

- Izuhara Y, Matsumoto H, Kanemitsu Y, et al. GLCCI1 variant accelerates pulmonary function decline in patients with asthma receiving inhaled corticosteroids. *Allergy*. 2014 May;69(5):668-73. doi: 10.1111/all.12400.
- Trương Thị Xuân Mai, Thị Thanh Tuyền Lê, Thị Thu Hương Nguyễn và cộng sự (2022) "Tình hình tuân thủ điều trị ở bệnh nhân ngoại trú Hen Phế quản tằm tại Bệnh viện Bà Rịa năm 2021-2022". *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*, số 47, tr: 106-114.
- Sood A, Qualls C, Schuyler M, Arynchyn A, Alvarado JH, Smith LJ, Jacobs DR Jr. Adult-onset asthma becomes the dominant phenotype among women by age 40 years. the longitudinal CARDIA study. *Ann Am Thorac Soc*. 2013 Jun; 10(3):188-97. doi:10.1513/AnnalsATS.201212-1150C.
- Kankaanranta H, Kauppi P, Tuomisto LE, Ilmarinen P. Emerging Comorbidities in Adult Asthma: Risks, Clinical Associations, and Mechanisms. *Mediators Inflamm*. 2016; 2016:3690628. doi: 10.1155/2016/3690628.
- Boulet LP. Influence of comorbid conditions on asthma. *Eur Respir J*. 2009 Apr;33(4):897-906. doi: 10.1183/09031936.00121308.

## ẢNH HƯỞNG CỦA TÁI TƯỚI MÁU HOÀN TOÀN LÊN ĐAU NGỰC TÁI PHÁT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VỚI TỔN THƯƠNG NHIỀU NHÁNH MẠCH VÀNH

Trần Nguyễn Phương Hải<sup>1</sup>, Hoàng Văn Sỹ<sup>2,3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** xác định tỉ lệ đau ngực tái phát cần nhập viện sau can thiệp tái tưới máu hoàn toàn và so với không hoàn toàn trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có tổn thương nhiều nhánh mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu có mô tả 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. **Kết quả:** Tổng cộng 105 bệnh nhân (69,5% nam giới, tuổi trung bình 64,1 ± 11,5) được nghiên cứu. Phần lớn có ít nhất một yếu tố nguy cơ tim mạch, chủ yếu là rối loạn lipid máu (88,6%) và tăng huyết áp (73,3%). Tỉ lệ đau ngực tái phát cần nhập viện ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn thấp hơn so với nhóm không tái tưới máu hoàn toàn sau 1 tháng (6,1% so với 9,8%) và 3 tháng (12,1% so với 29,2%). Mặc dù sự khác biệt này không đạt ý nghĩa thống kê ( $p = 0,72$  và  $0,08$ ), nhưng có thể thấy tỉ lệ đau ngực tái phát cần nhập viện giữa 2 nhóm có sự tách biệt theo thời gian, dựa theo đường cong Kaplan-Meier. Trong nhóm bệnh nhân không tái tưới máu hoàn toàn, tỉ lệ đau ngực cần phải nhập viện ở những bệnh nhân có nhánh LAD chưa được can thiệp là 52,4%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân chưa được can thiệp ở những nhánh mạch vành khác với 19,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ( $HR = 2,23$ , KTC 95%: 1,13 – 6,25;  $p = 0,026$ ). **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu cho thấy, trong trường hợp bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên với tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu hoàn toàn có xu

hướng giảm nguy cơ đau ngực cần nhập viện. Đối với những bệnh nhân không được tái tưới máu hoàn toàn, nhất là khi nhánh LAD chưa được can thiệp, nguy cơ tái nhập viện do đau ngực tăng cao. **Từ khóa:** đau ngực cần nhập viện, tổn thương nhiều nhánh mạch vành, tái tưới máu không hoàn toàn

### SUMMARY

#### THE IMPACT OF COMPLETE REVASCULARIZATION ON RECURRENCE OF CHEST PAIN IN PATIENTS WITH ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND MULTIVESSEL DISEASE

**Objective:** This study aimed to assess the hospitalization rate for recurrent chest pain following complete versus incomplete revascularization in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI) and multivessel disease. **Subjects and methods:** A prospective cohort study was conducted on STEMI patients undergoing revascularization procedures from April 2022 to June 2022 at the Interventional Cardiology and Cardiology Departments of Cho Ray Hospital. **Results:** The study included 105 patients (69.5% male, mean age 64.1 ± 11.5) with a high prevalence of cardiovascular risk factors, notably dyslipidemia (88.6%) and hypertension (73.3%). The complete revascularization group exhibited lower recurrence of chest pain requiring hospitalization at 1 month (6.1% vs. 9.8%) and 3 months (12.1% vs. 29.2%). Although statistical significance was not reached ( $p = 0.72$  and  $0.08$ ), the Kaplan-Meier curve indicated a noticeable divergence in recurrence rates over time. Patients with incomplete revascularization, especially those with an untreated LAD branch, had a significantly higher risk of hospitalization due to chest pain compared to those untreated in other coronary branches (52.4% vs. 19.6%,  $HR = 2.23$ , 95% CI: 1.13–6.25;  $p = 0.026$ ). **Conclusion:** The study suggests a trend toward a reduced risk of hospitalization for recurrent chest pain with complete revascularization in STEMI patients with

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

<sup>3</sup>Bệnh 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: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024

multivessel disease. For patients not achieving complete revascularization, particularly when the LAD branch is untreated, the risk of rehospitalization due to recurrent chest pain is significantly elevated.

**Keywords:** Recurrent chest pain, multivessel coronary artery disease, incomplete revascularization.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên tổn thương nhiều nhánh có tiên lượng xấu hơn những bệnh nhân chỉ bị tổn thương nhánh thủ phạm, điển hình là tỉ lệ tử vong cao và tỉ lệ tái nhồi máu cao hơn.<sup>1</sup> Trên những bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên và bệnh mạch vành nhiều nhánh có tổn thương phù hợp với điều trị tái tưới máu bằng phương pháp can thiệp mạch vành qua da, sau khi tái thông nhánh thủ phạm, các hướng dẫn thực hành lâm sàng hiện tại<sup>2</sup> khuyến cáo nên tái tưới máu các nhánh mạch vành hẹp đáng kể còn lại để đạt được tái tưới máu toàn bộ trước khi bệnh nhân xuất viện hoặc trong vòng 45 ngày sau nhồi máu.<sup>3</sup> Các thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên so sánh kết cục giữa những bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn đã cho thấy những bệnh nhân ở nhóm được tái tưới máu hoàn toàn giảm đau ngực tái phát nhiều hơn nhóm không được tái tưới máu hoàn toàn. Thực tế không phải lúc nào tái tưới máu hoàn toàn cũng khả thi và còn phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố khác. Các nghiên cứu quan sát trong vòng 10 năm nay cho thấy tỉ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh được tái tưới máu hoàn toàn dao động trong khoảng 15%-63%.

Hiện tại, ở Việt Nam, thông tin về cải thiện đau tái phát sau tái tưới máu hoàn toàn hay không ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên có bệnh mạch vành nhiều nhánh còn hạn chế. Vì thế chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu xác định tỉ lệ đau ngực tái phát cần nhập viện sau can thiệp đặt stent mạch vành hoàn toàn và so với không hoàn toàn.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu tiến cứu có mô tả 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.

**Cỡ mẫu:** Để so sánh tỉ lệ đau ngực cần nhập viện ở 2 nhóm bệnh nhân, cỡ mẫu được tính dựa theo công thức so sánh hai tỉ lệ với tỉ lệ dựa trên tỉ lệ bệnh nhân đau ngực cần nhập viện trong thử nghiệm lâm sàng PRAMI của 2 nhóm can thiệp hoàn toàn và không hoàn toàn lần lượt là 0,081 và 0,216.<sup>4</sup> Cỡ mẫu mỗi nhóm 109 bệnh nhân.

**Tiêu chuẩn chọn bệnh:** bệnh nhân  $\geq 18$  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  $\leq 2$  sau khi can thiệp nhánh thủ phạm, có sang thương tắc mạn tính hoàn toàn, được lên kế hoạch mổ bắc cầu mạch vành, hoặc đã từng mổ bắc cầu mạch vành.

**Biến số nghiên cứu:** Các biến số về đặc điểm nhân trắc (tuổi, giới), đặc điểm lâm sàng (lý do nhập viện, tiền căn bệnh lý, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể) và các thông số cận lâm sàng (điện tâm đồ, siêu âm tim, sinh hóa, huyết học). Mức độ hẹp mạch vành được đo bằng phương pháp QCA (Quantitative Coronary Angiography) bởi các bác sĩ khoa tim mạch can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy. Bệnh nhiều nhánh mạch vành khi có ít nhất 1 nhánh mạch vành ngoài nhánh thủ phạm có tổn thương hẹp  $> 50\%$ . Tái tưới máu hoàn toàn khi bệnh nhân được can thiệp đặt stent tất cả tổn thương ở các nhánh mạch vành có hẹp trên 50% đường kính trong cùng phiên thủ thuật với nhánh thủ phạm, trong cùng 1 lần nhập viện hoặc ở 1 lần nhập viện khác nhưng  $< 45$  ngày kể từ khi can thiệp nhánh thủ phạm. Tái tưới máu không hoàn toàn khi bệnh nhân vẫn còn sang thương hẹp  $> 50\%$  đường kính và chỉ được điều trị nội khoa. Đau ngực cần nhập viện trong thời gian 1 tháng và 3 tháng sau xuất viện gồm 2 giá trị có hoặc không. Bệnh nhân được xác định là có khi nhập viện vì triệu chứng đau ngực kiểu mạch vành hoặc các triệu chứng tương đương,

**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

dùng 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 $\geq 45$ , nữ $\geq 55$ , 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.

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%
<b>Tổng</b>	<b>105</b>	<b>100%</b>

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%.

**Điều trị nội khoa sau can thiệp.** Tất cả bệnh nhân sau can thiệp được điều trị kháng tiểu cầu kép. Tại thời điểm xuất viện, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị nhóm thuốc ức chế hệ RAAS ở nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn là 78,8%, ở nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn là 84,7%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,46$ . Tỉ lệ bệnh nhân được điều trị nhóm thuốc chẹn Beta ở nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn là 48,5%, ở nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn là 55,6%. Sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,53$ . Bảng 3.

**Bảng 3. Điều trị nội khoa sau can thiệp**

Điều trị nội khoa	Tái tưới máu hoàn toàn N=33, (%)	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72, (%)	P
<b>Thuốc</b>			
Aspirin	33 (100)	72 (100)	-
Ticargrelor/ Clopidogrel	33 (100)	72 (100)	-
Thuốc ức chế hệ RAAS	27 (81,8)	61 (84,7)	0,46
Statin	31 (93,9)	70 (97,2)	0,41
Chẹn beta	16 (48,5)	40 (55,6)	0,53

**Tỉ lệ đau ngực cần nhập viện.** Tại thời điểm xuất viện 1 tháng, tỉ lệ bệnh nhân đau ngực cần phải nhập viện ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn cao hơn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê. Tại thời điểm 3 tháng sau xuất viện, nhóm bệnh

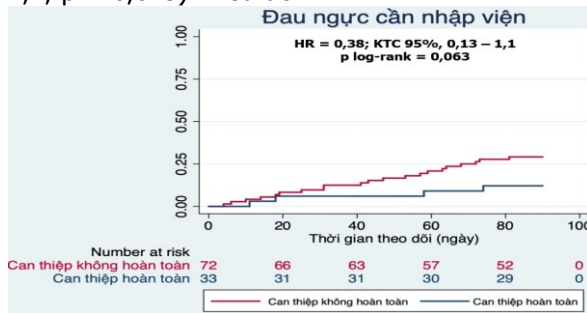
nhân chỉ được can thiệp nhánh thủ phạm có tỉ lệ đau ngực cần phải nhập viện cao hơn so với nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn (29,2% so với 12,1%). Sự khác biệt này không có ý nghĩa về mặt thống kê với  $p = 0,08$ . Bảng 4.

**Bảng 4. Kết cục đau ngực cần nhập viện tại 1 tháng và 3 tháng sau xuất viện**

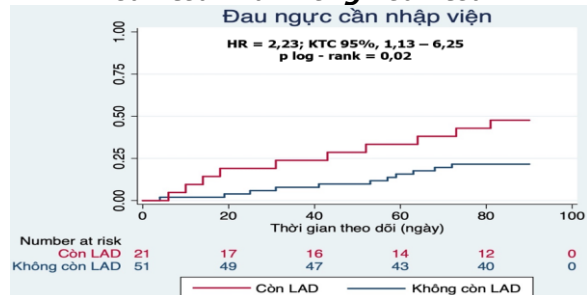
Kết cục	Tái tưới máu hoàn toàn N=33	Tái tưới máu không hoàn toàn N=72	p
Đau ngực cần phải nhập viện tại 1 tháng, n (%)	2 (6,1)	7 (9,8)	0,72*
Đau ngực cần phải nhập viện tại 3 tháng, n (%)	4 (12,1)	21 (29,2)	0,08*

\* Kiểm định Fisher

Những bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn có nguy cơ đau ngực cần phải nhập viện thấp hơn so với nhóm bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn, tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê (HR = 0,38, KTC 95%: 0,13 - 1,1,  $p = 0,073$ ). Biểu đồ 1.

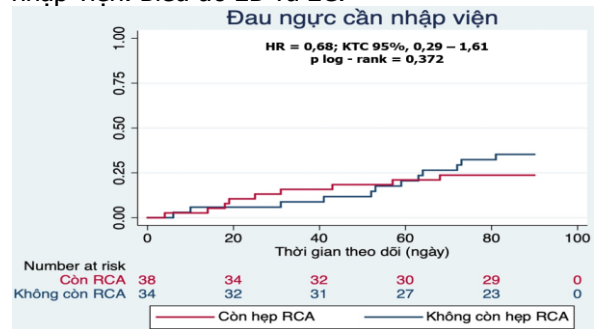


**Biểu đồ 1. Đường cong Kaplan-Meier ước lượng tỉ suất mắc mới tích lũy biến cố đau ngực cần nhập viện ở bệnh nhân can thiệp hoàn toàn và không hoàn toàn**

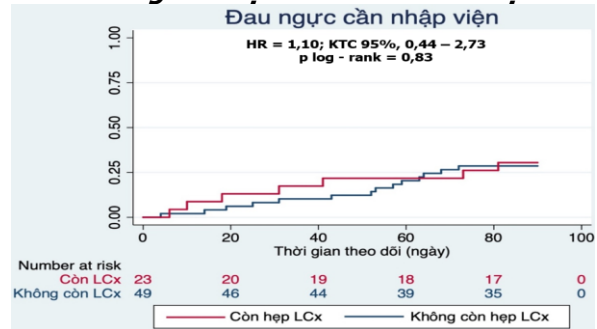


**Biểu đồ 2A. Đường cong Kaplan-Meier ước lượng tỉ suất tích lũy biến cố đau ngực cần nhập viện ở bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn còn và không còn sang thương LAD tại thời điểm xuất viện**

Những bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn và còn sang thương LAD chưa được can thiệp tại thời điểm xuất viện có tỉ lệ đau ngực cần phải nhập viện là 52,4%, cao hơn nhóm bệnh nhân có sang thương chưa được can thiệp ở những nhánh mạch vành khác với 19,6%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với HR= 2,23, KTC 95%: 1,13 - 6,25;  $p = 0,026$ . Biểu đồ 2A. Ngược lại, không có sự liên quan giữa còn hẹp nhánh RCA và LCx tại thời điểm xuất viện với biến cố đau ngực cần tái nhập viện. Biểu đồ 2B và 2C.



**Biểu đồ 2B. Đường cong Kaplan-Meier ước lượng tỉ suất mắc mới tích lũy biến cố đau ngực cần nhập viện ở bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn còn và không còn sang thương RCA tại thời điểm xuất viện**



**Biểu đồ 2C. Đường cong Kaplan-Meier ước lượng tỉ suất tích lũy biến cố đau ngực cần nhập viện ở bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn còn và không còn sang thương LCx tại thời điểm xuất viện**

**IV. BÀN LUẬN**

**Điều trị nội khoa sau can thiệp.** Nhìn chung, không có sự khác biệt về điều trị nội khoa giữa 2 nhóm bệnh nhân sau khi can thiệp. Tất cả bệnh nhân xuất viện đều được kê toa kháng kết tập tiểu cầu kép bao gồm Aspirin và 1 loại thuốc kháng P2Y12 (Clopidogrel hoặc Ticagrelor). Hầu hết bệnh nhân đều được điều trị Statin và ít nhất 1 loại thuốc ức chế hệ RAAS khi xuất viện. Tỉ lệ bệnh nhân ở từng nhóm thuốc trong nghiên cứu

chúng tôi có nét tương đồng với nghiên cứu số bộ về điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên tại châu Âu được công bố vào năm 2017 với tỉ lệ bệnh nhân được sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép, statin, thuốc ức chế hệ RAAS và chẹn lần lượt là 89,6%, 93,6%, 85,2%, 91,0%.<sup>5</sup> Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh nhân được điều trị thuốc chẹn beta trong nghiên cứu chúng tôi thấp hơn, chỉ đạt 53,3%. Có thể do tỉ lệ bệnh nhân có nhánh thủ phạm là RCA trong nghiên cứu chúng tôi cao, lên đến 41,9%, mà những bệnh nhân này thường có các biến chứng nhịp chậm, nên các bác sĩ điều trị chưa sử dụng thuốc chẹn beta tại thời điểm xuất viện vì lí do nhịp tim.

**Kết cục đau ngực cần nhập viện.** Tỉ lệ bệnh nhân đau ngực cần phải tái nhập viện ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn là 6,06%, thấp hơn so với nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn với 9,72% bệnh nhân. Tuy nhiên, sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,53$ . Có thể thấy đường cong Kaplan-Meier của 2 nhóm bệnh nhân chỉ thật sự tách ra từ khoảng ngày thứ 30 sau xuất viện (Biểu đồ 1).

Chúng tôi còn ghi nhận tỉ lệ bệnh nhân đau ngực cần phải tái nhập viện thời điểm 3 tháng ở nhóm bệnh nhân được tái tưới máu không hoàn toàn là 29,2%, cao hơn so với nhóm bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn là 12,1% và 2 tỉ lệ này khác nhau không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,057$ . Tuy nhiên, khi so sánh với tỉ lệ đau ngực cần nhập viện ở thời điểm sau xuất viện 1 tháng, tỉ lệ này sau xuất viện 3 tháng có xu hướng tăng từ 9,72% lên 29,6%, và giá trị  $p$  thay đổi từ 0,53 xuống 0,08 (Bảng 4). Mặc dù giá trị  $p$  không có ý nghĩa thống kê, nhưng có thể thấy sau 3 tháng, giá trị này có xu hướng tiến gần đến 0,05. Như đã đề cập ở trên, có 2 nguyên nhân, đầu tiên là cỡ mẫu nhỏ, dẫn đến lực mẫu thấp và tăng tỉ lệ sai lầm loại II, nguyên nhân thứ 2 là thời gian theo dõi chỉ trong 3 tháng, ngắn hơn rất nhiều so với những nghiên cứu đã được thực hiện nên khó để kết quả nghiên cứu cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ đau ngực cần nhập viện ở 2 nhóm bệnh nhân tham gia.

Trong thử nghiệm lâm sàng PRAMI, D. S. Wald<sup>4</sup> và các cộng sự đã ghi nhận có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về biến cố gộp bao gồm tử vong, nhồi máu cơ tim, đau ngực cần can thiệp giữa 2 nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu, tuy nhiên sự khác biệt trong biến cố gộp chủ yếu đến từ biến số tái nhồi máu cơ tim và đau ngực cần can thiệp với 5,1% ở nhóm bệnh nhân can thiệp hoàn toàn và 13% ở nhóm bệnh nhân can thiệp không hoàn toàn,  $p = 0,002$ . Thử nghiệm lâm

sàng CvLPRIT của tác giả A. H. Gershlick<sup>6</sup> và các cộng sự được thực hiện trên 296 bệnh nhân và theo dõi trong thời gian 1 năm cho thấy những bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn có tỉ lệ các biến cố gộp bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, tái nhồi máu, suy tim thấp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm bệnh nhân được can thiệp không hoàn toàn với đường cong Kaplan-Meier tách ra rất sớm ngay từ tháng đầu tiên sau can thiệp. Tuy nhiên, khi xét các biến cố cục riêng lẻ, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm bệnh nhân về tỉ lệ tử vong, tái nhồi máu cũng như tỉ lệ suy tim và cần can thiệp mạch vành. Kết quả thử nghiệm lâm sàng DANAMI-3-PRIMULTI trên 627 bệnh nhân được theo dõi trong 3 năm tại Đan Mạch của tác giả T. Engstrom<sup>7</sup> và cộng sự cũng cho kết quả tương tự khi nhóm bệnh nhân được can thiệp hoàn toàn có tỉ lệ các biến cố gộp bao gồm tử vong, tái nhồi máu và đau ngực cần phải nhập viện thấp hơn so với nhóm bệnh nhân được điều trị theo chiến lược tái tưới máu không hoàn toàn, tuy nhiên, sự giảm biến cố gộp này lại chủ yếu đến từ giảm tỉ lệ đau ngực cần phải can thiệp với 17% ở nhóm chỉ tái thông động mạch vành thủ phạm và 5% ở nhóm tái thông hoàn toàn, HR = 0,31; 95% KTC: 0,18-0,53;  $p < 0,0001$ . Trong nghiên cứu quan sát tác giả H. Ibrahim<sup>8</sup> và cộng sự trên 6061 bệnh nhân tại Mỹ, sau khi theo dõi 6 tuần, nhóm tác giả nhận thấy có sự khác biệt có ý nghĩa về kết cục chính bao gồm tử vong do mọi nguyên nhân, nhồi máu cơ tim, đột quỵ, đau ngực cần nhập viện. Tuy nhiên sự khác biệt này lại chủ yếu đến từ nguy cơ đau ngực cần được can thiệp với tỉ lệ này ở nhóm được can thiệp hoàn toàn và không hoàn toàn là 4,01% và 7,23%,  $p = 0,0001$ .

Trở lại với nghiên cứu chúng tôi, tỉ lệ đau ngực cần tái nhập viện cao hơn so với hầu hết các nghiên cứu khác. Điều này có thể do sự khác nhau trong cách định nghĩa biến số. Trong định nghĩa biến số kết cục đau ngực cần nhập viện, chúng tôi ghi nhận biến số này mỗi khi bệnh nhân tái nhập viện vì đau thắt ngực hoặc các triệu chứng tương đương, trong khi các nghiên cứu khác chỉ ghi nhận biến số này khi bệnh nhân tái nhập viện vì đau ngực và được điều trị tái tưới máu những nhánh hẹp còn lại. Ngoài ra, tỉ lệ bệnh nhân còn hẹp  $\geq 2$  nhánh trong nhóm can thiệp không hoàn toàn trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn so với những nghiên cứu được so sánh. Có thể do vậy mà tỉ lệ bệnh nhân đau ngực cần nhập viện trong nghiên cứu chúng tôi cao hơn đáng kể so với những nghiên cứu khác.

Vào năm 2018, tác giả Luke K. Kim<sup>9</sup> và cộng sự đã thực hiện nghiên cứu hồi cứu trên 709.548 bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên ở 1.809 bệnh viện tại Hoa Kỳ để khảo sát tỉ lệ tái nhập viện trong 30 ngày của những bệnh nhân này. Kết quả cho thấy có đến 11,1% bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da tái nhập viện trong 30 ngày.

Sau khi phân tích hồi quy về biến cố đau ngực cần nhập viện ở 2 nhóm bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về kết cục đau ngực cần tái nhập viện giữa 2 nhóm bệnh nhân sau 3 tháng theo dõi với HR = 0,38; KTC 95%: 0,13 – 1,1, p = 0,073. Nhưng khi quan sát đường cong Kaplan-Meier biểu diễn biến cố của 2 nhóm bệnh nhân, ta có thể thấy 2 đường cong này đã bắt đầu tách ra từ khoảng thời gian 20 ngày sau xuất viện, hai đường biểu diễn này có xu hướng càng mở rộng ra và vẫn tiếp tục duy trì cho đến hết thời gian theo dõi là 90 ngày. Vì thế, nếu thời gian theo dõi dài hơn, chúng tôi tin rằng sự khác biệt này sẽ có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm bệnh nhân.

Trên 72 bệnh nhân ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn, chúng tôi tiếp tục phân tích mối liên quan giữa vị trí nhánh mạch vành không thủ phạm chưa được can thiệp tại thời điểm xuất viện và biến cố đau ngực cần tái nhập viện. Kết quả cho thấy trong số 21 những bệnh nhân còn hẹp LAD khi xuất viện, có đến 11 bệnh nhân tái nhập viện trong 3 tháng tiếp theo, chiếm tỉ lệ 52,4%, trong khi tỉ lệ bệnh nhân tái nhập viện khi còn sang thương ở những nhánh không phải LAD là 19,6%, và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p log - rank = 0,022. Phân tích hồi quy Cox cho kết quả những bệnh nhân còn sang thương trên LAD chưa được can thiệp tại thời điểm xuất viện có nguy cơ tái nhập viện sau 3 tháng cao hơn gấp 2,61 lần so với những bệnh nhân còn sang thương ở những nhánh mạch vành khác với HR = 2,61; KTC 95%: 1,11 – 6,16; p = 0,028. Biểu đồ 2A cho thấy đường cong Kaplan-Meier của nhóm bệnh nhân còn hẹp LAD tách ra sớm so với đường biểu diễn nhóm bệnh nhân còn lại từ khoảng ngày thứ 10 sau xuất viện. Khi thực hiện phân tích tương tự với những nhánh mạch vành khác, kết quả cho thấy không có sự tương quan với biến cố đau ngực cần nhập viện.

## V. KẾT LUẬN

Ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên với bệnh mạch vành nhiều nhánh, tái tưới máu hoàn toàn có xu hướng giảm nguy cơ đau ngực

cần nhập viện. Tái tưới máu không hoàn toàn với nhánh LAD chưa được can thiệp làm tăng nguy cơ nhập viện vì đau ngực.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Corpus RA, House JA, Marso SP, et al.** Multivessel percutaneous coronary intervention in patients with multivessel disease and acute myocardial infarction. *American heart journal*. Sep 2004;148(3):493-500. doi:10.1016/j.ahj.2004.03.051
2. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *European heart journal*. Oct 12 2023;44(38):3720-3826. doi:10.1093/eurheartj/ehad191
3. **Ibanez B, James S, Agewall S, et al.** 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation: The Task Force for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation of the European Society of Cardiology (ESC). *European heart journal*. Jan 7 2018;39(2):119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
4. **Wald DS, Morris JK, Wald NJ, et al.** Randomized trial of preventive angioplasty in myocardial infarction. *The New England journal of medicine*. Sep 19 2013;369(12):1115-23. doi:10.1056/NEJMoa1305520
5. **Szumner K, Wallentin L, Lindhagen L, et al.** Improved outcomes in patients with ST-elevation myocardial infarction during the last 20 years are related to implementation of evidence-based treatments: experiences from the SWEDEHEART registry 1995-2014. *European heart journal*. Nov 1 2017; 38(41): 3056-3065. doi:10.1093/eurheartj/ehx515
6. **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. *Journal of the American College of Cardiology*. Mar 17 2015; 65(10): 963-72. doi:10.1016/j.jacc.2014. 12.038
7. **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 (London, England)*. Aug 15 2015;386(9994):665-71. doi:10.1016/s0140-6736(15)60648-1
8. **Ibrahim H, Sharma PK, Cohen DJ, et al.** Multivessel Versus Culprit Vessel-Only Percutaneous Coronary Intervention Among Patients With Acute Myocardial Infarction: Insights From the TRANSLATE-ACS Observational Study. *Journal of the American Heart Association*. Oct 5 2017;6(10)doi:10.1161/jaha.117.006343
9. **Kim LK, Yeo I, Cheung JW, et al.** Thirty-Day readmission rates, timing, causes, and costs after ST-Segment-Elevation myocardial infarction in the United States: a national readmission database analysis 2010–2014. *Journal of the American Heart Association*. 2018;7(18):e009863.

## U DÂY THẦN KINH VII TRONG TUYẾN MANG TAI: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lê Thế Đường<sup>1</sup>, Ngô Quốc Duy<sup>1,2</sup>, Nguyễn Duy Thuận<sup>2</sup>,  
Ngô Xuân Quý<sup>1</sup>, Lê Văn Quảng<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

U dây thần kinh VII là một bệnh hiếm gặp, vị trí U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai lại càng hiếm gặp hơn. Vì triệu chứng thường không đặc hiệu nên việc chẩn đoán trước phẫu thuật những khối u này rất khó khăn. Trên lâm sàng những bệnh nhân này thường không có bất kỳ rối loạn chức năng thần kinh mặt nào trong khi biểu hiện liệt mặt sau phẫu thuật khá phổ biến. Do đó, bác sĩ cần phải cảnh báo trước cho bệnh nhân về biến chứng này. Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng bệnh nhân nữ 41 tuổi, được chẩn đoán U gốc dây thần kinh VII bên trái trong tuyến mang tai. Bệnh nhân này đã được siêu âm và chọc hút tế bào bằng kim nhỏ gợi ý một khối u hỗn hợp tuyến mang tai trái, nhưng đánh giá trong mổ và giải phẫu bệnh sau mổ đã cho kết luận chẩn đoán U gốc dây thần kinh VII. U dây thần kinh VII trong tuyến mang tai là một bệnh hiếm gặp. Chẩn đoán trước phẫu thuật rất khó khăn và hầu hết đều chẩn đoán xác định khi quan sát trong phẫu thuật và kết quả giải phẫu bệnh sau mổ. Tiêu chuẩn vàng trong điều trị vẫn là phẫu thuật cắt bỏ khối u và bảo tồn tối đa thần kinh VII.

**Từ khóa:** U thần kinh, tuyến mang tai, dây thần kinh số VII

### SUMMARY

#### INTRAPAROTID FACIAL NERVE SCHWANNOMA: A CASE REPORT

Facial nerve schwannoma is a rare condition, and the occurrence of tumor within the parotid gland is even rarer. Due to nonspecific symptoms, preoperative diagnosis of these tumors poses significant challenges. Clinically, patients often do not exhibit any facial nerve dysfunction before surgery, while postoperative facial paralysis is common. Therefore, it is crucial for surgeons to forewarn patients about this complication. We report a clinical case of a 41-year-old female diagnosed with left intraparotid facial nerve schwannoma. Ultrasonography and FNA suggested a pleomorphic adenoma, but intraoperative evaluation and postoperative histopathology confirmed the diagnosis of a facial nerve schwannoma. Intraparotid facial nerve schwannoma is rare condition. Preoperative diagnosis is challenging, and definitive diagnosis is often achieved intraoperatively and through postoperative histopathological examination. The gold standard for treatment remains surgical

<sup>1</sup>Bệnh viện K

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thế Đường

Email: leduong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 16.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

excision of the tumor and maximum preservation of the facial nerve.

**Keywords:** Neuroma, parotid gland, facial nerve

### I. TỔNG QUAN

U dây thần kinh số VII là khối u lành tính hiếm gặp phát sinh từ tế bào Schwann. Chúng có thể xuất hiện bất cứ vị trí nào dọc theo đường đi của dây thần kinh từ góc cầu tiểu não đến các nhánh ngoại vi ngoài thái dương. Người ta thường phân loại U dây thần kinh VII thành trong sọ, trong thái dương, ngoài thái dương hoặc kết hợp giữa chúng. Phần lớn các khối u này được tìm thấy ở trong thái dương, chỉ có 9% được tìm thấy ở ngoài thái dương [1]. U dây thần kinh VII có biểu hiện lâm sàng đa dạng do sự đa dạng về vị trí của khối u và sự gần gũi với cơ quan thính giác [2]. Do đó trong điều trị, vị trí của khối u và mối tương quan của nó với cấu trúc xung quanh sẽ quyết định phương pháp phẫu thuật.

### II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nữ 41 tuổi, vào viện vì có khối ở vùng tuyến mang tai trái. Khám lâm sàng khối ở vị trí tuyến mang tai trái kích thước 2x2 cm, mật độ mềm, di động kém, không đau, không sưng nóng đỏ, không có yếu liệt mặt.

Hình ảnh siêu âm cho thấy tuyến mang tai trái nhu mô có khối giảm âm, kích thước 24x22mm, bờ ranh giới rõ, không thấy hạch bất thường vùng cổ 2 bên. Bệnh nhân được chọc hút tế bào bằng kim nhỏ cho kết quả không thấy tế bào ác tính. Bệnh nhân được chẩn đoán U hỗn hợp tuyến mang tai, được chỉ định cắt thùy nông tuyến mang tai, bảo tồn thần kinh VII. Đánh giá trong mổ, sau khi bóc lộ tuyến mang tai trái, và các nhánh thần kinh số VII từ ngoại vi vào vị trí gốc dây, đánh giá khối u thần kinh VII tại gốc dây kích thước 2x2 cm.



**Hình 1.** Khối u kích thước 2x2 cm nằm trên