

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TÍNH CHẤT TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN ≥ 75 TUỔI BỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

Đặng Văn Minh¹, Vũ Điện Biên², Nguyễn Ngọc Quang³, Nguyễn Tiến Dũng⁴, Lê Thị Hương Lan¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi bị máu cơ tim cấp có ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên, có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2023. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh nhân từ 80-89 tuổi là 51,0%, ≥ 90 tuổi là 8,7%, nam là 64,4%. Tỷ lệ đau ngực điển hình là 63,4%; khó thở 89,4% và mệt 93,3%. Phân độ Killip độ III là 11,5% và độ IV là 1,9%. Nồng độ NT-proBNP là $3052,47 \pm 5499,18$ ng/dl. Tỷ lệ nhịp xoang là 90,4%; rung nhĩ 8,7%, block nhĩ thất 9,6%. Nhồi máu vùng sau là 39,4%; trước vách là 38,5%. Tỷ lệ rối loạn vận động vùng chiếm 47,1%; EF $< 50,0\%$ chiếm 33,7%. Tỷ lệ tổn thương 4 nhánh ĐMV là 3,8%; tổn thương 3 nhánh là 26,0% và tổn thương 2 nhánh là 38,5%. Vị trí tổn thương ở động mạch liên thất trước 81,7%; ĐMV phải 60,6%; động mạch mũ 46,2%. Tỷ lệ dòng chảy TIMI 0 trước can thiệp là 43,3%; TIMI 1 là 41,3% và TIMI 2 là 15,4%. **Kết luận:** Bệnh nhân ≥ 75 tuổi nhồi bị máu cơ tim cấp có ST chênh lên có tổn thương chủ yếu từ 2 nhánh trở lên và tổn thương chủ yếu là ở động mạch liên thất trước.

Từ khóa: Lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương, động mạch vành, nhồi máu cơ tim, ST chênh lên.

SUMMARY

CLINICAL, SUBCLINICAL AND CORONARY ARTERY DAMAGE CHARACTERISTICS OF PATIENTS AGED ≥ 75 YEARS WITH ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: To describe the clinical, subclinical and coronary artery damage characteristics of patients ≥ 75 years old with acute ST elevation myocardial infarction. **Subjects and methods:** Interventional, prospective, cross-sectional study was conducted on 104 patients aged ≥ 75 years, diagnosed with acute ST elevation myocardial infarction, and indicated for

primary percutaneous coronary intervention at the Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital, Hanoi Heart Hospital, Huu Nghi Hospital from 2018-2023. **Results:** The proportion of patients aged 80-89 years was 51.0%, ≥ 90 years old was 8.7%, male was 64.4%. The proportion of typical chest pain was 63.4%; dyspnea was 89.4% and fatigue was 93.3%. The Killip grade III was 11.5% and grade IV was 1.9%. The average concentration of NT-proBNP was 3052.47 ± 5499.18 ng/dl. The proportion of sinus rhythm was 90.4%; atrial fibrillation was 8.7%, atrioventricular block 9.6%. Posterior infarction was 39.4%; anterior wall was 38.5%. The proportion of regional movement disorders was 47.1%; EF $< 50\%$ was 33.7%. The proportion of damage to 4 coronary branches was 3.8%; 3 branch damage was 26.0% and 2 branch damage was 38.5%. The location of damage is anterior interventricular artery 81.7%; right coronary artery 60.6%; circumflex artery damage 46.2%. The proportion of TIMI 0 flow before intervention was 43.3%; TIMI 1 was 41.3% and TIMI 2 was 15.4%. **Conclusion:** Patients aged ≥ 75 years with acute ST elevation myocardial infarction have mainly damage to 2 or more branches and the main of damage is the anterior interventricular artery.

Keywords: clinical, subclinical, damage, coronary artery, myocardial infarction, ST elevation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có ST chênh lên là một dạng của NMCT cấp với các triệu chứng đặc trưng của thiếu máu cục bộ kèm với đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ. NMCT cấp có ST chênh lên là thể nặng nhất trong hội chứng vành cấp do cơ chế huyết khối bít tắc hoàn toàn lòng động mạch vành (ĐMV), cắt đứt sự tưới máu lên vùng chi phối của động mạch bị tắc [2], [3]. NMCT là một cấp cứu nội khoa hàng đầu trong các bệnh tim mạch, bệnh có tỷ lệ mắc bệnh và tử vong cao, nhất là ở người cao tuổi. Đối với bệnh nhân cao tuổi, động mạch vành (ĐMV) thường có tổn thương vôi hóa, xoắn vặn, gấp góc, tổn thương lỗ xuất phát, bệnh mạch vành nhiều nhánh và tổn thương thân chung động mạch vành trái nhiều hơn [5]. Ngoài ra, phân suất tổng máu của thất trái thấp, ảnh hưởng rất lớn đến tiên lượng cho người bệnh. Bên cạnh đó, những bệnh nhân cao tuổi khi bị NMCT cấp có ST chênh lên thường nhập viện muộn với triệu chứng không điển hình, dẫn đến nhiều nguy cơ tử vong và nhiều biến chứng sau NMCT. Việc tìm

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Minh

Email: dangminhmttn@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 23.5.2024

hiểu các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương ĐMV ở bệnh nhân cao tuổi bị NMCT sẽ cung cấp bằng chứng hỗ trợ cho chẩn đoán, điều trị và tiên lượng bệnh. Nghiên cứu này nhằm: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và tính chất tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân ≥75 tuổi nhồi bị máu cơ tim cấp có ST chênh lên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ≥75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên, có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ≥75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu từ 2018-2023 tại các địa điểm nghiên cứu.

- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có chống chỉ định với các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu; mới bị tai biến mạch máu não/xuất huyết tiêu hóa; suy thận hoặc suy gan nặng...; ung thư giai đoạn cuối....

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 6/2018-12/2023 tại Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai; Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Hữu Nghị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu: Toàn bộ

2.2.3. Chọn mẫu: Thuận tiện.

Chọn toàn bộ 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian tiến hành nghiên cứu (trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu, có xuất hiện đại dịch COVID-19, nên chỉ thu được 104 bệnh nhân).

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm chung và tiền sử của bệnh nhân nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm lâm sàng, nguy cơ xuất huyết và phân độ Killip

- Tỷ lệ đặc điểm cận lâm sàng cơ bản của bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ đặc điểm kết quả điện tim ở bệnh nhân nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm siêu âm tim của bệnh nhân nghiên cứu

- Tỷ lệ tính chất tổn thương ĐMV ở bệnh nhân ≥75 tuổi NMCT cấp có ST chênh lên

2.5. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.6. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; được sự chấp thuận của Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai; Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Đặc điểm chung, yếu tố nguy cơ và tiền sử của bệnh nhân nghiên cứu

	Chỉ số	SL	%
Nhóm tuổi	75-79	42	40,3
	80-89	53	51,0
	≥90	9	8,7
Giới	Nam	67	64,4
	Nữ	37	35,6
Yếu tố nguy cơ	Hút thuốc lá	9	8,7
	Uống rượu	4	3,8
	Tăng huyết áp (THA)	98	94,2
	Đái tháo đường	33	68,3
	Rối loạn chuyển hóa lipid	29	27,9
Tiền sử	Tiền sử NMCT	3	2,9
	Tiền sử tai biến mạch máu não	1	1,0
	Tiền sử can thiệp ĐMV	25	24,0
	Tiền sử bắc cầu nối chủ vành	1	1,0
Tổng		104	100,0

Hơn một nửa (51,0%) bệnh nhân từ 80-89 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân ≥90 tuổi là 8,7%; nam giới là 64,4%. Tỷ lệ bệnh nhân có THA là 94,2%; đái tháo đường 68,3% và rối loạn lipid máu là 27,9%.

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng, nguy cơ xuất huyết và phân độ Killip của bệnh nhân nghiên cứu

	Chỉ số	SL	%
Đau ngực	Đau điển hình	66	63,4
	Đau không điển hình	32	30,8
	Không đau	6	5,8
Khó thở		93	89,4
Mệt		97	93,3
Nguy cơ xuất huyết cao	Có	39	37,5
	Không	65	62,5
Phân độ Killip	Killip I	53	51,0
	Killip II	37	35,6
	Killip III	12	11,5
	Killip IV	2	1,9
Tổng		104	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân đau ngực điển hình là 63,4%; khó thở là 89,4% và mệt là 93,3%. Tỷ lệ có nguy cơ xuất huyết cao theo ARC-HBR chiếm 37,5%; phân độ Killip độ III là 11,5% và độ IV là 1,9%.

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng cơ bản

của bệnh nhân nghiên cứu (n=104)

Chỉ số	TB±ĐLC	Nhỏ nhất	Lớn nhất
Hồng cầu (10 ¹² /l)	4,41±0,81	2,81	8,56
Hemoglobin (g/l)	130,73±18,97	83,6	193,0
Ure (mmol/l)	7,55±3,66	2,95	30,0
Creatinin (μmol/l)	113,83±61,01	52,0	421,0
Glucose (mmol/l)	9,95±5,60	3,70	38,39
Cholesterol (mmol/l)	5,01±0,94	3,16	6,63
Triglycerid (mmol/l)	2,18±0,90	0,45	5,67
HDL-C (mmol/l)	1,06±0,25	0,14	2,01
LDL-C (mmol/l)	3,15±0,76	1,60	5,48
CK-MB (UI/l-37°C)	61,55±85,19	9,50	567,0
Troponin T/I (ng/ml)	920,84±1634,02	5,04	10.000
NT-proBNP (ng/dl)	3052,47±5499,18	5,00	35.000

Nồng độ hemoglobin trung bình là 130,73 ±18,97 g/l; creatinin 113,83 ± 61,01 μmol/l; glucose 9,95±5,60 mmol/l và NT-proBNP là 3052,47±5499,18 ng/dl.

Bảng 4. Đặc điểm kết quả điện tim ở bệnh nhân nghiên cứu (n=104)

Đặc điểm		SL	%
Nhịp	Nhanh thất	0	0,0
	Ngoại tâm thu thất	4	3,8
	Ngoại tâm thu nhĩ	3	2,9
	Nhịp xoang	94	90,4
	Khác (rung nhĩ)	9	8,7
Block	Có	10	9,6
	Không	94	90,4
Vùng nhồi máu	Sau	41	39,4
	Dưới	11	10,6
	Trước vách	40	38,5
	Trước rộng	12	11,5
	Trước bên	0	0,0
ST chênh lên trung bình (TB±ĐLC) (mm)		2,82±1,39 (Nhỏ nhất: 1,5; Lớn nhất: 8,0)	

Tỉ lệ bệnh nhân có nhịp xoang là 90,4%; rung nhĩ là 8,7%. Block nhĩ thất là 9,6%. Nhồi máu vùng sau là 39,4%; trước vách là 38,5%.

Bảng 5. Đặc điểm siêu âm tim của bệnh nhân nghiên cứu (n=104)

Chỉ số		SL	%
Rối loạn vận động vùng	Có	49	47,1
	Không	55	52,9
Van tim	Hở 2 lá	17	16,3
	Hở chủ	6	5,8
	Hở 2 lá + hở chủ	1	1,0
	Không tổn thương	80	76,9
EF (Simpson)	EF >60%	41	39,4
	EF 50,0-60,0%	28	26,9
	EF 40,0-59,9%	19	18,3
	EF 30,0-39,9%	13	12,5
	EF <30,0%	3	2,9
TB±ĐLC		54,93±13,52	

Tỉ lệ rối loạn vận động vùng chiếm 47,1%; hở van 2 lá chiếm 16,3%; EF <50% chiếm 33,7%.

Bảng 6. Tính chất tổn thương ĐMV ở bệnh nhân ≥75 tuổi NMCT cấp có ST chênh lên được CTĐMV qua da (n=104)

Chỉ số		SL	%
Số nhánh động mạch vành	1 nhánh	33	31,7
	2 nhánh	40	38,5
	3 nhánh	27	26,0
	4 nhánh	4	3,8
Vị trí ĐMV tổn thương	Thân chung	8	7,7
	Động mạch liên thất trước (LAD)	85	81,7
	Động mạch mũ (LCx)	48	46,2
Týp tổn thương ĐMV	ĐMV phải (RCA)	63	60,6
	A	5	4,8
	B1	42	40,4
	B2	50	48,1
TIMI trước can thiệp	C	7	6,7
	TIMI 0	45	43,3
	TIMI 1	43	41,3
	TIMI 2	16	15,4
	TIMI 3	0	0,0

Tỉ lệ bệnh nhân tổn thương 4 nhánh ĐMV là 3,8%; tổn thương 3 nhánh là 26,0% và tổn thương 2 nhánh là 38,5%. Vị trí tổn thương ở động mạch liên thất trước 81,7%; ĐMV phải 60,6%; tổn thương động mạch mũ 46,2%. Tỉ lệ dòng chảy TIMI 0 là 43,3%; TIMI 1 là 41,3% và TIMI 2 là 15,4%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: hơn một nửa (51,0%) bệnh nhân nghiên cứu từ 80-89 tuổi, tỉ lệ bệnh nhân ≥90 tuổi là 8,7%; tỉ lệ bệnh nhân nam là 64,4%, cao hơn nữ (35,6%). So sánh với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cs (2021) thấy: tuổi trung bình 71,67±13,13 tuổi; nam giới 72,6% và nữ giới 27,4% [2]. Theo Hồ Thượng Dũng và cs (2011), tỉ lệ nam giới 86,5% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các nghiên cứu trước khi cho tỉ lệ nam giới chiếm cao hơn nữ giới. Về yếu tố nguy cơ và tiền sử: tỉ lệ bệnh nhân có THA là 94,2%; đái tháo đường 68,3%, rối loạn lipid máu là 27,9% và có tiền sử CTĐMV 24,0%. So sánh với nghiên cứu của Hồ Thượng Dũng và cs (2011) thấy: THA 62,3%, đái tháo đường 24,4%, rối loạn lipid máu 52,8%, hút thuốc 38,7%, tiền sử CTĐMV trước đó 20,9% [1]. Theo Ngô Đức Kỳ và cs (2021), tỉ lệ THA 58,5%, rối loạn lipid máu 45,2% [2]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng giống các nghiên cứu trước với yếu tố nguy cơ chủ yếu là THA, đái tháo đường và RLLP máu.

Về triệu chứng lâm sàng: tỉ lệ đau ngực điển hình là 63,4%; khó thở 89,4% và mệt 93,3%. Ngô Đức Kỳ và cs (2021) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân thấy: đau ngực là 100%, trong đó 78,3% là đau ngực điển hình [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cs (2023) cho tỉ lệ đau ngực điển hình là 82,7% [3]. Tỉ lệ đau ngực điển hình của chúng tôi thấp hơn so với các nghiên cứu trước là do bệnh nhân của chúng tôi là các bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh nền, nên các triệu chứng lâm sàng có thể sẽ không điển hình. Phân độ Killip NMCT là một thước đo giúp đánh giá nguy cơ tử vong của bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên. Dựa trên phân độ Killip, bác sĩ sẽ kịp thời áp dụng các biện pháp theo dõi, xử trí biến chứng, đồng thời giải thích về tiên lượng bệnh cho bệnh nhân và gia đình bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi thấy tỉ lệ bệnh nhân có phân độ Killip độ III 11,5% và độ IV là 1,9%. Nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cs cho kết quả: phân độ Killip III + IV là 9,4% [2]. Lý giải sự khác biệt này theo chúng tôi là do đặc điểm mẫu nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi cao hơn nên phân độ Killip sẽ nặng hơn.

Nồng độ hemoglobin trung bình là 130,73±18,97 g/l; creatinin 113,83±61,01 µmol/l và NT-proBNP là 3052,47±5499,18 ng/dl. Áp lực và thể tích thất trái đóng vai trò quan trọng đến nồng độ NT-proBNP trong huyết thanh. Thiếu máu cơ tim dẫn đến rối loạn chức năng tâm thu và hoặc chức năng tâm trương thất trái cũng như tình trạng dẫn và tái đồng bộ thất sau NMCT dẫn đến tăng đường kính và áp lực cuối tâm trương thất trái được xem là các tác nhân gây gia tăng phóng thích NT-proBNP trong huyết thanh.

Kết quả điện tâm đồ cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân có ngoại tâm thu thất 3,8%, ngoại tâm thu nhĩ 2,9%, nhịp xoang 90,4%, rung nhĩ là 8,7%, block nhĩ thất là 9,6%. Theo Nguyễn Huy Lợi và cs (2023), tỉ lệ ngoại tâm thu thất 17,9%, ngoại tâm thu nhĩ 4,5%, rung nhĩ 0,6%, rung thất 3,2%, block nhĩ thất cấp III 9,0% [3]. Ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên thì rối loạn nhịp thường gặp là rung nhĩ và các rối loạn nhịp thất. Tỉ lệ rối loạn nhịp và rung nhĩ trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn đôi chút so với các kết quả nghiên cứu trước. NMCT có ST chênh lên là một dạng của NMCT cấp với các triệu chứng đặc trưng của thiếu máu cục bộ kèm với đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ. Nghiên cứu của chúng tôi thấy: ST chênh lên là 2,82±1,39 mm. Với mức độ chênh lên rõ ràng như vậy là gợi ý cho việc cần phải chỉ định xử trí tích cực sớm để giảm các biến cố tim mạch có thể xảy ra. Hầu

hết các trường hợp NMCT có ST chênh lên sẽ tiến triển đến nhồi máu có sóng Q. Dựa vào chuyển đạo có ST chênh lên và/hoặc chuyển đạo có sóng Q bệnh lý để định khu vùng NMCT. Nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cs (2021) cho kết quả: tổn thương thường gặp nhất trên điện tâm đồ là NMCT vùng sau dưới với 49,1%; vùng trước vách 22,6% và trước rộng 25,5% [2]. Theo Nguyễn Huy Lợi và cs (2023), tỉ lệ vùng nhồi máu ở vùng sau dưới 32,6%, trước vách 25,6%, trước rộng 35,4% và trước bên 6,4% [3]. So sánh với kết quả nghiên cứu của chúng tôi: nhồi máu mới vùng sau là 39,4%; vùng dưới 10,6%; trước vách là 38,5%, trước rộng 11,5%. Nghiên cứu của chúng tôi đồng nhất với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cs cho thấy vùng nhồi máu chủ yếu là ở vùng sau dưới chiếm tỉ lệ cao nhất.

Khi chẩn đoán NMCT còn chưa rõ ràng trên ĐTD thì siêu âm tim có thể giúp hỗ trợ chẩn đoán qua hình ảnh rối loạn vận động vùng. Rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim biểu hiện ở nhiều mức độ: giảm động, vô động, vận động nghịch thường. Nghiên cứu của chúng tôi cho kết quả: tỉ lệ bệnh nhân có rối loạn vận động vùng chiếm 47,1%; EF <50% chiếm 33,7%. Chỉ số EF đối với người khỏe mạnh là khoảng 50-70%; nếu EF <50% có thể là dấu hiệu cảnh báo chức năng bơm máu của tim suy giảm. Tỉ lệ bệnh nhân suy giảm EF trong nghiên cứu này của chúng tôi chiếm 33,7%.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân tổn thương 4 nhánh ĐMV là 3,8%; tổn thương 3 nhánh là 26,0% và tổn thương 2 nhánh là 38,5%. Vị trí tổn thương ở LAD 81,7%; RCA 60,6%; LCx 46,2%. Nghiên cứu của Hồ Thượng Dũng và cs (2011) thấy: tỉ lệ tổn thương ≥2 nhánh ĐMV là 75,8%. Tổn thương RCA: 34,6%; LCx: 30,7%; LAD: 29,4% và LM: 5,3% [1]. Theo Nguyễn Văn Tân và cs (2021): ĐMV thủ phạm là nhánh LCx 59,1%, RCA 40,9% [4]. Ngô Đức Kỳ và cs (2021) nghiên cứu trên 106 bệnh nhân thấy: tổn thương 1 nhánh ĐMV chiếm 64,2%, tổn thương 2 nhánh 25,5%, tổn thương 3 nhánh 10,3%. Tỉ lệ hẹp LAD và RCA tương đương nhau là 47,17%; hẹp LCx là 3,76% [2]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với hầu hết nghiên cứu trước là tỉ lệ tổn thương 2, 3 nhánh chiếm cao, vị trí tổn thương chủ yếu là LAD và RCA. Về typ tổn thương: nghiên cứu của chúng tôi thấy có 48,1% bệnh nhân tổn thương typ B2; tổn thương typ B1 là 40,4%; typ C là 6,7% và typ A là 4,8%. Tỉ lệ dòng chảy TIMI 0 là 43,3%; TIMI 1 là 41,3% và TIMI 2 là 15,4%.

V. KẾT LUẬN

Tỉ lệ bệnh nhân đau ngực điển hình là 63,4%; khó thở 89,4% và mệt 93,3%. Phân độ Killip độ III là 11,5% và độ IV là 1,9%. Nồng độ NT-proBNP là $3052,47 \pm 5499,18$ ng/dl. Tỉ lệ có nhịp xoang là 90,4%; rung nhĩ là 8,7%, block nhĩ thất là 9,6%. Nhồi máu vùng sau là 39,4%; trước vách là 38,5%. Tỉ lệ rối loạn vận động vùng chiếm 47,1%; EF <50% 33,7%. Tỉ lệ tổn thương 4 nhánh ĐMV là 3,8%; tổn thương 3 nhánh là 26,0% và tổn thương 2 nhánh là 38,5%. Vị trí tổn thương ở động mạch liên thất trước 81,7%; ĐMV phải 60,6%; tổn thương động mạch mũ 46,2%. Tỉ lệ dòng chảy TIMI trước can thiệp 0 là 43,3%; TIMI 1 là 41,3% và TIMI 2 là 15,4%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thượng Dũng** (2011), "Đặc điểm chụp mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại bệnh viện Thống

Nhất", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của số 1), tr. 141-147.

- Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ, và cs.** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), tr. 243-246.
- Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, Dương Đình Chính** (2023), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162 (1), tr. 237-246.
- Nguyễn Văn Tân, Châu Văn Vinh, Lê Thị Kim Phượng, và cs.** (2021), "Đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thành sau", Tạp chí Y học Việt Nam, 501 (4), tr. 13-17.
- Fajemiroye J.O., da Cunha L.C., Saavedra-Rodriguez R., et al.** (2018), "Aging-Induced Biological Changes and Cardiovascular Diseases", Biomed Res Int, 2018 pp. 7156435.

VAI TRÒ CỦA CHỈ SỐ CHUYỂN TIẾP V1-V3 TRONG CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT RỐI LOẠN NHỊP THẤT TỪ ĐƯỜNG RA THẤT PHẢI VÀ ĐƯỜNG RA THẤT TRÁI

Trần Song Giang¹, Nguyễn Thị Vỹ²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Chẩn đoán định khu vị trí ngoại tâm thu thất (NTTT), nhịp nhanh thất (NNT) trên điện tâm đồ 12 chuyển đạo có ý nghĩa quan trọng trước khi thăm dò điện sinh lý và triệt đốt. **Mục tiêu:** Đánh giá vai trò của chỉ số chuyển tiếp V1-V3 trong phân biệt ngoại tâm thu thất, nhịp nhanh thất ở đường ra thất phải (ĐRTP) và đường ra thất trái (ĐRTT). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** 80 bệnh nhân (BN) chẩn đoán NTTT/NNT vô căn giai đoạn 2021 được triệt đốt bằng năng lượng sóng có tần số radio (RF) được đưa vào nghiên cứu. Tỉ lệ nam : nữ = 1:3; tuổi trung bình $52,7 \pm 13,5$; 67,5% (54 BN) có rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra thất phải và 32,5% (26 BN) có rối loạn nhịp thất khởi phát từ đường ra thất trái. Điểm vùng chuyển tiếp của NTTT/NNT có nguồn gốc khởi phát từ ĐRTP cao hơn NTTT/NNT từ ĐRTT ($3,44 \pm 0,88$ so với $1,96 \pm 0,95$), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 của NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NTTT/NNT vị trí

khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê ($-5,22 \pm 8,41$ so với $2,01 \pm 3,39$; $p < 0,05$). Ở nhóm NTTT/NNT có chuyển tiếp tại V3, chỉ số chuyển tiếp V1 V3 của NTTT/NNT từ ĐRTT cũng thấp hơn có ý nghĩa thống kê nhóm NTTT/NNT vị trí từ ĐRTP ($-2,06 \pm 6,02$ so với $2,89 \pm 6,43$, với $p < 0,05$). Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP với ngưỡng điểm cắt $-1,02$ và diện tích dưới đường cong AUC 0,808 (0,683– 0,933), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 89% và 81%. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP ở nhóm chuyển tiếp tại V3 với ngưỡng điểm cắt 0,13 và diện tích dưới đường cong AUC 0,917 (0,683– 0,933), với độ nhạy và độ đặc hiệu lần lượt là 83% và 100%. **Kết luận:** Chỉ số chuyển tiếp V1 V3 của nhóm NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTT thấp hơn nhóm NTTT/NNT vị trí khởi phát từ ĐRTP có ý nghĩa thống kê. Chỉ số chuyển tiếp V1-V3 có giá trị phân biệt vị trí khởi phát NTTT/NNT từ ĐRTT và ĐRTP, với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. **Từ khóa:** Ngoại tâm thu thất, Chỉ số chuyển tiếp V1-V3

SUMMARY

ROLE OF V1-V3 TRANSITION INDEX IN DIFFERENTIAL DIAGNOSIS OF VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN THE RIGHT AND LEFT VENTRICULAR OUTFLOW TRACT

Introduction: Localization of premature ventricular contraction (PVC) and ventricular

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Song Giang

Email: trangiang1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 21.5.2024