

***Mối liên quan của thông số gan nhiễm mỡ trên Fibroscan với các chỉ số đường máu và mỡ máu:** Khi khảo sát mối liên quan giữa chỉ số CAP và các thông số đường máu, mỡ máu của BN đái tháo đường típ 2, chúng tôi thu được kết quả: Chỉ số CAP ở nhóm có glucose máu lúc đói tăng ($260 \pm 62,7$) và Cholesterol tăng ($267,9 \pm 59,6$) cao hơn đáng kể so với nhóm có glucose máu lúc đói bình thường ($234,69 \pm 62,69$) và Cholesterol bình thường ($239,4 \pm 64,2$) (bảng 1). Chỉ số Glucose máu lúc đói và CAP có mối tương quan thuận mức độ nhẹ với $r = 0,17$, $p < 0,05$ (biểu đồ 2). Cholesterol và chỉ số CAP có mối tương quan thuận mức độ nhẹ với $r = 0,275$, $p < 0,05$ (biểu đồ 3). Tuy nhiên giá trị CAP không có mối liên quan với các chỉ số HbA1c và Triglycerid máu (bảng 1).

Theo nghiên cứu của Trần Thị Khánh Tường thì các chỉ số Triglycerid, HDL, ALT, AST ở bệnh nhân đái tháo đường có mối tương quan thuận với độ nhiễm mỡ gan trên Fibroscan [2]. Tác giả Kwok cũng nhận thấy bệnh nhân bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu có vòng eo lớn hơn, glucose máu cao hơn, nồng độ Triglycerid máu cao hơn và HDL-C thấp hơn [3].

Tác giả Lê Thị Minh Hào cũng cho kết quả chỉ số nhiễm mỡ gan liên quan đến chỉ số vòng bụng, BMI, Triglycerid, Glucose máu và men gan (ALT, AST), tuy nhiên không liên quan đến huyết áp và HDL-C [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 142 bệnh nhân đái tháo đường típ 2 được siêu âm Fibroscan tại Bệnh

viện quân y 103 trong thời gian từ tháng 4 năm 2023 đến tháng 2 năm 2024 chúng tôi rút ra kết luận sau:

Chỉ số gan nhiễm mỡ CAP trên Fibroscan có liên quan với các thông số BMI, giới tính, Glucose máu lúc đói và Cholesterol máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tapper Elliot B, Castera Laurent, Afdhal Nezam H.** "FibroScan (vibration-controlled transient elastography): where does it stand in the United States practice", *Clinical Gastroenterology Hepatology*. 2015; 13(1), pp. 27-36.
2. **Mikolasevic Ivana, Orlic Lidija, Franjic Neven et al.** "Transient elastography (FibroScan®) with controlled attenuation parameter in the assessment of liver steatosis and fibrosis in patients with nonalcoholic fatty liver disease-Where do we stand?", *World journal of gastroenterology*. 2016; 22(32), pp. 7236.
3. **Trần Thị Khánh Tường, Phạm Quang Thiên Phú.** "Mối tương quan giữa mức độ nhiễm mỡ gan và xơ hóa gan ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2 bị bệnh gan nhiễm mỡ không do rượu", *Tạp chí y học Việt Nam*. 2020; 488(1), pp. 21 - 25.
4. **Kwok Raymond, Choi Kai Chow, Wong Grace Lai-Hung et al.** "Screening diabetic patients for non-alcoholic fatty liver disease with controlled attenuation parameter and liver stiffness measurements: a prospective cohort study", *Gut*. 2015; pp. 2015-309265.
5. **Karlas Thomas, Petroff David, Sasso Magali et al.** (2017), "Individual patient data meta-analysis of controlled attenuation parameter (CAP) technology for assessing steatosis", *Journal of hepatology*, 66(5), pp. 1022-1030.
6. **Hào Lê Thị Minh** (2023), "Nghiên cứu đặc điểm độ đàn hồi và mức độ nhiễm mỡ gan bằng siêu âm Fibroscan ở người có hội chứng chuyển hóa", *Luận văn chuyên khoa cấp II, Học viện Quân Y*.

KHẢO SÁT ĐỘ DÀY LỚP NỘI TRUNG MẠC ĐỘNG MẠCH CẢNH CHUNG Ở NGƯỜI BỆNH NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Gia Phong¹, Trần Đức Hùng²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh (ĐMC) chung ở người bệnh (NB) nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp tại Bệnh viện Quân y 103. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang thực hiện trên 59 người bệnh

NMCT cấp tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2021 đến tháng 6/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình $67,0 \pm 12,5$ năm, tỷ lệ nam/nữ = 3,5/1. NMCT cấp ST chênh lên chiếm 81,4%. Độ dày lớp nội trung mạc (ĐDLNTM) trung bình là $1,01 \pm 0,31$ mm; ĐDLNTM giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ độ dày bình thường là 39,0%, dày lớp nội trung mạc 20,3% và vừa xơ ĐMC chung 40,7%. Nhóm có độ dày lớp nội trung mạc $\geq 0,9$ mm có tuổi trung bình cao hơn nhóm ĐDLNTM bình thường ($< 0,9$ mm) tương ứng là $69,7 \pm 11,5$ năm so với $62,7 \pm 13,1$ năm với $p < 0,05$; BMI trung bình; tỷ lệ hút thuốc lá; tăng huyết áp và đái tháo đường giữa 2 nhóm không có sự khác biệt. Chưa thấy mối tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc với nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C máu. **Kết**

¹Bệnh viện Tim Hà Nội

²Bệnh viện Quân y 103, Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Trần Đức Hùng

Email: tranduchung2104@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

luận: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung của nhóm nghiên cứu là $1,01 \pm 0,31$ mm. Tỷ lệ ĐDLNTM bình thường là 39,0%, dày lớp nội trung mạc 20,3% và vừa xơ ĐMC chung 40,7%. Nhóm có độ dày lớp nội trung mạc $\geq 0,9$ mm có tuổi trung bình cao hơn nhóm có độ dày bình thường ($< 0,9$ mm) có ý nghĩa. **Từ khóa:** Độ dày lớp nội trung mạc, nhồi máu cơ tim cấp.

SUMMARY

INVESTIGATING THE COMMON CAROTID INTIMA-MEDIA THICKNESS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Objectives: To investigate the common carotid intima-media thickness (CIMT) in patients with acute myocardial infarction (AMI) at Military Hospital 103. **Subjects and methods:** This was cross-sectional study included 59 patients with AMI at Military Hospital 103 from May, 2021 to Jun, 2022. **Results:** Mean age was 67.0 ± 12.5 years; male/female ratio was 3.5/1. The majority of patients presented with ST-elevation myocardial infarction (81.4%). The mean CIMT was 1.01 ± 0.31 mm; CIMT $< 0,9$ mm, CIMT $\geq 0,9 - 1,49$ mm and ≥ 1.5 mm accounted for 39.0%, 20.3% and 40.7%, respectively. Mean age of group CIMT $\geq 0,9$ mm ($69,7 \pm 11,5$) was significantly higher than group CIMT $< 0,9$ mm ($62,7 \pm 13,1$), $p < 0,05$. Mean BMI, smoking, diabetes rate were not significantly different between the 2 groups. There was no correlation between CIMT with cholesterol concentration and LDL-C. **Conclusion:** The mean CIMT was 1.01 ± 0.31 mm; CIMT $< 0,9$ mm, CIMT $\geq 0,9 - 1,49$ mm and ≥ 1.5 mm accounted for 39.0%, 20.3% and 40.7%, respectively. Mean age of group CIMT $\geq 0,9$ mm was significantly higher than group CIMT $< 0,9$ mm. **Keywords:** Common carotid intima-media thickness, Acute myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

NMCT (NMCT) cấp là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở các nước Âu - Mỹ. Tại Việt Nam, NMCT ngày càng có khuynh hướng gia tăng. NMCT là một cấp cứu nội khoa thường gặp và có nhiều biến chứng nguy hiểm, tỷ lệ tử vong cao, nếu không được điều trị tái tưới máu sớm thì dù bệnh nhân có qua được giai đoạn cấp cũng để lại những di chứng nặng nề đặc biệt là suy tim sau NMCT. Do vậy, việc dự phòng và phát hiện sớm được bệnh là vô cùng cần thiết [1]. Nguyên nhân của bệnh đa số là do vừa xơ động mạch trên NB có nhiều yếu tố nguy cơ, tổn thương do vừa xơ thường xuất hiện trên nhiều động mạch lớn trong cây động mạch của cơ thể như: ĐMV, ĐMC, động mạch nuôi não, động mạch chủ, động mạch ngoại vi v.v. Do đó, việc phát hiện từ sớm các tổn thương vừa xơ ở các động mạch khác trong cùng cây động mạch cũng góp phần vào dự phòng NMCT cấp [2]. Trong những năm gần đây, nhiều nghiên cứu cho thấy có thể chẩn đoán sớm những tổn thương vừa xơ động mạch

bằng siêu âm mạch máu thông qua việc đánh giá ĐDLNTM. Một số nghiên cứu cũng chỉ ra rằng ĐDLNTM động mạch là yếu tố chỉ điểm liên quan đến bệnh lý tim mạch, đột quỵ và dự báo tử vong do mọi nguyên nhân [3], [4]. ĐMC chung nằm nông ngay dưới da, đi trước cơ ức đòn chũm, đây là vị trí dễ tiến hành siêu âm cho phép đo đạc chính xác ĐDLNTM cũng như hình thái tổn thương của động mạch. Xuất phát từ những vấn đề trên, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Khảo sát độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp tại Bệnh viện Quân y 103.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 59 NB được chẩn đoán NMCT cấp được điều trị nội trú tại Khoa Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Quân y 103 thời gian từ 11/2022 đến tháng 5/2023.

- Tiêu chuẩn lựa chọn:

+ NB được chẩn đoán xác định NMCT cấp theo định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT năm 2018 [5]:

. Có tăng (hoặc giảm) Troponin với ít nhất một giá trị trên bách phân vị thứ 99, kèm theo ít nhất một trong các tiêu chuẩn sau:

. Triệu chứng cơ năng của thiếu máu cơ tim cục bộ.

. Thay đổi điện tâm đồ kiểu thiếu máu cục bộ mới.

. Có sóng Q bệnh lý.

. Có bằng chứng hình ảnh mới của cơ tim mất chức năng sống hoặc rối loạn vận động vùng trong bệnh cảnh phù hợp với thiếu máu cục bộ.

. Có huyết khối ở ĐMV trên phim chụp ĐMV.

+ NB đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Tiêu chuẩn loại trừ: NB có một trong các tiêu chí sau

+ Đang mắc các bệnh toàn thân nặng.

+ Huyết động không ổn định, rối loạn nhịp tim nặng.

+ Có biến chứng cơ học của NMCT cấp.

+ Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

- Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện.

- Thời gian và địa điểm nghiên cứu: tại Khoa Can thiệp Tim mạch, Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2021 đến tháng 6/2022.

- Các bước tiến hành nghiên cứu: NB được khám lâm sàng, xét nghiệm máu, Troponin, làm điện tâm đồ, làm siêu âm tim, chụp động mạch vành qua da, siêu âm ĐMC sau 1 tuần điều trị và

được đăng ký vào hồ sơ nghiên cứu theo các nội dung nghiên cứu thống nhất.

- Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu
 - . ĐDLNTM <0,9 mm: Bình thường.
 - . ĐDLNTM ≥0,9 mm-1,49 mm: Dày lớp nội trung mạc.
 - . Màng xơ vữa: được định nghĩa khi ĐDLNTM tăng trên 50% so với ĐDLNTM của đoạn thành mạch kế cận hoặc khi ĐDLNTM ≥ 1,5 mm [4].
- Phân tích và xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 22.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu (n = 59)

Đặc điểm		Kết quả
Tuổi (X ± SD) (năm)		67,0 ± 12,5
Giới tính (n, %)	Nam	46 (78,0%)
	Nữ	13 (22,0%)
BMI (X ± SD)		22,7 ± 2,9
Hút thuốc (n, %)		14 (23,7)
Tăng huyết áp (n, %)		32 (54,2)
Đái tháo đường type 2 (n, %)		12 (20,3)

Nhận xét: Tuổi trung bình nhóm nghiên cứu là 67,0 ± 12,5 năm. Nam giới chiếm tỷ lệ cao (78,0%), tỉ lệ nam/nữ = 3,5/1. Về một số yếu tố nguy cơ tim mạch, tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm tiếp theo đến hút thuốc lá và đái tháo đường.

Bảng 2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Số lượng	Tỷ lệ (%)	
Lý do vào viện	Đau ngực	58	98,3
	Khó thở	1	1,7
Thời điểm nhập viện	< 12h	38	64,4
	12-24h	11	18,6
	> 24h	10	17,0
Phân độ Killip	Killip I	54	91,5
	Killip II	5	8,5
	Killip III-IV	0	0

Nhận xét: Lý do vào viện chủ yếu là đau ngực (98,3%). 64,4% NB nhập viện sớm (trước 12h); 35,6% nhập viện muộn (sau 12h). Tất cả các trường hợp đều có phân độ Killip I-II. Không có trường hợp nào Killip III-IV.

Bảng 3. Một số đặc điểm siêu âm tim và điện tâm đồ

Thông số	Kết quả
EF (X ± SD) (%)	54,2 ± 11,8
Rối loạn vận động thành tim (n, %)	50 (84,7%)
ST chênh lên (n, %)	48 (81,4%)
T âm (n, %)	10 (16,9%)
Sóng Q (n, %)	3 (5,1%)

Nhận xét: Phân suất tổng máu thất trái trung bình là 54,2 ± 11,8%; 7 NB (11,9%) có chức năng tâm thu thất trái bị giảm (EF < 40%); 84,7% có rối loạn vận động thành tim. Điện tim có ST chênh lên chiếm 81,4%.

3.2. Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung

Bảng 4. Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung

Độ dày lớp nội trung mạc	Giá trị
Nhóm nam giới (X ± SD) (mm)	1,01±0,31
Nhóm nữ giới (X ± SD) (mm)	1,04±0,27
Nhóm nghiên cứu (X ± SD) (mm)	1,01±0,30
Độ dày bình thường (< 0,9 mm) (n, %)	23(39,0%)
Dày lớp nội trung mạc (≥0,9-1,49 mm) (n, %)	12(20,3%)
Vữa xơ động mạch cảnh chung (≥1,5 mm) (n, %)	24(40,7%)

Nhận xét: ĐDLNTM giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê (p>0,05). Tỷ lệ độ dày bình thường là 39,0%, dày lớp nội trung mạc 20,3% và vữa xơ ĐMC chung 40,7%.

Bảng 5. Mối liên quan giữa độ dày lớp nội trung mạc với một số yếu tố nguy cơ

Đặc điểm	Độ dày <0,9mm (n=23)	Độ dày ≥0,9mm (n=36)	p
Tuổi (X ± SD) (năm)	62,7±13,1	69,7±11,5	<0,05
BMI (X ± SD)	23,2±3,1	22,3±2,8	>0,05
Hút thuốc lá (n, %)	6(26,1%)	8(22,2%)	>0,05
Tăng huyết áp (n, %)	11(47,8%)	21(58,3%)	>0,05
Đái tháo đường (n, %)	4(17,4%)	8(22,2%)	>0,05

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm có dày nội trung mạc ≥ 0,9 mm cao hơn nhóm ĐDLNTM bình thường có ý nghĩa thống kê. BMI trung bình, tỷ lệ hút thuốc lá, tăng huyết áp và đái tháo đường giữa 2 nhóm không có sự khác biệt.

Bảng 6. Tương quan giữa độ dày lớp nội trung mạc với một số chỉ số lipid máu

Tương quan	r	p
ĐDLNTM với cholesterol toàn phần trong máu	-0,092	> 0,05
ĐDLNTM với LDL-C	-0,082	> 0,05

Nhận xét: Chưa thấy mối tương quan giữa ĐDLNTM với nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C trong máu.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Trong nghiên cứu này, tuổi trung bình là 67,0 ± 12,5 năm. Theo nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng (2017) tuổi trung bình 61,8 ± 11,9

năm [7]. Nghiên cứu của Kablak Z. (2004) tuổi trung bình 59,3 năm [6]. Tỷ lệ nam/nữ = 3,54/1, tỷ lệ này tương tự như của tác giả Kablak Z. [6].

Về yếu tố nguy cơ tim mạch, bệnh tăng huyết áp chiếm tỷ lệ cao nhất (54,2%), tiếp theo đến hút thuốc (23,7%), đái tháo đường (20,3%). Các yếu tố nguy cơ này cũng thường gặp ở NB bị NMCT cấp đã được đề cập trong y văn và trong một số nghiên cứu trong và ngoài nước. Theo Huỳnh Kim Phượng (2017), tỷ lệ tăng huyết áp 72,4%, hút thuốc lá 67,3%, rối loạn lipid máu 59,2% và đái tháo đường là 18,4% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi lý do vào viện chủ yếu là đau ngực (98,3%). 64,4% NB nhập viện sớm (trước 12h); 35,6% nhập viện muộn (sau 12h), NMCT cấp có ST chênh lên chiếm 81,4% và 100% các trường hợp đều có phân độ Killip I-II, không có trường hợp nào Killip III, IV.

4.2. Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung. ĐDLNTM động mạch cảnh chung trung bình là $1,01 \pm 0,31$ mm. Sự khác biệt về ĐDLNTM giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Tỷ lệ độ dày bình thường là 39,0%, có dày lớp nội trung mạc 20,3% và vừa xơ ĐMC chung 40,7%. ĐDLNTM giữa hai giới không có ý nghĩa thống kê ($p > 0,05$). Huỳnh Kim Phượng (2017) nghiên cứu trên 98 NB hội chứng vành cấp, thấy ĐDLNTM là $1,85 \pm 0,7$ mm; tỷ lệ độ dày bình thường 4,1%, dày lớp nội trung mạc 33,7% và vừa xơ ĐMC là 62,2% [7]; các tỷ lệ này cao hơn nghiên cứu của chúng tôi có thể do khác nhau về đặc điểm của mẫu nghiên cứu.

Về mối liên quan giữa ĐDLNTM với một số yếu tố nguy cơ trong nghiên cứu này: nhóm có độ dày lớp nội trung mạc $\geq 0,9$ mm có tuổi trung bình cao hơn nhóm ĐDLNTM bình thường ($< 0,9$ mm) tương ứng là $69,7 \pm 11,5$ năm so với $62,7 \pm 13,1$ năm với $p < 0,05$. BMI, tỷ lệ hút thuốc, tăng huyết áp và đái tháo đường giữa 2 nhóm không có sự khác biệt. Trong nghiên cứu của chúng tôi chưa thấy mối tương quan giữa ĐDLNTM với nồng độ cholesterol toàn phần và LDL-C máu ($p > 0,05$).

Nhiều nghiên cứu ngoài nước về mối liên quan giữa ĐDLNTM động mạch cảnh chung với một số yếu tố nguy cơ của vừa xơ động mạch như: tuổi, giới tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu và vai trò dự báo về nguy cơ tử vong hoặc các biến cố tim mạch. Nghiên cứu của Daniel H. O'Leary và cộng sự (1999) tiến hành siêu âm độ phân giải cao cho 5858 đối tượng từ 65 tuổi trở lên với biến kết cục là biến cố tim mạch (NMCT mới hoặc đột quỵ). Nguy cơ tương đối của NMCT hoặc đột quỵ tăng

lên theo độ dày của nội trung mạc ($p < 0,001$). Nguy cơ tương đối của NMCT hoặc đột quỵ (điều chỉnh theo tuổi và giới tính) đối với nhóm có độ dày cao nhất so với nhóm thấp nhất với HR là 3,87 [2,72-5,51] [2]. Tác giả Huỳnh Kim Phượng phân tích đường cong ROC của ĐDLNTM động mạch cảnh chung đối với chẩn đoán bệnh ĐMV thấy diện tích dưới đường cong ROC=0,85 đánh giá ĐDLNTM có giá trị trong chẩn đoán bệnh ĐMV, với điểm cắt ĐDLNTM = 1,22 mm có độ nhạy 78,6% và độ đặc hiệu 73,4% đối với chẩn đoán bệnh ĐMV [7]. Theo Kablak Z. và cộng sự ghi nhận khi ĐDLNTM $> 1,15$ mm thì có 94% khả năng có bệnh ĐMV, độ nhạy 65% và độ đặc hiệu 80% [6].

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 59 người bệnh bị nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 5/2021 đến tháng 6/2022 chúng tôi đưa ra kết luận sau: Độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung của nhóm nghiên cứu là $1,01 \pm 0,31$ mm. Tỷ lệ độ dày bình thường là 39,0%, có dày lớp nội trung mạc 20,3% và vừa xơ ĐMC chung 40,7%. Nhóm có độ dày lớp nội trung mạc $\geq 0,9$ mm có tuổi trung bình cao hơn nhóm có độ dày bình thường ($< 0,9$ mm) có ý nghĩa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2015). Thực hành Bệnh tim mạch, Tái bản lần thứ 3, Nhà xuất bản Y học.
2. O'leary D.H., Polak J.F., Kronmal R.A. et al. (1999). Carotid-artery intima and media thickness as a risk factor for myocardial infarction and stroke in older adults, New England Journal of Medicine, 340(1): 14-22.
3. Roumeliotis A., Roumeliotis S., Panagoutsos S. et al. (2019). Carotid intima-media thickness is an independent predictor of all-cause mortality and cardiovascular morbidity in patients with diabetes mellitus type 2 and chronic kidney disease, Renal failure, 41(1): 131-138.
4. Lorenz M.W., Price J.F., Robertson C. et al. (2015). Carotid intima-media thickness progression and risk of vascular events in people with diabetes: results from the PROG-IMT collaboration, Diabetes Care, 38(10): 1921-1929.
5. Thygesen K., Alpert J.S., Jaffe A.S. et al. (2019). Fourth universal definition of myocardial infarction (2018), European heart journal, 40(3): 237-269.
6. Kablak-Ziembicka A., Tracz W., Przewlocki T. et al. (2004). Association of increased carotid intima-media thickness with the extent of coronary artery disease, Heart, 90(11): 1286-1290.
7. Huỳnh Kim Phượng, Nguyễn Hoàng Tài My (2017). Giá trị độ dày lớp nội trung mạc động mạch cảnh chung đối với chẩn đoán bệnh động mạch vành trong hội chứng mạch vành cấp, Chuyên đề Tim mạch học - Hội Tim mạch Tp. Hồ Chí Minh.

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

¹Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

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 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.