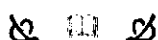


- valve thrombosis: high morbidity and mortality despite successful treatment options", *Swiss Med Wkly*; 131: 109-116. Peer reviewed article.
7. Durrleman N, Pellerin M, Bouchard D et al (2002), "Prosthetic valve thrombosis: Twenty-year experience at the Montreal", *Heart European Journal of Cardio-Thoracic Surgery*, Vol 11, 710-713.
 8. Buttard P, Bonnefoy E, Chevalier P, (2004), "Mechanical cardiac valve thrombosis in patients in critical hemodynamic compromise", *J. Thorac. Cardiovasc. Surg.* May 1, ; 127(5): 1388 - 1392
 9. Canver CC (2003), "Anticoagulation for heart valve prosthesis", *Heart Care*, issue 1, volume 4.
 10. Depoix JP, Vaumas D, Renard JM (2001), "Problèmes posés par les patients porteurs de prothèses valvulaires: le point de vue de l'anesthésiste-réanimateur", *Service d'Anesthésie- Réanimation Chirurgicale. Hôpital Bichat. Paris.*



ĐIỀU TRỊ RA MỖ HÔI TAY BẰNG PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC VỚI DỤNG CỤ SIÊU NHỎ (NEEDLESCOPIC THORACOSCOPY) CẮT HẠCH GIAO CẢM

Trần Bình Giang*

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá khả năng áp dụng, kỹ thuật và kết quả ứng dụng nội soi lồng ngực với dụng cụ siêu nhỏ điều trị ra mồ hôi tay tại bệnh viện Việt Đức.

Tư liệu và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu mô tả trên số bệnh nhân mổ soi lồng ngực bằng dụng cụ siêu nhỏ đốt hạch giao cảm ngực D3 chữa ra mồ hôi tay trong thời gian 3/2005-4/2006 tại bệnh viện Việt Đức.

Kết quả nghiên cứu: Trong thời gian 3/2005-4/2006 có 19 trường hợp ra mồ hôi tay được mổ nội soi lồng ngực với dụng cụ siêu nhỏ. Có 11 nữ chiếm tỉ lệ 59%, nam 9 chiếm tỉ lệ 41%, tuổi trung bình là 24 lớn nhất là 44 tuổi và

nhỏ nhất là 15 tuổi. Thời gian mổ trung bình 17 phút, không có biến chứng trong mổ, sau mổ có 2 trường hợp tràn khí màng phổi phải dẫn lưu. Thời gian nằm viện trung bình 1,5 ngày, không có tử vong.

Kết luận: Phương pháp soi lồng ngực với dụng cụ siêu nhỏ đốt hạch giao cảm D3 thực hiện có kết quả tốt, hiệu quả giảm đau, rút ngắn ngày nằm viện và thẩm mỹ tốt hơn nội soi kinh điển.

SUMMARY

Aims: to evaluate possibility of application, technique and results of needlescopic thoracic sympathectomy at Vietduc university hospital.

Method: Prospective study on endoscopic

* Khoa Phẫu thuật cấp cứu bụng - Bệnh viện Việt Đức

thoracic sympathectomy for hyperhidrosis of the upper limbs.

Results: From 3/2005 to 4/2006 there are 19 cases of hyperhidrosis treated at Vietduc university hospital by technique of needlescopic thoracoscopy. The mean age was 24 and sex ratio was 11 women/ 9 men. The operative time was 17mn and there were no intra - operative complication. In the post - op period, there were 2 pneumothorax needed treatment, the hospital stay was 1.7 days and no mortality.

Conclusions: Needlescopic thoracic sympathectomy was a feasible, safe and effective technique in treatment of hyperhidrosis with advantage to conventional endoscopic thoracoscopy on post-op of less pain, short hospital stay and better cosmetic result.

I- ĐẶT VẤN ĐỀ

Ra mồ hôi tay, chân, nách là một bệnh do cường hệ thần kinh giao cảm, không nguy hiểm nhưng ảnh hưởng nhiều tới chất lượng của cuộc sống người bệnh. Tăng bài tiết nhiều mồ hôi nhất là 2 bàn tay, nách và mặt ảnh hưởng tới chức năng cầm nắm, viết và đặc biệt về tâm sinh lý. Vì vậy, có nhiều phương pháp điều trị đã được thực hiện trong đó chủ yếu là cắt bỏ hạch giao cảm ngực D2-D3. Tại bệnh viện Việt Đức, Nguyễn Thường Xuân đã điều trị chứng bệnh này bằng cách tiêm nước sôi để phá hủy hạch giao cảm. Phương pháp này đã cho một số kết quả nhưng không đảm bảo triệt để do tiêm nước sôi không thể đảm bảo diệt chính xác hạch. Với sự ứng dụng trở lại của nội soi lồng ngực, đốt hạch giao cảm qua soi lồng ngực đã được nhiều tác giả áp dụng cho kết quả tốt [1,2,3]. Hiệu quả khô bàn tay của phương pháp theo các tác giả có thể đạt được từ 95-98%. Trên thế giới với sự phát triển của

phương tiện dụng cụ mổ siêu nhỏ (needlescopic surgery) nhiều tác giả đã ứng dụng vào soi lồng ngực tốt [4,6,7]. Tại bệnh viện Việt Đức phẫu thuật soi lồng ngực đã được thực hiện có kết quả cho nhiều loại phẫu thuật khác nhau từ tháng 11/1993. Từ năm 2002 chúng tôi trang bị hệ thống mổ nội soi siêu nhỏ (needlescopic surgery) và sử dụng trong nhiều loại phẫu thuật có hiệu quả về ít tổn thương thành bụng, giảm đau sau mổ, hiệu quả thẩm mỹ tốt hơn mổ nội soi với dụng cụ kinh điển.

Trong nghiên cứu này chúng tôi tập hợp những bệnh nhân được chẩn đoán là ra mồ hôi tay, chân và được mổ điều trị bệnh bằng phương pháp đốt hạch giao cảm ngực qua soi lồng ngực với dụng cụ siêu nhỏ tại bệnh viện Việt Đức nhằm nghiên cứu chỉ định, kỹ thuật và đánh giá kết quả điều trị của phương pháp trong thực tế.

II- TƯ LIỆU VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu thực hiện thực hiện tại bệnh viện Việt Đức từ 03/2005 đến 04/2006.

Đối tượng nghiên cứu: tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán ra nhiều mồ hôi tay, nách, mặt tiên phát. Ra nhiều mồ hôi nhất là hai bàn tay, có những lúc chảy thành nhiều giọt ướt như những nước ảnh hưởng nhiều tới sinh hoạt, hoạt động hàng ngày và tự nguyện được điều trị bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Bệnh nhân được chẩn đoán ra nhiều mồ hôi tay, nách được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi lồng ngực tại bệnh viện Việt Đức.

Tiêu chuẩn loại trừ: những bệnh nhân bị cường giao cảm do cường năng tuyến giáp,

hoặc có các bệnh nhiễm khuẩn mãn tính khoang màng phổi như lao phổi, bệnh nhân có mô lồng ngực cũ.

Phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu mô tả tự đối chiếu trước và sau mổ.

Phương tiện mổ: là hệ thống soi lồng ngực phẫu thuật đồng bộ của hãng Karl Storz, Đức. Ngoài hệ thống máy với camera 3 chip, sử dụng bộ dụng cụ nội soi siêu nhỏ (needlescopic surgery) với trocar 3,3mm cho ống soi 3mm, trocar 2mm cho dụng cụ cắt đốt 1,7mm.

Kỹ thuật mổ:

- **Gây mê:** toàn thân với đặt nội khí quản. Sử dụng ống nội khí quản thường 1 nòng, làm xẹp phổi từng bên với sự giúp đỡ của bơm hơi với áp lực thấp 5mmHg. Thời gian đầu, chúng tôi thường gây mê bằng ống NKQ 2 nòng Carlen làm xẹp phổi từng bên.

- **Tư thế bệnh nhân:** Bệnh nhân được kê nằm ngửa đầu cao và nghiêng sang bên đối diện 1 góc gần 90 độ.

- **Đường vào ngực thông nhất cho tất cả các trường hợp:** khoang liên sườn 5 hay 6 nách sau (Trocar 3,3mm cho ống soi 3mm) và liên sườn 4 đường nách trước (trocar 2mm cho dụng cụ phẫu tích và đốt, máy hút, dao điện kích thước 1,7mm).

- Sau khi làm xẹp phổi, đưa ống nội soi xác định chuỗi hạch giao cảm, chúng tôi tiến hành đốt chuỗi hạch này ngang mức đốt sống ngực 3 (D3) Lưu ý tìm các bất thường giải phẫu của chuỗi hạch này (dây Kunt). Sau khi làm xong 1 bên chúng tôi chuyển tư thế bệnh

nhân để tiến hành đốt hạch giao cảm ngực 3 ở bên đối diện.

- Kết hợp với gây mê chúng tôi cho nở phổi tối đa và đóng thành ngực khi phổi nở tối đa, không phải dẫn lưu màng phổi.

- Đánh giá kết quả bằng cách sờ tay bệnh nhân hoặc bảo bệnh nhân làm những động tác như xoa 2 bàn tay vào nhau (trước mổ với động tác này bệnh nhân sẽ ra nhiều mồ hôi ở tay).

- Tất cả các bệnh nhân được thực hiện chăm sóc sau mổ theo phác đồ thống nhất : nằm 3-5 giờ tại phòng hồi tỉnh theo dõi các biến chứng của màng phổi, nếu có tràn khí xẹp phổi hay chảy máu đều được xử lý ngay. Dùng kháng sinh dự phòng phẫu thuật cho tất cả các trường hợp. Bệnh nhân ra viện ngày thứ 2 hẹn cắt các mũi chỉ nhỏ ở hố nách, khoang liên sườn ngày thứ 7 tại y tế địa phương.

- Đánh giá kết quả trước khi ra viện : Xếp loại:

- + Tốt: không còn ra mồ hôi vùng tay, không có các biến chứng như tràn khí, máu sau mổ, không có nhiễm khuẩn vết mổ.

- + Trung bình: Hết ra mồ hôi vùng tay nhưng có tràn khí hay máu màng phổi, được khắc phục và trở lại bình thường không để lại di chứng.

- + Không có kết quả: không thực hiện được phẫu thuật vì có dính màng phổi, hoặc đốt được hạch mà không có kết quả.

Kiểm tra người bệnh sau 1 tháng 3 tháng, 6 tháng: qua điện thoại hay đến khám lại.

III- KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 3,2005 đến tháng 4,2006, chúng tôi tiến hành mổ cắt và đốt hạch giao cảm ngực 3 cho 19 trường hợp ra mồ hôi tay, trong đó 11 nữ chiếm tỉ lệ 59%, nam 9 chiếm tỉ lệ 41%, tuổi trung bình là 24 lớn nhất là 44 tuổi và nhỏ nhất là 15 tuổi.

Tất cả bệnh nhân đến viện với triệu chứng ra mồ hôi tay, chân và nách.

Bảng 1: Diễn biến trong mổ:

Diễn biến	Số liệu
Thời gian mổ	17ph (9-30)
Biến chứng trong mổ	0
Chuyển mổ mở ngực	0

Bảng 2: Diễn biến sau mổ

Biến chứng sau mổ	2 (tràn khí màng phổi)
Thời gian nằm viện	1,5 ngày (1-3)
Tử vong	0

100% bệnh nhân ra viện trong tình trạng hết ra mồ hôi tay. Như vậy 100% bệnh nhân ra viện với kết quả tốt và khá.

100% bệnh nhân được khám lại sau mổ 1 tháng hoặc đến khám lại hoặc phỏng vấn qua điện thoại cho kết quả: 18/19 bệnh nhân hết ra mồ hôi tay chiếm tỉ lệ 95%, 1 bệnh nhân 1 bên tay còn ra mồ hôi như trước khi mổ tỉ lệ 5%.

Bảng 3: Kết quả điều trị

Kết quả ngay sau mổ		
tốt	17	89,47%
khá	2	10,53%
Kết quả xa		
tốt	18	94,74%
khá	1	5,26%

IV- BÀN LUẬN

Về đặc điểm lâm sàng, tuy số lượng trong nghiên cứu của chúng tôi còn ít, trong 19 trường hợp có 11 nữ chiếm tỉ lệ 59% và 8 nam chiếm tỉ lệ 41% với lứa tuổi trung bình là 24 phù hợp với các tác giả khác. Mặc dù bệnh có thể gặp ở 1% dân số nhưng trong số 19 bệnh nhân trong đó học sinh, sinh viên hoặc sinh viên mới ra trường là 15 bệnh nhân chiếm 79%. Ra nhiều mồ hôi ở tay là chứng bệnh gây nhiều cản trở khi viết, giấy hay bị nhoè... đồng thời đây cũng là lứa tuổi này nở thêm nhiều mối quan hệ với các bạn cùng lứa, ra nhiều mồ hôi tay làm cho những bệnh nhân này ngại ngùng, miễn cưỡng phải nắm

tay, bắt tay người khác. Chính vì thế số lượng bệnh nhân đến khám chủ yếu là học sinh và sinh viên và sinh viên mới ra trường chuẩn bị đi tìm việc làm.

Về thời gian bị bệnh, tất cả số bệnh nhân của chúng tôi đều bị chứng bệnh này từ lúc nhỏ. Theo Christer Drott trong số 850 bệnh nhân mồ thì có 62% bệnh có từ nhỏ, 33% xuất hiện từ khi dậy thì, chỉ có 5% bệnh bắt đầu ở tuổi thanh niên.

Điều trị ra nhiều mồ hôi tay đã được thử nghiệm nhiều phương pháp nội khoa, tâm lý nhưng kết quả không đạt được hiệu quả mong muốn. Kết quả tốt nhất là diệt hạch giao cảm ngực. Từ những năm 70 Nguyễn

Thường Xuân đã diệt hạch giao cảm bằng tiêm nước sôi từ phía sau lưng nhưng kết quả không được như mong đợi vì là thủ thuật không có cơ sở giải phẫu chính xác và nguy hiểm. Phẫu thuật mở ngực để diệt giao cảm là một phẫu thuật lớn có nhiều hậu quả xấu như chảy máu, tràn khí màng phổi, di chứng của mở lồng ngực, do vậy phẫu thuật mở ngực để diệt hạch giao cảm đã không còn được tiến hành từ những năm 60 của thế kỷ trước.

Từ những năm 1980 đốt hạch giao cảm qua đường nội soi ngực đã được ứng dụng để điều trị cho bệnh ra nhiều mồ hôi tay có kết quả tốt và diễn biến hậu phẫu nhẹ nhàng nên đã được nhanh chóng áp dụng ở nhiều trung tâm [1-4]. Sự phát triển của phẫu thuật nội soi siêu nhỏ mang lại nhiều lợi ích đặc biệt trong soi lồng ngực cho bệnh lý ra mồ hôi tay do hầu hết bệnh nhân tuổi trẻ, dụng cụ nhỏ gây ít thương tổn thành bụng, nhanh chóng trả bệnh nhân về cuộc sống bình thường, thậm chí có thể mổ cho ra viện trong ngày (day surgery) [4,6,7].

Về kỹ thuật mổ: Chúng tôi sử dụng kỹ thuật 2 trocar siêu nhỏ (loại 3,3mm cho ống soi, loại 2mm cho dụng cụ đốt hạch) với 2 lỗ vào ở vùng nách. Với loại ống soi 3mm chúng tôi thấy rằng rất dễ dàng cho việc đưa vào trong lồng ngực vì khẩu kính trocar nhỏ. Bệnh nhân tôi chữa chứng ra nhiều mồ hôi tay thường ở lứa tuổi học sinh, sinh viên. Vì vậy các khoang liên sườn ở nhiều bệnh nhân còn hẹp, nếu đưa trocar loại 10mm vào đôi khi khó khăn và đau cho bệnh nhân sau khi mổ. Vị trí chọc trocar: chọc trocar đầu tiên ở vị trí khoang liên sườn 5 đường nách giữa cho ống kính soi. Sau khi đưa ống kính soi vào quan sát nếu không có dính, phổi xếp tốt

thì chúng tôi đặt tiếp 1 trocar nữa cho dụng cụ đốt ở khoang liên sườn 3 hay 4 ở đường nách trước ngay dưới tâm cơ ngực lớn với sự kiểm soát của camera. Ống soi 3mm hoàn toàn đủ khả năng quan sát tốt vùng mổ. Với vị trí của ống kính soi và dụng cụ đốt này chúng tôi cho rằng thuận lợi cho thao tác. Ống kính soi từ dưới lên đỉnh phổi, dụng cụ đốt lại đi thẳng vào từ phía trên tới vùng đốt mà không chạm vào bất cứ bộ phận nào, vì nơi này phổi xếp nhiều nhất, tạo điều kiện cho việc đốt thần kinh rất dễ dàng. Chúng tôi không gặp trường hợp nào dính màng phổi trong mổ. 19/19 trường hợp được chúng tôi đốt và cắt hạch giao cảm D3 2 bên. Vấn đề đổ mồ hôi ở những nơi khác của cơ thể là điều rất đáng quan tâm sau mổ cắt thần kinh giao cảm ngực, vì vậy, nhiều tác giả đã cải tiến phương pháp mổ như chỉ cắt các nhánh của đoạn giao cảm D 2, 3, 4 mà không cắt đứt thân chính trong phương pháp Wittmoser, chỉ cắt thần kinh giao cảm trên sườn số 2 và 3 trong báo cáo của các tác giả Hồng Kông, Việt Nam [2,4] hay chỉ kẹp clip mà không cắt, phòng khi bị ra mồ hôi quá nhiều thì mổ lại gỡ bỏ clip trong báo cáo của các tác giả Đài Loan. Ngoài ra, các tác giả còn cắt hạch giao cảm trên sườn số 2 để điều trị viêm mũi dị ứng, cắt thần kinh giao cảm trên sườn số 4 để chữa mồ hôi nách [1], cắt thần kinh giao cảm từ sườn 5 đến cơ hoành để điều trị các chứng đau do ung thư các tạng ở tầng trên ổ bụng giai đoạn trễ đã đạt được kết quả khả quan. Đa số bệnh nhân đến với chúng tôi với yêu cầu chính là chữa ra mồ hôi tay nên chúng tôi chỉ quyết định đốt hạch giao cảm T3 để giảm bớt mồ hôi tay. Hơn nữa hậu quả lâu dài của cắt thần kinh giao cảm còn chưa được đánh giá đúng mức nên

chúng tôi chủ trương chỉ cắt tối thiểu đảm bảo hiệu quả điều trị.

Trong quá trình phẫu thuật chúng tôi có gặp một vài trường hợp chảy máu do đốt điện vào những mạch máu ở bên cạnh hạch giao cảm, nhưng những biến chứng này đều có thể đốt điện cầm máu được qua nội soi không phải mổ ngực. Các tác giả Đài Loan [4] báo cáo có một số bị tràn khí hay cả tràn khí-tràn máu và có 2 bệnh nhân bị ngưng tim trong lúc mổ (nhưng không có tử vong), còn đau ngực và những biến chứng khác sau mổ thì không đáng kể. Gossot [5] đã báo cáo một nghiên cứu tiền cứu 940 làm nội soi lồng ngực cắt thần kinh giao cảm cho 500 bệnh nhân bị ứ đọng bàn tay do mồ hôi năm 2001, đã gặp những biến chứng: 1 trường hợp rách tĩnh mạch dưới đòn phải, chuyển mổ hở để khâu, 2 rách ống ngực phải mở ngực trong hậu phẫu để xử trí, 5.3% chảy máu trong lúc mổ từ 300-600 ml, 1.3% tràn khí-tràn máu lồng ngực lượng nhiều phải dẫn lưu, 0.4% bị hội chứng Horner, 2% đau kéo dài sau mổ. Chúng tôi chỉ gặp 2 trường hợp tràn khí màng phổi cần dẫn lưu sau mổ do khó thở. Để tránh tai biến này cần phòng phổi thật tốt sau khi mổ trước khi đóng lỗ đặt trocar, nhất là trocar siêu nhỏ khi thoát ra chậm hơn loại nội soi bình thường.

Các tác giả sử dụng nội soi siêu nhỏ [4,6,7] đều có chung nhận xét với loại dụng cụ này khi thao tác cần nhẹ nhàng vì dụng cụ rất dễ hỏng. Trường mổ của ống soi nhỏ cũng hạn chế hơn ống soi lớn tuy nhiên nếu quen với dụng cụ thì thao tác vẫn dễ dàng và chính xác. Hơn nữa hiệu quả về mặt giảm đau sau mổ, thẩm mỹ hơn hẳn so với sử dụng dụng cụ thông thường. Hầu hết bệnh nhân của chúng tôi chỉ nằm viện 1 ngày và trở về sinh

hoạt bình thường. Kết quả ngay sau mổ của chúng tôi 19/19 bệnh nhân hết ra mồ hôi tay chiếm tỉ lệ 100%, phù hợp với các tác giả khác. Các tác giả Đài Loan đã thực hiện số người cắt thần kinh giao cảm nhiều nhất (cả mổ ngực lẫn nội soi) và đã báo cáo trong các hội nghị nội soi thế giới, cho thấy kết quả làm khô tay gần 100%. Chúng tôi chưa đánh giá được mức độ ra mồ hôi bù ở vị trí khác của bệnh nhân sau mổ nhưng qua khám lại được ở một số bệnh nhân thấy rằng sau mổ đều có hiện tượng ra mồ hôi ở ngực, lưng nhưng tất cả đều hài lòng với kết quả của phẫu thuật không có bệnh nhân nào muốn quay trở lại tình trạng như ban đầu trước mổ, một bệnh nhân còn ra mồ hôi ở một bên tay như trước mổ.

V- KẾT LUẬN

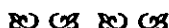
Đốt và cắt hạch giao cảm qua đường ngực bằng nội soi với dụng cụ siêu nhỏ là một kỹ thuật có thể thực hiện tốt, cho kết quả ngay, rõ ràng, an toàn và thuận lợi (95%) trong điều trị ra mồ hôi tay. Phẫu thuật nhẹ nhàng ít biến chứng mà kết quả tốt hơn về giảm đau sau mổ, giảm ngày nằm điều trị và có tính thẩm mỹ cao.

Phương pháp này cần được nghiên cứu để áp dụng rộng rãi trong lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Ngọc Bích, Trần Hiếu Học và cộng sự (2004). *Phẫu thuật nội soi ngực diệt giao cảm điều trị bệnh ra nhiều mồ hôi tay, nách, mặt (350 trường hợp)*. Y học thực hành số 491 : 409-412.
2. Nguyễn Hoài Nam. *Những cái tiến trong điều trị chứng tăng tiết mồ hôi tay bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực*. Tập san hội nghị nội

- soi và phẫu thuật nội soi Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, 2004, 407- 417.
3. **Văn Tân, Hồ Nam và CS (2004):** *Kết quả PT điều trị uột bàn tay do mô hôi qua NSLN cải tiến trên 1089 BN*; Y học tp HCM, Phụ bản của Tập 8 Số 1 2004, ĐH Y Dược tp HCM, tr 388-95.
 4. **Cheah.W.K:** *Needlescopic thoracic sympathectomy*. 2nd Advanced needlescopic surgery workshop. May 2000.
 5. **Gossot D et al (2001):** Early complications of thoracic endoscopic sympathectomy. A prospective study of 940 procedures. *Ann Thorac Surg* 2001;71:1116-9
 6. **Reardon.P.R et al.** Outpatient endoscopic thoracic sympathectomy using 2mm instruments. *Surg Endosc* 1999;13:1139-1142.
 7. **Yamamoto H et al (2002):** *Scarless operation of needlescopic thoracic sympathectomy - Experience of 2364 patients*. JSES, Vol.7 No. 7, 2002, p 438.



NHẬN XÉT VỀ TEST C-REACTIVE PROTEIN (CRP) QUA 40 BỆNH NHÂN BỊ NHỒI MÁU CƠ TIM

*Nguyễn Thị Dung**

TÓM TẮT

Tác giả đã tiến hành một nghiên cứu tiền cứu trên 40 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim (NMCT) và 40 bệnh nhân bị tăng huyết áp (THA) đơn thuần chưa có biểu hiện bệnh tim thiếu máu cục bộ (trên lâm sàng và điện tim). Loại trừ khỏi nghiên cứu những bệnh nhân có một trong các biểu hiện sau: Sốt, nhiễm trùng, nhiễm virus, viêm khớp, K, lao phổi. Các xét nghiệm CRP, Công thức máu, đường máu, lipid máu, điện tim, siêu âm tim... được làm cho tất cả 2 nhóm bệnh nhân. Một vài nhận xét được rút ra:

Qua 40 bệnh nhân NMCT, tuổi trung bình $66,83 \pm 11,10$; có các yếu tố nguy cơ: THA (75,00%), rối loạn lipid máu (52,50%), nghiện hút thuốc lá (25,00%), tiểu đường typ 2 (22,50%); đặc biệt 18/40 bệnh nhân (45,00%) có 1 yếu tố nguy cơ, 14/40 (35,00%) có 2 yếu tố

nguy cơ và 8/40 bệnh nhân (20,00 %) có 3 yếu tố nguy cơ. Trong khi các xét nghiệm công thức bạch cầu của các bệnh nhân vẫn nằm trong giới hạn bình thường ($BC\ 9,57 \pm 2,24\ G/l$; $PN\ 62,25\% \pm 14,19\%$) nhưng nồng độ CRP lại tăng khá cao: $37,54 \pm 27,59\ mg/l$. Tỷ lệ bệnh nhân có $CRP \geq 6\ mg/l$ cao hơn nhiều so với số bệnh nhân có $CRP < 6\ mg/l$ (85,00 % > 15,00%) ($p = 0,002$); trái lại trong nhóm bệnh nhân THA chưa có biểu hiện bệnh tim thiếu máu cục bộ tỷ lệ $CRP > 6\ mg/l$ chỉ gặp 4/40 bệnh nhân (10%). CRP là marker viêm đã tăng cao trong nhóm bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim hơn là nhóm bệnh nhân chỉ có tăng huyết áp đơn thuần ($p < 0,001$).

RESUME

Nous avons réalisé une étude prospective sur les 40 patients atteints de l'IDM (Groupe 1)

*Bộ môn Nội Đại học Y Hải Phòng