

khoa chiếm 69,6%, 30,4% bệnh nhân cần nội soi can thiệp, trong đó 21,5% bệnh nhân tiêm cầm máu, 8,9% bệnh nhân kẹp clip cầm máu. Các bệnh nhân đều được cầm máu thành công, không có bệnh nhân nào cần nội soi cầm máu lần 2. Số ngày nằm viện trung bình là $5,8 \pm 2,8$ ngày, ít nhất là 3 ngày, nhiều nhất là 19 ngày. Chủ yếu bệnh nhân nằm viện dưới 10 ngày (96,4%).

V. KẾT LUẬN

Xuất huyết dạ dày tá tràng đa số gặp ở trẻ nam. Tuổi mắc bệnh trung bình: $10,8 \pm 2,7$ tuổi, nhóm tuổi >10 chiếm tỷ lệ cao. Lý do vào viện chính: đi ngoài phân máu 44,6%, nôn máu 32,1%. Nguyên nhân XHTH chính: loét hành tá tràng (82,2%). Đa số bệnh nhân cầm máu nội khoa (69,6%), 30,4% bệnh nhân cần nội soi can thiệp. Bệnh nhân nhiễm *H. pylori* chiếm 44,6% đều được điều trị theo phác đồ. Phát hiện, chẩn

đoán, can thiệp điều trị sớm làm giảm các biến chứng và tỷ lệ tử vong xuất huyết tiêu hóa dạ dày tá tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Nguyễn Xuân Thư, Hà Huy Khôi (2023), "Đặc điểm xuất huyết tiêu hóa trên ở trẻ em tại bệnh viện nhi đồng 2", Tạp chí Y học Việt Nam, 530(Số chuyên đề), tr.285–289.
2. Yu Y., Wang B., Yuan L., et al. (2016), "Upper Gastrointestinal Bleeding in Chinese Children: A Multicenter 10-Year Retrospective Study", Clin Pediatr (Phila), 55(9), 838–843.
3. Nguyễn Đô (2017), "Khảo sát sự tương quan mức độ tổn thương viêm dạ dày theo phân loại Sydney cải tiến với tình trạng nhiễm *H. Pylori*", Tạp chí Y học TP Hồ Chí Minh, 21(3), 142–148.
4. Houben C.H., Chiu P.W.Y., Lau J.Y.W., et al (2008), "Duodenal ulcers dominate acute upper gastrointestinal tract bleeding in childhood: A 10-year experience from Hong Kong", Journal of Digestive Diseases, 9(4), p.199–203.

CA LÂM SÀNG BIẾN CHỨNG HUYẾT KHỐI TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP NÊN HÚT HAY KHÔNG HÚT?

Ngô Quang Tùng¹, Nguyễn Mạnh Quân^{1,2}

TÓM TẮT

Tổng quan: Huyết khối động mạch vành xảy ra do sự nứt vỡ hoặc xói mòn của mảng xơ vữa đã hình thành và tồn tại trước đó trong lòng mạch vành. Đây là một trong những tổn thương rất thường gặp trong hội chứng vành cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên. Huyết khối động mạch vành có ảnh hưởng đáng kể đến hiệu quả và kết cục của can thiệp mạch vành qua da (PCI). Đây là yếu tố dự báo mạnh của các biến cố bất lợi khi can thiệp, truyền tắc xa và huyết khối trong stent. Các hướng dẫn hiện tại của các hiệp hội tim mạch lớn đều khuyến cáo không tiến hành hút huyết khối thường quy trong can thiệp nhồi máu cơ tim vì những biến chứng của thủ thuật này. Tài liệu này chúng tôi trình bày một ca lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp và có biến chứng nghiêm trọng của hút huyết khối và những kinh nghiệm đúc kết được sau ca lâm sàng này. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp, có gán nặng huyết khối lớn trên hình ảnh chụp mạch vành và sau khi hút huyết khối có biến chứng tắc các nhánh mạch không thủ phạm dẫn tới sốc tim và ngừng tuần hoàn sau đó cấp cứu không thành công. Chúng tôi cũng đề xuất một số

phương án để giảm thiểu biến chứng của thủ thuật này. **Kết luận:** Hút huyết khối không được khuyến cáo thực hành thường quy trong can thiệp hội chứng mạch vành cấp. Hút huyết khối có thể có biến chứng gây tắc các nhánh mạch vành không thủ phạm dẫn tới biến chứng nghiêm trọng, đe dọa tính mạng của bệnh nhân. Cần có chiến lược thay thế để tránh các biến chứng của hút huyết khối.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim, hội chứng vành cấp, hút huyết khối, biến chứng, sốc tim

SUMMARY

CASE REPORT: THROMBECTOMY COMPLICATION IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION – TO ASPIRATE OR NOT TO ASPIRATE?

Introduction: Coronary artery thrombus occurs due to the rupture or erosion of a pre-existing atherosclerotic plaque within the coronary lumen. This is a common pathological finding in acute coronary syndrome (ACS), especially in ST-elevation myocardial infarction (STEMI). It has a substantial impact on the efficacy and outcomes of percutaneous coronary intervention (PCI), being a strong predictor of periprocedural complications, distal embolization, and stent thrombosis. Current guidelines from major cardiology societies such as the European Society of Cardiology (ESC), American College of Cardiology (ACC), and the Vietnam National Heart Association recommend against the routine use of manual thrombus aspiration in PCI for acute myocardial infarction due to its associated complications. This

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Tùng

Email: bsnt.tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.6.2025

Ngày duyệt bài: 29.7.2025

paper presents a clinical case of acute myocardial infarction with a serious complication related to thrombus aspiration and discusses the clinical implications and preventive strategies derived from this experience. **Methods:** A Case Report. **Results:** We report a case of acute ST-elevation myocardial infarction with a large thrombus burden identified on coronary angiography. Manual thrombus aspiration was performed, resulting in occlusion of non-culprit branches. This led to cardiogenic shock and cardiac arrest, followed by successful resuscitation. Based on this experience, we propose several preventive measures to mitigate the risks of thrombus aspiration in similar clinical scenarios. **Conclusion:** Routine thrombus aspiration is no longer recommended in acute coronary syndrome management due to the risk of serious complications, including embolization to non-culprit coronary arteries. It is crucial to consider alternative strategies tailored to the patient's risk profile to prevent adverse outcomes. **Keywords:** Myocardial infarction, acute coronary syndrome, thrombus aspiration, complications, cardiogenic shock.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp có cơ chế bệnh sinh là sự nứt vỡ mảng xơ vữa sau đó hình thành huyết khối và gây tắc hoàn toàn lòng động mạch vành (STEMI) hoặc một phần lòng mạch vành (NSTEMI). Bằng chứng của huyết khối có thể thấy ở khoảng 91,6% bệnh nhân hội chứng vành cấp và khoảng 16,4 % bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn⁷. Gánh nặng huyết khối lớn làm gia tăng tỷ lệ biến chứng can thiệp như: Hiện tượng dòng chảy chậm hoặc không có dòng chảy sau can thiệp, truyền tắc mạch đoạn xa từ đó làm gia tăng tỷ lệ tử vong, các biến cố tim mạch chính (MACE) ở nhóm bệnh nhân này. Hiện nay, can thiệp mạch vành thì đầu qua da là lựa chọn điều trị chính, trong đó thủ thuật hút huyết khối được sử dụng ở nhóm bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn do tỉ lệ đạt được dòng chảy tốt TIMI 3 cao hơn so với việc không hút huyết khối. Tuy nhiên, thủ thuật này cũng đi kèm với những biến chứng tiềm tàng như gia tăng tỷ lệ truyền tắc mạch và đột quỵ não so với việc không hút huyết khối, đồng thời, cũng không cải thiện tỷ lệ biến cố tim mạch chính. Ca lâm sàng của chúng tôi là một trường hợp có biến chứng của thủ thuật này và từ đây chúng ta đưa ra một số giải pháp thay đổi để giảm tỷ lệ biến chứng này khi can thiệp.

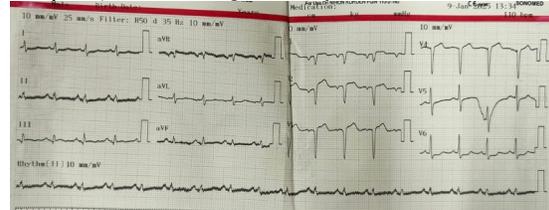
II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 61 tuổi, tiền sử có trào ngược dạ dày thực quản, chưa có tiền sử bệnh lý tim mạch trước đây. Bệnh diễn biến khoảng 3 ngày trước nhập viện với triệu chứng ban đầu là khó thở và tức ngực trái cơn. Bệnh nhân nhập viện khoa cấp cứu trong tình trạng suy hô hấp

cần hỗ trợ oxy mask túi, huyết áp tạm ổn định dưới sự hỗ trợ của Noradrenalin.

Các kết quả cận lâm sàng chính gồm:

- Xét nghiệm sinh hóa: Troponin Ths tăng cao: 1359 ng/l; Creatinine: 111 mcml/l.
- Siêu âm tim: giảm vận động $\frac{2}{3}$ thành trước thất trái về phía mỏm, $\frac{2}{3}$ vách liên thất về phía mỏm và toàn bộ vùng mỏm, LVEF 30%
- ECG: Nhịp nhanh xoang, tần số 110 lần/phút, hình ảnh QS và đoạn ST chênh lên.

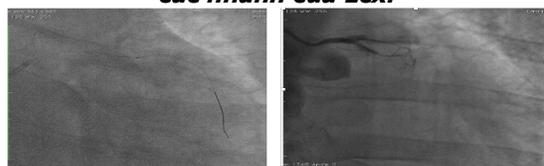


Hình 1: Điện tâm đồ lúc nhập viện

• Kết quả chụp động mạch vành qua da: Tổn thương tắc hoàn toàn từ đoạn gần LAD, hẹp 80% đoạn gần LCX và lỗ vào nhánh OM1, lớn, cấp tuần hoàn bàng hệ cho RCA. Nhánh RCA ưu năng, hẹp bán tắc. Đây là trường hợp bệnh nhân có tổn thương nặng 3 thân mạch vành, nguy cơ cao do có sốc tim. Sau khi hội chẩn Heart Team, chúng tôi quyết định can thiệp cho bệnh nhân. Ê kíp sử dụng ống thông can thiệp EBU, kích cỡ 6F, sau đó đưa dây dẫn đi qua tổn thương LAD. Nhận định đây là trường hợp có gánh nặng huyết khối lớn, chúng tôi tiến hành hút huyết khối bằng dụng cụ Thrombuster, nhưng sau khi hút huyết khối, màn hình hiển thị mất đường áp lực, trong khi ECG vẫn là nhịp xoang, chúng tôi ngay lập tức mở bộ khóa chữ Y để loại trừ huyết khối trong ống thông. Bệnh nhân nhanh chóng rơi vào mất ý thức. Ê kíp tiến hành cấp cứu ngừng tuần hoàn theo phác đồ. Sau đó, vừa ép tim, chúng tôi siêu âm tim ngay để loại trừ vỡ thành tự do và test cản quang lại thì thấy mất dòng chảy của cả nhánh LAD và LCX. Xác định căn nguyên gây ngừng tim là do mất đột ngột dòng chảy mạch vành ở cả hệ thống mạch vành bên trái và các nhánh bàng hệ từ LCX sang nhánh RCA. Chúng tôi nhanh chóng cố gắng đặt 2 stent vào nhánh LAD, Lcx trong lúc ép tim để khôi phục dòng chảy của LAD và LCX. Đồng thời, chúng tôi cũng hội chẩn với các bác sĩ hồi sức tích cực để ECMO tại bàn can thiệp. Mọi thứ rất khó khăn tuy nhiên sau khi ECMO, huyết áp bệnh nhân ổn định trở lại, có lúc ngay sau ECMO, bệnh nhân hết an thần, có thể làm theo lệnh. Tổng thời gian cấp cứu ép tim khoảng gần 1 tiếng, tuy nhiên, những tín hiệu ngay sau ECMO rất khả quan.



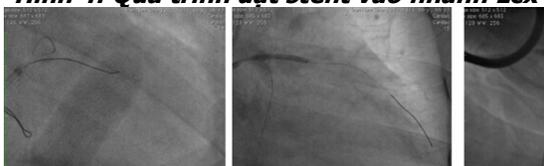
Hình 2: Từ trái sang phải: Tổn thương tắc hoàn toàn từ đoạn gần ngay sau lỗ vào của LAD và hẹp 80% đoạn gần của LCx và lỗ vào nhánh OM1. Tổn thương hẹp bán tắc đoạn giữa RCA có tuần hoàn bàng hệ từ các nhánh của Lcx.



Hình 3: Thao tác hút huyết khối và bơm cản quang đánh giá lại dòng thì mất dòng chảy ở cả 2 nhánh LAD, Lcx



Hình 4: Quá trình đặt stent vào nhánh Lcx



Hình 5: Quá trình đặt stent vào nhánh LAD



Hình 6: Kết quả sau cùng: Tái thông dòng chảy 2 nhánh LAD và LCX, TIMI 2

III. BÀN LUẬN

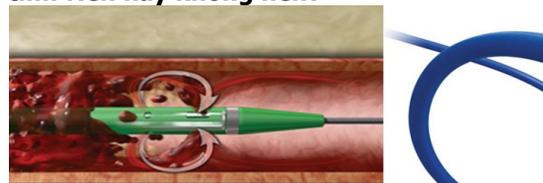
Bệnh nhân này có tổn thương tắc hoàn toàn nhánh động mạch liên thất trước LAD là tổn thương thủ phạm. Bệnh nhân này được phân loại theo phân loại gánh nặng huyết khối TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction) là TIMI 5 – gánh nặng huyết khối lớn.

Bảng 1: Phân độ TIMI đánh giá về gánh nặng huyết khối³

Phân độ	Mô tả
0	Không có bằng chứng huyết khối trên phim chụp mạch
1	Có thể có huyết khối: Hình giảm mật độ cản quang hoặc mờ, đường viền tổn thương không đều tại vị trí tắc hoàn toàn, nhưng không chắc chắn huyết khối
2	Xác định huyết khối trên nhiều phim chụp, xác định bởi hình đường viền tổn thương không đều, khuyết cản quang. Kích thước lớn nhất của huyết khối < 1/2 đường kính mạch tương ứng
3	Kích thước lớn nhất > 1/2 nhưng < 2 đường kính mạch tương ứng
4	Kích thước lớn nhất > 2 đường kính mạch tương ứng
5	Tắc hoàn toàn mạch máu

Lưu ý đối với trường hợp huyết khối TIMI 5 (tắc hoàn toàn), chúng ta nên đưa wire hoặc bóng nhỏ cỡ 1.25 -1.5 mm qua chỗ tắc, sau đó đánh giá lại gánh nặng huyết khối tồn dư, TIMI 0 (không có huyết khối tồn dư), TIMI 1-3 (huyết khối tồn dư nhỏ), TIMI 4-5 (huyết khối tồn dư lớn)³

3.1. Hút huyết khối trong nhồi máu cơ tim: Nên hay không nên?



Hình 7: Một số dụng cụ hút huyết khối mạch vành

Thủ thuật hút huyết khối không được khuyến cáo tiến hành thường quy khi can thiệp mạch vành qua da ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp (mức độ IIIA), mặc dù chúng ta biết rằng với các bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn thường có tỉ lệ tử vong, biến cố tim mạch và biến cố liên quan tới thủ thuật cao hơn so với các bệnh nhân có gánh nặng huyết khối ít hơn. Hiện nay, thủ thuật này có thể cần nhắc (IIB) trong trường hợp gánh nặng huyết khối lớn khi mà các biện pháp can thiệp khác không hiệu quả³. Lí do là từ các thử nghiệm như TASTE², TOTAL⁸, hút huyết khối ít mang lại lợi ích và gia

tăng nguy cơ đột quỵ. Các dụng cụ hút huyết khối nhằm làm giảm gánh nặng huyết khối khi can thiệp động mạch vành, bao gồm hút huyết khối thủ công và hút huyết khối cơ học.

Với hút huyết khối cơ học, hệ thống hay được sử dụng là AngioJet. Nghiên cứu JETSTENT⁵ cho thấy không có sự khác biệt giữa hút huyết khối cơ học và đặt stent trực tiếp về thay đổi đoạn ST, dòng chảy TIMI 3, diện tích máu nhưng làm giảm MACE 1, 6 tháng và cải thiện tỷ lệ sống còn không có biến cố trong 1 năm. Do đó, AngioJet có lợi ích với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn. Tuy nhiên, do lo ngại về sự tan máu trong quá trình hút làm giải phóng adenosin gây thiếu máu, nhịp chậm mà thiết bị này chỉ được sử dụng trong 10 phút và có thể phải đặt máy tạo nhịp tạm thời nếu hút bên động mạch vành phải.

3.2. Kỹ thuật hút huyết khối

- Sử dụng ống thông hút huyết khối nên chỉ dành cho mạch máu thủ phạm bị tắc hoặc nhánh mạch đã có dòng chảy đoạn xa và gánh nặng huyết khối cao sau khi đưa dây dẫn qua.

- Nên bắt đầu hút 2cm phía trước chỗ tắc hoặc tổn thương có huyết khối

- Nên dùng kỹ thuật đẩy chậm qua nhiều lần, dừng lại ở chỗ huyết khối và hút liên tục từ đoạn xa tới chỗ huyết khối. Làm lại từ 2 - 3 lần.

- Khi rút ống thông hút huyết khối, vẫn cần đảm bảo ống thông được hút liên tục, kể cả trong guiding và sau đó, máu trong guiding cũng cần được hút ra.

- Nếu cần lực hút mạnh hơn (do mạch lớn hơn, huyết khối tổ chức hóa), có thể sử dụng ống thông hút lớn hơn (7 Fr) hoặc ống thông có phần hút áp lực âm lớn hơn.

Trường hợp ca lâm sàng trên, có lẽ khi tiến hành, chúng ta nên đưa bóng mạch vành có kích cỡ nhỏ qua trước, sau đó đánh giá gánh nặng huyết khối tồn dư sau đó đánh giá lại tổn thương thì chỉ có tổn thương hẹp khít hoặc gánh nặng huyết khối ít hơn, khi đó, ta có thể chuyển sang phương án nong bóng hoặc đặt stent trực tiếp.

3.3. Chiến lược đặt stent với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn

Một số chiến lược đặt stent có thể đã được sử dụng hoặc nghiên cứu với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn:

- **Đặt stent trực tiếp (Direct stenting):** Chiến lược đặt stent trực tiếp giảm nguy cơ thuyên tắc mạch đoạn xa do hạn chế thao tác đánh tan huyết khối và ép huyết khối vào giữa thành mạch và stent. Tuy nhiên, nhược điểm gồm: ước lượng dưới ngưỡng kích thước mạch máu thực tế, khó khăn khi đẩy stent qua các tổn

thương xoắn vặn, vôi hoá, stent nở không đủ, stent không áp sát muện từ đó tăng nguy cơ tái hẹp stent và huyết khối stent. Đặt stent trực tiếp có/ không kèm hút huyết khối có thể được áp dụng ở những bệnh nhân phù hợp với gánh nặng huyết khối thấp¹

- **Đặt stent có màng bọc (Cover stent):**

Stent có màng bọc được tạo ra từ khung stent kim loại trần BMS phủ thêm màng bọc, do đó cũng có thể giữ huyết khối và phòng tránh tắc mạch đoạn xa. Tuy nhiên, các nghiên cứu APPPOSITION V (Stentys) và MASTER II (MGuard) đều phải dừng sớm do tiêu chí không kém hơn không đạt được và tỷ lệ trôi stent cao. Do đó, cho đến nay, chưa đủ dữ liệu ủng hộ sử dụng thường quy stent có màng bọc⁶

- **Trì hoãn đặt stent (Deferred stenting):**

Việc trì hoãn đặt stent có thể hạn chế nguy cơ thuyên tắc đoạn xa nếu gánh nặng huyết khối lớn. Thời gian 24-48h cho phép điều trị thuốc chống huyết khối tích cực, bao gồm truyền kéo dài thuốc ức chế GP IIb/IIIa và chống đông heparin. Đa số các ca được chụp mạch vành lại sau đó cho kết quả giảm gánh nặng huyết khối và can thiệp có thể tiến hành với giảm đáng kể nguy cơ thuyên tắc đoạn xa.

3.4. Dụng cụ bảo vệ đoạn gần



Hình 8: Hệ thống bảo vệ đoạn gần Proxis Embolic Protection

(Nguồn: Eurointervention)

Một số hệ thống bảo vệ đoạn gần đã được sử dụng như Proxis Embolic Protection. Hệ thống này với bóng được đặt ở đoạn gần của tổn thương thủ phạm, bơm bằng hệ thống bơm khí CO₂ và sẽ chặn hoàn toàn dòng máu đi vào mạch trước khi đi qua tổn thương. Không giống như dụng cụ bảo vệ đoạn xa, hệ thống này có thể hút các mảnh gây thuyên tắc bất kể kích thước và thành phần. Nhưng thực tế, hệ thống này cũng có những hạn chế của hệ thống bảo vệ đoạn xa như: Cần landing-zone với đường kính phù hợp, bảo vệ không hoàn toàn trong trường hợp nhánh đoạn gần lớn và khó thực hiện trong các trường hợp giải phẫu phức tạp như mạch xoắn vặn, vôi hóa. Chúng ta sẽ cần những thử nghiệm lớn hơn trong tương lai để đánh giá lợi ích trong tưới máu cơ tim và kết cục lâm sàng của các dụng cụ này. Do vậy, hiện tại không

khuyến cáo các dụng cụ này trong thực hành hiện tại.

IV. KẾT LUẬN

Tổn thương có huyết khối là bản chất sinh lý bệnh của hội chứng vành cấp và rất thường gặp trong trong quá trình can thiệp mạch vành qua da. Hiện nay, các hướng dẫn đều không khuyến cáo tiến hành hút huyết khối thường quy mà chỉ có thể xem xét trong những trường hợp gánh nặng huyết khối tồn dư lớn sau khi dùng các biện pháp khác.

Khi hút huyết khối, chúng ta cần tuân thủ đúng kỹ thuật và trong một số tổn thương phù hợp thì có thể đặt stent trực tiếp hoặc trì hoãn can thiệp.

Một số dụng cụ bảo vệ đoạn gần cũng được phát triển nhằm giảm thiểu nguy cơ thuyên tắc khi hút huyết khối, tuy nhiên do những hạn chế mà hiện nay chưa được khuyến cáo trong thực hành lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alak A, Lugomirski P, Aleksova N, Jolly SS. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Conventional Stenting Versus Direct Stenting in Patients With Acute Myocardial Infarction. *J Invasive Cardiol.* 2015;27(9):405-409.
2. Fröbert O, Lagerqvist B, Olivecrona GK, et al. Thrombus aspiration during ST-segment elevation myocardial infarction. *N Engl J Med.* 2013;369(17): 1587-1597. doi:10.1056/NEJMoa1308789
3. Gibson CM, de Lemos JA, Murphy SA, et al.

Combination therapy with abciximab reduces angiographically evident thrombus in acute myocardial infarction: a TIMI 14 substudy. *Circulation.* 2001;103(21): 2550-2554. doi:10.1161/01.cir.103.21.2550.

4. 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). *Eur Heart J.* 2018;39(2): 119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393
5. Migliorini A, Stabile A, Rodriguez AE, et al. Comparison of AngioJet rheolytic thrombectomy before direct infarct artery stenting with direct stenting alone in patients with acute myocardial infarction. The JETSTENT trial. *J Am Coll Cardiol.* 2010; 56(16): 1298-1306. doi:10.1016/j.jacc.2010.06.011
6. Prospective, Randomized, Multicenter Evaluation of a Polyethylene Terephthalate Micronet Mesh-Covered Stent (MGuard) in ST-Segment Elevation Myocardial Infarction: The MASTER Trial - PubMed. Accessed February 24, 2023.
7. Sianos G, Papafaklis MI, Daemen J, et al. Angiographic stent thrombosis after routine use of drug-eluting stents in ST-segment elevation myocardial infarction: the importance of thrombus burden. *J Am Coll Cardiol.* 2007;50(7):573-583. doi:10.1016/j.jacc.2007.04.059
8. Thompson PL, Simes J, Eikelboom J. Tirofiban on top of clopidogrel in patients undergoing percutaneous coronary intervention: The TOTAL trial. *European Heart Journal.* 2018; 39(23):2023–2030.

XÁC NHẬN ĐỘ LẬP LẠI, ĐỘ TÁI LẬP VÀ ĐỘ ĐÚNG CÁC XÉT NGHIỆM PLGF, SFLT-1 TRÊN HỆ THỐNG ROCHE COBAS E801

Lê Thị Mai Dung¹, Phạm Nguyễn Hữu Phúc²,
Phạm Nguyễn Huân², Hứa Thị Mỹ Huyền², Phù Thị An²,
Lê Thị Mỹ Ngọc¹, Nguyễn Thị Kim Ngân¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Thực nghiệm xác nhận độ lặp lại, độ tái lập và độ đúng các xét nghiệm PIGF, sFlt-1 trên hệ thống máy xét nghiệm Cobas e801-Roche với kỹ thuật điện hóa phát quang tại Bệnh viện Hùng Vương Thành Phố Hồ Chí Minh. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Hai mẫu huyết thanh

kiểm tra Precicontrol MultiMarker1 -Roche được sử dụng làm vật liệu thực nghiệm xác nhận các thông số độ lặp lại, độ tái lập và độ đúng các xét nghiệm PIGF, sFlt-1 trên hệ thống Cobas e801 của Roche Diagnostic theo hướng dẫn qui trình "5x5" CLSI EP15A3. Thống kê, thu thập số liệu trên phần mềm Excel. Sử dụng phép kiểm ANOVA để phân tích so sánh các giá trị trung bình, độ lệch chuẩn, phương sai, hệ số biến thiên của thực nghiệm, khoảng xác nhận giá trị, với các thông số kỹ thuật của nhà sản xuất công bố để đánh giá kết quả thực nghiệm. **Kết quả:** Kết quả thực nghiệm độ lặp lại và độ tái lập cho thấy PIGF và sFlt-1 ở cả hai mẫu huyết thanh kiểm tra đều dưới 2,5%, so với nhà sản xuất công bố PIGF (7,86% đến xấp xỉ 14%) và sFlt-1 xấp xỉ 17%. Giá trị trung bình của PIGF nằm trong khoảng xác nhận và độ lệch bias không có ý nghĩa thống kê. Giá trị trung bình của sFlt-1 nằm

¹Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Bệnh viện Hùng Vương Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Mai Dung

Email: lethimaidung@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.5.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.6.2025

Ngày duyệt bài: 30.7.2025