact of multivessel disease on reperfusion success and clinical outcomes in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for acute myocardial infarction. *European Heart Journal*. 2007; 28(14): 1709-1716. doi:10.1093/eurheartj/ ehm184
2. Dzierwicz A, Siudak Z, Rakowski T, et al. Impact of multivessel coronary artery disease and noninfarct-related artery revascularization on outcome of patients with ST-elevation myocardial infarction transferred for primary percutaneous

- coronary intervention (from the EUROTRANSFER Registry). *Am J Cardiol.* 2010;106(3):342-7. doi:10.1016/j.amjcard.2010.03.029
3. Engström T, Kelbæk H, Helqvist S, et al. Complete revascularisation versus treatment of the culprit lesion only in patients with ST-segment elevation myocardial infarction and multivessel disease (DANAMI-3—PRIMULTI): an open-label, randomised controlled trial. *Lancet.* 2015; 386 (9994):665-71. doi: 10.1016/ s0140-6736 (15)60648-1
 4. Gershlick AH, Khan JN, Kelly DJ, et al. Randomized trial of complete versus lesion-only revascularization in patients undergoing primary percutaneous coronary intervention for STEMI and multivessel disease: the CvLPRIT trial. *J Am Coll Cardiol.* 2015;65(10): 963-72. doi: 10.1016/ j.jacc.2014.12.038
 5. 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
 6. Smits PC, Abdel-Wahab M, Neumann F-J, et al. Fractional Flow Reserve-Guided Multivessel Angioplasty in Myocardial Infarction. *New England Journal of Medicine.* 2017;376(13): 1234-1244. doi:10.1056/ NEJMoa1701067
 7. Wald DS, Morris JK, Wald NJ, et al. Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013; 369(12): 1115-23. doi:10.1056/NEJMoa1305520
 8. Dauerman HL. Reasonable incomplete revascularization. *Circulation.* 2011;123(21):2337-40. doi: 10.1161/ circulationaha.111.033126
 9. Hannan EL, Wu C, Walford G, et al. Incomplete revascularization in the era of drug-eluting stents: impact on adverse outcomes. *JACC Cardiovascular interventions.* 2009;2(1):17-25. doi:10.1016/j.jcin.2008.08.021

VAI TRÒ CỦA ĐIỆN SINH LÝ THẦN KINH TRONG TIỀN LƯỢNG PHỤC HỒI CHỨC NĂNG VẬN ĐỘNG LIỆT DÂY THẦN KINH VII NGOẠI BIÊN VÔ CĂN GIAI ĐOẠN CẤP

Nguyễn Văn Tuấn^{1,2}, Nguyễn Thanh Sơn³

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phân tích vai trò của điện sinh lý thần kinh trong tiên lượng phục hồi chức năng vận động liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn trong giai đoạn cấp. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang tiến cứu trên 57 bệnh nhân bị liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn cấp tính tại bệnh viện chăm cứu Trung ương. **Kết quả nghiên cứu:** Tuổi mắc bệnh trung bình 30.7±13.6, nhóm tuổi 20-39 chiếm 52.6%. Thoái hóa thần kinh VII ngoại biên mức độ trung bình khi khởi phát tăng theo độ nặng trong phân độ lâm sàng House Brackmann (14.94 ± 8.31 độ II so với 59.9 ± 6.91 độ VI). Thời gian tiềm vận động thần kinh mặt bên bệnh (3.3 ± 0.5 ms) kéo dài hơn so với bên lành (2.9 ± 0.43 ms) (p<0,05). Đáp ứng R1 của phản xạ Blink bất thường ở tất cả các trường hợp (27 trường hợp mất đáp ứng; 30 trường hợp kéo dài thời gian tiềm R1). Sau 30 ngày điều trị có tỷ lệ khởi hoàn toàn đạt 67.4% ở nhóm có thoái hóa thần kinh mặt giai đoạn khởi phát <50% so với 14.3% khởi hoàn toàn ở nhóm ≥50%. Nhóm khởi hoàn toàn có trung bình thời gian tiềm giai đoạn khởi phát ngắn hơn so với nhóm không khởi hoàn toàn (3.28 ± 0.53 ms so với 3.32 ± 0.64 ms). Bệnh nhân còn phản xạ Blink giai đoạn khởi phát có tỷ lệ khởi hoàn toàn sau 30 ngày

đạt 76.7% so với nhóm mất phản xạ Blink đạt 29.6%. **Kết luận:** Trong giai đoạn cấp, những bệnh nhân có tỷ lệ thoái hóa thần kinh VII ngoại biên vô căn < 50%, còn phản xạ Blink thì tỷ lệ hồi phục sau 30 ngày tốt hơn. **Từ khóa:** Liệt dây thần kinh VII ngoại biên vô căn, điện sinh lý thần kinh.

SUMMARY

THE ROLE OF ELECTROMYOGRAPHY IN PREDICTING THE RECOVERY OF MOTOR FUNCTION IN PATIENTS WITH ACUTE IDIOPATHIC PERIPHERAL FACIAL PALSY

Objective: Analyzing the role of nerve electrophysiology in the prediction of the recovery of motor function in acute idiopathic peripheral facial palsy. **Research method:** A prospective cross-sectional description of 57 patients with acute idiopathic peripheral facial palsy at the Central Acupuncture Hospital. **Results:** The average age of onset was 30.7 ± 13.6 years; the age group 20–39 accounts for 52.6%. The percentage of facial nerve degeneration at the onset stage increased according to the degree of severity in the House Brackmann clinical grading (14.94 ± 8.31 degrees II compared to 59.9 ± 6.91 degrees VI). The motor latency of the facial nerve on the affected side at the onset stage was 3.3 ± 0.5ms higher than compared to 2.9 ± 0.43ms on the normal side (p<0,05). Response R1 of Blink reflex is abnormal in all cases (27 cases of total loss; 30 cases of prolonged R1 latency). After 30 days of treatment, the complete recovery rate was 67.4% in the group with facial nerve degeneration at the onset stage <50%, compared to 14.3% in the group ≥50%. The complete recovery group also had a shorter average distal latency at the onset stage than

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

³Bệnh viện Chăm cứu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tuấn

Email: ngvtuan21965@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024