

BỘ GIÁO DỤC VÀ ĐÀO TẠO
VIỆN NGHIÊN CỨU KHOA HỌC Y DƯỢC LÂM SÀNG 108

BỘ QUỐC PHÒNG

HỒ MINH TUẤN

**NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG,
CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ CAN
THIỆP QUA DA Ở BỆNH NHÂN HẸP 03
THÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH
CÓ SYNTAX ≤ 22**

Chuyên ngành: NỘI TIM MẠCH

Mã số: 62720141

TÓM TẮT LUẬN ÁN TIẾN SĨ Y HỌC

Hà Nội – 2023

Công trình được hoàn thành
tại Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108

Người hướng dẫn khoa học:

1. PGS.TS.VŨ ĐIỆN BIÊN
2. PGS.TS.PHẠM THÁI GIANG

Phản biện:

- 1.
- 2.
- 3.

Luận án sẽ được bảo vệ tại Hội đồng chấm luận án cấp Viện họp tại:
Vào hồi giờ ngày tháng năm 2022

Có thể tìm hiểu luận án tại:

1. Thư viện Quốc gia Việt Nam
2. Thư viện Viện Nghiên cứu Khoa học Y Dược lâm sàng 108

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân tử vong hàng đầu trong nước và trên thế giới, trong đó bệnh động mạch vành rất phổ biến, đặc biệt bệnh 03 thân động mạch vành ngày càng chiếm tỉ lệ cao. Bệnh 03 thân động mạch vành mạn tính có đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và phương pháp điều trị có nhiều điểm khác với các nhóm bệnh động mạch vành còn lại. Bệnh 03 thân động mạch vành mạn tính được định nghĩa hẹp lòng mạch có ý nghĩa 03 thân động mạch vành thượng mạc. Mặc dù điều trị nội khoa tối ưu, vẫn còn tỉ lệ cao hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có đau thắt ngực và trầm trọng gắng sức nguy cơ trung bình, cao. Nên các bệnh nhân này cần được tái thông động mạch vành để cải thiện triệu chứng và tiên lượng.

Kết quả can thiệp qua da bệnh 03 thân động mạch vành mạn tính có Syntax ≤ 22 khác với bệnh 01 hoặc 02 thân động mạch vành và có liên quan rất nhiều đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tái thông động mạch vành bệnh nhân hẹp 03 thân có Syntax ≤ 22 bằng can thiệp qua da là tái thông theo giải phẫu các động mạch vành hoặc chức năng dựa trên các kết quả trầm trọng gắng sức. Các nhà lâm sàng trên thế giới và Việt Nam còn rất nhiều câu hỏi về kết quả điều trị: triệu chứng đau thắt ngực, biến cố tim mạch, tử vong.

Mục tiêu nghiên cứu:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có Syntax ≤ 22 được can thiệp qua da.

2. Đánh giá kết quả can thiệp bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có Syntax ≤ 22 sau 12 tháng.

Những đóng góp luận án:

Luận án đã cho thấy tính an toàn và hiệu quả của can thiệp ĐMV qua da ở bệnh nhân tổn thương 03 thân động mạch vành mạn có điểm Syntax ≤ 22 về cải thiện triệu chứng đau thắt ngực và biến cố tim mạch gộp. Vì vậy, đây có thể là phương pháp lựa chọn tái tưới máu khác cho nhóm bệnh nhân này ngoài phẫu thuật bắc cầu chủ - vành. Luận án cũng cho thấy ĐTD làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch gộp, và bệnh nhân đang sử dụng thuốc chống đông đường uống hoặc thiếu máu mạn làm tăng nguy cơ chảy máu.

Bố cục luận án:

Luận án gồm 129 trang (chưa kể phụ lục và tài liệu tham khảo) Đặt vấn đề: 02 trang. Tổng quan: 39 trang. Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: 26 trang. Kết quả nghiên cứu: 37 trang, Bàn luận: 35 trang. Kết luận và kiến nghị: 03 trang. Luận án có 55 bảng, 4 biểu đồ, 19 hình vẽ, 200 tài liệu tham khảo trong đó có 11 tài liệu tiếng Việt, 189 tài liệu tiếng Anh.

CHƯƠNG 1.

TỔNG QUAN TÀI LIỆU

1.2. TIẾP CẬN CHẨN ĐOÁN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH

1.2.2. Các phương pháp cận lâm sàng chẩn đoán bệnh động mạch vành mạn tính

1.2.2.1. Phương pháp khảo sát lúc nghỉ

ECG: Hẹp 03 thân hoặc thân chung trái thường có ST chênh xuống ở nhiều chuyển đạo và ST chênh lên ở aVR.

Siêu âm tim: khoảng 50% bệnh nhân hẹp 03 thân có bất thường vận động vùng và LVEF $< 50\%$.

1.2.2.2. Phương pháp gắng sức

Siêu âm dobutamine: Siêu âm tim gắng sức có giá trị khu trú và định danh vùng cơ tim thiếu máu cục bộ tương ứng với thân ĐMV tổn thương và cung cấp thông tin tiên lượng. Siêu âm dobutamine thực hiện theo khuyến cáo hiệp hội siêu âm tim Hoa Kỳ: dobutamine khởi đầu 5 mg/kg/p và tăng mỗi 3 phút đến 10, 20, 30 và 40 mg/kg/p. Khi nhịp tim đích không đạt, có thể thêm atropine. Siêu âm dobutamine là phương pháp rất an toàn. Siêu âm dobutamine bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính: có độ nhạy cao 94% và độ đặc hiệu không khác biệt với các phương pháp hình ảnh tưới máu cơ tim khác.

1.3. CÁC PHƯƠNG PHÁP ĐIỀU TRỊ HẸP 03 THÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH

1.3.1. Điều trị nội khoa bằng thuốc bệnh ĐMV mạn tính

Thuốc chống ngưng tập tiểu cầu trước và sau đặt stent ĐMV: aspirin và/hoặc clopidogrel. Thuốc chống đau ngực: bằng các nhóm thuốc chẹn beta, ức chế canxi, nitrate, ivabradine cá thể hoá trên từng bệnh nhân theo hướng dẫn hội tim Châu Âu và hội tim mạch Hoa Kỳ.

1.3.2. Điều trị can thiệp qua da bệnh 03 thân ĐMV mạn tính

Điều trị PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn tính Syntax \leq 22: ESC năm 2018: PCI chỉ định: nhóm I, bằng chứng mức A. Chỉ định ACC/AHA/SCAI 2017: chỉ định thích hợp mức cao 7 hoặc 8 điểm.

1.5. Các nghiên cứu trong và ngoài nước

1.5.1. Nghiên cứu trong nước

Hiện nay, nghiên cứu về PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn tính tại Việt Nam chưa nhiều. Nhưng trong thực hành lâm sàng PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn tính rất thường gặp, kết quả theo dõi và tính an toàn của thủ thuật còn nhiều bàn cãi.

1.5.2. Nghiên cứu trên thế giới

Trong hơn 10 năm qua, các nghiên cứu bệnh 03 thân ĐMV mạn tính cho thấy với bệnh nhân điểm Syntax ≤ 22 , PCI có dự hậu tốt hơn hoặc không thua kém so với CABG. Các nghiên cứu PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn tính được tiến hành với tiêu chí về biến cố tim mạch cũng như cải thiện đau thắt ngực, đầu tiên là nghiên cứu MASS II theo dõi 10 năm. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho kết quả khác nhau về cải thiện triệu chứng đau thắt ngực cũng như biến cố tim mạch.

Tác giả Edward L. H. và cs, nghiên cứu 11294 bệnh đa thân ĐMV mạn được PCI, trong đó 3499 bệnh nhân tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) và 7795 bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) sau 12 tháng tỉ lệ NMCT là 5,4% ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn; và 6,7% ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn. Tác giả Vasim. F. và cs, 299 bệnh 03 thân với điểm Syntax ≤ 22 , sau PCI 5 năm, điểm Syntax tồn dư >8 làm tăng nguy cơ tử vong. Tác giả Sunitha A. và cs, nghiên cứu 135 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV được can thiệp qua da, không có sự khác biệt về biến cố tim mạch gộp giữa nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) và không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0), nhưng có sự khác biệt về biến cố tim mạch gộp nhóm có Syntax tồn dư > 8.

Với kết quả khác nhau về tiêu chí biến cố tim mạch gộp, đau thắt ngực của các nghiên cứu PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn tính như trên. Nên chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để làm sáng tỏ phương pháp PCI bệnh 03 thân ĐMV mạn có điểm Syntax ≤ 22 về kết quả đau thắt ngực, biến cố tim mạch gộp và biến chứng xuất huyết ở bệnh nhân Việt Nam. Và liên quan giữa đau thắt ngực, biến cố tim mạch gộp với các đặc điểm cận lâm sàng và Syntax tồn dư > 0, Syntax tồn dư > 8.

CHƯƠNG 2.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Tiêu chuẩn lâm sàng

- Bệnh nhân ≥ 18 tuổi.
- Đau thắt ngực ổn định sau khi điều trị nội khoa tối thiểu 1 tháng.
- Phương pháp gắng sức không xâm lấn bằng siêu âm dobutamine dương tính nguy cơ trung bình hoặc cao.

Tiêu chuẩn chụp động mạch vành xâm lấn

- Tổn thương 03 thân và hẹp mức độ $\geq 70\%$ qua đo đặc chụp ĐMV định lượng (QCA).
- Tính điểm Syntax ≤ 22 .

Tiêu chuẩn can thiệp động mạch vành qua da

- Được can thiệp ĐMV qua da 01 thân hoặc 02 thân hoặc 03 thân và thân chung trái ĐMV (nếu có) tương ứng theo vùng định danh vùng thiếu máu cơ tim trên siêu âm tim dobutamine với stent phủ thuốc.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân đang bị HCMVC.
- Bệnh nhân đã mổ bắc cầu chủ - vành (CABG).
- Bệnh nhân có tổn thương đã được đặt stent ĐMV trước đó.
- Tổn thương tắc mạn tính.
- Bệnh nhân có LVEF $< 40\%$, bệnh van tim nặng.
- Bệnh thận mạn (eGFR) $< 30\text{mL}/\text{min}$.
- Bệnh nhân có thai.

2.1.3. Số lượng bệnh nhân nghiên cứu

Gồm 177 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính được PCI đặt stent và sau đó được điều trị nội khoa theo dõi 12 tháng. Thực hiện tại

Bệnh viện Tim Tâm Đức, trong thời gian 01/2017 đến 07/2021. Bệnh nhân chẩn đoán bệnh ĐMV điều trị nội khoa ít nhất 1 tháng, sau đó siêu âm dobutamine dương tính nguy cơ trung bình hoặc cao. Chụp ĐMV xâm lấn, những bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ, sau khi hội chẩn nội-ngoại khoa tim mạch, bệnh nhân được tiến hành can thiệp và stent ĐMV.

2.2. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiền cứu, mô tả cắt ngang và theo dõi dọc sau can thiệp qua da ĐMV trong 12 tháng, chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Phương tiện và dụng cụ nghiên cứu

2.2.3. Địa điểm tiến hành nghiên cứu

Các bệnh nhân nghiên cứu được điều trị trước can thiệp, theo dõi sau can thiệp, và tái khám định kỳ tại bệnh viện Tim Tâm Đức. Tái khám: 30 ngày, 3 tháng, 6 tháng, 12 tháng. Siêu âm tim tại khoa tim mạch can thiệp và khoa phòng khám. Xét nghiệm Hs-Troponin T, sinh hóa, và huyết học tại khoa xét nghiệm.

2.2.4. Các bước tiến hành nghiên cứu

Các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được ghi nhận thông qua một bệnh án nghiên cứu thống nhất cho tất cả các bệnh nhân.

Điều trị nội khoa tối thiểu 1 tháng: Aspirin: 75 - 165 mg/ngày hoặc Clopidogrel: 75 mg/ngày. Thuốc chống đau thắt ngực: theo hướng dẫn ESC và ACC/AHA cá thể hoá bệnh nhân dựa trên HA, tần số tim, LVEF.

Siêu âm tim dobutamine sau điều trị nội tối thiểu 1 tháng

Đánh giá vùng thiếu máu cơ tim. Các bệnh nhân có kết quả siêu âm dobutamine dương tính nguy cơ trung bình hoặc cao được chỉ định chụp ĐMV xâm lấn.

Quy trình thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da

- Các xét nghiệm tiền phẫu. Bản cam kết thủ thuật và đồng ý tham gia nghiên cứu. Biên bản hội chẩn chụp và can thiệp mạch vành.

- Bệnh nhân nhịn đói ít nhất 6 giờ trước thủ thuật. Chuyển vào phòng thông tim sau khi đã đủ điều kiện làm thủ thuật và chụp ĐMV.

- Mặc Monitoring theo dõi mạch, HA, độ bão hòa oxy mao mạch, nhịp tim. Mâm dụng cụ, phương pháp vô cảm: gây tê tại chỗ bằng Lidocain 2%, đường vào: động mạch quay hoặc động mạch đùi.

- Ống thông JL, JR hoặc Tig/5F chụp ĐMV và hệ thống khóa 3 chạc liên tiếp. Cài ống thông vào ĐMV, Nitroglycerine 100-200 μ g trực tiếp vào ĐMV và chụp ĐMV theo các góc chụp quy ước.

- Phân tích hình ảnh ĐMV và phân tích định lượng (QCA).

- Tính điểm Syntax: website: <http://www.syntaxscore.com> có 3 mức: thấp (0-22), trung bình (23-32) và cao (\geq 33).

- Chọn bệnh nhân can thiệp với điểm Syntax: 0-22. Hội chẩn nội-ngoại khoa tim mạch: quyết định đặt stent ĐMV.

- Chọn thân can thiệp tương ứng với vùng thiếu máu cơ tim theo kết quả siêu âm dobutamine. Nếu có tổn thương thân chung trái LM và/hoặc LAD đoạn 1 thì đều được đặt stent. Chống đông: Heparin không phân đoạn: 70 - 100 đơn vị/kg tiêm mạch trước khi PCI để đạt ACT: 250-350 giây và nhắc lại từ 1000 - 1500 đơn vị (hoặc 1/2 liều) tĩnh mạch sau mỗi giờ nếu quá trình PCI kéo dài hơn 1 giờ.

- Cài ống thông can thiệp và tiến hành can thiệp.

. Can thiệp tổn thương không phải thân chung trái:

Đi dây dẫn mềm 0,014” qua tổn thương. Chuẩn bị tổn thương (bằng các loại bóng cứng tỉ lệ 1:1 với đường kính ĐMV nếu bóng cứng không qua thì sử dụng bóng mềm trước (compliant balloon) hoặc bóng

cắt hoặc Rotablator. Đặt stent phủ thuốc. Nong lại trong stent bằng bóng cứng (non-compliant balloon). Chụp kiểm tra ít nhất 2 góc chụp.

. Can thiệp tổn thương thân chung trái:

Đánh giá phân loại tổn thương ĐMV theo phân loại Medina. Góc giữa LAD và LCX. Đi wire vào 2 nhánh LAD và LCX. IVUS đánh giá đặc điểm tổn thương và đường kính ĐMV trước đặt stent.

+ Chiến lược PCI 1 stent: nong bằng bóng cứng đường kính tỉ lệ 1:1 với đường kính ĐMV (nhánh LAD hoặc LCX) nếu bóng cứng không qua thì sử dụng bóng mềm trước (compliant balloon) hoặc Rotablator. Nếu không có lỗi mảng xơ vữa gây hẹp >50% nhánh kia (LAD hoặc LCX) thì đặt 1 stent LM-LAD (hoặc LM-LCX). Thực hiện POT (Proximal Optimization Technique), IVUS đánh giá độ mở, áp sát stent và các biến chứng nếu có, xem xét kissing balloon nếu cần, chụp kiểm tra ít nhất 2 góc chụp. Nếu có lỗi mảng xơ vữa gây hẹp >50% nhánh kia (LAD hoặc LCX) thì chuyển qua chiến lược 2 stent.

+ Chiến lược PCI 2 stent: nong bằng bóng cứng đường kính tỉ lệ 1:1 với đường kính ĐMV, sau đó sử dụng 1 trong các kỹ thuật: Crush, D-K Crush, TAP, T-stent, V-stent, Culotte, Kissing stent, sau đó thực hiện Kissing balloon, thực hiện POT, IVUS đánh giá độ mở, áp sát stent và các biến chứng nếu có, chụp kiểm tra ít nhất 2 góc chụp.

Theo dõi bệnh nhân trong quá trình điều trị tại bệnh viện:

- Kết thúc thủ thuật: ghi dấu hiệu sinh tồn, đánh giá kết quả PCI: dòng chảy TIMI, hẹp tồn lưu, bóc tách ĐMV, Syntax tồn dư, các biến chứng nếu có. ECG ngay sau thủ thuật và khi nào có bất thường lâm sàng. Xét nghiệm HS-Troponin T 8 ± 2 giờ, 24-48 giờ sau PCI và khi có các biểu hiện bất thường lâm sàng. Đưa bệnh nhân về khoa, siêu âm tim, creatinin máu 24 giờ sau thủ thuật. Tháo băng ép chỗ 4-6 giờ sau PCI với đường ĐM quay, 18-24 giờ với đường ĐM đùi.

Điều trị nội khoa khi ra viện

Tất cả bệnh nhân sau khi xuất viện được theo dõi tại Bệnh viện Tim Tâm Đức. Aspirin 81 mg/ngày, đến hết theo dõi 12 tháng. Clopidogrel: tất cả bệnh nhân sau can thiệp, liều dùng là 75 mg/ngày, 6 tháng. Hoặc tiếp tục sau 6 tháng nếu không dung nạp với aspirin.

Bệnh nhân rung nhĩ: khi điểm CHA2DS2-VASc ≥ 1 ở nam và ≥ 2 ở nữ: sử dụng kháng đông mới và DAPT 1 tháng sau PCI. Sau đó, Clopidogrel 75 mg/ngày và kháng đông mới đến 12 tháng.

Thuốc chống đau thắt ngực: bệnh nhân tiếp tục được kê toa giống như trước PCI. Statin: 20-40 mg Atorvastatin/ngày hoặc 10-20 mg Rosuvastatin/ngày. Hoặc Ezetimide: 10 mg/ngày khi có chỉ định.

Đánh giá kết quả ngắn hạn (theo dõi 12 tháng):

Khám bệnh trực tiếp hoặc qua điện thoại mỗi tháng/1 lần. Các biến số thu thập gồm: đau thắt ngực CCS. Biến cố tim mạch gộp: tử vong do mọi nguyên nhân, NMCT, lập lại tái tưới máu, đột quy. Và xuất huyết nặng. Cận lâm sàng: Siêu âm tim, ECG, chỉ số LDL-c.

CHƯƠNG 3.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. ĐẶC ĐIỂM CHUNG CỦA NHÓM NGHIÊN CỨU

Bảng 3.1. Đặc điểm chung của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	n	Trung bình \pm ĐLC
Tuổi chung (năm)	177	65,94 \pm 10,85
Tuổi nữ (năm)	58	69,03 \pm 9,25
Tuổi nam (năm)	119	64,44 \pm 11,28
BMI chung (kg/m ²)	177	23,82 \pm 2,94
BMI nữ (kg/m ²)	58	23,37 \pm 3,39
BMI nam (kg/m ²)	119	24,12 \pm 2,76

Nhận xét: 177 bệnh nhân tham gia nghiên cứu. Nam giới: 119 bệnh nhân (67,2%), nữ giới 58 bệnh nhân (32,8%), tuổi trung bình: $65,94 \pm 10,85$ tuổi, thấp nhất là 32 và cao nhất là 91. BMI trung bình là $23,82 \pm 2,94$ kg/m², BMI giữa nam và nữ tương đối tương đồng.

Bảng 3.2. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ tim mạch mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Có (n) (%)		Không (n) (%)	
	HTL	25	14,1%	152
THA	159	89,8%	18	10,2%
ĐTĐ	78	44,1%	99	55,9%
RLLP	156	88,1%	21	11,9%
Tiền sử gia đình ĐMV	20	11,3%	157	88,7%

Nhận xét: Các tỉ lệ yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV: THA, RLLP chiếm ưu thế.

Bảng 3.3. Đặc điểm triệu chứng đau thắt ngực của bệnh nhân trước PCI

Phân độ đau thắt ngực	n	%
CCS I	1	0,6%
CCS II	84	47,5%
CCS III	92	51,9%
CCS IV	0	0%

Nhận xét: Đau thắt ngực CCS II và CCS III chiếm ưu thế với CCS II chiếm tỷ lệ 47,5%, CCS III chiếm tỷ lệ 51,9%, còn lại CCS I chiếm tỷ lệ 0,6%, không có trường hợp nào đau thắt ngực CCS IV.

3.2.3. Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh chụp ĐMV cản quang qua da

Bảng 3.8. Đặc điểm tỷ lệ tổn thương ĐMV theo thân ĐMV

Đặc điểm	Có (n)	(%)	Không (n)	(%)
LM	33	18,6%	144	81,4%
LAD đoạn 1	102	57,6%	75	42,4%
LAD	175	98,9%	2	1,1%
LCX	176	99,4%	1	0,6%
RCA	177	100%	0	0%
ĐMV trái ưu thế	5	2,82%	172	97,18%

Nhận xét: Tỷ lệ ĐMV tổn thương ở LM là 18,6%, nhánh liên thất trước (LAD) là 98,9%, nhánh mũ (LCX) là 99,4% và nhánh ĐMV phải (RCA) là 100%, tỉ lệ hẹp $\geq 70\%$ LAD đoạn 1 là 57,6%.

Bảng 3.10. Đặc điểm tổn thương ĐMV theo điểm Syntax trước và sau PCI

Đặc điểm	Trung bình \pm ĐLC	Khoảng dao động (tối thiểu – tối đa)/ tỉ lệ % trên toàn bộ mẫu NC			
Điểm Syntax trước can thiệp	15,84 \pm 3,85	7 - 22			
		100%			
Điểm Syntax tồn dư sau can thiệp	3,37 \pm 2,97	0	1-4	5-8	>8
		23,7%	44,6%	22%	9,7%

Nhân xét: Điểm Syntax trung bình: $15,84 \pm 3,85$ (từ 7 đến 22), điểm Syntax tồn dư trung bình là $3,37 \pm 2,97$, tỉ lệ Syntax tồn dư bằng 0 và 1-4 chiếm ưu thế.

3.2.4. Đặc điểm can thiệp qua da động mạch vành tổn thương

Bảng 3.11. Đặc điểm tỉ lệ thân ĐMV tổn thương được tái tưới máu

Đặc điểm	Có/trên toàn bộ mẫu NC		Có/số tổn thương mỗi thân	
	LM	33/177	18,6%	33/33
LAD đoạn 1	102/177	57,6%	102/102	100%
LAD	151/177	85,3%	151/175	86,3%
LCX	84/177	47,5%	84/176	47,7%
RCA	103/177	58,2%	103/177	58,2%

Nhân xét: Tỷ lệ các tổn thương ĐMV được tái tưới máu trong đó 100% các tổn thương LM và LAD đoạn 1 được tái tưới máu.

Bảng 3.12. Đặc điểm trung bình số lượng stent

Đặc điểm	Số stent/toàn bộ mẫu NC (TB \pm ĐLC)	Số stent /số tổn thương mỗi thân
LM	$0,18 \pm 0,38$	1
LAD	$1,11 \pm 0,63$	1,3
LCX	$0,54 \pm 0,63$	1,1
RCA	$0,79 \pm 0,81$	1,4
Tổng stent/bệnh nhân	$2,61 \pm 0,95$	
ĐK stent trung bình (mm)	$2,92 \pm 0,42$	
Chiều dài stent trung bình (mm)	$22 \pm 15,4$	

Nhân xét: Số stent trung bình trên mỗi thân ĐMV trên toàn bộ mẫu: LM: $0,18 \pm 0,38$ stent/toàn bộ mẫu và 1 stent/vị trí tổn thương trong đó tất cả các ca hẹp LM có ý nghĩa đều được đặt stent; LAD: $1,11 \pm 0,63$ stent; LCX: $0,54 \pm 0,63$ stent và RCA: $0,79 \pm 0,81$ stent và số stent/mỗi bn là $2,61 \pm 0,95$ stent.

3.3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HẸP 03 THÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH BẰNG CAN THIỆP QUA DA THEO DÕI 12 THÁNG

3.3.1. Thành công về kỹ thuật của PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính

Bảng 3.15. Tỷ lệ thành công của thủ thuật PCI

Đặc điểm	Có (n)	(%)	Không (n)	(%)
TIMI III các nhánh can thiệp	177	100%	0	0%
Hẹp tồn lưu <20%	177	100%	0	0%
Thành công dựa trên hình chụp ĐMV	171	96,6%	6	3,4%
Thành công thủ thuật PCI	171	96,6%	6	3,4%
Thành công lâm sàng	171	96,6%	6	3,4%

Nhân xét: Tỷ lệ thành công PCI dựa trên hình ảnh chụp mạch và thành công thủ thuật là 96,6% (có 6 trường hợp chậm hoặc mất dòng chảy nhánh bên). Có 3 trường hợp nhồi máu cơ tim quanh thủ thuật, chiếm tỷ lệ 1,67%.

3.3.3. Kết quả sau PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính theo dõi trong thời gian nằm viện

Bảng 3.4. Tỷ lệ cải thiện đau thắt ngực trước và sau PCI

Đặc điểm	Trước PCI (n=177)	Sau PCI (n=177)	P
Biến đổi từ CCS>1 về CCS≤ 1 sau PCI (n%)	1 (0,5%)	174 (98,3%)	<0,001
Biến đổi về không còn đau thắt ngực (n%)	0 (0%)	174 (98,3%)	

Nhân xét: Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt 98,3% so với 100% có đau ngực trước can thiệp PCI.

Bảng 3.17. Tỷ lệ các biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện

Đặc điểm	Có (n) (%)		Không (n) (%)	
Đột quy	0	0%	177	100%
NMCT	3	1,7%	174	98,3%
Tử vong	0	0%	177	100%
Tái tưới máu sau PCI	0	0%	177	100%
Biến cố tim mạch gộp	3	1,7%	174	98,3%

Nhân xét: Biến cố tim mạch gộp:1,7%, trong đó NMCT: 1,7%.

Bảng 3.18. Tỷ lệ xuất huyết theo dõi trong thời gian nằm viện

Đặc điểm	Có (n) (%)		Không (n) (%)	
Xuất huyết nặng/BARC	3	1,7%	174	98,3%
Xuất huyết chỗ tiếp cận	0	0%	100	100%
Xuất huyết vị trí khác	3	1,7%	174	98,3%

Nhân xét: Tỷ lệ xuất huyết nặng chung là 1,7%, trong đó các trường hợp xuất huyết nặng đều xảy ra ở đường tiêu hoá trên: với triệu

chứng đi cầu phân đen, xét nghiệm hồng cầu ẩn trong phân (+) và nội soi tiêu hoá trên thấy hình ảnh xuất huyết, không có trường hợp xuất huyết nặng chỗ tiếp cận.

3.3.6. Kết quả theo dõi sau 12 tháng PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính

Bảng 3.5. Đặc điểm tỷ lệ cải thiện triệu chứng đau thắt ngực, cận lâm sàng sau 12 tháng theo dõi trên toàn bộ mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Trước can thiệp (n=177)	12 tháng sau can thiệp (n=177)	p
Biến đổi từ CCS>1 về CCS≤ 1 sau PCI (n%)	1 (0,5%)	165 (93,2%)	<0,001
Biến đổi về không đau thắt ngực (n%)	0 (0%)	158 (89,3%)	
EF (%) trung bình (Simpson) (TB ± ĐLC)	60,34 ± 11,75	68,06 ± 11,69	<0,001
LDL giảm ≥50% (n%)	0 (0%)	87 (49,2%)	
LDL-C đạt ≤1,4 mmol/L (n%)	7 (4,0%)	36 (20,3%)	<0,001

Nhận xét: Theo dõi sau 12 tháng PCI, có cải thiện các đặc điểm đau thắt ngực, cận lâm sàng có ý nghĩa thống kê. Tỷ lệ biến đổi về CCS ≤ I là 93,2%, tỷ lệ biến đổi về hết triệu chứng đau thắt ngực là 89,3%. LVEF (%) trung bình đo theo phương pháp Simpson, sau 12 tháng can thiệp có cải thiện 68,06 ± 11,69% so với 60,34 ± 11,75%.

Bảng 3.6. Xuất huyết nặng theo dõi 12 tháng sau PCI, tương quan với nhóm có dùng kháng đông mới hoặc thiếu máu

Đặc điểm	XUẤT HUYẾT NẶNG		RR (KTC 95%)	p
	Không	Có		
Dùng kháng đông (n%)	8 (66,7%)	4 (33,3%)	40,75 (6,5 - 256,5)	<0,001
Không dùng kháng đông (n%)	163 (98,8%)	2 (1,2%)		
Thiếu máu (n%)	21 (84,0%)	4 (16,0%)	14,29 (2,46- 82,85)	0,004
Không thiếu máu (n%)	150 (98,7%)	2 (1,3%)		
Chung (n%)	171/177 (96,6%)	6/177 (3,4 %)		

Nhân xét: Tỷ lệ xuất huyết nặng trên toàn bộ mẫu nghiên cứu là 3,4% (6 trường hợp).

Dùng thuốc kháng đông làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng gấp 40,75 lần (KTC 95%: 6,5 - 265,5) so với nhóm không sử dụng thuốc kháng đông với $p < 0,001$.

Ở nhóm thiếu máu nguy cơ xuất huyết nặng tăng gấp 14,29 lần (KTC 95%: 2,46 - 82,85) so với nhóm không thiếu máu. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa đặc điểm thiếu máu trước PCI với tình trạng xuất huyết nặng với $p = 0,004$.

Bảng 3.7. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp theo dõi trong 12 tháng sau PCI trên toàn bộ mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Có (n) (%)		Không (n) (%)	
	NMCT	11	6,2%	166
Đột quy	1	0,6%	176	99,4%
Tử vong	0	0%	177	100%
Tái tưới máu sau PCI	7	4,0%	170	96%
Biến cố tim mạch gộp	19	10,7%	158	89,3%

Nhân xét: Biến cố tim mạch gộp là 10,7% (19 trường hợp). Trong đó: + NMCT là 6,2% (11 trường hợp): có 3 trường hợp NMCT liên quan thủ thuật PCI do giảm hoặc mất dòng chảy nhánh bên nhỏ <1,5mm, 8 trường hợp còn lại là NMCTKST chênh lên xảy ra từ tháng thứ 6 - 12 sau đặt stent, trong đó 7 ca được tái tưới máu ĐMV, 1 ca chẩn đoán NMCTKST chênh: bệnh nhân và gia đình không đồng ý chụp ĐMV. + Tỷ lệ đột quy là 0,6% (xảy ra 1 trường hợp). + Tỷ lệ tái tưới máu sau PCI là 4% (xảy ra 7 trường hợp): tái tưới máu 7 trường hợp chẩn đoán NMCTKST chênh lên, 4 ca tái hẹp trong stent tấp khu trú, 3 trường hợp do tiến triển của tổn thương có trước ngoài vị trí stent. + Không có bệnh nhân tử vong trong quá trình nghiên cứu.

Bảng 3.8. Kết quả biến cố tim mạch gộp ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn so với tái tưới máu không hoàn toàn sau 12 tháng

Đặc điểm	Biến cố tim mạch gộp		p
	Không	Có	
Tái tưới máu hoàn toàn (n%)	41 (97,6%)	1 (2,4%)	0,048
Tái tưới máu không hoàn toàn (n%)	117 (86,7%)	18 (13,3%)	
Chung (n%)	158(89,3%)	19(10,7%)	

Nhân xét: biến cố tim mạch gộp toàn bộ mẫu nghiên cứu là 10,7%, nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư >0) 13,3% và nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư =0) 2,4%, p=0,048.

3.3.7. Mối liên quan giữa yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và nguy cơ ĐMV với biến cố tim mạch gộp bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn được PCI

Bảng 3.9. Liên quan giữa một số yếu tố nguy cơ với biến cố tim mạch gộp theo dõi 12 tháng của toàn bộ mẫu nghiên cứu

Đặc điểm	Biến cố tim mạch gộp		RR (KTC 95%)	p
	Không	Có		
HTL (n%)	18 (90%)	2 (10%)	0,86 (0,16-4,64)	>0,05
THA (n%)	142 (89,3%)	17 (10,7%)	0,62 (0,11-3,35)	>0,05
ĐTĐ (n%)	64 (82,1%)	14 (17,9%)	4,31 (1,4-13,25)	<0,05
RLLP (n%)	140 (89,7%)	16 (10,3%)	0,93 (0,24-3,67)	>0,05
BMI>23 (n%)	83 (88,3%)	11 (11,7%)	0,98 (0,35-2,7)	>0,05
Tiền sử gia đình bệnh ĐMV (n%)	18 (90,0%)	2 (10,0%)	0,76 (0,16-3,74)	>0,05
Điểm Syntax tồn dư > 8 (n%)	151 (88,8%)	19 (11,2%)	1,126 (1,067-1,187)	>0,05

Nhân xét: nhóm có ĐTD có nguy cơ biến cố tim mạch gấp tăng gấp 4,31 lần (KTC95%: 1,4-13,25) so với nhóm không bị ĐTD trên toàn bộ mẫu nghiên cứu $p < 0,05$.

CHƯƠNG 4.

BÀN LUẬN

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng của mẫu nghiên cứu

Đặc điểm chung: Giới tính: nam giới chiếm ưu thế 67,2%. Kết quả này phù hợp với tác giả Kevin R. B. và cs, nghiên cứu 2175 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính, tỉ lệ nam giới ưu thế là 81,5%. Tác giả Nguyễn Lâm Việt và cs tại Bệnh viện Bạch Mai là 68,1% nam giới. Tuổi: tuổi trung bình là $65,94 \pm 10,85$ tuổi. Kết quả này phù hợp với tác giả William S. W. và cs, nghiên cứu 330 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính, tuổi trung bình bệnh nhân là 63 ± 10 tuổi. BMI: BMI trung bình là $23,82 \pm 2,94 \text{ kg/m}^2$ (theo tiêu chuẩn béo phì người Châu Á). Tác giả Nguyễn Lâm Việt và cs, BMI trung bình của nhóm nghiên cứu bệnh ĐMV mạn tính là $22,9 \pm 2,3 \text{ kg/m}^2$. Tác giả Jeehoon K. và cs, 729 bệnh 03 thân ĐMV mạn tính, BMI trung bình $24,7 \pm 3,3 \text{ kg/m}^2$.

Yếu tố nguy cơ ĐMV: có 89,8% bị THA, 88,1% bị RLLP, 44,1% bị ĐTD, tỷ lệ HTL là 14,1% và tiền sử gia đình bệnh ĐMV là 11,3%. Kết quả này phù hợp với tác giả Kevin R. B. và cs, 2175 bệnh nhân bệnh 03 thân ĐMV mạn tính được PCI, tỉ lệ THA 78,9%, tỉ lệ RLLP 78,3%, tỉ lệ ĐTD 31,1%, tỉ lệ HTL là 11,9%.

Đau thắt ngực: tất cả bệnh nhân tham gia nghiên cứu đều có triệu chứng đau thắt ngực, với đau thắt ngực CCS II chiếm tỷ lệ 47,5% và đau thắt ngực CCS III chiếm tỷ lệ 51,9%. Đau thắt ngực CCS I chiếm tỷ lệ thấp 0,6%, không có bệnh nhân đau thắt ngực CCS IV. Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả William S. W. và cs 330 bệnh 03 thân ĐMV mạn tính PCI, đau thắt ngực CCS II (33%), CCS III (23%).

4.2.3. Đặc điểm tổn thương trên hình ảnh chụp ĐMV cản quang qua da

Đặc điểm tổn thương theo thân ĐMV: tỉ lệ tổn thương hẹp có ý nghĩa LM 18,6%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và RCA là 100%, tỉ lệ hẹp $\geq 70\%$ LAD đoạn 1 là 57,6%. Kết quả của này phù hợp với tác giả Neuzha H. L. và cs, 358 bệnh 03 thân ĐMV mạn tính, tỉ lệ mỗi thân: LAD chiếm 98%, LCX chiếm 89%, RCA chiếm 82%.

Syntax và syntax tồn dư: điểm Syntax trung bình là $15,84 \pm 3,85$. Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Jeehoon K. và cs, nghiên cứu 729 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 , điểm Syntax trung bình là $14,5 \pm 5,2$. Tỉ lệ bệnh nhân có điểm Syntax tồn dư > 8 trong nghiên cứu chúng tôi thấp (9,7%), cho thấy gánh nặng tồn dư xơ vữa ĐM sau PCI không cao.

4.2.4. Đặc điểm can thiệp qua da động mạch vành tổn thương

Tỷ lệ mỗi thân tái tưới máu: có 18,6% LM, 85,3% LAD, 47,5% LCX và 58,2% RCA được tái tưới máu, trong đó 100% tổn thương LM và 100% tổn thương LAD đoạn 1 được đặt stent. Tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) là 23,7% phù hợp với tác giả Jeehoon K. và cs, nghiên cứu 729 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính có Syntax ≤ 22 , tỉ lệ bệnh nhân được tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) là 21,5%. Tái tưới máu LM và/hoặc LAD đoạn 1 cho thấy cải thiện tiên lượng so với điều trị nội khoa, vì vậy tất cả các tổn thương hẹp có ý nghĩa LM và/hoặc LAD đoạn 1 trong nghiên cứu chúng tôi đều được đặt stent.

Số stent trung bình: số stent trung bình trên mỗi thân là: LAD $1,11 \pm 0,63$ stent, LCX $0,54 \pm 0,63$ stent, RCA $0,79 \pm 0,81$ stent và tất cả tổn thương LM đều được đặt stent, trong đó số stent/LAD: 1,3, số stent/LCX: 1,1, số stent/RCA: 1,4. Số stent trung bình/bệnh nhân là

2,61 ± 0,95 stent phù hợp với các tác giả Jeehoon K. và cs, nghiên cứu 729 bệnh 03 thân ĐMV mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 được PCI, số stent trung bình/bệnh nhân 1,9 ± 0,9.

4.3. ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN HẸP 03 THÂN ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN TÍNH BẰNG CAN THIỆP QUA DA THEO DÕI 12 THÁNG

4.3.1. Thành công về kỹ thuật của PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính

Tỉ lệ thành công trên hình ảnh chụp ĐMV là 96,6%. Tỷ lệ thành công thủ thuật là 96,6%. Tỉ lệ thành công lâm sàng là 96,6%. Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Samuel C. C. và cs nghiên cứu 46 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV được PCI: tỉ lệ thành công hình ảnh chụp là 100% và tỉ lệ thành công thủ thuật là 95,66%. Tác giả Abel Y. L. Q. và cs 87 bệnh 03 thân ĐMV được đặt stent phủ thuốc, thành công thủ thuật là 97.7%. Tỉ lệ thành công thủ thuật liên quan đến các yếu tố: tổng trạng bệnh nhân, giải phẫu tổn thương, phương tiện kỹ thuật, tỉ lệ thành công thủ thuật của chúng tôi đạt cao có lẽ do chuẩn bị tổn thương tốt, stent thế hệ mới có khả năng đi qua tổn thương dễ dàng là các yếu tố thuận lợi cho thành công cao.

4.3.3. Kết quả sau PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính theo dõi trong thời gian nằm viện

Cải thiện đau thắt ngực: Chúng tôi đánh giá đau thắt ngực trong thời gian nằm viện sau PCI, vì tình trạng đau thắt ngực ngay sau thủ thuật hoặc trong vòng 24 giờ sau PCI có thể do co thắt ĐMV, sức căng của stent lên thành ĐMV hoặc do biến cố thủ thuật như huyết khối cấp trong stent, tái tưới máu không hoàn toàn và tỉ lệ đau thắt ngực giảm nhiều ở thời điểm xuất viện so với sau thủ thuật. Tỷ lệ hết đau thắt ngực hoặc về CCS ≤ I đạt 98,3% sau PCI phù hợp với tác giả

Kini và cs, nghiên cứu 1362 bệnh nhân bệnh ĐMV mạn tính được PCI: tỉ lệ hết đau thắt ngực khi xuất viện là 95%.

Biến cố tim mạch gấp: Theo kết quả bảng 3.17, biến cố tim mạch gấp (tử vong, NMCT, đột quy, lập lại tái tưới máu) là 1,7%, trong đó NMCT là 1,7%. Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Mohamed L. và cs, 243 bệnh nhân ĐTD và 401 bệnh nhân không ĐTD hẹp đa thân ĐMV được đặt stent phủ thuốc, biến cố tim mạch gấp (tử vong, NMCT, đột quy, lập lại tái tưới máu) trong bệnh viện là 2%.

Xuất huyết nặng trong thời gian nằm viện: tỉ lệ xuất huyết nặng phụ thuộc vào nhiều yếu tố khác nhau gồm: dùng thuốc chống đông, đặc điểm chung bệnh nhân, do thủ thuật can thiệp, đặc biệt do dựa trên các định nghĩa xuất huyết khác nhau. Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn BARC được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu lâm sàng tái tưới máu ĐMV và khuyến cáo bởi các Hiệp hội can thiệp. Xuất huyết nặng BARC gồm: type 3, type 4, type 5. Tỉ lệ xuất huyết nặng trong thời gian nằm viện: 1,7%. Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Yohei N. và cs, nghiên cứu 4062 ĐMV mạn tính được PCI, xuất huyết nặng trong thời gian nằm viện là 1,65%.

4.3.6. Kết quả theo dõi sau 12 tháng PCI ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính

Cải thiện triệu chứng đau thắt ngực sau 12 tháng PCI: theo kết quả bảng 3.26, thời điểm trước PCI tất cả bệnh nhân đều có triệu chứng đau thắt ngực, sau can thiệp 12 tháng, có cải thiện đau thắt ngực: tỷ lệ biến đổi về CCS \leq I là 93,2%, tỷ lệ biến đổi về CCS 0 là 89,3% (so với trước PCI: tỉ lệ CCS 0 là 0% và tỉ lệ CCS I là 0,6%). Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Head S. J. và cs nghiên cứu 546 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính được PCI, sau 12 tháng tỉ lệ còn đau ngực là 10,5%. Đặc biệt trong nghiên cứu chúng tôi, sau khi xem yếu

tổ nguy cơ ĐMV và thuốc tương đồng giữa 2 nhóm, tỷ lệ biến đổi về CCS 0 ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư =0) là 97,6% cao hơn so với 74,1% ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư >0) với $p= 0,048$. Tuy nhiên, khi phân tích tương quan với Syntax tồn dư > 8: kết quả nghiên cứu bảng 3.28: các đặc điểm đau thất ngực, LVEF và LDL-C không có liên quan đến điểm Syntax tồn dư > 8 và < 8. Kết quả này có thể giải thích do nghiên cứu chúng tôi chọn lựa thân tái tưới máu theo siêu âm dobutamine, nên giảm được các nhánh hẹp tồn lưu có vùng chi phối cơ tim lớn.

Xuất huyết nặng sau 12 tháng can thiệp: Trong nghiên cứu chúng tôi, tiếp cận đường ĐM quay được sử dụng chủ yếu chiếm 76,3%, vì vậy giảm biến chứng chảy máu chỗ tiếp cận. Do đó, xuất huyết sau PCI liên quan đến sử dụng chống ngưng tập tiểu cầu hoặc có thể kháng đông uống. Theo kết quả nghiên cứu bảng 3.29, tỉ lệ xuất huyết nặng là 3,4%. Kết quả này phù hợp với tác giả Sara A. và cs, nghiên cứu 424 bệnh nhân đặt stent phủ thuốc, theo dõi sau 12 tháng tỉ lệ xuất huyết nặng theo tiêu chuẩn BARC là 3,5%.

Tương quan giữa thiếu máu, dùng kháng đông lúc nhập viện và xuất huyết nặng sau theo dõi 12 tháng: theo kết quả nghiên cứu bảng 3.29, sau 12 tháng PCI, nhóm có thiếu máu trước PCI làm tăng khả năng xuất huyết nặng gấp 14,29 lần (KTC 95%: 2,46-82,85) so với nhóm không thiếu máu, kết quả này phù hợp với tác giả Line D. và cs, nghiên cứu ở 2837 bệnh nhân bệnh ĐMV mạn tính đặt stent, nhóm có thiếu máu làm tăng nguy cơ chảy máu nặng 2,18 lần sau 3 năm theo dõi. Theo nghiên cứu chúng tôi, bệnh nhân có dùng thuốc kháng đông mới do rung nhĩ sau PCI làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng 40,75 lần (KTC95%: 6,5 - 265,5).

Biến cố tim mạch gộp trong thời gian theo dõi 12 tháng:

Biến cố tim mạch gộp trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm: tử vong, đột quy, NMCT, lập lại tái tưới máu. Theo kết quả bảng 3.30, tỉ lệ biến cố tim mạch gộp của chúng tôi là 10,7%. Do tần suất xảy ra các biến cố thấp và hạn chế về cỡ mẫu nên nghiên cứu chúng tôi quyết định không phân tích từng biến cố đơn độc. Tỉ lệ biến cố tim mạch gộp của chúng tôi phù hợp với tác giả Patrick S. và cs, nghiên cứu 299 bệnh nhân bệnh 03 thân ĐMV mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 , được PCI đặt stent phủ thuốc, theo dõi 12 tháng, tỉ lệ biến cố tim mạch gộp (tử vong, đột quy, NMCT, lập lại tái tưới máu) là 13,5%. Tác giả Chang W. N. và cs, nghiên cứu 167 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 , được PCI đặt stent phủ thuốc theo dõi 12 tháng, biến cố tim mạch gộp (tử vong, NMCT, tái tưới máu) là 8,4%.

Tỷ lệ tái tưới máu sau PCI là 4% (xảy ra 7 trường hợp): tái tưới máu 7 trường hợp chẩn đoán NMCTKST chênh lên, 4 ca tái hẹp trong stent tếp khu trú $< 10\text{mm}$, 3 trường hợp do tiến triển của tổn thương có trước ngoài vị trí stent. Như vậy, tính riêng tái hẹp trong stent là 2,26% (4/177), đây là tỉ lệ tái hẹp thấp sau đặt stent ĐMV bệnh nhân hẹp 03 thân, điều này có thể giải thích nghiên cứu chúng tôi sử dụng stent phủ thuốc thế hệ mới, tổn thương điểm Syntax ≤ 22 , đường kính stent trung bình lớn $2,92 \pm 0,42\text{ mm}$, các kỹ thuật can thiệp mới cũng như được kiểm soát rất chặt chẽ các yếu tố nguy cơ VXĐM.

Biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng khác biệt giữa nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) và không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0): Sau khi kiểm tra tính tương đồng đặc điểm chung của 2 nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) và không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0), biến cố tim mạch gộp nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) là 13,3% và nhóm tái tưới máu hoàn

toàn (Syntax tồn dư = 0) là 2,4% với $p=0,048$. Nhóm tái tưới máu không hoàn toàn, vùng cơ tim thiếu máu cục bộ tồn lưu cao có thể là nguyên nhân gây biến cố tim mạch và đau thắt ngực sau khi tái tưới máu ĐMV. Tác giả Head S. J. và cs nghiên cứu 544 bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn tính được PCI bằng stent phủ thuốc, tỉ lệ biến cố tim mạch gộp (tử vong, NMCT, đột quỵ, lập lại tái tưới máu mạch) sau 5 năm ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) là 32,7% thấp hơn so với nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) là 42,6% với $p<0,01$. Tác giả Young B. S. và cs nghiên cứu 873 hẹp 03 thân ĐMV được PCI bằng stent phủ thuốc sau 35 tháng theo dõi tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) biến cố tim mạch gộp (tử vong, NMCT, lập lại tái tưới máu) thấp hơn nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) (HR 0,64; 95% CI 0,46–0,88; $p < 0,01$).

4.3.7. Mối liên quan giữa yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng và nguy cơ ĐMV với biến cố tim mạch gộp bệnh nhân hẹp 03 thân ĐMV mạn được PCI

Theo kết quả bảng 3.33, có liên quan giữa nhóm ĐTĐ với biến cố tim mạch gộp với $p<0,05$. Nhóm có ĐTĐ thì tỉ lệ biến cố tim mạch gộp tăng gấp 4,31 lần (KTC 95%: 1,4-13,25, $p<0,05$). Kết quả chúng tôi phù hợp với tác giả Elvin K. và cs nghiên cứu 3,167 bệnh nhân ĐTĐ và 3,167 bệnh nhân không ĐTĐ được đặt stent phủ thuốc, sau 12 tháng theo dõi tỉ lệ biến cố tim mạch gộp tăng 1,5 lần ở nhóm ĐTĐ (KTC 95%:1,29-1,74, $p<0,0001$, 13,9% so với 9,4%). Tác giả Ibrahim A. và cs, ĐTĐ tăng biến cố tim mạch: nghiên cứu 1,659 bệnh nhân ĐTĐ và 3,559 không ĐTĐ được đặt stent phủ thuốc, theo dõi 1 năm, nhóm ĐTĐ tăng nguy cơ tử vong (5,6 vs 3,4%; $p < 0,01$), NMCT (4,8 vs 3,4%; $p = 0,05$), đột quỵ (1,7 vs 0,9%; $p < 0,05$), biến cố tim mạch gộp (10,9 vs 7,1%; $p < 0,001$).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 177 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp 03 thân ĐMV mạn tính, điểm Syntax ≤ 22 được can thiệp qua da tại BV Tim Tâm Đức từ 01/2017 đến 07/2021, chúng tôi xin đưa ra một số kết luận như sau:

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng ở bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có Syntax ≤ 22 được can thiệp qua da.

- Tuổi trung bình là $65,94 \pm 10,85$, nam giới chiếm tỉ lệ 67,2%.
- Yếu tố nguy cơ ĐMV: THA 89,8%, RLLP 88,1%, ĐTĐ 44,1%, HTL 14,1%, tiền sử gia đình bệnh ĐMV 11,3% và BMI trung bình $23,82 \pm 2,94 \text{ kg/m}^2$
- Đau thắt ngực CCS III chiếm 51,9%, đau thắt ngực CCS II chiếm 47,5%, đau thắt ngực CCS I chiếm 0,6%.
- Bệnh đồng mắc: bệnh thận mạn chiếm 20,3%, rung nhĩ cần dùng kháng đông mới 6,8%, thiếu máu 14,1%, COPD 11,9%.
- LVEF trung bình $60,34 \pm 11,75\%$. Tỷ lệ LVEF $> 50\%$ chiếm 81,4%.
- Phân tầng nguy cơ bằng siêu âm dobutamine: nguy cơ trung bình 21,5%, nguy cơ cao 78,5%.
- Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương: LM là 18,6%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và RCA 100%.
- Điểm Syntax trung bình $15,84 \pm 3,85$, với khoảng điểm từ 7 đến 22. Điểm Syntax tồn dư: $3,37 \pm 2,97$.
- Tỷ lệ mỗi thân ĐMV được tái tưới máu: LM là 18,6%, LAD là 85,3%, LCX là 47,5% và RCA là 58,2%.
- Số stent trung bình/bệnh nhân là $2,61 \pm 0,95$.

2. Kết quả điều trị bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn

tính có Syntax \leq 22 bằng can thiệp qua da sau 12 tháng.

- Trong thời gian nằm viện: tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS \leq 1 đạt 98,3%, biến cố tim mạch gộp là 1,7%, xuất huyết nặng 1,7%.

- Tại thời điểm theo dõi 30 ngày: tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS \leq 1 đạt 98,3%, biến cố tim mạch gộp là 1,7%, xuất huyết nặng 1,7%.

- Tại thời điểm theo dõi 3 tháng: tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS \leq 1 đạt 98,3%, biến cố tim mạch gộp là 1,7%, xuất huyết nặng 2,3%

- Tại thời điểm theo dõi 6 tháng: tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS \leq 1 đạt 98,3%, biến cố tim mạch gộp là 1,7%, xuất huyết nặng 2,3%.

- Tại thời điểm theo dõi 12 tháng:

- + Có cải thiện đau thắt ngực so với trước PCI trên mẫu chung, tỷ lệ biến đổi về CCS \leq I là 93,2%, tỷ lệ biến đổi về hết đau thắt ngực là 89,3%. Nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) cải thiện đau thắt ngực 97,6% tốt hơn so với nhóm tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) 74,1%.

- + Có cải thiện LVEF (%) trung bình sau theo dõi 12 tháng can thiệp $68,06 \pm 11,69\%$ so với $60,34 \pm 11,75\%$ trước can thiệp.

- + Biến cố tim mạch gộp trên mẫu chung là 10,7%, ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn (Syntax tồn dư = 0) thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn (Syntax tồn dư > 0) (2,4% so với 13,3%). Không ghi nhận bệnh nhân nào tử vong trong quá trình nghiên cứu.

- + Đái tháo đường làm tăng nguy cơ biến cố tim mạch gộp 5,64 lần so với nhóm không đái tháo đường.

- + Xuất huyết nặng: Dùng thuốc kháng đông mới làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng 40,75 lần so với nhóm không sử dụng thuốc kháng đông mới. Thiếu máu trước can thiệp làm tăng nguy cơ xuất huyết nặng gấp 14,29 lần so với nhóm không thiếu máu.

**DANH MỤC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU
LIÊN QUAN ĐẾN LUẬN ÁN ĐÃ ĐƯỢC CÔNG BỐ**

1. Hồ Minh Tuấn, Phạm Thái Giang, Vũ Điện Biên (2022), Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính, Vol.17, No.1, Tạp chí y dược học lâm sàng 108.
2. Hồ Minh Tuấn, Phạm Thái Giang, Vũ Điện Biên (2022), Đánh giá kết quả lâm sàng ngắn hạn của bệnh nhân hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính được can thiệp qua da, Vol.17, No.1, Tạp chí y dược học lâm sàng 108.