

quan đến nhu cầu thẩm mỹ. Với nghiên cứu này chúng tôi đánh giá khách quan tâm lý của BN góp phần khẳng định lại kết quả phẫu thuật. Kết quả cho thấy phần lớn người bệnh hài lòng với các kết quả đạt được sau phẫu thuật. Điều này cho thấy việc thăm khám và tư vấn cho bệnh nhân trước phẫu thuật cũng hết sức quan trọng, giúp bệnh nhân hiểu được tình trạng hiện tại của mắt và khả năng đạt được sau phẫu thuật đạt đến mức độ nào. Tránh xảy ra hiện tượng chênh lệch giữa kỳ vọng của bệnh nhân và kết quả có thể đạt được sau phẫu thuật, điều đó có thể ảnh hưởng đến sự hài lòng của bệnh nhân.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu, đánh giá và phân tích kết quả đạt được sau phẫu thuật tạo hình nếp mi trên cho 112 người bệnh,

- Phẫu thuật tạo hình nếp mi trên không gây biến đổi về thị lực với  $p > 0.05$ .
- Biến chứng sau mổ hay gặp nhất là: phù nề mi kéo dài 10,7%
- Kết quả sau phẫu thuật sau 3 và 6 tháng tích cực, ít biến chứng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **William P Chen (2015)**, Asian blepharoplasty and the eyelid crease, Elsevier Health Sciences.
2. **Phan Dân và Phạm Trọng Văn (1998)**, Phẫu thuật tạo hình mi mắt, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
3. **Vũ Ngọc Lâm (2015)**, "Đánh giá kết quả điều trị sẹo cơ kéo mi trên bằng vật da đảo thái dương chân nuôi tổ chức dưới da", Tạp chí Y học Việt Nam, **1(431)**.
4. **Trần Thiết Sơn (2000)**, "Điều trị sụp mi bẩm sinh bằng phương pháp cắt ngắn cơ nâng mi trên", Tạp chí phẫu thuật tạo hình, **4(1)**, tr. 20-24.
5. **Nguyễn Huy Thọ (2004)**, "Kỹ thuật treo mi lên cơ trán bằng vật cơ vòng mi", Tạp chí Y học Việt Nam, **303**, tr. 8-13.
6. **Phạm Văn Ái (1992)**, "Phẫu thuật xẻ mí đôi", Tạp chí Phẫu thuật tạo hình, **1**, tr. 34-38.
7. **Richard Scawn, Naresh Joshi và Yoon-Duck Kim (2010)**, "Upper Lid Blepharoplasty in Asian Eyes", Facial plastic surgery : FPS, **26**, tr. 86-92.
8. **K. C. Moon, E. S. Yoon và J. M. Lee (2013)**, "Modified double-eyelid blepharoplasty using the single-knot continuous buried non-incisional technique", Arch Plast Surg, **40(4)**, tr. 409-13.
9. **S. M. Young và Y. D. Kim (2020)**, "Complications of Asian Double Eyelid Surgery: Prevention and Management", Facial Plast Surg, **36(5)**, tr. 592-601.

## GIÁ TRỊ CỦA SỰ PHỐI HỢP NỒNG ĐỘ NT-proBNP VỚI THANG ĐIỂM GRACE TRONG TIÊN LƯỢNG BIẾN CỐ TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG THÁI NGUYÊN

Đặng Đức Minh\*, Nguyễn Tiến Dũng\*

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, thang điểm GRACE, NT-proBNP,...

**Chữ viết tắt:** NMCT (nhồi máu cơ tim), ĐMV (động mạch vành).

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá giá trị tiên lượng biến cố tim mạch khi phối hợp nồng độ NT-proBNP với thang điểm GRACE trên đối tượng nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu được tiến hành trên 62 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được điều trị tại BV Trung ương Thái Nguyên. Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân có biến cố và không có biến cố (với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ ). Nồng độ NT-proBNP  $\geq 3855,0$  pmol/L phối hợp với điểm GRACE  $\geq 143,5$  điểm có ý nghĩa tiên lượng biến cố tim mạch cao tại thời điểm bệnh nhân nhập viện. **Kết luận:** Phối hợp nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE tại thời điểm bệnh nhân nhập viện có ý nghĩa tiên lượng biến cố tim mạch trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

## SUMMARY

### THE VALUE OF COMBINATION BETWEEN NT-proBNP AND GRACE SCORE FOR CARDIOVASCULAR EVENT'S PROGNOSTIC IN THE PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION AT THAI NGUYEN NATIONAL HOSPITAL

**Objective:** Evaluation of the prognostic cardiovascular events' value when combining NT-proBNP with the GRACE score on study. **Methods:** The study was conducted on 62 patients with acute myocardial infarction. Cross-sectional descriptive study. **Results:** There is a statistically significant difference about NT-proBNP and GRACE score between the group has events and the other. NT-proBNP  $\geq 3855,0$  pmol/L combines GRACE  $\geq 143,5$  had significant predictive of cardiovascular events at the time the patients was admitted to the hospital. **Conclusion:** Combining NT-proBNP and GRACE score

\*Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Đức Minh

Email: minh dangykt@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.12.2021

Ngày phản biện khoa học: 21.01.2022

Ngày duyệt bài: 9.2.2022

at the time the patients was admitted to the hospital had significant predictive of cardiovascular events in the patients with acute myocardial infarction.

**Key words:** Acute myocardial infarction, Grace score, NT-proBNP,...

**I. ĐẶT VẤN ĐỀ**

Hội chứng mạch vành cấp là tình trạng thiếu máu cơ tim cấp tính do tắc nghẽn một phần hay hoàn toàn nhánh ĐMV nuôi dưỡng vùng cơ tim đó. Hội chứng mạch vành cấp bao gồm: Nhồi máu cơ tim ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định, Việc chẩn đoán sớm và xử trí kịp thời nhồi máu cơ tim đóng vai trò quyết định trong việc cứu sống bệnh nhân. Muốn có thái độ xử trí kịp thời cần phải phân tầng nguy cơ cho bệnh nhân để xử trí [1].

Trong những năm gần đây các dấu ấn sinh học như NT-ProBNP được ứng dụng rộng rãi trong lâm sàng cũng như trong nghiên cứu để chẩn đoán, điều trị, tiên lượng các bệnh lý tim mạch [2],[3]. Trong đó NT-proBNP đánh giá tình trạng tổn thương cơ tim nên có giá trị trong phân tầng nguy cơ và tiên lượng biến chứng bệnh NMCT cấp. Việc kết hợp nồng độ các chất chỉ điểm sinh học với các thang điểm phân tầng nguy cơ từ lâu đã được sử dụng rộng rãi trong lâm sàng và cho giá trị chẩn đoán, tiên lượng tốt. Hàng năm, tại khoa Nội Tim mạch BV Trung Ương Thái Nguyên đã khám, chẩn đoán và điều trị cho vài trăm bệnh nhân NMCT cấp, nhưng việc thu thập số liệu thống kê để chứng minh tính hiệu quả của việc kết hợp nồng độ các chất chỉ điểm sinh học men tim với các thang điểm phân tầng nguy cơ như GRACE còn chưa có nghiên cứu nào, do vậy chúng tôi thực hiện đề tài "Giá trị của sự phối hợp nồng độ NT-proBNP với thang điểm GRACE trong tiên lượng biến cố tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại BV Trung Ương Thái Nguyên" nhằm mục tiêu: *Đánh giá giá trị tiên lượng biến cố tim mạch khi phối hợp nồng độ NT-proBNP với thang điểm GRACE trên đối tượng nghiên cứu.*

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

**2.1. Đối tượng nghiên cứu**

**2.1.1. Thời gian nghiên cứu.** Nghiên cứu được tiến hành tại khoa Nội Tim mạch – BV Trung Ương Thái Nguyên trong thời gian từ tháng 01/2021 đến tháng 01/2022.

**2.1.2. Tiêu chuẩn lựa chọn**

- Nghiên cứu được tiến hành trên các bệnh nhân NMCT cấp được nhập viện điều trị.
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.1.3. Tiêu chuẩn loại trừ**

- Có bệnh toàn thân nặng, bệnh nhân già yếu
- Không đồng ý tham gia nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**2.2.1. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang

**2.2.2. Phương tiện nghiên cứu:** Bộ đo huyết áp, máy điện tim, siêu âm tim, máy chụp mạch vành, thang điểm Grace đánh giá tình trạng người bệnh, bệnh án nghiên cứu in sẵn,...

**2.2.3. Các bước tiến hành**

- Hỏi bệnh, khảo sát các triệu chứng cơ năng.
- Lấy máu làm xét nghiệm nồng độ các chỉ số sinh hóa máu
- Đo huyết áp.
- Siêu âm tim, điện tim.
- Chụp mạch vành chẩn đoán xác định NMCT cấp.

**2.2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu**

- Giới: Nam hay nữ
- Tiêu chuẩn đánh giá NMCT cấp: Dựa trên các tiêu chuẩn của ESC và Hội tim mạch học Việt Nam [1],[5].
  - + Biểu hiện lâm sàng: Đau thắt ngực điển hình của cơn NMCT
  - + Trên điện tâm đồ: có biến đổi với ST và/hoặc sóng T.
  - + Siêu âm tim: đánh giá chức năng tâm thu thất trái dựa vào phân suất tống máu (EF), trong đó EF < 40% là có rối loạn chức năng tâm thu thất trái.
  - + Biến đổi men tim đặc hiệu: nồng độ Troponin vượt quá bách phân vị 99th của một quần thể tham chiếu bình thường.
- Đánh giá mức độ NMCT cấp: Dựa theo phân độ của Killip [6]

Độ Killip	Đặc điểm lâm sàng
I	Không có triệu chứng của suy tim trái
II	Ran ẩm <1/2 phổi, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có tiếng T3 ngựa phi
III	Phù phổi cấp
IV	Sốc tim

- Thang điểm Grace đánh giá bệnh nhân NMCT cấp

Yếu tố	Điểm
Lớn tuổi	1,7/10 năm
Phân độ Killip	2,0/môi độ
Huyết áp tâm thu	1,4/giảm 20mmHg
Nhịp tim	1,3/ 30 nhịp/phút
Biến đổi đoạn ST	2,4
Ngừng tim lúc nằm viện	4,3
Tăng creatinin huyết thanh	1,2/tăng 1mg/dL
Tăng men tim	1,6

- Điểm số GRACE: Nguy cơ cao (điểm số > 140 điểm), nguy cơ trung bình (điểm số 109 -

140 điểm), nguy cơ thấp (điểm số < 109 điểm) [7].

- Tiêu chuẩn đánh giá nồng độ NT-proBNP: Áp dụng giá trị nồng độ bình thường < 15,3 fmol/mL, tương đương 126,9 pg/mol của Hội hóa sinh Việt Nam công nhận và lưu hành trên toàn quốc [8].

- Các biến cố tim mạch có thể xảy ra: sốc tim, rối loạn nhịp tim, rối loạn dẫn truyền, suy tim, đột quỵ, tử vong,...

**2.2.5. Phương pháp xử lý số liệu:** Sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và xử lý số liệu theo phương pháp thống kê y học.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong nghiên cứu này, chúng tôi nghiên cứu trên 62 bệnh nhân NMCT cấp điều trị tại khoa Nội Tim mạch, BV Trung ương Thái Nguyên, chúng tôi thu được kết quả như sau:

#### 3.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu

##### 3.1.1. Đặc điểm về tuổi và giới

**Bảng 1: Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới**

Nhóm tuổi	Giới nam	Giới nữ
< 65 tuổi	8	6
65-75 tuổi	17	4
> 75 tuổi	23	4
<b>Tổng số</b>	<b>48 (100%)</b>	<b>14 (100%)</b>

Trong nghiên cứu này của chúng tôi có 62 bệnh nhân với tuổi từ 47 đến 86 tuổi, tuổi trung bình  $70,5 \pm 11,3$  tuổi và bệnh nhân được phân bố đồng đều vào các nhóm tuổi.

##### 3.1.2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện

**Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện**

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Lý do vào viện	Đau ngực	56	90,3
	Khó thở	4	6,5
	Khác	2	3,2
Thời điểm nhập viện	< 12h	40	64,5
	12 - 24h	17	27,4
	> 24h	5	8,1
Đặc điểm đau ngực	Không đau ngực	0	0
	Đau ngực không điển hình	4	6,5
	Đau ngực điển hình	58	93,5
Phân độ Killip	Killip độ I	16	25,8
	Killip độ II	43	69,4
	Killip độ III	2	3,3
	Killip độ IV	1	1,5

- 90,3% số bệnh nhân nhập viện có triệu chứng đau ngực.

- Có 64,5% bệnh nhân nhập viện dưới 12 giờ kể

từ khi có cơn đau ngực, tuy nhiên cũng vẫn còn có 8,1% bệnh nhân nhập viện muộn sau 24 giờ.

- Cơn đau thắt ngực với tính chất điển hình chiếm 93,5%.

- 69,4% bệnh nhân có Killip II, phân độ Killip III chỉ có ở 2 bệnh nhân (chiếm 3,3%) và có 1 bệnh nhân Killip IV.

#### 3.1.3. Phân tầng nguy cơ theo thang điểm Grace

**Bảng 3: Phân tầng nguy cơ theo thang điểm Grace**

Đặc điểm	Tỷ lệ (%)	Điểm GRACE ( $\bar{x} \pm SD$ )
Nguy cơ thấp (n = 12)	19,4	87,21 $\pm$ 15,08
Nguy cơ trung bình (n = 34)	54,8	123,13 $\pm$ 10,15
Nguy cơ cao (n = 16)	25,8	150,60 $\pm$ 14,48

Có 54,8% số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ trung bình, và 25,8% số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao.

#### 3.1.4. Đặc điểm tổn thương động mạch vành

**Bảng 4: Đặc điểm tổn thương động mạch vành**

Số lượng	Nhóm	n	Tỷ lệ %
1 nhánh		16	25,8
2 nhánh		32	51,6
3 nhánh		14	22,6
<b>Tổng</b>		<b>62</b>	<b>100</b>

Bệnh nhân có tổn thương từ 2 nhánh động mạch vành trở lên chiếm tỷ lệ cao, trong đó có tổn thương 2 nhánh gặp trên 32 bệnh nhân (chiếm 51,6%), tổn thương 3 nhánh động mạch gặp trên 12 bệnh nhân (chiếm 22,6%).

#### 3.1.5. Biến cố trên đời tượng nghiên cứu

**Bảng 5. Biến cố trên đời tượng nghiên cứu**

Biến cố	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
Tử vong	1	3,8
Sốc tim	2	7,6
Suy tim	18	69,2
Rối loạn nhịp tim	5	19,4
<b>Tổng số</b>	<b>26</b>	<b>100</b>

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 26 bệnh nhân có biến cố tim mạch trong đó có 01 trường hợp tử vong, có 18 trường hợp suy tim (chiếm tỷ lệ cao nhất 69,2%), và có 5 trường hợp có rối loạn nhịp tim ngay trong thời gian nằm viện (chiếm 19,4%).

#### 3.1.6. Giá trị NT-proBNP tại thời điểm nhập viện

**Bảng 6. Giá trị NT-proBNP tại thời điểm nhập viện**

Giá trị	NT-proBNP(pmol/L)
Trung bình	1704,0

Trung vị (khoảng tứ phân vị)	635,2(162,1-2182,0)
Min	2,2
Max	25430,0

Giá trị NT-proBNP khi bệnh nhân nhập viện là 1704,0pmol/L, trong đó giá trị lớn nhất là 25430,0 pmol/L và giá trị nhỏ nhất là 2,2pmol/L.

**3.2. Giá trị tiên lượng biến cố tim mạch khi phối hợp nồng độ NT-proBNP với thang điểm Grace trên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu**

**3.2.1. Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với các biến cố**

**Bảng 7. Mối liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với các biến cố**

Đặc điểm	Trung bình	Trung vị (khoảng tứ phân vị)	Min	Max	p
Nhóm có biến cố (n=26)	3680,5	1930,0 (547,2-4795,3)	20,0	25430,0	<b>&lt; 0,001</b>
Nhóm không có biến cố (n=36)	532,8	197,5 (64,0-538,7)	2,2	3480,9	

Nồng độ NT-proBNP trung bình thời điểm nhập viện giữa nhóm có biến cố cao hơn nhiều so với nhóm không có biến cố với p < 0,001.

**3.2.2. Điểm Grace trong nhóm nghiên cứu**

**Bảng 8: Điểm Grace trong nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	GRACE ( $\bar{x} \pm SD$ )
Nhóm có biến cố (n=26)	151,27 ± 15,50
Nhóm không có biến cố (n=36)	121,09 ± 17,59
p	<b>&lt; 0,001</b>

Điểm Grace trung bình ở nhóm có biến cố cao hơn nhóm không có biến cố với p < 0,001.

**3.2.3. Khả năng tiên lượng biến cố theo điểm cắt nồng độ NT-proBNP và thang điểm Grace**

**Bảng 9: Khả năng tiên lượng biến cố theo điểm cắt nồng độ NT-proBNP và thang điểm Grace**

Đặc điểm	Điểm cắt	Độ nhạy (%)	Độ đặc hiệu (%)	Diện tích dưới đường cong	p
NT-proBNP (pmol/L)	3855,0	92,9	85,1	0,878	<b>&lt; 0,001</b>
GRACE (điểm)	143,5	100,0	74,1	0,705	<b>&lt; 0,05</b>

Tại thời điểm bệnh nhân nhập viện, với điểm cắt nồng độ NT-proBNP ≥ 3855,0 pmol/L cho giá trị dự báo biến cố cao nhất, rồi đến điểm GRACE ≥ 143,5 điểm có giá trị tiên lượng thấp hơn.

**3.2.4. Giá trị tiên lượng biến cố khi phối hợp nồng độ NT-proBNP với thang điểm Grace**

**Bảng 10: Hồi quy đơn biến trong tiên lượng biến cố tim mạch**

Các yếu tố đánh giá		Phân tích đơn biến		
		Có biến cố	Không có biến cố	p
<b>NT-proBNP</b>	≥ 3855,0 pmol/L	21 (75,0%)	7 (25,0%)	<b>&lt; 0,05</b>
	<3855,0pmol/L	5 (17,1%)	29 (82,9%)	
<b>GRACE</b>	≥ 143,5 điểm	23(71,9%)	9(28,1%)	<b>&lt; 0,05</b>
	< 143,5 điểm	4(12,9%)	27(87,1%)	

**Bảng 11: Phân tích đa biến (hồi quy COX) các yếu tố tiên lượng biến cố tim mạch**

Yếu tố	RR (95%CI)	p
NT-proBNP ≥ 3855,0 pmol/L	12,18 (1,35-138,14)	<b>&lt; 0,05</b>
GRACE ≥143,5 điểm	11,45(1,14-2,87)	<b>&lt; 0,05</b>

Qua phân tích hồi quy đơn biến và hồi quy đa biến thì thấy nồng độ NT-proBNP ≥ 3855,0 pmol/L và GRACE ≥ 143,5 điểm đều có giá trị trong tiên lượng biến cố tim mạch.

**IV. BÀN LUẬN**

**4.1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân trong nghiên cứu**

**\*Tuổi và giới:** Tuổi là một trong những yếu tố nguy cơ của bệnh lý tim mạch nói chung và

NMCT nói riêng, và đây cũng là yếu tố tiên lượng trong NMCT. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 62 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp, với tuổi trung bình là 70,5 ±11,3 tuổi; trong đó bệnh nhân ít nhất là 62 tuổi; bệnh nhân cao tuổi nhất là 93 tuổi, trong nghiên cứu này chúng tôi cũng gặp tỷ lệ bệnh nhân nam cao hơn bệnh nhân nữ với sự khác biệt với p < 0,05.

**\*Đặc điểm triệu chứng lâm sàng khi bệnh nhân nhập viện:** Trong nghiên cứu của chúng tôi có 56 bệnh nhân nhập viện vì đau ngực chiếm tỷ lệ 90,3%, trong đó tỷ lệ bệnh nhân có cơn đau ngực điển hình là 93,5%, vì đau ngực là một trong những dấu hiệu quan trọng khiến bệnh nhân phải nhập viện và cũng là triệu chứng quan trọng để định hướng đến NMCT cấp.

**\*Phân tầng nguy cơ theo thang điểm GRACE:** Đối với thang điểm GRACE: có 8 yếu tố được sử dụng trong thang điểm nguy cơ GRACE: Tuổi, phân độ Killip, huyết áp tâm thu, biến đổi đoạn ST, ngừng tim lúc nằm viện, tăng creatinin huyết thanh, tăng men tim và nhịp tim. Các yếu tố này có khả năng tiên lượng độc lập về nguy cơ tử vong ở bệnh nhân NMCT cấp. Kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi là đa số bệnh nhân được phân bố vào nhóm điểm GRACE nguy cơ trung bình (54,8%) và nguy cơ cao (25,8%). Điều này cũng giải thích được là do đa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu đều lớn tuổi (> 62 tuổi), chỉ số xét nghiệm men tim tăng lên rất cao, bên cạnh đó có một số bệnh nhân có giảm huyết áp tâm thu dưới 90 mmHg, tăng tần số tim lên trên 100 chu kỳ/phút do vậy làm phân tầng thang điểm GRACE thuộc nhóm nguy cơ trung bình và nguy cơ cao tăng lên.

**\*Đặc điểm tổn thương động mạch vành:** Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được chỉ định chụp động mạch vành để chẩn đoán nhánh mạch tổn thương. Kết quả cho thấy có tới 46/62 bệnh nhân có tooen thương phổi hợp 2 hoặc 3 nhánh mạch. Về số lượng nhánh mạch tổn thương: tổn thương 2 nhánh chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,6%, tổn thương 3 nhánh chiếm 22,6% còn tổn thương 1 nhánh mạch chỉ chiếm 25,8%. Kết quả của chúng tôi cao hơn của tác giả Giao Thị Thoa: tổn thương 01 hoặc 02 nhánh chiếm tỷ lệ 70,08%, còn tổn thương 03 nhánh hoặc thân chung chỉ chiếm 29,9% [9].

**\*Biến cố trên đôi tượng nghiên cứu:** NMCT cấp là một cấp cứu nội khoa nguy hiểm, đe dọa tính mạng người bệnh và để để lại các biến chứng về sau nếu như không được xử trí và can thiệp kịp thời. Trong nghiên cứu này chúng tôi gặp 26/62 bệnh nhân có biến chứng trong thời gian nằm viện điều trị, trong đó có 1 bệnh nhân tử vong do tình trạng tắc mạch nặng, tắc 3 nhánh mạch và khi nhập viện bệnh nhân đánh giá Killip độ IV, tình trạng toàn thân nặng. Theo David A.C và cộng sự nghiên cứu 2082 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim cấp trong vòng 12 giờ sau khi khởi phát cơn đau ngực. Các bệnh nhân sốc tim trên lâm sàng được loại bỏ khỏi nghiên cứu. Kết quả trên chụp mạch, mức độ dòng chảy TIMI-3 đạt 95,7%. Tỷ lệ tử vong là 2,4% [10].

#### **4.3. Giá trị tiên lượng biến cố tim mạch khi phối hợp nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE**

**\* Mọi liên quan giữa nồng độ NT-proBNP với các biến cố:** Nồng độ NT-proBNP được chúng tôi chỉ định khi bệnh nhân nhập viện,

nồng độ NT-proBNP có vai trò quan trọng trong việc tiên lượng các biến cố tim mạch. Trong nghiên cứu này của chúng tôi nồng độ NT-proBNP tăng rất cao trong nhóm có biến cố là 3680,5 pmol/L (trung vị 1930,0 pmol/L, min 20,0 pmol/L, max 25430,0 pmol/L) so với nhóm không có biến cố là 532,8 pmol/L (trung vị 197,5 pmol/L, min 2,2 pmol/L, max 3480,9 pmol/L) với  $p < 0,001$ .

**\*Mối liên quan giữa thang điểm GRACE với các biến cố:** Thang điểm GRACE có giá trị tiên lượng biến cố trong NMCT cấp và có giá trị thực tiễn cao. Trong nghiên cứu này của chúng tôi, điểm GRACE trung bình ở nhóm có biến cố ( $151,27 \pm 15,50$  điểm) cao hơn rất nhiều so với nhóm không có biến cố ( $121,09 \pm 17,59$  điểm) với  $p < 0,001$ .

**\*Khả năng tiên lượng biến cố tim mạch khi phối hợp nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE.** Phân tích diện tích dưới đường cong ROC trên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu thấy khả năng tiên lượng biến cố tim mạch của thang điểm nguy cơ GRACE  $\geq 143,5$  điểm có diện tích dưới đường cong ROC (AUC = 0,705 và độ nhạy 100%, độ đặc hiệu 74,1% và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,05$ ). Và khi phân tích hồi quy đơn biến và đa biến Cox, điểm GRACE  $\geq 143,5$  điểm có khả năng tiên đoán biến cố tim mạch trên nhóm bệnh nhân này với RR = 11,45 (95%CI = 1,14-2,87) với  $p < 0,05$ .

Khi phối hợp nồng độ NT-proBNP, chúng tôi thấy diện tích dưới đường cong ROC trên nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu thấy khả năng tiên lượng biến cố tim mạch của NT-proBNP  $\geq 3855,0$  pmol/L có diện tích dưới đường cong ROC (AUC = 0,878, độ nhạy 92,9%, độ đặc hiệu 85,1% và có ý nghĩa thống kê với  $p < 0,001$ ). Và khi phân tích hồi quy đơn biến và đa biến Cox, nồng độ NT-proBNP  $\geq 3855,0$  pmol/L có khả năng tiên đoán biến cố tim mạch trên nhóm bệnh nhân này với RR = 12,18 (95%CI = 1,35-138,14) với  $p < 0,05$ .

Qua phân tích nhiều nghiên cứu, tác giả McCullough (2011) đã vận dụng thang điểm GRACE và ngưỡng giá trị NT-proBNP tăng cao giúp tiên lượng tử vong và các biến cố tim mạch ngắn hạn trong NMCT cấp. Kết hợp giá trị NT-proBNP huyết thanh và thang điểm GRACE để phân tầng nguy cơ ở bệnh nhân NMCT cấp là rất thiết thực. Ngoài ra, các nghiên cứu cũng đã chứng minh sự kết hợp thang điểm GRACE với nồng độ NT-proBNP sẽ giúp tiên lượng các biến cố một cách chính xác hơn.

#### **V. KẾT LUẬN**

- Đánh giá theo thang điểm GRACE: bệnh nhân có nguy cơ trung bình chiếm tỷ lệ cao nhất

(54,8%).

- 51,6% bệnh nhân có tổn thương 2 nhánh mạch và có tới 22,6% bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh mạch.

- Có 26/62 bệnh nhân có biến cố tim mạch như tử vong (3,8%), sốc tim (7,6%), rối loạn nhịp tim (19,4%), trong đó biến chứng suy tim gặp tỷ lệ cao nhất với 69,2%.

- Nồng độ NT-proBNP và thang điểm GRACE có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa nhóm bệnh nhân có biến cố và không có biến cố (với mức ý nghĩa thống kê  $p < 0,001$ ).

- Nồng độ NT-proBNP  $\geq 3855,0$  pmol/L phối hợp với điểm GRACE  $\geq 143,5$  điểm có ý nghĩa tiên lượng biến cố tim mạch cao tại thời điểm bệnh nhân nhập viện.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hội Tim mạch học Việt Nam (2020)**, Cập nhật khuyến cáo 2020 của Hội Tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán và xử trí Hội chứng mạch vành cấp.
2. **Damman P (2015)**, ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation: Comments from the Dutch ACS working group, Vol. 25.
3. **Amsterdam E.A (2014)**, AHA/ACC Guideline for the Management of Patients with Non-ST-Elevation Acute Coronary Syndromes: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines, J Am Coll Cardiol, 64(24): p.139-228.
4. **Marco Roffi, Carlo Patrono, Jean Philippe, et al (2020)**, ESC guidelines for the management of acute coronary syndromes. European Heart Journal, ESC Guidelines.
5. **Nguyễn Lâm Việt (2015)**, Nhồi máu cơ tim cấp-hội chứng mạch vành cấp không có đoạn ST chênh lên, Thực hành Bệnh Tim Mạch, Nhà xuất bản Y học: p. 20-34, 51-56.
6. **Anderson J.L, Adams C.D, Antman E.M (2017)**, ACC/AHA 2017 Guidelines for the management of patients with myocardial infarction. J Am Coll Cardiol, 50(7): p. 2549-2569.
7. **Hội Tim mạch Việt Nam (2010)**, Nghiên cứu nồng độ NT-proBNP của bệnh nhân suy tim mạn tính, Cardionet.vn.
8. **Giao Thị Thoa (2018)**, Nghiên cứu nồng độ H-FABP trong chẩn đoán và tiên lượng nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sĩ y học, p. 68-93.
9. **David A. Morrow and Christopher P. Cannon (2015)**, National Academy of Clinical Biochemistry Laboratory Medicine Practice Guidelines: Clinical Characteristic and Utilization of Biochemical Markers in Acute Coronary Syndromes. Circulation, 115: p. 356-375.

## ĐÁNH GIÁ TÌNH TRẠNG DI CĂN HẠCH CỦA UNG THƯ DẠ DÀY GIAI ĐOẠN T1-T2 SAU PHẪU THUẬT TRIỆT CĂN

Phạm Văn Bình<sup>1</sup>, Trần Đình Tân<sup>1</sup>, Nguyễn Tiến Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả tình trạng di căn hạch trên giải phẫu bệnh sau phẫu thuật triệt căn ung thư dạ dày giai đoạn pT1-T2 và 1 số yếu tố liên quan. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân ung thư dạ dày được phẫu thuật triệt căn có kết quả mô bệnh học sau mổ xác định pT1, pT2 tại bệnh viện K từ tháng 1/2020 - 5/2021. **Kết quả:** Có 97 bệnh nhân ung thư dạ dày sớm bao gồm 71 nam và 26 nữ, tuổi dao động 30 - 81 tuổi (tuổi trung bình  $59,9 \pm 9,65$ ). Di căn hạch phát hiện 25 (25,78%), có 63 bệnh nhân ung thư dạ dày mức xâm lấn T1 với tỷ lệ di căn 10/63 (15,87%) và 34 bệnh nhân ung thư dạ dày mức xâm lấn T2 với tỷ lệ di căn hạch 15/34 (44,12%). Yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên lượng độc lập với tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày p T1-T2. **Kết luận:** Tỷ lệ di căn hạch trong ung

thư dạ dày mức độ xâm lấn T1- T2 chiếm 25,78%. Yếu tố mức độ xâm lấn và xâm lấn bạch mạch là yếu tố tiên lượng độc lập với tỷ lệ di căn hạch trong ung thư dạ dày p T1-T2.

**Từ khóa:** ung thư dạ dày sớm, di căn hạch, các yếu tố rủi ro, Bệnh viện K.

### SUMMARY

#### ASSESSMENT OF LYMPHO NODE METASTASIS IN EARLY GASTRIC CANCER AFTER RADICAL SURGERY

**Aims:** Description of lymph node metastasis on histopathological after radical surgery for T1-T2 gastric cancer and some related factors. **Patient and Methods:** This is a retrospective and perspective description study of patients who had gastric cancer and underwent surgical management with histopathological results determined pT1, pT2 in National Cancer Hospital from January, 2020 to May, 2021. **Results:** A total of 97 patients with pT1-2 gastric cancer were enrolled. Of these patients, 71 were men, and 26 were women, ranging in age from 30 to 81 years (mean  $59,9 \pm 9,65$  years). Lympho node metastasis was detected in 25(25,78%) patients with pT1-T2 gastric cancer. Among 63 patients with pT1 gastric cancer, 10/63 (15,87%) patients had

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Bình

Email: binhva@yahoo.fr

Ngày nhận bài: 7.12.2021

Ngày phản biên khoa học: 24.01.2022

Ngày duyệt bài: 10.2.2022