

trị HIV/AIDS. Mặt khác, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân nam chiếm 90,6% nên phần nào ảnh hưởng đến kết quả mối liên quan giữa giới tính và sự TTĐT của bệnh nhân HIV.

Về sự hỗ trợ từ nhân viên y tế: Bệnh nhân không hoặc rất ít nhân được sự hỗ trợ từ nhân viên y tế có nguy cơ không tuân thủ cao hơn 12,85 lần so với nhóm được hỗ trợ đầy đủ ($p < 0,001$). Kết quả này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc tư vấn và hỗ trợ bệnh nhân trong quá trình điều trị. So với thành phố Hồ Chí Minh, nơi các chương trình hỗ trợ có thể được triển khai mạnh mẽ hơn, bệnh nhân tại Hòa Thành có thể chưa nhận được sự quan tâm đầy đủ từ đội ngũ nhân viên y tế, dẫn đến tỷ lệ không TTĐT cao hơn.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân HIV/AIDS tuân thủ 5 tiêu chí trong điều trị ARV đạt 80,6%. Các yếu tố liên quan làm tăng tỷ lệ không TTĐT bao gồm: nhóm tuổi (trên 39 tuổi), giới tính (nữ), kiến thức chưa đúng về tuân thủ điều trị ARV và không hoặc rất ít được nhân viên y tế hỗ trợ ($p \leq 0,05$). Những yếu tố đặc thù của từng khu vực như điều kiện kinh tế - xã hội, khả năng tiếp cận dịch vụ y tế và mức độ hỗ trợ từ nhân viên y tế có thể ảnh hưởng đáng kể đến mức độ tuân thủ của bệnh nhân. Điều này nhấn mạnh tầm quan trọng của việc triển khai các giải pháp can thiệp phù hợp với điều kiện từng địa phương, đặc biệt là nâng cao chất lượng tư vấn, hỗ trợ bệnh nhân và cải thiện khả năng tiếp cận dịch vụ y tế.

Cần chú trọng công tác tư vấn để tuân thủ

điều trị ARV cho bệnh nhân tại cơ sở điều trị và hỗ trợ nhắc nhở qua tin nhắn giúp bệnh nhân tuân thủ điều trị tốt hơn. Đồng thời, tăng cường vai trò của nhân viên y tế cộng đồng trong việc giám sát, nhắc nhở bệnh nhân TTĐT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bộ Y tế** (2021). Quyết định 5968/QĐ-BYT về việc ban hành hướng dẫn điều trị và chăm sóc HIV/AIDS.
2. **Cục phòng chống HIV/AIDS – Bộ Y tế** (2021). Báo cáo tổng kết công tác Phòng, chống HIV/AIDS năm 2020.
3. **Bùi Thị Tú Quyên, Nguyễn Thùy Linh** (2020). "Mối liên quan giữa một số yếu tố cá nhân với tuân thủ điều trị ARV ở bệnh nhân HIV/AIDS tại các nước thu nhập trung bình: phân tích gộp (meta-analysis)". Tạp chí Y tế Công cộng, 52(6/2020), tr. 36-49.
4. **Nguyễn Hoàng Thanh Tâm, Đỗ Nhật Phương, Phạm Đình Nguyên** (2024). Thực trạng tuân thủ điều trị ARV và các yếu tố liên quan tại Trung tâm y tế Quận 6 Thành phố Hồ Chí Minh năm 2024. Tạp chí Y học Việt Nam, 544 (3/2024), tr. 188-192.
5. **Đào Thị Thủy, Vũ Hồng Nhung** (2024). "Thực trạng tuân thủ điều trị ARV của người bệnh HIV/AIDS tại Bệnh viện Đa khoa huyện Vũ Thư năm 2023". Tạp chí Y học Việt Nam; 542(3), tr. 142-146.
6. **Nguyễn Thị Huệ Tiên** (2020). Nghiên cứu tình hình tuân thủ điều trị ARV và đánh giá kết quả nghiên cứu can thiệp ở bệnh nhân HIV đang điều trị tại Phòng khám ngoại trú tỉnh Bến Tre năm 2019-2020. Luận văn thạc sĩ Y tế Công cộng. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.
7. **Trung tâm kiểm soát bệnh tật tỉnh Tây Ninh** (2024). Báo cáo công tác phòng, chống HIV/AIDS tỉnh Tây Ninh tháng 9 năm 2024.
8. **WHO** (2022). Global HIV situation and trends. <http://www.who.int/data/gho/data/themes/hiv-aids>.

NGHIÊN CỨU SỰ THAY ĐỔI CHỈ SỐ CĂNG DỌC THẤT TRÁI BẰNG SIÊU ÂM ĐÁNH DẤU MÔ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH MẠCH CÓ CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA

Trần Văn Tiềm¹, Trần Kim Sơn¹,
Nguyễn Thị Diễm¹, Bùi Thế Dũng^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá sự thay đổi chỉ số sức căng dọc thất trái (GLS) trước và sau can thiệp động mạch vành qua da (PCI) ở bệnh nhân hội chứng động mạch

vành mạn (HCDMVM), đồng thời khảo sát một số yếu tố liên quan đến chỉ số này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang tiến cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân HCDMVM có chỉ định can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Tim mạch Cần Thơ từ tháng 6/2023 đến tháng 7/2024. Tất cả bệnh nhân đều được đo chỉ số GLS bằng siêu âm đánh dấu mô cơ tim trước và sau PCI. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 22.0. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,31 \pm 9,99$; nam giới chiếm 48,6%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ phổ biến nhất (91,4%) và có ảnh hưởng ý nghĩa đến chỉ số GLS ($p = 0,03$). Các yếu tố khác như đái tháo đường, rối loạn lipid máu,

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Thế Dũng

Email: btdung@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 11.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025

hút thuốc lá và BMI không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê. Chỉ số GLS cải thiện đáng kể sau PCI ($-16,09 \pm 3,57$ so với $-14,91 \pm 4,20$; $p = 0,001$), trong khi phân suất tống máu thất trái (LVEF) không thay đổi có ý nghĩa thống kê ($p = 0,154$). **Kết luận:** Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng đáng kể đến GLS. Chỉ số GLS cải thiện rõ rệt sau can thiệp mạch vành, cho thấy vai trò quan trọng của chỉ số này trong đánh giá hiệu quả điều trị ở bệnh nhân HCDMVM.

Từ khóa: hội chứng động mạch vành mạn, sức căng dọc thất trái, siêu âm đánh dấu mô cơ tim, can thiệp mạch vành qua da.

SUMMARY

ASSESSMENT OF GLOBAL LONGITUDINAL STRAIN USING SPECKLE TRACKING ECHOCARDIOGRAPHY IN CHRONIC CORONARY SYNDROME PATIENTS UNDERGOING PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Objective: To evaluate changes in global longitudinal strain (GLS) before and after percutaneous coronary intervention (PCI) in patients with chronic coronary syndrome (CCS), and to investigate factors associated with GLS. **Methods:** A prospective cross-sectional study was conducted on 35 CCS patients undergoing successful PCI at Can Tho Cardiovascular Hospital from June 2023 to July 2024. GLS was measured using speckle tracking echocardiography before and after PCI. Data were analyzed using SPSS 22.0. **Results:** The mean age was 67.31 ± 9.99 years; 48.6% were male. Hypertension was the most common comorbidity (91.4%) and significantly associated with reduced GLS ($p = 0.03$). No statistically significant associations were found between GLS and diabetes, dyslipidemia, smoking, or BMI. GLS significantly improved after PCI (-16.09 ± 3.57 vs. -14.91 ± 4.20 ; $p = 0.001$), whereas left ventricular ejection fraction (LVEF) did not show a significant change ($p = 0.154$). **Conclusion:** Hypertension significantly affects GLS in CCS patients. GLS improved markedly after PCI, highlighting its value in evaluating myocardial function and treatment efficacy in this population.

Keywords: chronic coronary syndrome, global longitudinal strain, speckle tracking echocardiography, percutaneous coronary intervention.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM), thuật ngữ được đưa ra bởi Hội Tim mạch Châu Âu năm 2019, được xem là sự thay thế cho các khái niệm trước đây như đau thắt ngực ổn định, bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ mạn tính hoặc suy vành [2]. Đây là bệnh lý tim mạch thường gặp, đặc biệt ở các quốc gia đang phát triển như Việt Nam, và có xu hướng ngày càng gia tăng. Tại Việt Nam, HCDMVM hiện xếp thứ năm trong các nguyên nhân thường gặp của bệnh tim mạch [1]. Theo các hướng dẫn mới nhất của ESC, việc chẩn đoán và đánh giá lại tình trạng thiếu máu

cơ tim ở bệnh nhân HCDMVM nên được thực hiện định kỳ mỗi 3–5 năm thông qua các phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn như siêu âm tim gắng sức và siêu âm đánh dấu mô cơ tim (Speckle Tracking Echocardiography – STE) [2], [3]. Siêu âm đánh dấu mô cơ tim là một kỹ thuật tiên tiến, không xâm lấn, cho phép phát hiện sớm các rối loạn chức năng cơ tim tiềm ẩn ngay cả khi chưa có thay đổi về hình thái cấu trúc tim. Trong đó, chỉ số sức căng dọc thất trái toàn bộ (Global Longitudinal Strain – GLS) là một thông số đặc biệt quan trọng, có giá trị trong việc phát hiện tổn thương cơ tim kín đáo và đánh giá xơ hóa cơ tim sớm [4]. Trong thực hành lâm sàng, chỉ số GLS đang được sử dụng ngày càng rộng rãi, không chỉ để đánh giá chức năng thất trái mà còn để theo dõi hiệu quả can thiệp tái tưới máu. Tuy nhiên, tại Việt Nam, còn ít nghiên cứu đánh giá sự thay đổi chỉ số GLS trước và sau can thiệp mạch vành ở bệnh nhân HCDMVM. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Khảo sát sự thay đổi chỉ số sức căng dọc thất trái trước và sau can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn.

2. Phân tích mối liên quan giữa chỉ số GLS với một số yếu tố nguy cơ tim mạch.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Đối tượng nghiên cứu là các bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên được chẩn đoán hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM) theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Châu Âu năm 2019 [2], điều trị tại khoa Nội Tim mạch và khoa Tim mạch can thiệp – Bệnh viện Tim mạch Cần Thơ, trong khoảng thời gian từ tháng 6/2023 đến tháng 7/2024.

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Bệnh nhân có triệu chứng cơn đau thắt ngực ổn định và men tim trong giới hạn bình thường hoặc không thay đổi sau mẫu thử thứ hai cách 3 giờ và hoặc bệnh nhân có dấu hiệu mới khởi phát của suy tim hoặc giảm chức năng thất trái nghi ngờ do bệnh mạch vành và hoặc có chỉ định chụp và can thiệp động mạch vành qua da (PCI), bao gồm: đau thắt ngực sau hội chứng vành cấp, đau thắt ngực không đáp ứng điều trị nội khoa tối ưu và/hoặc hẹp >90% đường kính mạch vành trên phim chụp mạch, EF ≤ 35% do bệnh động mạch vành, hẹp >50% thân chung động mạch vành trái, hẹp đoạn gần LAD >50% hoặc tổn thương ≥2 nhánh kèm EF ≤ 35%.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân có tiền sử can thiệp động mạch vành hoặc phẫu thuật bắc cầu chủ-vành, hội chứng vành cấp có men tim

dương tính, bệnh lý van tim, suy tim sung huyết, rung nhĩ hoặc rối loạn nhịp tim khác, hình ảnh siêu âm tim không đạt chất lượng phân tích.

2.2. Thiết kế và phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang tiền cứu có phân tích.

Cỡ mẫu: Tính theo công thức $n = C / (ES)^2$, tham khảo nghiên cứu của Danh Phước Quý và cộng sự (2021) [6], với $ES = 0,34$, chọn $\alpha = 0,1$ và $Power = 0,64$, kết quả tính được cỡ mẫu tối thiểu là 35 bệnh nhân.

Phương pháp chọn mẫu: Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu.

2.3. Nội dung nghiên cứu. Thu thập các đặc điểm chung của đối tượng: tuổi, giới, BMI, tiền sử tăng huyết áp, đái tháo đường típ 2, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá. Đánh giá một số yếu tố liên quan đến GLS như: tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá và BMI. Đánh giá sự thay đổi chỉ số LVEF và GLS trước và sau can thiệp động mạch vành qua da.

2.4. Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: bệnh nhân được hỏi bệnh, khám lâm sàng, làm các xét nghiệm cận lâm sàng cần thiết. Siêu âm tim được thực hiện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh bằng máy GE Vivid T8 (Hoa Kỳ), sử dụng đầu dò 3.5 MHz, các chế độ 2D, Doppler và phần mềm Automatic Function Imaging (AFI) để đo GLS theo chuẩn của Hội Siêu âm tim Hoa Kỳ (ASE). Các mặt cắt 2D bao gồm: 4 buồng, 3 buồng và 2 buồng, tốc độ thu hình từ 60–100 khung hình/giây. Phân tích GLS được thực hiện tự động trên phần mềm AFI, tập trung vào chỉ số căng dọc thất trái toàn bộ (GLS). Số liệu được phân tích bằng phần mềm SPSS 22.0.

2.5. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện sau khi được thông qua bởi Hội đồng Khoa học và Hội đồng Đạo đức nghiên cứu Y sinh của Trường Đại học Y Dược Cần Thơ.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu và thu thập được 35 bệnh nhân, qua xử lý và phân tích số liệu chúng tôi thu được kết quả như sau

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm chung	X ± SD hoặc n (%)	
Tuổi	67,31 ± 9,99	
Giới tính	17 (48,6%)	9 (40,9%)
	18 (51,4%)	13 (59,1%)
Tăng huyết áp	32 (91,4%)	19 (86,4%)
	3 (8,6%)	3 (13,6%)
Đái tháo đường	12 (34,3%)	5 (22,7%)
	23 (65,7%)	17 (77,3%)

Rối loạn lipid máu	25 (71,4%)	12 (54,5%)
	10 (28,6%)	10 (45,5%)
Hút thuốc lá	14 (40%)	9 (40,9%)
	21 (60%)	13 (59,1%)
BMI	0 (0%)	0 (0%)
	20 (57,1%)	11 (50%)
	15 (42,9%)	11(50%)

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu của tôi gồm 35 bệnh nhân, tuổi trung bình 67,31±9,99. Giới tính nữ chiếm 51,4% (18 bệnh nhân) và nam 48,6% (17 bệnh nhân). Trong đó, tỷ lệ bệnh nhân tăng huyết áp chiếm tỉ lệ cao nhất là 91,4% (32 bệnh nhân).

Bảng 2. Một số yếu tố liên quan đến GLS ở bệnh nhân HCMVM

Một số yếu tố liên quan	GLS (%)	p	
Đái tháo đường	Có	-16,30 ± 3,35	0,161
	Không	-14,18 ± 4,48	
Tăng huyết áp	Có	-15,28 ± 4,12	0,03
	Không	-10,96 ± 3,41	
Rối loạn lipid máu	Có	-14,62 ± 4,44	0,532
	Không	-15,63 ± 3,66	
Hút thuốc lá	Có	-14,52 ± 3,45	0,664
	Không	-15,17 ± 4,70	
BMI	18-23	-15,89 ± 3,56	0,114
	≥23	-13,61 ± 4,75	

Nhận xét: Nhóm có tăng huyết áp có GLS (-15,28 ± 4,12) thấp hơn đáng kể so với nhóm không tăng huyết áp (-10,96 ± 3,41), và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê (p = 0,03).

Bảng 3. Kết quả chụp mạch vành

Chụp mạch vành	n	%
Tổn thương 1 nhánh	13	37,1
Tổn thương 2 nhánh	14	40
Tổn thương 3 nhánh	8	22,9

Nhận xét: Tỷ lệ bệnh nhân tổn thương 2 nhánh mạch vành là nhiều nhất với 14 bệnh nhân chiếm 40%. Tiếp đến là tỷ lệ bệnh nhân tổn thương 1 nhánh mạch vành với 37,1% (13 bệnh nhân). Thấp nhất là tỷ lệ bệnh nhân tổn thương 3 nhánh mạch vành với 8 bệnh nhân chiếm 22,9%.

Bảng 4. Môi liên quan giữa GLS và số nhánh mạch vành tổn thương

	Hẹp 1 nhánh	Hẹp 2 nhánh	Hẹp 3 nhánh
Sức căng trục dọc 2 buồng	-16,63 ± 4,81	-17,26 ± 3,78	-12,68 ± 3,76
Sức căng trục dọc 3 buồng	-15,40 ± 5,90	-13,61 ± 4,80	-12,15 ± 5,80
Sức căng trục dọc 4 buồng	-15,97 ± 4,72	-15,18 ± 4,48	-12,77 ± 4,28
Sức căng trục dọc toàn bộ	-15,89 ± 4,44	-15,35 ± 3,79	-12,54 ± 4,09

Nhận xét: Bệnh nhân hẹp 3 nhánh có giá trị GLS thấp nhất ở tất cả các mặt cắt siêu âm. Sức căng dọc toàn bộ ($-12,54 \pm 4,09$) thấp hơn so với nhóm hẹp 2 nhánh ($-15,35 \pm 3,79$) và hẹp 1 nhánh ($-15,89 \pm 4,44$).

Bảng 5. Chỉ số LVEF và GLS trước và sau can thiệp động mạch vành qua da

	Trước can thiệp	Sau can thiệp	p
LVEF (%)	62,14 ± 6,70	63,17 ± 5,94	0,154
GLS (%)	-14,91 ± 4,20	-16,09 ± 3,57	0,001

Nhận xét: Kết quả cho thấy LVEF có xu hướng tăng nhẹ sau can thiệp ($63,17 \pm 5,94$ so với $62,14 \pm 6,70$) nhưng không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,154$). Trong khi đó, GLS có cải thiện sau can thiệp ($-16,09 \pm 3,57$ so với $-14,91 \pm 4,20$), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p = 0,001$).

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung: Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ tuổi trung bình của bệnh nhân là $67,31 \pm 9,99$, cao hơn một số nghiên cứu trước đó như của Đỗ Phương Anh ($64,7 \pm 9,4$) và Phạm Thị Hằng Hoa ($65,8 \pm 7,4$) khi nghiên cứu trên nhóm bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn (HCDMVM) [1], [5]. Điều này cho thấy nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi có xu hướng lớn tuổi hơn. Tỷ lệ nam giới chiếm 48,6%, thấp hơn so với nghiên cứu của Danh Phước Quý và cộng sự (50,8%) thực hiện trên 63 bệnh nhân đau thắt ngực ổn định [6]. Sự chênh lệch này có thể do quy mô mẫu trong nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch nổi bật trong nghiên cứu, với tỷ lệ 91,4%, thấp hơn nghiên cứu của Danh Phước Quý (95,2%) [6] nhưng vẫn phù hợp với đặc điểm nhóm bệnh nhân cao tuổi. Tỷ lệ đái tháo đường (34,3%) trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn nghiên cứu của Bùi Minh Nghĩa và cộng sự (41,3%) trên 206 bệnh nhân HCDMVM [7]. Ngược lại, tỷ lệ hút thuốc lá ở nghiên cứu này là 40%, cao hơn đáng kể so với nghiên cứu của Bùi Minh Nghĩa (24,3%) [7]. Tỷ lệ thừa cân béo phì giữa hai nghiên cứu tương đối tương đồng. Những số liệu trên cho thấy sự phân bố đa dạng của các yếu tố nguy cơ tim mạch giữa các quần thể nghiên cứu.

Chỉ số sức căng dọc (GLS) và mối liên quan với các yếu tố nguy cơ: Chúng tôi ghi nhận chỉ số GLS trung bình giảm ở các nhóm có yếu tố nguy cơ tim mạch, đặc biệt là tăng huyết áp. Trong khi các yếu tố khác như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá và BMI không cho thấy sự khác biệt có ý nghĩa thống kê, tăng huyết áp lại ảnh hưởng đáng kể đến GLS ($p = 0,03$). Kết quả này phù hợp với nghiên

cứ của Danh Phước Quý và cộng sự, trong đó không ghi nhận sự khác biệt có ý nghĩa thống kê của các yếu tố nguy cơ khác đối với GLS [6].

Tổn thương mạch vành và giá trị GLS: Tỷ lệ tổn thương mạch vành trong nghiên cứu của chúng tôi khác với nghiên cứu của Shaimaa Moustafa và cộng sự năm 2018, khi họ ghi nhận tổn thương một nhánh là 35%, hai nhánh 15,5% và ba nhánh 22% [8]. Sự khác biệt này có thể do cỡ mẫu nghiên cứu của chúng tôi nhỏ hơn (35 so với 200 bệnh nhân). Chỉ số GLS toàn bộ ở nhóm có tổn thương 3 nhánh ($-12,54 \pm 4,09$) thấp hơn đáng kể so với nhóm tổn thương 1 nhánh ($-15,89 \pm 4,44$), mặc dù sự khác biệt chưa đạt ý nghĩa thống kê. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Shaimaa Moustafa và cộng sự (GLS nhóm 3 nhánh: $-14,8 \pm 2,1\%$ so với nhóm 1 nhánh: $-18,34 \pm 2,5\%$, $p < 0,01$) [8]. Bên cạnh đó, nghiên cứu của Bajracharya và cộng sự (2020) cũng cho thấy GLS giảm đáng kể ở bệnh nhân có tổn thương ba nhánh ($-15,8 \pm 3\%$) so với một nhánh ($-16,7 \pm 2\%$), với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,001$) [9]. Dù không đạt ý nghĩa thống kê, nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận xu hướng tương tự, cho thấy mức độ tổn thương mạch vành có thể làm giảm sức căng dọc thất trái, phản ánh mức độ tổn thương cơ tim.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu được thực hiện trên 35 bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn có can thiệp mạch vành qua da thành công tại Bệnh viện Tim mạch Cần Thơ cho thấy: tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch phổ biến nhất (91,4%) và có ảnh hưởng có ý nghĩa thống kê đến chỉ số GLS. Các yếu tố nguy cơ khác như đái tháo đường, rối loạn lipid máu, hút thuốc lá và BMI không cho thấy mối liên quan có ý nghĩa với GLS. Chỉ số GLS có xu hướng giảm theo mức độ tổn thương mạch vành (số nhánh bị hẹp), đặc biệt thấp ở nhóm có tổn thương 3 nhánh, mặc dù chưa đạt ý nghĩa thống kê. Sau can thiệp mạch vành, GLS cải thiện đáng kể, trong khi LVEF không thay đổi có ý nghĩa thống kê. Kết quả nghiên cứu góp phần khẳng định vai trò của chỉ số sức căng dọc thất trái trong theo dõi chức năng cơ tim và hiệu quả can thiệp ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành mạn. GLS là một thông số nhạy, có giá trị bổ sung cho LVEF trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Phương Anh.** Đánh dấu mô cơ tim bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính trước và sau điều trị tái tưới máu. Đại học Y Hà Nội. 2014.
2. **Knuuti J, et al.** 2019 ESC Guidelines for the

- diagnosis and management of chronic coronary syndromes. *European Heart Journal*. 2020;41(3), 407–477. DOI: 10.1093/eurheartj/ehz425
3. **Fihn SD, et al.** (2012), 2012 ACCF/AHA guideline for the management of stable ischemic heart disease. *Circulation*. 2012; 126(25), e354–471. DOI: 10.1161/CIR.0b013e318277d6a0
 4. **Park JH, et al.** 2D Echocardiographic Assessment of Myocardial Strain. *Korean Circulation Journal*. 2019; 49(10), 908–931.
 5. **Phạm Thị Hằng Hoa.** Khảo sát chỉ số căng dọc thất trái trên 2D đánh dấu mô cơ tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định. *Tim mạch học Việt Nam*. 2019;86, 50–55.
 6. **Danh Phước Quý.** Nghiên cứu đặc điểm siêu âm mô cơ tim ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định có PCI. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2021;53, 6–11.
 7. **Bùi Minh Nghĩa.** Khảo sát kiểm soát LDL-c ở bệnh nhân HCCMVM điều trị rosuvastatin. *Tạp chí Y Dược học Cần Thơ*. 2022;50, 195–202.
 8. **Moustafa S et al.** Speckle tracking and CAD in stable angina. *Indian Heart Journal*. 2018;70(3), 379–386.
 9. **Bajracharya P et al.** Strain vs. angiographic findings in stable angina. *Maedica (Bucur)*. 2020;15(3), 365–372.

BƯỚC ĐẦU XÁC ĐỊNH GIÁ TRỊ ALPHA-FETOPROTEIN TRONG ĐÁNH GIÁ ĐÁP ỨNG SAU ĐIỀU TRỊ BẰNG PHƯƠNG PHÁP NÚT ĐỘNG MẠCH HÓA CHẤT TRÊN BỆNH NHÂN UNG THƯ BIỂU MÔ TẾ BÀO GAN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2024

Đặng Ngọc Yến Vy¹, Bùi Phi Hùng², Ngô Quốc Thời², Nguyễn Hồng Hà¹, Lê Công Trứ¹, Trần Thị Thu Thảo¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Xác định diện tích dưới đường cong (Area Under the Curve - AUC), điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của sự thay đổi alpha-fetoprotein trong đánh giá đáp ứng sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất trên bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan tại Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 74 bệnh nhân ung thư biểu mô tế bào gan sau điều trị bằng phương pháp nút động mạch hóa chất tại khoa Ngoại tổng hợp, Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ trong thời gian từ tháng 8/2024-12/2024. Sau các thời điểm 1 tháng và 3 tháng bệnh nhân đến tái khám, xét nghiệm lại AFP và chụp lại cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang. Ghi nhận trên hình ảnh cắt lớp vi tính bởi các bác sĩ lâm sàng về đường kính khối u, tính chất ngấm thuốc trước và sau điều trị 3 tháng trên đánh giá đáp ứng điều trị theo tiêu chuẩn đáp ứng với khối u đặc có sửa đổi (modified Response Evaluation Criteria in Solid Tumor – mRECIST). **Kết quả:** Tổng cộng có 74 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu bao gồm 54 nam (chiếm 73%), 20 nữ (chiếm 27%) với tuổi trung bình $66,66 \pm 1,030$, trung vị AFP là 66,50 ng/mL (từ 2 ng/mL đến 80.000 ng/mL). Sau điều trị 1 tháng và 3 tháng bệnh nhân đến tái khám, kết quả cho thấy mức độ đáp ứng và không đáp ứng theo mRECIST, bệnh nhân đáp ứng sau điều trị là 39 bệnh nhân (chiếm 52,7%) và không

đáp ứng sau điều trị là 35 bệnh nhân (chiếm 47,3%) đồng thời trung vị AFP là 26,50 ng/mL (từ 1 ng/mL đến 20.000 ng/mL). Giá trị AFP trước điều trị được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 57,34 ng/mL, diện tích dưới đường cong là 0,579 (95% KTC: 0,298 – 0,637). Giá trị AFP sau điều trị được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 18,35 ng/mL, diện tích dưới đường cong là 0,486 ($p < 0,05$). Sự thay đổi AFP được biểu diễn bằng đường cong ROC với điểm cắt là 53%, diện tích dưới đường cong là 0,851 (95% KTC: 0,765 – 0,937). **Kết luận:** Xuất phát từ kết quả nghiên cứu của chúng tôi với diện tích dưới đường cong, điểm cắt, độ nhạy, độ đặc hiệu của sự thay đổi AFP trong đánh giá đáp ứng sau TACE lần lượt là 0,851; 53%; 93,8% và 77,6% cho thấy sự thay đổi AFP có hiệu quả trong đánh giá đáp ứng sau điều trị. **Từ khóa:** sự thay đổi alpha-fetoprotein, TACE, ung thư biểu mô tế bào gan

SUMMARY

PRELIMINARY DETERMINATION OF ALPHA-FETOPROTEIN VALUES IN EVALUATING RESPONSE AFTER TRANSCATHETER ARTERIAL CHEMOEMBOLIZATION IN HEPATOCELLULAR CARCINOMA PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL IN 2024

Objectives: This study aims to determine the Area Under the Curve (AUC), optimal cut-off value, sensitivity, and specificity of the change in alpha-fetoprotein levels for evaluating the treatment response in patients with hepatocellular carcinoma (HCC) after undergoing Transcatheter Arterial Chemoembolization (TACE). **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study on 74 patients with HCC treated after TACE in the Department of General Surgery at Can Tho Central General Hospital from August through December

¹Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

²Bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thị Thu Thảo

Email: tttthao@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 10.4.2025

Ngày phản biện khoa học: 12.5.2025

Ngày duyệt bài: 11.6.2025