

lệ chiều rộng tổn khuyết so với chu vi, và dựa trên thể trạng và bệnh lý nền. Các bệnh nhân có bệnh lý như đái tháo đường, suy giảm miễn dịch, bệnh lý mạch máu... sẽ có nguy cơ cao thiếu dưỡng mep và hoại tử tại vị trí kéo, do đó cần cân nhắc kĩ khi đưa ra chỉ định. Với bệnh nhân trẻ tuổi, không có bệnh lý nền, nên ưu tiên lựa chọn phương pháp đóng trì hoãn để đạt kết quả tốt về chức năng và thẩm mỹ. Về tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi chi thể, chúng tôi chưa tìm thấy tài liệu nào nói về giới hạn khả năng đóng trực tiếp, tuy nhiên thực tế lâm sàng chúng tôi cho rằng khi tỉ lệ này quá cao, thời gian kéo giãn kéo dài, khả năng đóng trực tiếp giảm, nguy cơ thiếu dưỡng và nhiễm trùng trong quá trình thực hiện tăng. Do đó chúng tôi đưa số liệu tỉ lệ trong case lâm sàng, với mong muốn vấn đề này sẽ được làm rõ hơn trong các nghiên cứu kế tiếp.

#### IV. KẾT LUẬN

Khuyết phần mềm chi thể sau phẫu thuật mở cân căng chân có nhiều phương án lựa chọn. Dựa vào thể trạng bệnh nhân và tỉ lệ chiều rộng tổn khuyết/chu vi, phẫu thuật viên có thể dựa vào chất liệu đơn giản sẵn có để đóng trực tiếp trì hoãn, mang lại kết quả tốt.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kakagia D.** How to Close a Limb Fasciotomy Wound: An Overview of Current Techniques. *Int J Low Extrem Wounds.* 2015;14(3):268-276.

- doi:10.1177/1534734614550310
2. **Sraj S, Henderson JT, Bramer M, Gelman J.** Principles of Fasciotomy Closure After Compartment Syndrome Release. *J Am Acad Orthop Surg.* 2022;30(18):879-887. doi:10.5435/JAAOS-D-21-01046
  3. **Yoo JJ, Fullerton N, Hui-Chou HG.** Continuous External Tissue Expansion Closure Technique for Management of Forearm Compartment Syndrome Releases and Simple Upper-Extremity Wounds. *J Hand Surg.* 2021;46(7):630.e1-630.e9. doi:10.1016/j.jhsa.2021.01.008
  4. **Johnson LS, Chaar M, Ball CG, et al.** Management of extremity fasciotomy sites prospective randomized evaluation of two techniques. *Am J Surg.* 2018;216(4):736-739. doi:10.1016/j.amjsurg.2018.07.033
  5. **Harris I.** Gradual closure of fasciotomy wounds using a vessel loop shoelace. *Injury.* 1993;24(8):565-566. doi:10.1016/0020-1383(93)90040-D
  6. **Taylor RC, Reitsma BJ, Sarazin S, Bell MG.** Early results using a dynamic method for delayed primary closure of fasciotomy wounds. *J Am Coll Surg.* 2003;197(5):872-878. doi:10.1016/S1072-7515(03)00646-X
  7. **Matt SE, Johnson LS, Shupp JW, Kheirbek T, Sava JA.** Management of Fasciotomy Wounds- Does the Dressing Matter? *Am Surg.* 2011;77(12):1656-1660. doi:10.1177/000313481107701238
  8. **Kakagia D, Karadimas EJ, Drosos G, Ververidis A, Trypsiannis G, Verettas D.** Wound closure of leg fasciotomy: Comparison of vacuum-assisted closure versus shoelace technique. A randomised study. *Injury.* 2014;45(5):890-893. doi:10.1016/j.injury.2012.02.002

## ĐẶC ĐIỂM TỔN THƯƠNG VÀ KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH CÓ KHOAN CẮT MÀNG XƠ VỮA VÔI HÓA BẰNG ROTABLATOR Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH KIÊN GIANG

Lâm Hữu Giang<sup>1</sup>, Trần Việt An<sup>2</sup>, Huỳnh Trung Cang<sup>1</sup>,  
Danh Lâm Mỹ Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thế Bảo<sup>2</sup>

#### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp tái tạo mạch máu đã và đang được sử dụng phổ biến nhất hiện nay cho bệnh động mạch vành tắc nghẽn. Từ năm 2020, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang đã trang bị hệ thống khoan cắt màng xơ vữa Rotablator và đang từng bước triển khai thủ thuật này cho các bệnh nhân có chỉ định. **Mục tiêu:**

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Lâm Hữu Giang, Trần Việt An

Email: huugiangler@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 13.6.2024

Ngày duyệt bài: 4.7.2024

Khảo sát đặc điểm tổn thương và kết quả điều trị can thiệp động mạch vành có khoan cắt màng xơ vữa bằng Rotablator ở bệnh nhân hội chứng vành mạn tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Chúng tôi tuyển chọn được 260 bệnh nhân mắc HCVM, trong đó có 40 bệnh nhân có chỉ định khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa bằng Rotablator. **Kết quả:** Độ tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 67,33 ± 10,34 tuổi, nam giới chiếm 55,8%. Phần lớn bệnh nhân có tiền sử mắc tăng huyết áp (84,9%) và bệnh mạch vành (70,4%). Đau ngực độ III theo CCS chiếm 50,8% và 78,2% không có suy tim. Tổn thương 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh ĐMV lần lượt là 37,7%, 24,2% và 38,1%, trong đó 65,8% không có vôi hoá ĐMV, vị trí tổn thương thường gặp nhất là động mạch liên thất trước (86,9%), tiếp theo là động mạch vành phải (67,7%) và động mạch mũ

(55,8%). Chiến lược RA lần đầu được tiến hành trên 87,5% bệnh nhân. Đường vào là động mạch quay phải chiếm 99,6%, với ống thông 6F chiếm tới 99,2%. Tất cả các bệnh nhân đều chỉ sử dụng một đầu khoan với kích thước là 1,25 mm chiếm 87,5%, tốc độ khoan trung bình lớn nhất là  $181750 \pm 4425,31$  vòng/phút, tổng thời gian khoan trung bình là  $53,1 \pm 23,29$  giây. Kết quả điều trị thành công là 100% và hầu hết không có biến chứng trong lúc thực hiện RA. **Kết luận:** Đa phần các bệnh nhân HCVM có tổn thương phối hợp nhiều nhánh ĐMV. Tất cả các bệnh nhân mắc HCVM được can thiệp bằng thủ thuật RA đều thành công và hầu hết không có biến chứng trong lúc thủ thuật.

**Từ khóa:** Hội chứng vành mạn (HCVM), xơ vữa mạch vành, Rotablator (RA), động mạch vành.

## SUMMARY

### INJURY CHARACTERISTICS AND OUTCOMES OF CORONARY ARTERY INTERVENTION WITH ATHERECTOMY USING ROTABLATOR IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE AT A MULTI-SPECIALTY IN KIEN GIANG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Background:** Transradial coronary artery intervention is the most commonly used method for revascularization in coronary artery disease. Since 2020, Kien Giang Provincial General Hospital has equipped the Rotablator atherectomy system and has been gradually implementing this procedure for indicated patients. **Objectives:** Surveying the characteristics of injury and treatment outcomes of coronary artery intervention with Rotablator atherectomy in patients with coronary artery disease at Kien Giang Provincial General Hospital. **Materials and methods:** We selected 260 patients with coronary artery disease (CAD), including 40 patients indicated for Rotablator atherectomy for coronary atherosclerosis. **Results:** The average age of the study population was  $67,33 \pm 10,34$  years, with males accounting for 55,8%. The majority of patients had a history of hypertension (84,9%) and coronary artery disease (70,4%). CCS class III angina was present in 50,8% of cases, and 78,2% had no heart failure. Single-vessel, two-vessel, and three-vessel coronary artery disease were observed in 37,7%, 24,2%, and 38,1% of cases, respectively, with 65,8% showing no calcification. The most common lesion location was the left anterior descending artery (86,9%), followed by the right coronary artery (67,7%) and circumflex artery (55,8%). Rotablator atherectomy was initially performed in 87,5% of patients. The transradial approach was used in 99,6% of cases, with 6F guiding catheters in 99,2%. All patients used a single burr, with a 1,25 mm size in 87,5% of cases. The mean drilling speed was  $181750 \pm 4425,31$  rotations per minute, and the total drilling time averaged  $53,1 \pm 23,29$  seconds. Treatment success rate was 100%, with few complications observed during the procedure. **Conclusion:** The majority of patients with coronary artery disease have complex lesions involving multiple coronary arteries. All patients with coronary artery disease who underwent Rotablator atherectomy

intervention were successful, with few complications observed during the procedure. **Keywords:** Coronary artery disease (CAD), coronary atherosclerosis, Rotablator (RA), coronary arteries.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hiệp hội tim mạch Hoa Kỳ năm 2019 công bố tỷ lệ tử vong do bệnh động mạch vành tại Mỹ là 874,613 ca. Năm 2020, có khoảng 19 triệu ca tử vong do bệnh động mạch vành trên toàn cầu, tỷ lệ này tăng 18,7% so với năm 2010.

Can thiệp động mạch vành qua da là phương pháp tái tạo mạch máu đã và đang được sử dụng phổ biến nhất hiện nay cho bệnh động mạch vành tắc nghẽn. Trong đó, cắt gọt mảng xơ vữa bằng mũi khoan là thủ thuật được áp dụng đối với các tổn thương phức tạp, nhằm loại bỏ một cách chọn lọc mảng xơ vữa vôi hóa, ít gây chấn thương mô lành, giúp cho việc đưa dụng cụ, nong bóng và đặt stent thuận lợi hơn.

Hiện tại, Việt Nam đã có nhiều trung tâm thực hiện kỹ thuật khoan cắt mảng xơ vữa động mạch vành vôi hóa, nhưng tập trung chủ yếu tại TP Hồ Chí Minh và Hà Nội. Từ năm 2020, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang đã trang bị hệ thống khoan cắt mảng xơ vữa Rotablator và đang từng bước triển khai thủ thuật này cho các bệnh nhân có chỉ định. Do đây là kỹ thuật quan trọng lần đầu tiên được thực hiện tại bệnh viện nên việc đánh giá kết quả, kinh nghiệm là điều hết sức cần thiết. Nhằm cung cấp thêm cơ sở khoa học khi ứng dụng phương pháp này vào can thiệp tổn thương mạch vành vôi hóa, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả các bệnh nhân nhập vào khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang được chẩn đoán hội chứng mạch vành mạn, có chỉ định can thiệp động mạch vành và tổn thương vôi hóa động mạch vành có chỉ định khoan cắt bằng Rotablator.

### Tiêu chuẩn lựa chọn:

- (1) Bệnh nhân được chẩn đoán HCVM [2].
  - + Bệnh nhân có 1 trong 6 thể lâm sàng của HCVM theo ESC 2019 [2].
  - + Chụp ĐMV có hẹp > 50% đường kính tham chiếu trở lên [2].
- (2) Có một trong các chỉ định chụp và can thiệp ĐMV qua da theo khuyến cáo BYT [1]:
- (3) Bệnh nhân HCVM có một trong các chỉ định khoan cắt mảng xơ vữa vôi hóa bằng Rotablator theo khuyến cáo của AHA/ACC năm 2011. Khuyến cáo IIa, mức độ bằng chứng C [10].
  - + Tổn thương mạch vành vôi hóa nhiều mà việc nong bằng bóng thông thường không ở

được toàn bộ, tuy nhiên tổn thương có thể đưa guidewire qua được hoặc bóng không nở được toàn bộ trước khi đặt stent.

+ Tổn thương nguyên bản (de novo) (tức là tổn thương lần đầu) có chiều dài < 25 mm.

(4) Bệnh nhân đồng ý tham gia nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:**

Bệnh nhân nặng: nhiễm trùng nặng, choáng tim, thở máy, dùng vận mạch liều cao.

Bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc chống kết tập tiểu cầu.

Tắc hoàn toàn mạch vành, không đưa guidewire qua được.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu**

**Thiết kế nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang có phân tích, can thiệp lâm sàng không nhóm chứng.

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ, lấy tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu và không có tiêu chuẩn loại trừ đến khám và điều trị khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Kiên Giang trong thời gian nghiên cứu. Thực tế, chúng tôi tuyển chọn được 260 bệnh nhân mắc HCVM, trong đó có 40 bệnh nhân có chỉ định khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa bằng Rotablator.

**Nội dung nghiên cứu:**

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, tiền sử bản thân.

- Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu: tính chất đau ngực theo phân loại CCS chia thành 5 nhóm (không đau ngực, CCS I, CCS II, CCS III, CCS IV), phân độ suy tim theo NYHA chia thành 5 nhóm (không suy tim, NYHA I, NYHA II, NYHA III, NYHA IV)

- Đặc điểm tổn thương ĐMV của đối tượng nghiên cứu: số nhánh ĐMV tổn thương chia 3 nhóm (1 nhánh, 2 nhánh, 3 nhánh), vị trí ĐMV bị tổn thương chia 4 nhóm (thân chung ĐMV trái, động mạch liên thất trước, động mạch mũ, động mạch vành phải), mức độ vôi hoá ĐMV dựa trên hình ảnh chụp mạch vành chia thành 4 nhóm (không vôi hoá, nhẹ, trung bình, nặng), phân loại dòng chảy chất cản quang trong lòng ĐMV (TIMI) gồm 4 giá trị 0, 1, 2, 3, 4.

- Đánh giá thành công của thủ thuật can thiệp có khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa:

+ Thành công về mặt thủ thuật: đạt được khi bệnh nhân thành công về mặt chụp mạch và không bị biến chứng nặng trong thời gian nằm viện (tử vong, nhồi máu cơ tim, bắc cầu nối chủ-vành cấp cứu) [3].

+ Thành công chụp mạch khi sau thủ thuật làm rộng lòng mạch tại vị trí can thiệp với đường kính hẹp tối thiểu giảm đi còn < 20% và dòng chảy đạt mức độ TIMI 3 [3].

+ Thành công về mặt lâm sàng bao gồm thành công về mặt chụp mạch và thành công về mặt thủ thuật cùng với giảm triệu chứng và/hoặc dấu hiệu thiếu máu cơ tim khi bệnh nhân hồi phục sau thủ thuật [3].

+ Biến chứng trong thủ thuật biến định tính (có hoặc không) bao gồm dòng chảy chậm/không có dòng chảy, thủng mạch vành, bóc tách ĐMV, rối loạn nhịp chậm, kẹt đầu khoan, đặt máy tạo nhịp tạm thời.

- Các bước tiến hành kỹ thuật khoan cắt màng xơ vữa (Rotational Atherectomy - RA) [1]:

+ Tất cả bệnh nhân, thân nhân được giải thích đầy đủ về chỉ định, lợi ích, nguy cơ và chi phí thực hiện thủ thuật; ký biên bản đồng ý.

+ Chúng tôi sử dụng hệ thống Rotablator TM (Boston Scientific, Marlborough, MA, USA).

+ Lập đường vào động mạch và chụp ĐMV theo quy trình.

+ Chọn kích cỡ mũi khoan: nên bắt đầu với mũi khoan nhỏ (1,25-1,5 mm), sau đó tăng dần kích cỡ và tránh vượt quá 80% kích thước mạch vành. Cài đặt tốc độ khoan của đầu khoan. Tốc độ khoan thường là 140.000 đến 180.000 vòng/phút, tùy theo kích cỡ mũi khoan.

+ Sau khi đã hoàn tất quá trình khoan cắt màng xơ vữa. Kéo mũi khoan ra, tiến hành nong bóng và đặt stent mạch vành như các ca can thiệp thông thường khác.

**Thu thập dữ liệu:** Các đối tượng tham gia vào nghiên cứu được thu thập đầy đủ thông tin cá nhân, bệnh sử và đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng cần thiết vào một phiếu thu thập số liệu thống nhất.

Các bệnh nhân được tiến hành chụp DSA mạch vành và đánh giá mức độ tổn thương.

Các đối tượng nghiên cứu được can thiệp động mạch vành có khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa, sau đó theo dõi và đánh giá kết quả điều trị.

**Xử lý và phân tích dữ liệu:** Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 26.0.

**III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**

**Bảng 14. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu**

	Đặc điểm	Tần số	Tỷ lệ (%)
Tuổi	< 60	57	21,9
	≥ 60	203	78,1
	TB ± ĐLC	67,33 ± 10,34	
Giới tính	Nam	145	55,8
	Nữ	115	44,2
Tiền sử bản thân	Bệnh mạch vành	183	70,4
	Đặt Stent ĐMV	63	24,2
	Hút thuốc lá	51	19,6
	Béo phì	27	10,4

Rối loạn lipid máu	86	33,1
Đái tháo đường	96	36,9
Tăng huyết áp	220	84,9
Bệnh thận mạn	12	4,6

**Nhận xét:** Trong 260 bệnh nhân HCVM tham gia nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 67,33 ± 10,34 tuổi, trong đó đa phần bệnh nhân có độ tuổi từ 60 trở lên chiếm 78,1%. Tỷ lệ nam và nữ tương đối bằng nhau (55,8% và 44,2%). Về tiền sử bản thân, phần lớn bệnh nhân có tiền sử mắc tăng huyết áp (84,9%) và bệnh mạch vành (70,4%). Ngoài ra, chúng tôi còn ghi nhận đối tượng có đái tháo đường, rối loạn lipid máu, đặt stent ĐMV, hút thuốc lá và béo phì lần lượt chiếm 36,9%, 33,1%, 24,2%, 19,6% và 10,4%, trong khi bệnh thận mạn chỉ xuất hiện ở 4,6% bệnh nhân.

**Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng của đối tượng nghiên cứu**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Tính chất đau ngực	Không đau ngực	52	20,0
	CCS I	10	3,8
	CCS II	61	23,5
	CCS III	132	50,8
	CCS IV	5	1,9
Suy tim	Không suy tim	198	76,2
	NYHA I	1	0,4
	NYHA II	14	5,4
	NYHA III	41	15,8
	NYHA IV	6	2,3

**Nhận xét:** Phần lớn bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có biểu hiện đau ngực, trong đó thường gặp nhất là đau ngực độ III theo CCS chiếm 50,8%, tiếp đến là CCS II chiếm 23,5%. Ngược lại, CCS I, CCS IV chỉ chiếm tỷ lệ lần lượt là 3,8%, 1,9%. Bên cạnh đó, ghi nhận 76,2% đối tượng không có suy tim, trong khi các bệnh nhân có suy tim chủ yếu là NYHA III.

**Bảng 3. Đặc điểm tổn thương động mạch vành**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Số nhánh ĐMV tổn thương	1 nhánh	98	37,7
	2 nhánh	63	24,2
	3 nhánh	99	38,1
Vị trí ĐMV bị tổn thương	Thân chung ĐMV trái	29	11,2
	Động mạch liên thất trước	226	86,9
	Động mạch mũ	145	55,8
Mức độ vôi hoá ĐMV	Động mạch vành phải	176	67,7
	Không vôi hoá	171	65,8
	Nhẹ	7	2,7
	Trung bình	38	14,6
	Nặng	44	16,9

**Nhận xét:** Đa số các bệnh nhân bệnh mạch

vành có tổn thương nhiều nhánh ĐMV, cụ thể tỷ lệ tổn thương 2 nhánh và 3 nhánh ĐMV lần lượt là 24,2% và 38,1%. Vị trí tổn thương thường gặp là động mạch liên thất trước (86,9%), động mạch vành phải (67,7%), động mạch mũ (55,8%) và tổn thương ở động mạch vành trái chỉ xuất hiện ở 11,2% bệnh nhân. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu không có vôi hoá động mạch vành (65,8%), trong khi ở các bệnh nhân có vôi hoá động mạch vành chủ yếu là mức độ trung bình và nặng.

**Bảng 4. Kết quả thực hiện thủ thuật khoan cắt mảng xơ vữa vôi hóa**

Đường vào	Động mạch quay (P), n(%)	259	99,6
	Động mạch đùi (P), n (%)	1	0,4
Ống thông	6F, n (%)	258	99,2
	7F, n (%)	2	0,8
Vị trí thực hiện RA	ĐM liên thất trước, n (%)	36	90,0
	ĐMV phải, n (%)	4	10,0
	ĐM mũ, n (%)	0	0,0
Chiến lược RA	Lần đầu, n (%)	35	87,5
	Cứu vãn, n (%)	5	12,5
Kích thước đầu khoan	Đầu khoan 1,25 mm, n(%)	34	85,0
	Đầu khoan 1,5 mm n (%)	6	15,0
	Đầu khoan 1,75 mm, n(%)	0	0,0
Số lượng đầu khoan	1, n (%)	40	100
Các thông số kỹ thuật khoan	Số lần khoan (lần)	8	
	Tổng thời gian khoan (giây)	53,1 ± 23,29	
	Tốc độ khoan lớn nhất (vòng/phút)	181750 ± 4425,31	
Số lượng stent	1 stent, n (%)	16	40,0
	2 stent, n (%)	19	47,5
	3 stent, n (%)	5	12,5
	Trước khoan	Sau khoan	Sau đặt stent
Đường kính bóng nong lớn nhất (mm)	2,32 ± 0,47	2,61 ± 0,3	3 ± 0,31
Chiều dài bóng lớn nhất (mm)	17,75 ± 3,24	17,41 ± 3,17	38,69 ± 7,99
Áp lực nong bóng lớn nhất (atm)	14,25 ± 2,92	12,28 ± 2,19	15,64 ± 1,98

**Nhận xét:** Chiến lược RA lần đầu được tiến hành trên 87,5% bệnh nhân. Động mạch quay phải là vị trí được lựa chọn để bắt đầu thủ thuật, ngoại trừ 1 trường hợp bắt đầu từ động mạch đùi phải. Hầu như tất cả trường hợp đều sử dụng ống thông 6F (99,2%). Tất cả đều được sử dụng một đầu khoan, kích thước chủ yếu là 1,25 mm chiếm 87,5%, tốc độ khoan trung bình lớn nhất là 181750 ± 4425,31 vòng/phút. Mỗi bệnh nhân được khoan 8 lần và tổng thời gian khoan trung bình là 53,1 ± 23,29 giây. Đa phần các bệnh nhân được đặt 1 stent và 2 stent chiếm tỷ

lệ lần lượt là 40% và 47,5%, trong đó vị trí thực hiện RA hầu hết ở động mạch liên thất trước (90%).

**Bảng 5. Đánh giá thành công của thủ thuật can thiệp có khoan cắt màng xơ vữa vôi hóa**

Đặc điểm		Tần số	Tỷ lệ (%)
Thành công về mặt thủ thuật		40	100
Thành công chụp mạch		40	100
Thành công về mặt lâm sàng		40	100
Biến chứng trong thủ thuật	Dòng chảy chậm/ không có dòng chảy	0	0
	Thủng mạch vành	0	0
	Bóc tách ĐMV	0	0
	Rối loạn nhịp chậm	0	0
	Kết đầu khoan	1	2,5
	Đặt máy tạo nhịp tạm thời	1	2,5

**Nhận xét:** Tất cả các bệnh nhân mắc HCVM được can thiệp bằng thủ thuật RA đều được điều trị thành công về mặt thủ thuật, lâm sàng và chụp mạch. Hầu hết các bệnh nhân không có biến chứng trong lúc thủ thuật, ngoại trừ chỉ có 1 trường hợp ghi nhận kết đầu khoan và 1 bệnh nhân phải đặt máy tạo nhịp tạm thời.

#### IV. BÀN LUẬN

Đa số bệnh nhân HCVM trong nghiên cứu của chúng tôi có tổn thương từ 2 đến 3 nhánh ĐMV, tập trung chủ yếu ở động mạch liên thất trước, động mạch vành phải và động mạch mũ. Phần lớn các đối tượng nghiên cứu không có vôi hoá động mạch vành và hầu hết các bệnh nhân có dòng chảy TIMI 3 trong lòng ĐMV tổn thương. 100% đối tượng được can thiệp RA có kết quả điều trị thành công, trong đó hầu hết không có biến chứng trong lúc thực hiện thủ thuật.

Nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đối tượng có độ tuổi trung bình là  $67,33 \pm 10,34$ , nhóm tuổi  $\geq 60$  chiếm tới 78,1%. Tỷ lệ nam và nữ tương đối bằng nhau. Về tiền sử bản thân, tăng huyết áp và bệnh mạch vành là 2 bệnh thường gặp nhất. Kết quả này có sự tương đồng với nghiên cứu của Lê Tấn Đạt [5] khảo sát trên 157 bệnh nhân HCVM ghi nhận tuổi trung bình  $66,5 \pm 11$ , trong đó từ 60 tuổi trở lên chiếm 77,1%, nam chiếm 58,6% và tăng huyết áp là bệnh lý phổ biến nhất.

Về đặc điểm lâm sàng, đa phần đối tượng trong nghiên cứu có đau ngực CCS III và CCS II. Điều này cũng đã được báo cáo trong nghiên cứu của Lê Duy Thành với tỷ lệ đau ngực CCS III là 58%, CCS II 24,6%. Trong khi đó, nghiên cứu ở các nước phát triển ghi nhận đau ngực CCS II chiếm đến 60% [9]. Điều này có thể lý giải do

mạng lưới y tế gia đình bao phủ rộng ở các nước phát triển giúp khả năng tiếp cận và phát hiện sớm các bệnh lý về tim mạch ở các bệnh nhân khi các triệu chứng còn nhẹ. Ngoài ra, chúng tôi phát hiện có 23,8% bệnh nhân HCVM có suy tim kèm theo, trong khi đó nghiên cứu của Vũ Hoàng Vũ ghi nhận tỷ lệ suy tim lên đến 36,9% [7]. Sự khác biệt này là do nghiên cứu trên được thực hiện trên bệnh nhân có chỉ định can thiệp động mạch vành qua da, trong khi nghiên cứu của chúng tôi chỉ khảo sát trên bệnh nhân bệnh mạch vành mạn.

Các bệnh nhân HCVM trong nghiên cứu của chúng tôi đa số có tổn thương 1 nhánh, 2 nhánh và 3 nhánh ĐMV lần lượt là 37,7%, 24,2% và 38,1%, trong đó 65,8% không có vôi hoá ĐMV. Vị trí tổn thương thường gặp nhất là động mạch liên thất trước (86,9%), tiếp theo là động mạch vành phải (67,7%) và động mạch mũ (55,8%). Điều này tương tự như nghiên cứu trước đây nhận thấy nhánh liên thất trước có tổn thương chiếm cao nhất 80,7%; kể đến động mạch vành phải tổn thương chiếm 70,6 % và nhánh mũ chiếm 66,4%. Số nhánh hẹp là 1, 2 và 3 chiếm tỷ lệ lần lượt là 6,12%, 20,1% và 47,1% [1]. Có thể thấy rằng bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn thường có tổn thương phức tạp, không tổn thương đơn độc mà phối hợp nhiều nhánh mạch vành.

Các nghiên cứu trên thế giới đã chứng minh rằng chiến lược RA thì đầu mang lại nhiều lợi ích hơn RA cứu vãn [8]. Do đó, trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần thực hiện chiến lược RA thì đầu (87,5%). Hầu hết bệnh nhân có đường vào là động mạch quay phải, sử dụng ống thông 6F và kích thước mũi khoan nhỏ 1,25mm. Điều này là phù hợp với thiết kế ống thông 6F phù hợp với đầu khoan có kích thước dưới 1,75mm, nếu mũi khoan trên 2mm cần sử dụng ống 7F. Kích thước động mạch quay tương đối nhỏ hơn động mạch đùi, các nghiên cứu tương tự khi đường vào là động mạch đùi đa phần sử dụng ống thông 7F [7]. Về các thông số kỹ thuật, tất cả bệnh nhân sử dụng một đầu khoan, số lần khoan là 8 lần, tổng thời gian khoan trung bình là  $53,1 \pm 23,29$  giây, tốc độ khoan trung bình lớn nhất là  $181750 \pm 4425,31$  vòng/phút. Các thông số này phù hợp với các hướng dẫn hiện nay [2].

Tất cả các bệnh nhân mắc HCVM được can thiệp bằng thủ thuật RA đều được điều trị thành công về mặt thủ thuật, lâm sàng và chụp mạch. Hầu hết các bệnh nhân không có biến chứng trong lúc thủ thuật. Tính hiệu quả và an toàn cao của thủ thuật RA trên bệnh nhân bệnh mạch

vành mạch đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trong nước [6, 7]. Qua đó, cho thấy rằng RA là một lựa chọn tốt cho các bệnh nhân bệnh HCVM có chỉ định can thiệp ĐMV qua da, giúp tăng tỷ lệ thành công trong điều trị và giảm thiểu các biến chứng.

## V. KẾT LUẬN

Đa phần các bệnh nhân có tổn thương phổi hợp nhiều nhánh ĐMV. Tất cả các bệnh nhân mắc HCVM được can thiệp bằng thủ thuật RA đều thành công và hầu hết không có biến chứng trong lúc thủ thuật.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Bộ Y tế.** Quyết định số 5332/QĐ-BYT Về việc ban hành tài liệu chuyên môn Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành. Văn phòng Bộ Y tế. Hà Nội. 2020.
- Nguyễn Hữu Tuấn, Mạnh Hùng Phạm, Nhật Minh Phạm và cộng sự.** Kết quả của thủ thuật khoan phá mảng xơ vữa vôi hoá động mạch vành bằng Rotablator tại Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2024.108, 31-45.
- Phạm Gia Khải và cộng sự.** Khuyến cáo can thiệp động mạch vành qua da. Hội Tim mạch học Việt Nam. 2008.
- Bộ Y tế.** Hướng dẫn quy trình kỹ thuật nội khoa chuyên ngành Tim mạch. Nhà xuất bản Y học. 2017.
- Nguyễn Minh Nguyệt, Trần Việt An, Phạm Thanh Phong.** Kết quả chụp cắt lớp vi tính đa

- dây động mạch vành trên bệnh nhân nghi ngờ bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính tại Bệnh viện Đột quy Tim mạch Cần Thơ năm 2020. Tạp chí Y Dược học Cần Thơ. 2021.39, 199-203.
- Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Công Thành, Nguyễn Xuân Vinh và cộng sự.** Đánh giá an toàn và hiệu quả của khoan cắt mảng xơ vữa vôi hóa bằng Rotablator trong can thiệp động mạch vành qua da. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 2021.97, 101-112.
- Kawamoto H., Azeem L., Neil R. và cộng sự.** Planned versus provisional rotational atherectomy for severe calcified coronary lesions: Insights From the ROTATE multi-center registry. Catheterization and Cardiovascular Interventions. 2016.88(6), 881-889.
- Kotajärvi J., Anna-Maija T., Juha H. và cộng sự.** Correlation of the disease-specific Canadian Cardiovascular Society (CCS) classification and health-related quality of life (15D) in coronary artery disease patients. PloS one. 2022.17(4), e0266101.
- Levine G.N., Bates E.R., Blankenship J.C. và cộng sự.** 2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention: executive summary: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions. Catheter Cardiovasc Interv. 2012.79(3), 453-495.
- Moussa I., Di Mario C., Moses J. và cộng sự.** Coronary stenting after rotational atherectomy in calcified and complex lesions. Angiographic and clinical follow-up results. Circulation. 1997.96(1), 128-136.

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, HÌNH ẢNH NỘI SOI VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN TỔN THƯƠNG DẠ DÀY TÁ TRÀNG TRÊN BỆNH NHÂN DÙNG THUỐC KHÁNG VIÊM KHÔNG STEROID

Mã Trúc Sơn<sup>1</sup>, Kha Hữu Nhân<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Quỳnh Mai<sup>3</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Thuốc kháng viêm không steroid được biết đến là nguyên nhân đứng hàng thứ hai sau Helicobacter pylori gây nên viêm loét ở đường tiêu hóa trên. Do đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng, hình ảnh nội soi và một số yếu tố liên quan tổn thương niêm mạc dạ dày tá tràng trên đối tượng bệnh nhân dùng thuốc kháng viêm không steroid. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang có nhóm chứng trên 200

người bệnh đến khám tại Bệnh viện Quân dân y Bạc Liêu. **Kết quả:** Tỷ lệ tổn thương dạ dày có liên quan đến sử dụng NSAID là 80% ở nhóm nghiên cứu, trong khi đó tỷ lệ này ở nhóm chứng là 49%. Vị trí tổn thương dạ dày/tá tràng ở nhóm sử dụng NSAID chủ yếu là ở hang vị (77%), môn vị (22%), ít thấy tổn thương thân vị (3%) và toàn bộ dạ dày (1%). H.pylori là yếu tố thuận lợi gây viêm loét dạ dày trên bệnh nhân sử dụng NSAID. **Kết luận:** đối tượng bệnh nhân sử dụng thuốc NSAID có mối liên quan mật thiết với tình trạng viêm loét dạ dày tá tràng, đặc biệt trên đối tượng có nhiễm H.pylori kèm theo.

**Từ khóa:** kháng viêm non-steroid, viêm loét dạ dày-tá tràng, Helicobacter pylori.

### SUMMARY

**A STUDY OF THE CLINICAL CHARACTERISTICS, ENDOSCOPIC IMAGING, AND FACTORS ASSOCIATED WITH GASTRODUODENAL**

<sup>1</sup>Trung tâm Y tế thành phố Bạc Liêu

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

<sup>3</sup>Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: Mã Trúc Sơn

Email: matrucson@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.4.2024

Ngày phản biện khoa học: 14.6.2024

Ngày duyệt bài: 5.7.2024