

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, GIÁ TRỊ ỨNG DỤNG CỦA ĐIỆN TÂM ĐỒ VÀ SIÊU ÂM TIM TRONG CHẨN ĐOÁN VỊ TRÍ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH NĂM 2014-2016

NGUYỄN THỊ THANH TRUNG¹, VŨ THỊ PHƯƠNG LAN²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

TÓM TẮT

Mục đích đánh giá giá trị của điện tâm đồ (ĐTĐ) và siêu âm tim trong chẩn đoán vị trí tổn thương động mạch vành (ĐMV) so với chụp ĐMV qua da ở bệnh nhân (BN) nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp. Đối tượng và phương pháp: 171 BN NMCT cấp được làm ĐTĐ, siêu âm tim tại BVĐK tỉnh Thái Bình, sau đó chuyển đến Viện Tim Hà Nội để chụp và can thiệp ĐMV từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 4 năm 2016. Kết quả: Trên siêu âm kiểu rối loạn không vận động do tổn thương ĐMV trái (58,8%), LCx (29,4%); kiểu giảm vận động do tổn thương ĐMV trái (36,9%), ĐMV phải là 26,2%, cả ba nhánh 28,86%. Trên điện tâm đồ, tổn thương nhánh ĐMV trái (35,1%), ĐMV phải (43,3%), ĐM liên thất trước (LTTr) (34,5%), ĐMV phải (17,5%), ĐM mũ (3,5%), thân chung (1,2%). Siêu âm có độ nhạy cao hơn so với ĐTĐ do tổn thương ĐM LTTr (69,5% so với 59,3%), 2 nhánh trở lên (27% so với 13,5%), ĐM mũ siêu âm tim không phát hiện được trường hợp nào. Khi phân tích đường cong ROC cho thấy siêu âm có giá trị chẩn đoán hơn ĐTĐ đối với tổn thương ĐM LTTr (AUC=82,3%; p<0,01) và (AUC=73,4%; p<0,01), ĐMV phải tương đương (AUC=74,2%; p<0,01) và (AUC=75,2%; p<0,01) và giá trị chẩn đoán của 2 xét nghiệm này trong chẩn đoán tổn thương ĐMV liên thất trước và ĐMV phải ở mức tốt, với ĐM mũ thì siêu âm có giá trị chẩn đoán tương đương với ĐTĐ (AUC = 58,0%; p<0,05) và (AUC = 52,1; p<0,05) và 2 xét nghiệm này có giá trị trong chẩn đoán tổn thương động mạch mũ ở mức độ trung bình. Kết luận: Chụp ĐMV là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tổn thương ĐMV, giúp chẩn đoán chính xác nhánh ĐMV thủ phạm ở BN NMCT cấp. Siêu âm tim có khả năng dự đoán nhánh ĐMV thủ phạm tốt hơn so với ĐTĐ.

Từ khóa: Điện tâm đồ, siêu âm tim, động mạch vành

SUMMARY

Aims: The purpose of our study was to evaluate the diagnostic value of electrocardiogram and

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Thị Thanh Trung
Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình
Email: bstrungntm@gmail.com
Ngày nhận: 14/12/2016
Ngày phản biện: 29/12/2016
Ngày duyệt bài: 10/1/2017
Ngày xuất bản: 20/2/2017

echocardiography for coronary artery lesions and to compare coronary angiography in myocardial infarction patient. Subject and methods: 171 myocardial infarction patients were underwent electrocardiogram and echocardiography in Thai Binh Hospital, coronary angiography in Hanoi Heart Hospital from January 2014 to April 2016. Results: Myocardial aknetic area in echocardiography group detected LAD artery lesions (58.8%), LCx (29.4%); myocardial hypokinesia area in echocardiography group detected LAD lesions (36.9%), RCA (26.2%), three major coronary arteries lesions (28.86%). ECG detected LAD artery lesions (35.1%), RCA (18.7%). Coronary angiography detected more than 2 two coronary arteries lesions (43.3 %), LAD (34.5%), RCA (17.5%), LCx (3.5%), LM (1.2%). The sensitivity of echocardiography is higher than ECG in detection of LAD artery lesions (69.5% vs 59.3%), two artery lesions (27% vs 13.5%), echocardiography had not found lesions of LCx. In ROC curve analysis, the diagnostic value of echocardiography for the detection of LAD lesions was better than for ECG (AUC=82.3%; p<0.01) vs (AUC=73.4%; p<0.01), RCA (AUC=74.2%; p<0.01) vs (AUC=75.2%; p<0.01). The Diagnostic Value of the two test for the detection of LAD and RCA lesions was high. The Diagnostic Value of Echocardiography for the detection of LCx lesions was as good as ECG (AUC=58.0%; p<0.05) vs (AUC=52.1; p<0.05). The Diagnostic Value of the two tests for the detection of LCx lesions was intermediate level. Conclusions: Coronary angiography was the gold standard for detection of coronary artery lesions and the culprit coronary artery lesions in myocardial infarction patients. Diagnostic value of echocardiography was higher than ECG for the detection the culprit coronary artery lesions.

Keywords: Echocardiography, electrocardiography, MI

ĐẶT VẤN ĐỀ

NMCT cấp là một cấp cứu nội khoa, có bệnh cảnh lâm sàng rất nặng, nhiều biến chứng nguy hiểm như sốc tim, rối loạn nhịp, suy tim... tiên lượng nặng, tỷ lệ tử vong cao. Ở Việt Nam NMCT đang có xu hướng gia tăng nhanh chóng. Tại khoa Nội Tim mạch BVĐK tỉnh Thái Bình năm 2013 có 213 BN, năm 2014 và 2015 có 253 BN, nhưng 10 tháng năm 2016 có 218 ca nhập viện vì NMCT trong đó tỷ lệ tử vong và biến chứng do NMCT khá cao 25,5%. Việc chẩn đoán sớm, chính xác NMCT cấp và định vị ĐMV tổn

thương với lâm sàng, ĐTĐ và siêu âm tim có thể giúp bác sỹ tiên lượng bệnh và đưa phương án điều trị tối ưu, đặc biệt là đối với các bệnh viện chưa có điều kiện trang bị kỹ thuật chụp và can thiệp mạch vành. Tuy nhiên, giá trị chẩn đoán ĐMV thủ phạm trong NMCT cấp của điện tâm đồ và siêu âm tim có độ chính xác như thế nào? Để góp phần tìm hiểu thêm giá trị của điện tâm đồ và siêu âm tim trong chẩn đoán ĐMV thủ phạm ở bệnh nhân NMCT cấp, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục đích đánh giá giá trị của ĐTĐ và siêu âm tim trong chẩn đoán vị trí tổn thương ĐMV so với chụp ĐMV qua da ở BN NMCT cấp tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 171 BN NMCT cấp vào BVĐK tỉnh Thái Bình trong thời gian từ tháng 1 năm 2014 đến tháng 4 năm 2016, sau đó được chuyển đến Viện Tim Hà Nội để chụp và can thiệp mạch vành.

Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân: Các BN được chẩn đoán xác định NMCT cấp dựa theo các tiêu chuẩn chẩn đoán toàn cầu về NMCT năm 2007 [3].

Tiêu chuẩn loại trừ

- BN NMCT có: *Bloc nhĩ thất độ 1, 2, 3, rung nhĩ, bệnh nhân đã đặt máy tạo nhịp, mắc các bệnh nội khoa nặng khác: suy gan, suy thận nặng, nguy cơ tử vong cao vì các bệnh lý khác (ung thư, xuất huyết não..).*

- BN có hình ảnh siêu âm tim mờ không đánh giá được chính xác rối loạn vận động vùng.

- Các BN không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành.

+ Khám lâm sàng và các xét nghiệm cận lâm sàng theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

+ ĐTĐ12 chuyển đạo được ghi tại thời điểm BN nhập khoa bằng máy ĐTĐ Cardiofax 6 của hãng Nihon Kohden Nhật Bản.

+ Siêu âm Doppler tim được làm khi BN nhập viện bằng máy Echo7 của hãng Samsung.

+ Chụp và can thiệp ĐMV tại phòng chụp mạch của Viện Tim Hà Nội bằng máy chụp mạch Digitex 2400 của hãng Shimadzu (Nhật Bản).

Đánh giá kết quả:

- Chẩn đoán ĐTĐNMCT cấp và định vị ĐMV tổn thương theo định nghĩa toàn cầu về chẩn đoán NMCT cấp 2007 [3].

- Siêu âm đánh giá chức năng tim toàn bộ, rối loạn vận động vùng theo hội siêu âm Mỹ [3]

- Chụp ĐMV: hình ảnh được phân tích bởi bác sỹ chuyên sâu về can thiệp mạch vành qua da tại Viện Tim Hà Nội, kết quả phân tích theo hướng dẫn của hội tim mạch Mỹ [3].

Xử lý số liệu: Số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê y học bằng chương trình phần mềm SPSS 16.0

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Một số đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Các đặc điểm lâm sàng		N = 171	%
	Trung bình	65 ± 11,5	
Tuổi	<60	50	29,3
	>60	121	70,7
Giới	Nam	128	74,9
	Nữ	43	25,1
Hút thuốc lá		91	53,2
Tăng huyết áp		90	52,6
Đái tháo đường		19	11,1
Rối loạn lipid máu		90	52,6

Tuổi trung bình của các đối tượng nghiên cứu là 65 ± 11,5; 70,7% số BN trên 60 tuổi, nam giới chiếm 74,9%. Các yếu tố nguy cơ chủ yếu là tăng huyết áp (52,6%), rối loạn lipid máu (52,6%), hút thuốc lá 53,2 %.

Bảng 2. Rối loạn không vận động theo nhánh ĐMV tổn thương trên siêu âm tim.

Không vận động	N	%
LAD	10	58,8
LCx	5	29,4
LAD+LCx	1	5,9
LCx+RCA	1	5,9
Tổng	17	100,0

Trong số BN có rối loạn vận động vùng kiểu không vận động thì tổn thương do một nhánh ĐMV trái chiếm tỷ lệ cao nhất là 58,8% (n=10).

Bảng 3. Rối loạn giảm vận động theo nhánh ĐMV tổn thương trên siêu âm tim.

Giảm vận động	N	%
LAD	55	36,9
LCx	1	0,67
RCA	39	26,2
LAD+LCx	2	1,34
LAD+RCA	8	5,37
LCx+RCA	1	0,67
LAD+LCx+RCA	43	28,86
Tổng	149	100,0

Trong số BN có rối loạn vận động vùng kiểu giảm vận động thì tổn thương do ĐMV trái chiếm tỷ lệ cao nhất là 36,9% (n=55), nhánh ĐMV phải là 26,2% (n=39), và tổn thương hỗn hợp cả ba nhánh chiếm tỷ lệ 28,86% (n=43).

Bảng 4. Vị trí tổn thương ĐMV trên điện tâm đồ

Vị trí tổn thương ĐMV	N	%
Không rõ	22	12,9
LAD	60	35,1
LCX	7	4,1
RCA	32	18,7
LAD và LCX	21	12,3
LAD và RCA	29	16,9
Tổng	171	100,0

Tổn thương nhánh ĐMV trái chiếm tỷ lệ cao nhất 35,1%, tiếp theo là tổn thương nhánh ĐMV phải chiếm tỷ lệ 18,7%.

Bảng 5. Nhánh ĐMV thủ phạm trên chụp ĐMV (n=171)

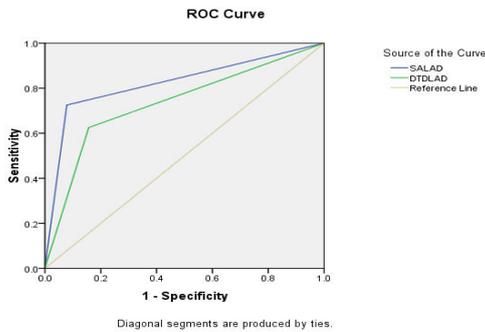
Nhánh động mạch thủ phạm	N	%
ĐMLTTr	59	34,5
ĐM vành phải	30	17,5
ĐM mũ	6	3,5
Thân chung	2	1,2
≥ 2 nhánh	74	43,3

Tổn thương từ 2 nhánh trở lên trên chụp ĐMV chiếm 43,3%; ĐM liên thất trước chiếm tỷ lệ 34,5%, thấp nhất là tổn thương thân chung chiếm 1,2%.

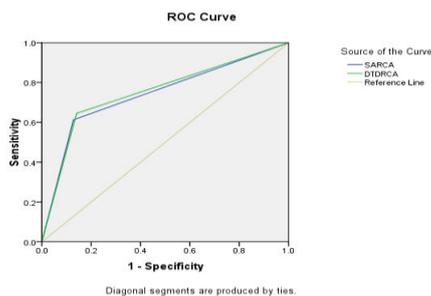
Bảng 6. Kết quả so sánh siêu âm tim và ĐTĐ trong chẩn đoán NMCT cấp (phân theo nhánh ĐMV thủ phạm gây NMCT).

ĐMV thủ phạm	Chẩn đoán NMCT trên ĐTĐ			Chẩn đoán NMCT trên SA tim		
	(+)	(-)	Độ nhạy	(+)	(-)	Độ nhạy
≥ 2 nhánh (n=74)	10	64	13,5	20	54	27,0
ĐMLTTr (n=59)	35	24	59,3	41	18	69,5
ĐMVP (n=30)	25	5	83,3	24	6	80,0
ĐMmũ (n=6)	1	0	16,7	0	0	0,0

Xét riêng theo nhánh ĐMV thủ phạm cho thấy siêu âm tim có độ nhạy cao hơn ĐTĐ trong chẩn đoán NMCT do tổn thương ĐMLTTr (69,5% so với 59,3%) và tổn thương từ 2 nhánh trở lên (27% so với 13,5%), còn tổn thương ĐM mũ thì siêu âm tim không phát hiện được trường hợp nào.

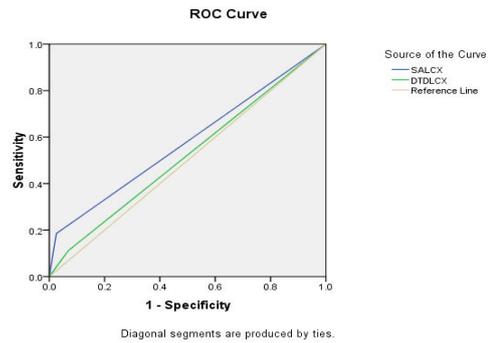


Hình 1. Đường cong biểu diễn khả năng chẩn đoán tổn thương ĐM LTTTr của siêu âm tim và ĐTĐ.



Hình 2. Đường cong biểu diễn khả năng chẩn đoán tổn thương ĐMV phải của siêu âm tim và ĐTĐ.

Với tổn thương ĐM LTTTr siêu âm tim có giá trị chẩn đoán tốt hơn ĐTĐ (AUC=82,3%; $p<0,01$ so với AUC=73,4%; $p<0,01$). Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán tổn thương ĐMLTTr ở mức rất tốt. Giá trị của ĐTĐ trong chẩn đoán tổn thương ĐMLTTr ở mức tốt. Với tổn thương ĐMV phải thì siêu âm có giá trị chẩn đoán tổn thương tương đương với ĐTĐ (AUC=74,2%; $p<0,01$ so với AUC=75,2%; $p<0,01$) và giá trị chẩn đoán của 2 xét nghiệm này trong chẩn đoán tổn thương ĐMV phải ở mức tốt.



Hình 3. Đường cong biểu diễn khả năng chẩn đoán tổn thương động mạch mũ của SA tim và ĐTĐ.

Với tổn thương ĐM mũ thì siêu âm có giá trị chẩn đoán tổn thương tương đương với ĐTĐ (AUC=58,0%; $p<0,05$ so với AUC=52,1; $p<0,05$) và 2 xét nghiệm này có giá trị trong chẩn đoán tổn thương ĐM mũ ở mức trung bình.

BÀN LUẬN

Trong số 171 BN nghiên cứu có 70,7 % trên 60 tuổi, tuổi trung bình: $65 \pm 11,5$, nam giới chiếm tỷ lệ 74,9%. Tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Số BN có rối loạn vận động vùng kiểu giảm vận động có tỷ lệ cao nhất (n= 149 chiếm 87,1%).

Siêu âm tim và ĐTĐ có vai trò trong chẩn đoán xác định, chẩn đoán định khu và dự báo nhánh ĐMV thủ phạm. Theo tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới, chẩn đoán xác định NMCT khi có hai trong ba tiêu chuẩn: cơn đau thất ngực điển hình, ĐTĐ có hình ảnh NMCT, tăng các men tim. Siêu âm tim không phải là tiêu chuẩn chính để chẩn đoán NMCT cấp. Tuy nhiên thực tế cho thấy bản ĐTĐ đầu tiên có thể cho phép chẩn đoán khoảng 50% BN NMCT, khoảng 40% BN có biểu hiện bất thường trên ĐTĐ nhưng không cho phép chẩn đoán và khoảng 10% các trường hợp ĐTĐ đầu tiên cho kết quả bình thường. Nếu ghi ĐTĐ liên tiếp nhiều lần có thể tăng độ nhạy lên tới gần 95%, trong nhiều trường hợp đau ngực không điển hình và thậm chí có trường hợp BN không đau ngực.

Men CK và CK-MB được dùng phổ biến trong chẩn đoán NMCT cấp, tuy vậy thời gian xuất hiện trong máu của men CK là 4-8h sau khi cơ tim bị nhồi máu, thời gian đạt nồng độ đỉnh của nó là 24h. Để góp phần chẩn đoán sớm và chính xác NMCT, cần có những thăm dò bổ xung. Hiện nay tại nhiều trung tâm tim mạch trên thế giới siêu âm tim thường được sử dụng trong chẩn đoán và theo dõi điều trị NMCT. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy dấu hiệu "rối loạn vận động vùng" trên siêu âm được phát hiện ở 90,02% bệnh nhân NMCT cấp. Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác trên thế giới. Heger nghiên cứu siêu âm trên 44 bệnh nhân NMCT thấy có RLVĐV ở 100% bệnh nhân. Theo Horowitz trong NMCT dưới nội tâm mạc (không có sóng Q), tỷ lệ phát hiện có rối loạn vận động vùng thấp hơn chỉ khoảng 86% BN.

Hình ảnh đặc trưng của NMCT trên siêu âm là

vùng cơ tim bị rối loạn vận động, thường phát hiện rất sớm ngay sau NMCT và trước các triệu chứng ĐTĐ và men tim. Rối loạn vận động được đánh giá dựa trên độ di động vào trong của thành tim và cả độ dày lên của thành tim trong thì tâm thu. Các rối loạn vận động có thể gặp trong NMCT là: giảm vận động, không vận động và vận động nghịch thường. Chúng tôi gặp tỷ lệ "giảm vận động" 87,1% và "không vận động" là 9,9%. Các trường hợp siêu âm tim không phát hiện thấy có rối loạn vận động, thường gặp trong NMCT dưới nội tâm mạc. Không thấy rối loạn vận động cũng có thể gặp ở NMCT xuyên thành nhưng diện hẹp, vì trên thực tế một vùng kém vận động có thể bị kéo theo bởi vùng cơ tim bên cạnh hoạt động tốt. Các tác giả cũng nhận thấy những thiếu sót này của siêu âm thường hay gặp trong NMCT thành dưới hơn là thành trước. Nhận xét này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của chúng tôi. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy độ đặc hiệu của siêu âm tim trong chẩn đoán NMCT cấp dao động từ 53% đến 94%. Sự có mặt của rối loạn vận động vùng trên siêu âm cho phép xác định bệnh mạch vành với độ chính xác cao, nhưng để chẩn đoán NMCT cấp thì một mình dấu hiệu rối loạn vận động vùng trên siêu âm chỉ cho phép khẳng định chẩn đoán với độ chính xác vừa. Tuy khó phân biệt giữa NMCT cấp và NMCT cũ, nhưng nếu trên siêu âm tim ta thấy bề dày thành tim và độ cản âm của thành tim vẫn bình thường thì đó là dấu hiệu của NMCT cấp. Còn trong sẹo nhồi máu thì thành tim thường mỏng và cản âm mạnh hơn (sáng hơn). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng cho thấy trong chẩn đoán NMCT cấp, so với ĐTĐ thì siêu âm tim có độ nhạy cao hơn. Peel(1990) cho thấy vai trò của siêu âm tim trong chẩn đoán NMCT cấp, đặc biệt trong trường hợp ĐTĐ bình thường hoặc các biến đổi ĐTĐ không đặc hiệu, siêu âm tim đã góp phần chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ với độ nhạy 88% và độ đặc hiệu 78% và góp phần xác định chẩn đoán NMCT với độ nhạy 92% và độ đặc hiệu 53%.

Hội Tim mạch Mỹ (AHA) và Trường Môn Tim mạch Mỹ (ACC) đã khuyến cáo nên siêu âm tim sớm cho các BN NMCT, đặc biệt đối với các BN có gợi ý lâm sàng của NMCT nhưng không rõ chẩn đoán trên ĐTĐ. Như vậy siêu âm tim tuy không thể thay thế cho các tiêu chuẩn chẩn đoán kinh điển (đau ngực, ĐTĐ và men tim), nhưng được coi là một thăm dò hữu ích bổ sung thêm trong chẩn đoán xác định bệnh.

ĐTĐ vai trò trong chẩn đoán NMCT cấp, để đánh giá phạm vi cơ tim bị nhồi máu có thể sử dụng các thăm dò như số chuyển đạo có hình ảnh nhồi máu cơ tim trên ĐTĐ. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trong NMCT thành trước ĐTĐ có hình ảnh ST chênh lên ở V1-V6+ DI, aVL (n = 44), vùng trước bên ĐTĐ có hình ảnh ST chênh lên ở V5,V6 hoặc aVL(n = 3), vùng trước vách ĐTĐ có hình ảnh ST chênh lên V1-V4 (n = 38), thành sau dưới có ST chênh lên ở DII, DIII, aVF (n = 48) và NMCT thất phải (n = 16).Penco M so sánh siêu âm tim với ĐTĐ và men tim trong chẩn đoán NMCT cấp siêu âm tim có độ

nhạy 90%, ĐTĐ 83% và men tim là 98% và nếu phối hợp 2 hay 3 phương pháp sẽ làm tăng độ nhạy lên 99% - 100%.

Kết quả chụp ĐMV là tiêu chuẩn "vàng" để xác định hình ảnh tổn thương ĐMV ở bệnh nhân NMCT. Vùng tổn thương cơ tim và mức độ tổn thương cơ tim tùy thuộc vào vị trí tổn thương ĐMV. Việc xác định chính xác vị trí tổn thương cũng như mức độ tổn thương sẽ giúp cho người thầy thuốc lựa chọn phương pháp điều trị phù hợp nhất đồng thời cũng giúp cho vấn đề tiên lượng được tốt hơn. 171 BN trong nghiên cứu này được chụp và can thiệp ĐMV qua da. ĐM thủ phạm là ĐMLTTr (40,9%), ĐMV phải (24,6%), ĐM mũ (4,68%), có 120 trường hợp bị tổn thương 1 nhánh ĐMV (70,2%), 35 trường hợp bị tổn thương 2 nhánh ĐMV (20,5%), và 16 trường hợp bị tổn thương cả 3 nhánh ĐMV (9,35%) (bảng 5). Kết quả này tương tự với Nguyễn Quang Tuấn khi nghiên cứu 83 BN NMCT được chụp ĐMV tại Viện tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai, gặp chủ yếu là ĐMLTTr (60,3%), ĐMV phải (32,5%) và ĐM mũ (7,2%), tổn thương 1 nhánh (54,2%), 2 nhánh (28,9%), và 3 nhánh (16,9%).

Khi so sánh vai trò của siêu âm tim và ĐTĐ với chụp động mạch vành trong dự báo nhánh ĐMV thủ phạm gây NMCT. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, siêu âm tim có khả năng xác định ĐMV thủ phạm cao hơn so với ĐTĐ (bảng 6). Đối với riêng từng nhánh ĐMV, siêu âm tim có độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính lần lượt là 72,5%; 92,2%; 95,6% và 58,8% trong dự báo ĐMLTTr, 61,3%; 87,2%; 85,1% và 65,4% trong dự báo ĐMV phải, 18,5%; 97,4%; 76,9% và 72,2% trong dự báo ĐM mũ. So sánh với ĐTĐ thì độ nhạy, độ đặc hiệu, giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính lần lượt là 62,5%; 84,3%; 90,4% và 48,9% trong dự báo ĐMLTTr, 64,5%; 85,9%; 84,5% và 67,0% trong dự báo ĐMVP, 11,1%; 92,3%; 40,4% và 69,2% trong dự báo ĐM mũ. Như vậy đối với cả ba nhánh ĐMV thì siêu âm tim đều có giá trị dự báo động mạch vành thủ phạm tốt hơn ĐTĐ. Kết quả này phù hợp với Penco cũng cho thấy siêu âm tim có khả năng xác định ĐMV tổn thương ở 90% BN so với ĐTĐ chỉ xác định được ở 80% BN.

Khi phân tích đường cong ROC cho thấy với tổn thương ĐM LTTr siêu âm tim có giá trị chẩn đoán tốt hơn ĐTĐ (AUC=82,3%; p<0,01 so với AUC=73,4%; p<0,01). Giá trị của siêu âm trong chẩn đoán tổn thương ĐM LTTr ở mức rất tốt. Giá trị của ĐTĐ trong chẩn đoán tổn thương ĐM LTTr ở mức tốt (hình 1). Với tổn thương ĐMV phải thì siêu âm có giá trị chẩn đoán tổn thương tương đương với ĐTĐ (AUC=74,2%; p<0,01 so với AUC=75,2%; p<0,01) và giá trị chẩn đoán của 2 xét nghiệm này trong chẩn đoán tổn thương ĐMV phải ở mức tốt (hình 2). Với tổn thương ĐM mũ thì siêu âm có giá trị chẩn đoán tổn thương tương đương với ĐTĐ (AUC=58,0%; p<0,05 so với AUC=52,1; p<0,05) và 2 xét nghiệm này có giá trị trong chẩn đoán tổn thương ĐM mũ ở mức trung bình (hình 3).

KẾT LUẬN

Chụp ĐMV là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán tổn thương ĐMV, giúp chẩn đoán chính xác nhánh ĐMV thủ phạm ở BN NMCT cấp. Siêu âm tim có khả năng dự đoán nhánh ĐMV thủ phạm tốt hơn so với ĐTĐ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Thanh Hương** (2007), "Tài liệu tập huấn một số chuyên đề Tim mạch: Điện tâm đồ trong bệnh mạch vành", Bộ Y tế, Bệnh viện Bạch Mai, tr 41- 112.
2. **Nguyễn Lâm Việt** (2006), "Siêu âm trong nhồi máu cơ tim", Bài giảng siêu âm – Doppler tim, tr. 167 - 194.

3. **ACC/AHA guidelines for the management of patients with acute myocardial infarction** (2007), *A report of the ACC/AHA task force on practice guidelines.*

4. **Antman EM, et al** (2008), "2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of patients With ST- Elevation Myocardial Infarction" *J Am Coll cardiol*, (51), 210-47.

5. **N. Herring and D. J. Paterson**, 2006, ECG Diagnosis of Acute Ischemia and Infarction: Past, Present and Future, *QJ Med*, 99: 219-230.

6. **Anthony A.Hilliard**,(2008), "Myocardial Infarction" *MayoClinic Cardiology concise textbook*, 3: 685-883.

THỰC TRẠNG SÂU RĂNG VÀ BỆNH QUANH RĂNG CỦA NGƯỜI TRƯỞNG THÀNH TUỔI TỪ 18 - 45 TẠI KHOA RĂNG HÀM MẶT BỆNH VIỆN BẠCH MAI

LÊ BẢO TRÂM, NGUYỄN XUÂN THỰC
Bệnh viện Bạch Mai

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng mắc bệnh sâu răng và bệnh quanh răng ở người trưởng thành từ 18 đến 45 tuổi tại khoa Răng Hàm Mặt Bệnh viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp:** Một điều tra cắt ngang được triển khai trên 595 người từ 18-45 tuổi để đánh giá thực trạng mắc bệnh sâu răng và bệnh quanh răng. Bệnh nhân được thăm khám để đánh giá tình trạng bệnh qua các chỉ số SMTR và CPT. **Kết quả:** Tỷ lệ bệnh sâu răng chung là 68,6%, trong đó ở nhóm tuổi 18-34 là 63,3% và nhóm tuổi 35-45 là 73,8%; ở nữ là 72,4% và nam là 61,9%. Chỉ số SMTR chung là 2,08, trong đó nhóm tuổi 18-34 là 1,94 và nhóm tuổi 35-45 là 2,21; nam là 1,65 và nữ là 2,33. Số người có 3 vùng lục phân lành trở lên là 33,78%. Tỷ lệ người có bệnh quanh răng: CPI1 là 29,6%; CPI2 là 33,4%; CPI3 là 15,4% và CPI4 là 1,8%. Số trung bình vùng lục phân CPI0 là 1,74; CPI1 là 1,97; CPI2 là 1,68; CPI3 là 0,45; CPI4 là 0,06 và vùng mất răng 0,10. **Kết luận:** Tỷ lệ mắc sâu răng vẫn còn khá cao và tập trung nhiều vào đối tượng nữ trung niên. Tuổi càng cao thì bệnh quanh răng càng trầm trọng. Cần thiết tăng cường giáo dục sức khỏe răng miệng cho nhân dân, nâng cao ý thức phòng bệnh răng miệng, hạn chế tối đa tình trạng mất răng do sâu răng và bệnh quanh răng.

Từ khóa: Sâu răng, bệnh quanh răng, SMTR, CPI.

SUMMARY

THE REALITY OF DENTAL CARIES AND PERIODONTAL DISEASE OF THE ADULTS FROM 18-45 YEARS OLD AT DEPARTMENT OF ODONTOSTOMATOLOGY BACH MAI HOSPITAL

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Xuân Thực

Địa chỉ: Bệnh viện Bạch Mai

Email: thuchmbm@gmail.com

Ngày nhận: 14/12/2016

Ngày phản biện: 29/12/2016

Ngày duyệt bài: 10/1/2017

Ngày xuất bản: 20/2/2017

Objectives: To evaluate dental caries and periodontal disease status of the adults from 18-45 years old at the department of Odonto Stomatology, Bach Mai hospital. **Subjects and methods:** A cross-sectional study was conducted on 595 adults from 18-45 years old to evaluate dental caries and periodontal disease condition. Patients were examined directly to assess disease status through DMFT and CPI indexes. **Results:** Total dental caries rate accounted for 68.6%, among them, the age group of 18-34 was 63.3% and the age group of 35-45 was 73.8%; female 72.4%, male 61.9%. Total DMFT index accounted for 2.08, among them, the age group of 18-34 was 1.94, and age group of 35-45 was 2.21, male 1.65, female 2.33. People with 3 healthy sextants and over accounted for 33.78%. **Percentage of people with periodontal disease:** CPI1 was 29.6%, CPI2: 33.4%, CPI3: 15.4%, and CPI4: 1.8%. **Mean number of sextant with CPI0 was 1.74, CPI1: 1.97, CPI2: 1.68, CPI3: 0.45, CPI4: 0.06, and edentulous sextant: 0.10. Conclusions:** Dental caries rate was still quite high and mainly concentrated in middle-age female. Periodontal disease got severe with age. Should strengthen oral health education to the people, to raise awareness of oral disease prevention, minimize the edentulous condition due to dental caries and periodontal disease.

Keywords: Dental caries (decay), periodontal disease, DMFT (decay missing filling teeth), CPI (Community Periodontal Index).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh quanh răng cùng với bệnh sâu răng là nguyên nhân chủ yếu gây mất răng, đặc biệt với người tuổi từ trung niên trở lên.

Sâu răng là một trong những bệnh hay mắc của con người. Thương tổn sâu răng là kết quả của sự hủy khoáng ở tổ chức cứng của răng, bởi sản phẩm cuối của sự axit hóa chất thức ăn có bột đường lên men do vi khuẩn. Con người có thể mắc bệnh sâu