

kê với xơ hoá gan tiến triển. Chỉ số APRI và FIB-4 là công cụ hỗ trợ hữu ích trong phân tầng nguy cơ xơ hoá gan, đặc biệt ở bệnh nhân có MAFLD.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Fouad Y.** Metabolic-associated fatty liver disease: New nomenclature and approach with hot debate. *World J Hepatol.* Feb 27 2023;15(2):123-128. doi:10.4254/wjh.v15.i2.123
- Đỗ M Q, Đào Đức T, Trần TKT, Cao Đình H.** Tỷ lệ bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường típ 2. *VMJ.* 2024;doi:doi:10.51298/vmj.v534i1.8060
- Bae S. D. W., George J., Qiao L.** From MAFLD to hepatocellular carcinoma and everything in between. *Chin Med J (Engl).* Feb 21 2022; 135(5): 547-556. doi:10.1097/cm9.0000000000002089
- Liu Z., Suo C., Shi O., et al.** The Health Impact of MAFLD, a Novel Disease Cluster of NAFLD, Is Amplified by the Integrated Effect of Fatty Liver Disease-Related Genetic Variants. *Clin Gastroenterol Hepatol.* Apr 2022;20(4):e855-e875. doi:10.1016/j.cgh.2020.12.033
- Liu Z., Lin C., Suo C., et al.** Metabolic dysfunction-associated fatty liver disease and the risk of 24 specific cancers. *Metabolism.* Feb 2022; 127: 154955. doi:10.1016/j.metabol.2021. 154955
- Nguyễn Minh Đức, Lưu Xuân Phát, Tổng Nguyễn Diễm Hồng.** Bệnh gan nhiễm mỡ liên quan chuyển hóa: tỷ lệ và mức độ xơ hóa gan đánh giá bằng Fibroscan Tạp chí Y Dược học Phạm Ngọc Thạch. 2024;doi:DOI: 10.59715/ pntjimp.3.1.18
- Wai C. T., Greenson J. K., Fontana R. J., et al.** A simple noninvasive index can predict both significant fibrosis and cirrhosis in patients with chronic hepatitis C. *Hepatology.* Aug 2003; 38(2):518-26. doi:10.1053/jhep.2003.50346
- Jin H. Y., Noh E. S., Jeong H., Hwang I. I. T.** Prediction of hepatic fibrosis using the aspartate transaminase-to-platelet ratio index in children and adolescents with metabolic dysfunction-associated steatotic liver disease. *BMC Pediatr.* Nov 30 2024;24(1):788. doi:10.1186/s12887-024-05263-3

## KHẢO SÁT ĐẶC ĐIỂM CẦU CƠ MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP BẰNG CHỤP MẠCH VÀNH QUA DA

Hoàng Văn Sỹ<sup>1,2</sup>, Nguyễn Nhật Tài<sup>1,3</sup>, Lý Quang Sang<sup>1,2</sup>, Nguyễn Trương Thanh Nhi<sup>1</sup>, Trần Nguyễn Phương Hải<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mở đầu:** Cầu cơ là một bất thường giải phẫu trong mạch vành có thể làm thay đổi huyết động học, gây thiếu máu cơ tim và liên quan đến các biến cố tim mạch, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp. Vai trò bệnh sinh và ý nghĩa lâm sàng của cầu cơ vẫn còn gây tranh cãi, đặc biệt trong các trường hợp không có tổn thương xơ vữa rõ ràng. Do đó chúng tôi xin được thực hiện nghiên cứu khảo sát đặc điểm cầu cơ trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. **Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm cầu cơ trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp bằng chụp mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu cắt ngang mô tả hồi cứu các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) được chụp mạch vành tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa Nội tim mạch – Bệnh viện Chợ Rẫy từ 10/2023 đến 12/2023. **Kết quả:** Tổng cộng 151 bệnh nhân NMCTC được ghi nhận (tuổi trung bình 64,5 ± 13; nam chiếm 74,2%). Tăng huyết áp là bệnh đồng mắc phổ biến nhất (86,1%), sau đó là rối loạn lipid máu (68,2%) và hút thuốc lá (63,6%). Có 24 bệnh nhân (15,9%) phát hiện cầu cơ mạch vành với 25 vị trí cầu cơ được khảo sát. Tất cả đều nằm trên

động mạch liên thất trước (LAD), trong đó vị trí LADII chiếm 80%. Chiều dài trung bình cầu cơ là 14,2 ± 5,3 mm (dao động từ 4,86 – 23 mm). %MLA thì tâm thu tại LADII cao hơn ý nghĩa so với các vị trí khác. Phân tích đơn biến và đa biến cho thấy cầu cơ không liên quan độc lập với hẹp đáng kể LAD (OR 0,4; p = 0,079). **Kết luận:** Tỷ lệ cầu cơ ở bệnh nhân NMCTC là 15,9%, tất cả nằm trên LAD, trong đó 80% tại LADII. Cầu cơ LADII có %MLA thì tâm thu cao hơn các vị trí khác. Cầu cơ không liên quan độc lập với hẹp đáng kể LAD. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, cầu cơ, động mạch liên thất trước

### SUMMARY

#### EVALUATION OF CORONARY MYOCARDIAL BRIDGING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION USING CORONARY ANGIOGRAPHY

**Background:** Myocardial bridging is an anatomical anomaly of the coronary arteries that can alter hemodynamics, lead to myocardial ischemia, and is associated with cardiovascular events, particularly acute myocardial infarction. The pathogenic role and clinical significance of myocardial bridging remain controversial, especially in cases without evident atherosclerotic lesions. Therefore, we conducted a study to investigate the characteristics of myocardial bridging in patients with acute myocardial infarction. **Objectives:** To evaluate the characteristics of myocardial bridging in patients with acute myocardial infarction using coronary angiography. **Methods:** This was a retrospective cross-sectional study describing

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh

<sup>2</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Trần Nguyễn Phương Hải

Email: tnphuonghaibvcr@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025

patients with acute myocardial infarction (AMI) who underwent coronary angiography at the Interventional Cardiology and Cardiology Departments, Chợ Rẫy Hospital, from October to December 2023. **Results:** A total of 151 AMI patients were included (mean age  $64.5 \pm 13$  years; 74.2% male). Hypertension was the most common comorbidity (86.1%), followed by dyslipidemia (68.2%) and smoking (63.6%). Myocardial bridging (MB) was detected in 24 patients (15.9%), with 25 MB sites identified. All bridges were located on the left anterior descending artery (LAD), most frequently at LADII (80%). The average bridge length was  $14.2 \pm 5.3$  mm (range: 4.86–23 mm). The %MLA during systole was significantly higher at LADII than at other sites. MB was not independently associated with significant LAD stenosis (OR 0.4,  $p = 0.079$ ). **Conclusions:** MB prevalence in AMI patients was 15.9%, exclusively on LAD, with 80% at LADII. LADII bridges had higher %MLA during systole. MB was not independently associated with significant LAD stenosis. **Keywords:** Acute myocardial infarction, myocardial bridging, left anterior descending artery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Cầu cơ (myocardial bridging – MB) là một bất thường giải phẫu bẩm sinh trong đó một đoạn của động mạch vành xuyên qua lớp cơ tim, thay vì nằm hoàn toàn trên bề mặt như thông thường. Hiện tượng chèn ép lòng mạch trong thì tâm thu có thể làm thay đổi huyết động học, gây thiếu máu cơ tim và liên quan đến các biến cố tim mạch, bao gồm đau ngực, loạn nhịp và thậm chí nhồi máu cơ tim cấp (NMCT cấp).<sup>1</sup> Tuy nhiên, vai trò bệnh sinh và ý nghĩa lâm sàng của cầu cơ vẫn còn gây tranh cãi, đặc biệt trong các trường hợp không có tổn thương xơ vữa rõ ràng.

Tại Việt Nam, dữ liệu về đặc điểm và ý nghĩa lâm sàng của cầu cơ trên bệnh nhân NMCT cấp còn rất hạn chế. Trong khi đó, chụp mạch vành qua da là phương pháp chẩn đoán thường quy và có khả năng phát hiện cầu cơ dựa trên hình ảnh "milking effect" hoặc dấu hiệu bóp nghẹt thì tâm thu.<sup>1,2</sup> Việc ghi nhận đặc điểm cầu cơ trên bệnh nhân NMCT cấp có thể giúp hiểu rõ hơn về cơ chế bệnh sinh không do mảng xơ vữa, từ đó hỗ trợ định hướng điều trị và phòng ngừa tái phát hiệu quả hơn.

Nghiên cứu này được thực hiện nhằm đánh giá tỷ lệ và đặc điểm cầu cơ trên chụp mạch vành qua da ở bệnh nhân NMCT cấp, đồng thời phân tích mối liên quan giữa cầu cơ và các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cũng như mức độ tổn thương mạch vành. Kết quả từ nghiên cứu kỳ vọng sẽ cung cấp thêm bằng chứng thực tiễn về vai trò của cầu cơ trong NMCT cấp tại Việt Nam, góp phần hoàn thiện chiến lược chẩn đoán và điều trị bệnh lý mạch vành trong thực hành lâm sàng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu.** Đây là nghiên cứu cắt ngang mô tả, hồi cứu được thực hiện tại Khoa Nội Tim mạch và Tim mạch can thiệp, Bệnh viện Chợ Rẫy trong khoảng thời gian từ tháng 03/2024 đến tháng 06/2024. Tiêu chuẩn nhận vào bao gồm: (1) các hồ sơ bệnh án của bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên và (2) được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp theo định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về nhồi máu cơ tim cấp và có kết quả chụp động mạch vành qua da. Tiêu chuẩn loại trừ: Các hồ sơ bệnh án không đầy đủ thông tin.

Nghiên cứu được thông qua bởi Hội đồng Đạo Đức trong Nghiên cứu Y sinh học của Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh căn cứ theo quyết định số 04/HĐĐĐ-ĐHYD ngày 02/01/2024.

**Phương pháp thực hiện và định nghĩa các biến số.** Hồi cứu các hồ sơ bệnh án tại Khoa Nội Tim mạch và Khoa Tim mạch can thiệp thỏa tiêu chuẩn nghiên cứu. Nghiên cứu viên sẽ ghi nhận lại các biến số vào phiếu thu thập số liệu bao gồm: thông tin nhân trắc (tuổi, giới tính, cân nặng, chiều cao), đặc điểm lâm sàng, tiền căn bệnh lý hoặc yếu tố nguy cơ tim mạch (đái tháo đường, tăng huyết áp, rối loạn lipid máu), cận lâm sàng (huyết học, sinh hóa), kết quả chụp mạch vành.

Về tiêu chuẩn xác định cầu cơ: Bệnh nhân có cầu cơ mạch vành được khảo sát lại sự hiện diện cầu cơ và các đặc điểm khác trên hình ảnh lưu trữ tại phòng Thông tin khoa Tim mạch can thiệp. Chẩn đoán MB được xác nhận khi có hiện tượng "milking effect".<sup>2,3</sup> Tiêu chuẩn chẩn đoán MB bao gồm: (1) Hẹp một đoạn mạch vành (> 50%) chỉ xảy ra trong tâm thu và phục hồi trong tâm trương; (2) Chụp mạch vành để lộ một đoạn động mạch vành bị hẹp  $\geq 30\%$  trong thời kỳ tâm thu ở ít nhất hai góc chiếu, với sự phục hồi trong thời kỳ tâm trương. Nghiên cứu viên sẽ đánh giá chiều dài cầu cơ, vị trí cầu cơ, phần trăm thu hẹp diện tích lòng mạch (% Minimum lumen area, %MLA) thì tâm thu và phần trăm thu hẹp diện tích lòng mạch thì tâm trương. Kết quả được tính toán dựa trên phần mềm Syngo US Workplace đang sử dụng tại khoa Tim mạch can thiệp.

**Phương pháp phân tích số liệu.** Nhập liệu bằng phần mềm Excel 2010 và phân tích bằng phần mềm Stata 14.0. Biến định tính được mô tả bằng tần số và tỷ lệ %. Biến định lượng phân phối chuẩn được mô tả bằng trung bình  $\pm$  độ lệch chuẩn, biến phân phối không chuẩn được mô tả trung vị (tứ phân vị 25<sup>th</sup> – 75<sup>th</sup>). T test dùng so sánh trung bình 2 nhóm biến số liên tục có phân phối chuẩn, dùng Mann – Whitney U

test cho biến số phân phối không chuẩn. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Đặc điểm dân số nghiên cứu.** Trong thời gian nghiên cứu hồi cứu, chúng tôi chọn được 151 hồ sơ bệnh án thoả tiêu chuẩn. Tuổi trung bình trong dân số nghiên cứu là  $64,5 \pm 13$  tuổi và tỉ lệ giới nam ưu thế với 74,2%. Trong đó, tăng huyết áp là bệnh đồng mắc thường gặp nhất với 130 trường hợp, chiếm 86,1%, tiếp theo là rối loạn lipid máu (68,2%), hút thuốc lá (63,6%).

**Bảng 1. Đặc điểm chung dân số nghiên cứu**

Các đặc điểm dân số nghiên cứu	Dân số nghiên cứu n=151
Tuổi, TB ± ĐLC	64,5 ± 13
Nam giới, n (%)	112 (74,2)
<b>Tiền căn</b>	
Hút thuốc lá, n (%)	96 (63,6)
Béo phì (BMI ≥ 25), n (%)	9 (6,0)
Tăng huyết áp, n (%)	130 (86,1)
Đái tháo đường, n (%)	32 (21,2)
Rối loạn lipid máu, n (%)	103 (68,2)

**Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu.** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên chiếm 53,6%.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng trong nghiên cứu**

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng	Dân số nghiên cứu n=151
<b>Lâm sàng</b>	
NMCT cấp ST chênh lên, n (%)	81 (53,6)
<b>Cận lâm sàng</b>	
Cholesterol, TB ± ĐLC (mg/dL)	190,8 (50,3)
LDL-C, TV ± KTPV (mg/dL)	115,8 (91-160)
HDL-C, TV ± KTPV (mg/dL)	38 (33-46)
Triglycerid, TV ± KTPV (mg/dL)	147 (114-208)

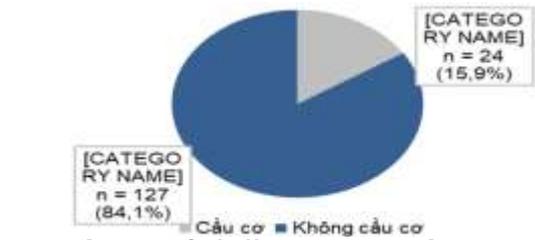
**Đặc điểm cầu cơ trong nghiên cứu**

**Tân suất.** Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận có 24 trường hợp có cầu cơ mạch vành trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nhập viện chiếm tỉ lệ 15,9%. (Hình 1)

**Bảng 3. Đặc điểm cầu cơ trong nghiên cứu**

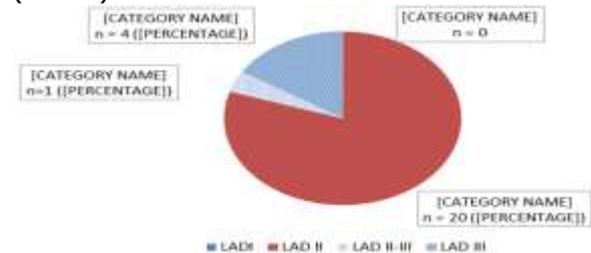
Đặc điểm	Tất cả cầu cơ (n=25)	Cầu cơ ở LAD II	Cầu cơ ở LAD III và LADII-III	Giá trị p
Số lượng, n (%)	25 (100)	20 (80)	5 (20)	
Chiều dài, TB ± ĐLC (mm)	14,2 ± 5,3	15,1 ± 5,1	11,0 ± 5,3	0,124
% MLA tâm thu, TB ± ĐLC (%)	67,7 (13,2)	70,3 (11,7)	57,2 (14,9)	0,045
% MLA tâm trương > 50%, n (%)	6 (24)	5 (25)	1 (20)	1,000
Hẹp trước cầu cơ, n (%)	15 (60)	13 (65)	2 (40)	0,358
Khoảng cách cầu cơ đến chỗ hẹp gần nhất, TB ± ĐLC (mm)	9,3 ± 5,7	9,9 ± 5,8	5,5 ± 4,6	0,329

**Mối liên quan giữa các yếu tố và tỉ lệ hẹp đáng kể động mạch liên thất trước.** Chúng tôi khảo sát một số yếu tố để đánh giá



**Hình 1. Tỉ lệ cầu cơ mạch vành trong nghiên cứu (n=151)**

**Vị trí cầu cơ.** Trong 24 ca có cầu cơ, tổng cộng ghi nhận 25 vị trí, tất cả đều ở nhánh LAD. Cầu cơ tại đoạn giữa LAD (LADII) chiếm 80%, không ghi nhận cầu cơ tại LAD I. Một trường hợp có hai cầu cơ riêng biệt tại LADII và LADIII, một trường hợp cầu cơ kéo dài từ LADII đến LADIII (Hình 2).



**Hình 2. Vị trí các cầu cơ mạch vành trong nghiên cứu (n=25)**

**Đặc điểm cầu cơ.** Chúng tôi ghi nhận chiều dài trung bình của tất cả đoạn cầu cơ là  $14,2 \pm 5,3$  mm với chiều dài MB ngắn nhất và dài nhất lần lượt là 4,86 mm và 23 mm. Chiều dài trung bình đoạn cầu cơ ở LAD II dài hơn so với đoạn cầu cơ ở LAD III tuy nhiên không có khác biệt về ý nghĩa thống kê với  $p = 0,124$ . Tỉ lệ hẹp trước cầu cơ ở nhóm cầu cơ LADII là 65% cao hơn nhóm cầu cơ ở LAD III và LADII-III tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê với  $p = 0,329$ .

Ở nhóm cầu cơ LADII có trung bình thu hẹp diện tích lòng mạch thì tâm thu là cao hơn nhóm cầu cơ ở LADII-III và LADIII với giá trị lần lượt là  $70,3 \pm 11,7\%$  với  $57,2 \pm 14,9\%$ ,  $p = 0,045$ .

mối liên qua đến tỉ lệ hẹp đáng kể động mạch liên thất trước qua phân tích đơn biến và phân tích đa biến. Hẹp đáng kể động mạch liên thất

trước được xác định khi hẹp LAD  $\geq 50\%$ . Qua phân tích đơn biến, chúng tôi xác định được 4 yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm có cầu cơ mạch vành ( $p=0,011$ ), hút thuốc lá ( $p=0,0001$ ), tăng huyết áp ( $p=0,0001$ ) và giới tính nam ( $p=0,001$ ). Chúng tôi thực hiện phân tích đa

biến với 4 đặc điểm trên, kết quả ghi nhận tăng huyết áp là yếu tố độc lập liên quan đến tỉ lệ hẹp đáng kể động mạch liên thất trước với  $p = 0,002$ , trong khi đó cầu cơ mạch vành không cho thấy liên quan với  $p = 0,079$ .

**Bảng 4. Mối liên quan giữa các yếu tố với tỉ lệ hẹp đáng kể động mạch liên thất trước**

Đặc điểm	Phân tích đơn biến			Phân tích đa biến		
	OR	KTC	P	OR	KTC	p
Cầu cơ	0,3	0,1 – 0,8	0,011	0,4	0,1 – 1,1	0,079
Hút thuốc lá	5,2	2,1 – 12,4	0,0001	3,3	0,9 – 11,2	0,061
Tăng huyết áp	5,4	1,9 – 15,0	0,0001	5,7	1,9 – 17,6	0,002
Đái tháo đường	1,7	0,6 – 4,8	0,338	-	-	-
Rối loạn lipid máu	0,8	0,3 – 1,8	0,530	-	-	-
Tuổi	1,0	0,9 – 1,0	0,122	-	-	-
Nam	3,9	1,7 – 9,2	0,001	2,4	0,1 – 1,1	0,189
BMI $\geq 25$	0,3	0,1 – 1,3	0,091	-	-	-

#### IV. BÀN LUẬN

Trong thời gian nghiên cứu, tổng cộng 151 bệnh nhân với chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp và chụp động mạch vành qua da được hồi cứu hồ sơ và đưa vào phân tích. Cầu cơ được quan sát thấy ở 15,9% (24/151) bệnh nhân được nghiên cứu và tất cả cầu cơ đều thuộc LAD. Độ tuổi trung bình với tuổi thấp nhất và cao nhất của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 64,5 (30,88). Nam giới chiếm ưu thế cả trong dân số chung (74,2%). Khảo sát kết quả chụp mạch vành trong 151 bệnh nhân, chúng tôi ghi nhận 24 bệnh nhân có cầu cơ với tỉ lệ 15,9%. Kết quả của chúng tôi cao hơn nghiên cứu của tác giả Matta A và cộng sự tại Pháp năm 2022 khi nhóm tác giả ghi nhận tỉ lệ cầu cơ trên bệnh nhân NMCT cấp là 1,1%.<sup>3</sup> Tuy nhiên, kết quả của chúng tôi khá tương đồng với tác giả Zhang H và cộng sự tại Trung Quốc năm 2018 với tỉ lệ 14,5% bệnh nhân NMCT cấp có cầu cơ.<sup>4</sup> Các nghiên cứu khác tại châu Á cũng cho thấy tỉ lệ cầu cơ trên bệnh động mạch vành chung cao hơn các nghiên cứu tại Châu Âu như tác giả Shah F và cộng sự năm 2019 tại Tây Bắc Pakistan với 15,6%, Arai R và cộng sự năm 2020 tại Nhật Bản với tỉ lệ 7,5%.<sup>5,6</sup> Tỷ lệ phát hiện cầu cơ tại các nước Đông Á và Tây Á này tương đối gần với tỷ lệ phát hiện cầu cơ trong nghiên cứu của chúng tôi. Chúng ta đã biết MB là một bất thường bẩm sinh của động mạch vành và khi nhắc đến tần suất hiện diện các tật bẩm sinh, chủng tộc thường được nhắc đến như là một yếu tố nguy cơ độc lập. Vì thế, chủng tộc của dân số mắc MB cũng nên được xem xét là một yếu tố ảnh hưởng tỷ lệ hiện diện MB. Hầu hết các nghiên cứu tại khu vực Châu Á đều cho tỷ lệ hiện diện cầu cơ cao hơn các nước phương Tây. Tuy

nhien, để xác định mối liên hệ của chủng tộc và MB cần nhiều nghiên cứu với số lượng mẫu lớn hơn và đa dạng chủng tộc trên phạm vi toàn thế giới.

Chúng tôi khảo sát một số yếu tố để đánh giá mối liên qua đến tỉ lệ hẹp đáng kể động mạch liên thất trước qua phân tích đơn biến và phân tích đa biến. Qua phân tích đơn biến, chúng tôi xác định được 4 yếu tố liên quan có ý nghĩa gồm có cầu cơ mạch vành ( $p=0,011$ ), hút thuốc lá ( $p=0,0001$ ), tăng huyết áp ( $p=0,0001$ ) và giới tính nam ( $p=0,001$ ). Nghiên cứu chúng tôi cho thấy phân tích đơn biến khả năng hẹp đáng kể LAD trên bệnh nhân MB thấp hơn 3,3 lần so với nhóm không có MB (OR = 0,3,  $p = 0,011$ ); tuy nhiên khi đưa vào phân tích đa biến không cho thấy được mối liên quan giữa MB và hẹp đáng kể LAD ( $p = 0,079$ ). Yếu tố chính gây ra hẹp đáng kể LAD gần như thuộc về yếu tố tim mạch là tăng huyết áp (OR 5.4) và hút thuốc lá (OR 5.2). Trong khi nghiên cứu Matta A. và cộng sự lại cho thấy mối liên quan có ý nghĩa (OR = 0,4,  $p < 0,001$ ).<sup>3</sup> Điều này có thể được lý giải do nghiên cứu của Matta A. có tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch và đối tượng nghiên cứu có mức độ xơ vữa động mạch thấp hơn nghiên cứu của chúng tôi. Nhìn chung, việc không tìm được mối liên quan trên phân tích đa biến cho thấy MB có thể không phải là yếu tố liên quan hình thành mảng xơ vữa trên đối tượng NMCT cấp – đối tượng có quá nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch ảnh hưởng quá trình hình thành mảng xơ vữa. Có một số nghiên cứu cho thấy MB là yếu tố độc lập gây hẹp ĐMV trước đoạn MB. Cụ thể, nghiên cứu Gao W. và cộng sự với phân tích đa biến cho thấy sự hiện diện MB ở LAD II –III và LAD III chịu trách nhiệm cho việc hình thành hẹp trước

đoạn MB.<sup>7</sup> Sự khác biệt này có thể đến từ khác biệt đối tượng nghiên cứu, với nghiên cứu của tác giả Gao W và cộng sự tỉ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch thấp hơn đáng kể so với nghiên cứu chúng tôi. Ngoài ra vị trí cầu cơ LADII-III và LADIII cũng được cho thấy làm tăng hình thành mảng xơ vữa đoạn gần cầu cơ trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Thành và cộng sự với kết quả cho thấy khoảng cách từ cầu cơ tới lỗ LAD càng dài thì khả năng hình thành mảng xơ vữa càng cao.<sup>8</sup> Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tỉ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch cao hơn và chủ yếu cầu cơ ở vị trí LADII. Đây có thể là các yếu tố giải thích cho việc không có sự liên quan ý nghĩa giữa cầu cơ và hẹp đoạn gần cầu cơ.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ cầu cơ trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp là 15,9% và tất cả đều nằm ở động mạch liên thất trước với 80% ở vị trí LADII. Không có mối liên quan độc lập với tỉ lệ đáng kể động mạch liên thất trước với cầu cơ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sternheim D, Power David A, Samtani R, Kini A, Fuster V, Sharma S.** Myocardial Bridging: Diagnosis, Functional Assessment, and Management. *JACC.* 2021/11/30 2021;78(22): 2196-2212. doi:10.1016/j.jacc.2021.09.859
2. **Li HH, Liu MW, Zhang YF, Song BC, Zhu ZC, Zhao FH.** Myocardial bridging phenomenon is not invariable: A case report. *World journal of clinical*

- cases. *Oct 16 2022;10(29):10721-10727.* doi:10.12998/wjcc.v10.i29.10721
3. **Matta A, Nader V, Canitrot R, et al.** Myocardial bridging is significantly associated to myocardial infarction with non-obstructive coronary arteries. *European heart journal Acute cardiovascular care.* Jun 22 2022;11(6):501-507. doi:10.1093/ehjacc/zuac047
4. **Hao Z, Xinwei J, Ahmed Z, et al.** The Outcome of Percutaneous Coronary Intervention for Significant Atherosclerotic Lesions in Segment Proximal to Myocardial Bridge at Left Anterior Descending Coronary Artery. *International heart journal.* May 30 2018;59(3):467-473. doi:10.1536/ihj.17-179
5. **Shah F, Sharif A, Ahmed N, Abid F, Fakhr A.** Frequency and association of myocardial bridging with atherosclerotic coronary artery disease in patients undergoing coronary angiography. *Pakistan Armed Forces Medical Journal.* 08/27 2019;69(4):768-73.
6. **Arai R, Kano H, Suzuki S, et al.** Myocardial bridging is an independent predictor of positive spasm provocation testing by intracoronary ergonovine injections: a retrospective observational study. *Heart and vessels.* Apr 2020; 35(4): 474-486. doi:10.1007/s00380-019-01518-7
7. **Gao W, Zhang J, Duan F, et al.** Clinical characteristics and factors associated with coronary stenosis proximal to a myocardial bridge: a retrospective study. *BMC cardiovascular disorders.* Aug 14 2020;20(1):371. doi:10.1186/s12872-020-01655-2
8. **Nguyễn Văn T, Phạm Nhật M, Nguyễn Lâm H, Phạm Mạnh H.** Đánh giá tổn thương động mạch vành đi kèm trên bệnh nhân cầu cơ động mạch vành bằng siêu âm trong lòng mạch. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam.* 03/05 2023;(91+92):42-47.

## NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM BIỂU HIỆN CỦA DẤU ẤN EPCAM (BER-EP4) TRONG CARCINÔM TẾ BÀO ĐÁY Ở DA

Trần Hương Giang<sup>2</sup>, Nguyễn Đức Duy<sup>1</sup>, Lương Anh Khoa<sup>1</sup>,  
Dương Ngọc Thiên Hương<sup>1</sup>, Nguyễn Hồng Ngọc<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Khảo sát đặc điểm biểu hiện của dấu ấn Ber-EP4 trong carcinôm tế bào đáy (BCC) và đánh giá mối tương quan giữa Ber-EP4 với đặc điểm mô bệnh học. **Đối tượng, phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu cắt ngang 60 mẫu phẫu thuật có chẩn đoán là BCC, 07-2022 đến 07-2024. **Kết quả:** Tỷ lệ Ber-EP4 dương tính là 100%, tỷ lệ bắt màu thấp nhất là 30%

và cao nhất là 100%. Kiểu hình bắt màu Ber-EP4 không đồng nhất với kiểu hình bắt màu lan tỏa chiếm tỷ lệ cao nhất là 85%. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa loét với tỷ lệ và kiểu hình bắt màu Ber-EP4 (Fisher' exact, giá trị p là 0,015 và 0,008). **Kết luận:** Ber-EP4 có độ nhạy cao trong chẩn đoán BCC. Tuy nhiên, Ber-EP4 cho kết quả bắt màu không đồng nhất và tỷ lệ bắt màu khác nhau giữa các trường hợp. Loét có thể làm giảm biểu hiện Ber-EP4, dẫn đến Ber-EP4 âm tính hoặc bắt màu yếu. Vì vậy, tránh lấy mẫu sinh thiết vùng loét và thận trọng đánh giá Ber-EP4 tại vị trí này.

**Từ khóa:** Carcinôm tế bào đáy, Epcam, Ber-EP4.

### SUMMARY

**STUDY OF EPCAM (BER-EP4) MARKER EXPRESSION IN CUTANEOUS BASAL CELL**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

<sup>2</sup>Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hồng Ngọc

Email: hongngoc903@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2025

Ngày duyệt bài: 25.8.2025