

**NGHIÊN CỨU LIÊN QUAN GIỮA  
HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ  
& ĐẶC ĐIỂM**

**TỒN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH  
Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP**

**TS.BS. Hồ Thượng Dũng**

**BS. CK II. Dương Thị Kim Loan**

# NỘI DUNG

1. Đặt vấn đề
2. Mục tiêu nghiên cứu
3. Tổng quan tài liệu
4. Kết quả nghiên cứu và bàn luận
5. Kết luận

# ĐẶT VẤN ĐỀ

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❑ HCCH là tập hợp các YTNC về chuyển hoá (RLLP máu, THA, tăng ĐH) và các YTNC nền tảng (béo phì bụng và đề kháng insulin).
- ❑ Có một số nghiên cứu trong và ngoài nước cho thấy HCCH chiếm tỷ lệ cao ở bệnh nhân BMV và có liên quan với đặc điểm của tổn thương động mạch vành.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- ❑ Tuy nhiên từ 2005 đến nay bắt đầu có những ý kiến phản biện về sự tồn tại và tầm quan trọng của HCCH.
- ❑ Tuy vậy, HCCH vẫn tiếp tục được nghiên cứu với nhiều khía cạnh khác nhau. Nhằm tìm hiểu thêm về HCCH, chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu đề tài này.

# MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Xác định liên quan giữa HCCH với một số đặc điểm tổn thương ĐMV ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp.

# TỔNG QUAN TÀI LIỆU

# HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ

## NCEP-ATP III (2004)

Có 3 trong 5 tiêu chuẩn sau:

- Béo phì bụng: VE  $\geq 102$  cm (nam) và  $\geq 88$  cm (nữ)(\*)
- TG  $\geq 1,7$  mmol/l (150 mg/dl)
- HDL-C  $< 1,03$  mmol/l (35 mg/dL) (nam) hay  $< 1,29$  mmol/l (39 mg/dL) (nữ)
- HA  $> 130/85$  mmHg
- ĐH đói  $> 100$  mg/dl (5,6 mmol/l)

(\*): Khi áp dụng cho người Châu Á hiệu chỉnh lại tiêu chuẩn béo phì bụng:

VE  $\geq 90$  cm (nam) và  $\geq 80$  cm (nữ)



# NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

## Chẩn đoán NMCT cấp của ESC-ACC-AHA-WHF – 2007

### gồm 5 týp:

Týp 1: tự nhiên do hoại tử, nứt vỡ bóc tách mảng xơ vữa

Týp 2: mất cân bằng cung – cầu oxy cơ tim

Týp 3: đột tử do tim có biểu hiện của TMCTCB trên lâm sàng, chụp MV, giải phẫu bệnh

Týp 4: 4a: liên quan can thiệp MV; 4b: huyết khối trong stent

Týp 5: liên quan phẫu thuật bắc cầu.

# Chẩn đoán NMCT cấp týp1 và týp 2

**Tăng và hoặc giảm sau đó của men tim (đặc biệt troponin) cùng với một trong các biểu hiện sau:**

1. Triệu chứng TMCT cục bộ (cơn đau thắt ngực)
2. Biến đổi trên điện tâm đồ: TMCT cục bộ mới (thay đổi ST-T mới, block nhánh trái mới xuất hiện)
3. Xuất hiện sóng Q bệnh lý mới trên điện tâm đồ.
4. Chứng cứ hình ảnh học mới của vùng cơ tim còn sống hoặc rối loạn vận động vùng.

# VAI TRÒ CỦA HCCH TRONG BỆNH LÝ MẠCH VÀNH

- Mỗi thành phần của HCCH là một YTNC của bệnh lý tim mạch, nhiều thành phần → nhiều nguy cơ hơn.
- Đe kháng insulin & RLDNG → ĐTĐ2, song song với rối loạn chức năng nội mạc → XVĐM.
- THA gây XVĐM trực tiếp do áp lực lên thành mạch và gián tiếp qua angiotensin II.
- HDL-C ngăn cản quá trình XVĐM, giảm HDL\_C → XVĐM
- Tình trạng viêm, tình trạng tiền đông, có sự gia tăng fibrinogen có vai trò trong XVĐM

# Ảnh hưởng của HCCH lên hình thái tổn thương ĐMV thủ phạm

- Tác giả Naohiko và cộng sự nghiên cứu sự liên quan giữa HCCH, yếu tố khởi phát và hình thái tổn thương ĐMV thủ phạm qua chụp ĐMV: kết quả ghi nhận: HCCH có ảnh hưởng lên hình thái kiểu tổn thương ĐMV thủ phạm ở bệnh nhân NMCT cấp. HCCH là một trong những yếu tố gây mất ổn định mảng xơ vữa gây tắc ĐMV cấp tính. Việc điều trị YTNC (HCCH), giúp ổn định mảng xơ vữa, góp phần ngăn ngừa khởi phát NMCT cấp.

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

## Tiêu chuẩn chọn bệnh:

Bệnh nhân đến khoa Tim Mạch Cấp cứu & Can thiệp BVTN, được chẩn đoán NMCT cấp theo ESC-ACC-AHA-WHF – 2007.

# ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

## Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đo vòng eo được hoặc đo không chính xác:
  - Bệnh cấp tính: tiêu chảy, nôn ói...
  - Phụ nữ có thai
  - Dị tật gù, vẹo cột sống...
- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

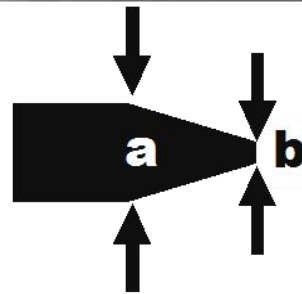
# Một số tiêu chuẩn chẩn đoán

- **HCCH**: NCEP-ATP III (2004)
- **THA** : JNC VII
- **ĐTĐ**: đã được chẩn đoán & điều trị ĐTĐ
- **RLLP máu**: NCEP-ATP III
- **Đánh giá tổn thương ĐMV**: Viện Tim, Phổi và Huyết Học Hoa Kỳ (NHLBI) 1981
- **Đánh giá tổng độ nặng tổn thương ĐMV**: thang điểm Gensini.
- Đánh giá tổn thương ĐMV thủ phạm: tiêu chuẩn của Naohiko 2008.



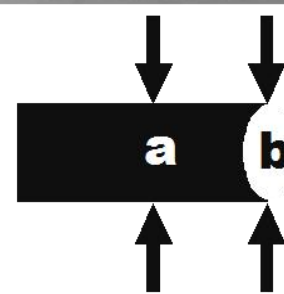
# Tiêu chuẩn đánh giá tổn thương của ĐMV thủ phạm

**Type S (Stenotic )**



$$b/a < 50\%$$

**Type NS (Non-stenotic )**



$$b/a \geq 50\%$$

Naohiko Hakahashi, Kunio Yufu et al 2008 - Japan

# PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## **Thiết kế nghiên cứu:**

Tiền cứu- Mô tả cắt ngang

**Cỡ mẫu:** Cỡ mẫu tính được là 96 ca, cộng 10%: 115 ca, trong đó có 75 ca được chụp ĐMV.

**Cách chọn mẫu:** thuận tiện

**Thời gian nghiên cứu:** từ 8/2008 đến 10/2010

**Phương pháp thu thập số liệu:**

Dựa theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất.

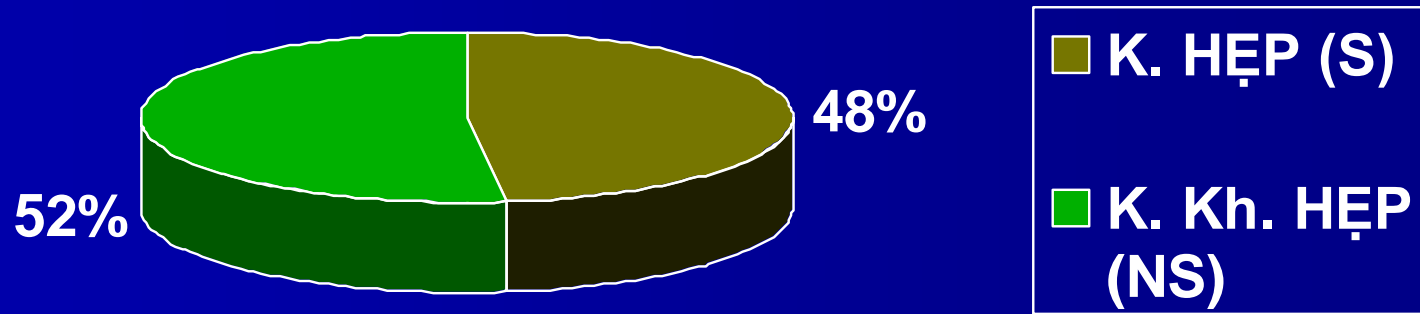
# XỬ LÝ VÀ PHÂN TÍCH SỐ LIỆU

Sử dụng phần mềm SPSS. 11.5 for Windows.

- Các biến số định lượng được trình bày dưới dạng số trung bình và độ lệch chuẩn, đánh giá sự khác biệt bằng phép kiểm Student t.
- Các biến số định tính được trình bày dưới dạng số đếm, tỷ lệ phần trăm, sự khác biệt được kiểm định bằng phép kiểm Chi bình phương.
- p có ý nghĩa:  $< 0,05$  với KTC 95%.

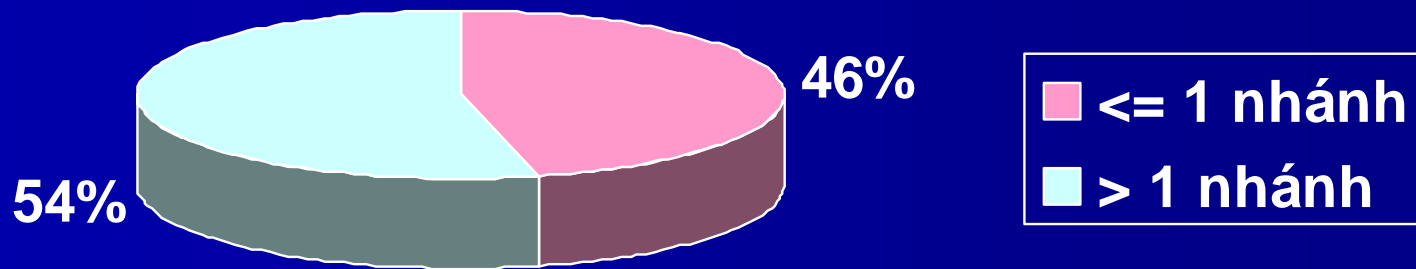
# KẾT QUẢ & BÀN LUẬN

# Đặc điểm về kết quả chụp mạch vành



Tắc lòng ĐMV kiểu không hẹp (NS) cao hơn dạng có hẹp (S) lòng ĐMV.

# Đặc điểm về kết quả chụp mạch vành



Hẹp đa nhánh ĐMV chiếm tỷ lệ cao hơn hẹp đơn nhánh ĐMV.

# Liên quan giữa số TP của HCCH và số nhánh ĐMV tổn thương

Số TP HCCH	Số nhánh ĐMV tổn thương	p
3 TP	1,79 ± 0,97	<b>0,001</b>
4 TP	1,86 ± 0,82	
5 TP	2,86 ± 0,37	

Số nhánh ĐMV tổn thương tăng theo số thành phần của HCCH.

Lý Kim Hương: số nhánh ĐMV TB tổn thương tăng theo số TP

HCCH: 3TP, 4TP, 5TP (1,74 ± 0,68; 2,15 ± 0,52; 2,46 ± 0,52, p = 0,005).

# Liên quan giữa HCCH và tổn thương đa nhánh ĐMV

Tổn thương ĐMV	HCCH		X <sup>2</sup>	OR
	Có (n=39)	Không (n=35)	P	KTC 95%
Đơn nhánh n (%)	17 (43,58)	17 (48,57)	0,184	1,22
Đa nhánh n (%)	22 (56,41)	18 (51,43)	0,668	0,48-3,05

Chưa thấy liên quan giữa tỷ lệ tổn thương đa nhánh ĐMV và HCCH.



# Liên quan tổn thương đa nhánh ĐMV theo nhóm tuổi

Tổn thương ĐMV	Nhóm tuổi		X <sup>2</sup>	OR
	≥ 60 (n=45)	< 60 (n=29)	p	KTC 95%
Đơn nhánh n (%)	16 (35,5)	18 (62)	4,99	2,96
Đa nhánh n (%)	<b>29 (64,44)</b>	11 (37,93)	<b>0,025</b>	0,12-7,80

Nhóm ≥ 60 tuổi có tỷ lệ tổn thương đa nhánh ĐMV cao hơn nhóm < 60 tuổi, có ý nghĩa thống kê.

# Liên quan giữa hình thái tổn thương ĐMV thủ phạm và HCCH

HCCH	Kiểu tt ĐMV thủ phạm		X <sup>2</sup>	OR
	Hẹp n, (%)	Không hẹp n, (%)	p	KTC 95%
Có n = 39	20 (51,28)	19 (48,71)	0,351	1,31
Không có n = 36	16 (44,44)	20 (55,5)	0,554	0,53-3,26

Không có liên quan về hình thái tổn thương ĐMV thủ phạm và HCCH.

Naohiko (2008): NC 339 ca NMCTC: BN HCCH thường gặp tt ĐMV thủ phạm kiểu không hẹp nhiều hơn ( $p < 0,05$ ).

# Tổn thương ĐMV thủ phạm theo nhóm tuổi

Nhóm tuổi	Kiểu tt ĐMV thủ phạm		X <sup>2</sup>	OR
	Hẹp n = 36	Không hẹp n = 39	P	KTC 95%
≥ 60 n, (%)	29 (80,55)	16 (41,02)	12,18	5,97
< 60 n, (%)	7 (19,44)	23 (58,97)	<b>0,001</b>	2,09-16,9

Tỷ lệ tổn thương ĐMV thủ phạm kiểu hẹp ở nhóm BN ≥ 60 tuổi cao hơn nhóm < 60 tuổi, có ý nghĩa thống kê.

# Tổng độ nặng của tổn thương ĐMV theo thang điểm Gensini

Điểm gensini	HCCH		t	p
	Có n = 40	Không n = 35		
TB ± ĐLC	31,64 ± 28,97	31,17 ± 33,71	0,064	0,561

Độ nặng của tổn thương ĐMV theo Gensini, chưa thấy sự khác biệt giữa hai nhóm có & không có HCCH.

# KẾT LUẬN

## KL2: Liên quan HCCH và một số đặc điểm của tổn thương ĐMV

- ❑ Có liên quan giữa số thành phần HCCH và số nhánh ĐMV tổn thương.
- ❑ Không có sự liên quan giữa HCCH với tổng độ nặng tổn thương, bệnh mạch vành đa nhánh và kiểu hình thái tổn thương ĐMV thủ phạm.

*XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN*

