

các trường hợp, tỷ lệ cao này phù hợp với các nghiên cứu khác [2]. Đồng thời, đường kính tĩnh mạch hiển cũng co nhỏ, giảm dần theo thời gian tại thời điểm 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng. Đường kính TMHL sau điều trị thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng giảm rõ rệt so với trước điều trị, lần lượt là $3,4 \pm 0,6$, $3,2 \pm 0,5$, $3,0 \pm 0,62$ với $p < 0,0001$. Đường kính TMHB sau điều trị thời điểm 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng giảm rõ rệt so với trước điều trị, lần lượt là $3,2 \pm 0,42$, $3,1 \pm 0,40$, $3,0 \pm 0,38$ với $p < 0,0001$.

Biến chứng thủ thuật đánh giá tại thời điểm ngay sau thủ thuật, sau điều trị 1 tháng, 3 tháng và 6 tháng cho thấy thủ thuật an toàn với tỷ lệ biến chứng thấp. Nghiên cứu của Myer thực hiện trên 404 ca sau điều trị laser nội mạch ghi nhận hai trường hợp huyết khối tĩnh mạch sâu và 1 trường hợp thuyên tắc phổi [4].

V. KẾT LUẬN

Phương pháp laser nội tĩnh mạch kết hợp với thủ thuật Muller trong điều trị SGTMNCD là phương pháp ít xâm lấn, tỉ lệ thành công cao với hiệu quả tắc mạch 100%, không tái phát sau theo dõi 6 tháng, giảm triệu chứng trên lâm sàng và trên siêu âm Doppler. Tỷ lệ biến chứng ngay sau can thiệp thấp. Không ghi nhận biến chứng nào trong thời gian theo dõi tại các thời điểm 1

tháng, 3 tháng và 6 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phan NH và cs. (2022). Kết quả bước đầu điều trị suy tĩnh mạch nông chi dưới tại khoa chẩn đoán hình ảnh bệnh viện đại học y hà nội. Vietnam J Radiol Nucl Med.. 2022;(27):18-22.
2. Lê NM và cs. (2022). Bước đầu đánh giá hiệu quả điều trị suy tĩnh mạch mạn tính bằng phương pháp đốt laser nội mạch. Vietnam J Radiol Nucl Med;(31):36-42.
3. Nguyễn Thị Cẩm Vân và cs. (2021). Kết quả điều trị suy giãn tĩnh mạch nông chi dưới bằng phương pháp đốt sóng cao tần tại Bệnh viện Trung ương Huế. Tạp Chí Y Học Lâm Sàng; (68):48-53.
4. Myers K et al. (2006). Treatment of varicose veins by endovenous laser therapy: assessment of results by ultrasound surveillance. Med J Aust;185(4):199-202.
5. Navarro L et al. (2001) Endovenous laser: a new minimally invasive method of treatment for varicose veins--preliminary observations using an 810nm diode laser. Dermatol Surg;27(2):117-122.
6. Muller R (1966). Traitement des varices par la phlebectomie ambulatoire. Phlebologie. 19:277-279.
7. Hamann SAS et al. (2019). Randomized clinical trial of endovenous laser ablation versus direct and indirect radiofrequency ablation for the treatment of great saphenous varicose veins. Br J Surg;106(8):998-1004.
8. Li X et al. (2019). Varicose Veins of the Lower Extremity Secondary to Tricuspid Regurgitation. Ann Vasc Surg;60:477.e1-477.e6.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG ĐỘNG MẠCH VÀNH CẤP TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH YÊN BÁI NĂM 2021-2022

Hoàng Quỳnh Huệ¹, Trần Lan Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang 107 bệnh nhân được can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái từ năm 2021 đến năm 2022. Kết quả: Tuổi trung bình là 68 ± 10 tuổi, nam giới 62,6%, Tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim và rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ tim mạch chính trong nghiên cứu. Phần lớn bệnh nhân khởi phát triệu chứng đau ngực không điển

hình khi vào viện chiếm tỉ lệ 77,6%. Bệnh nhân NMCT có ST chênh, NMCT không ST chênh, ĐNKOD lần lượt chiếm tỉ lệ là: 33,6%, 21,5%, 44,9%. ĐMV thủ phạm hay gặp là LAD và RCA, tổn thương ĐMV 2 nhánh và 3 nhánh gặp nhiều nhất ở nhóm NMCT so với ĐNKOD, với $p < 0,05$. Can thiệp ĐMV tỉ lệ thành công 99,1%, thất bại 0,9%. **Kết luận:** Bệnh nhân HCDMVC thường không có cơn đau thắt ngực điển hình trên lâm sàng, nam gặp nhiều hơn nữ. Bước đầu thực hiện kỹ thuật can thiệp động mạch vành ở bệnh nhân HCDMVC tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái đạt kết quả thành công cao. **Từ khóa:** Can thiệp động mạch vành qua da, Hội chứng động mạch vành cấp.

SUMMARY

EVALUATION OF THE RESULTS OF PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AT YENBAI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL IN 2021- 2022

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Yên Bái

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Quỳnh Huệ

Email: drquynhhu@ gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 19.7.2023

Ngày duyệt bài: 8.8.2023

Objective: Evaluation of the results of percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome at Yen Bai Provincial General Hospital in 2021-2022. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study of 107 patients undergoing percutaneous coronary intervention at Yen Bai Provincial General Hospital from 2021 to 2022. Results: The mean age was 68 ± 10 years with men comprising 62.6%, Hypertension, diabetes, heart failure and dyslipidemia were the main cardiovascular risk factors in the study. Most of the patients had atypical onset of chest pain on admission, accounting for 77.6%. Patients with STEMI, non-STEMI, and unstable angina accounted for 33.6%, 21.5%, and 44.9%, respectively. The common culprit coronary arteries were LAD and RCA, 2-vessel and 3-vessel coronary artery lesions were most common in MI group compared with non-MI, with $p < 0.05$. Coronary intervention has a success rate of 99.1%, failure rate of 0.9%. **Conclusion:** Most of the patients had atypical onset of chest pain on admission, men are more common than women. Preliminary results of percutaneous coronary intervention in patients with acute coronary syndrome at Yen Bai Provincial General Hospital showed that the procedures had high success rate. **Keywords:** Percutaneous coronary intervention, acute coronary syndrome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch vành cấp (HCDMVC) là tình trạng thiếu máu cơ tim cấp tính do tắc nghẽn một phần hay hoàn toàn nhánh động mạch vành (ĐMV) nuôi dưỡng vùng cơ tim đó. Hội chứng này bao gồm: đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKOD), NMCT có ST chênh lên và NMCT không ST chênh lên. HCDMVC là một cấp cứu nội khoa thường gặp, là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu ở các nước phát triển và có xu hướng tăng nhanh đối với các nước đang phát triển, trong đó có Việt Nam [1]. Điều trị HCMVC cốt lõi là việc tái thông ĐMV bao gồm dùng thuốc tiêu sợi huyết (đối với NMCT ST chênh lên), hay can thiệp ĐMV (chung cho tất cả HCMVC) [4].

Để tái thông ĐMV, chụp và can thiệp ĐMV là tiêu chuẩn vàng xác định chẩn đoán, giúp định hướng, cung cấp thông tin điều trị qua đó cải thiện khả năng sống còn của vùng cơ tim hoại tử do thiếu máu cơ tim cục bộ và cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân (BN) [2], [3], [4].

Từ năm 2019 đến nay, Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái đã bắt đầu triển khai chụp và can thiệp ĐMV cho các BN có chỉ định bao gồm: HCDMVC, bệnh mạch vành mạn tính với kết quả khả quan, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tim mạch bằng kỹ thuật cao. Chính vì vậy, đánh giá kết quả bước đầu cũng như tính an toàn của kỹ thuật trong giai đoạn triển khai là hết sức quan trọng. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục

tiêu: "Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái năm 2021-2022".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Bệnh nhân HCDMVC được can thiệp ĐMV qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Yên Bái trong thời gian từ năm 2021 đến năm 2022 thỏa mãn tiêu chuẩn chọn mẫu.

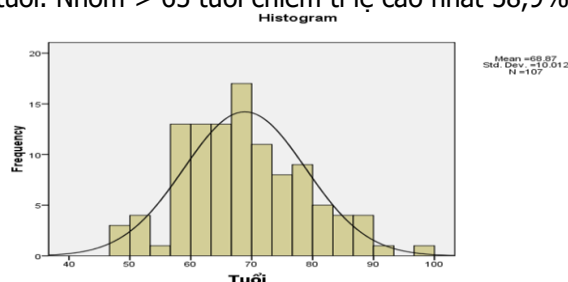
2.2. Thiết kế nghiên cứu: Mô tả cắt ngang

2.3. Xử lý số liệu: Các số liệu thu thập trong nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS16.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về tuổi: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tuổi trung bình là 68 ± 10 tuổi, trong đó BN nhỏ tuổi nhất là 47 tuổi, già nhất là 97 tuổi. Nhóm > 65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất 58,9%.



Biểu đồ 3.1: Phân bố tuổi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm về giới: Có 62,6% đối tượng nghiên cứu là nam, nữ giới là 37,4%.

Đặc điểm về yếu tố nguy cơ tim mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi BN có tăng huyết áp kèm theo chiếm 90,7%, rối loạn lipid máu 82,2%, suy tim 42,1%, bệnh đái tháo đường 29% và hút thuốc là 27,1%.

Đặc điểm lâm sàng và bệnh lý của đối tượng nghiên cứu: Có 107 bệnh nhân HCDMVC trong đó: NMCT có ST chênh chiếm 33,6%, NMCT không ST chênh 21,5%; ĐTNKOD 44,9%. BN có triệu chứng đau ngực không điển hình chiếm tỉ lệ cao nhất 73,6%.

3.2. Kết quả can thiệp ĐMV qua da

Bảng 3.1. Động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân HCDMVC

Động mạch vành	NMCT (N = 59)		ĐTNKOD (N=48)		P
	N	%	N	%	
LM	1	100	0	0,0	$> 0,05$
LAD	34	59,6	23	40,4	$> 0,05$
LCX	3	33,3	6	66,7	$> 0,05$

RCA	21	52,5	19	47,5	> 0,05
Tổng	59	55,2	48	44,9	> 0,05

Nhận xét: ĐMV thủ phạm chủ yếu ở nhóm NMCT là LAD chiếm 59,6% so với nhóm ĐNKOD 40,4%. ĐMV thủ phạm RCA ở nhóm NMCT chiếm 52,5 % so với nhóm ĐNKOD 47,5%, $p > 0,05$.

Bảng 3.2. Mức độ tổn thương ĐMV ở bệnh nhân HCDMVC

Mức độ tổn thương ĐMV	NMCT (N=59)		ĐNKOD (N=48)		P
	N	%	N	%	
1 nhánh	21	42,9	28	57,1	< 0,05
2 nhánh	28	63,6	16	36,4	< 0,05
3 nhánh	10	71,4	4	28,6	< 0,05
Tổng	59	55,1	48	44,9	< 0,05

Nhận xét: Tỷ lệ tổn thương ĐMV 2 nhánh và 3 nhánh ở nhóm NMCT lần lượt là 63,6%; 71,4% so với nhóm ĐNKOD là 36,4% và 28,6%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 3.3. Kỹ thuật can thiệp ĐMV ở bệnh nhân HCDMVC

Kỹ thuật can thiệp	NMCT (N=59)		ĐNKOD (N=48)		P
	N	%	N	%	
Nong và đặt stent mạch vành	48	50	48	50	>0,05
Hút huyết khối, nong và đặt stent mạch vành	11	100	0	0,0	<0,05
Tổng	59	55,1	48	44,9	

Nhận xét: Kỹ thuật hút huyết khối, nong và đặt stent ĐMV ở nhóm NMCT và ĐNKOD sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kỹ thuật nong và đặt stent ĐMV ở nhóm NMCT và ĐNKOD chiếm tỉ lệ 50%, $p > 0,05$.

Bảng 3.4. Tỷ lệ thành công của can thiệp ĐMV

Kết quả can thiệp ĐMV	NMCT (N=59)		ĐNKOD (N=48)		P
	N	%	N	%	
Thành công	58	54,7	48	45,3	>0,05
Thất bại	1	100	0	0,0	>0,05
Tổng	59	55,1	48	44,9	>0,05

Nhận xét: BN được can thiệp ĐMV qua da phần lớn đều thành công về kỹ thuật, hình ảnh và lâm sàng chiếm tỉ lệ 99% trong đó: ở nhóm NMCT chiếm tỉ lệ 54,7% so với nhóm ĐNKOD chiếm tỉ lệ 45,3%. Thất bại chiếm 0,9%; $p > 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi và giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi tuổi trung bình 68 ± 10 tuổi, trong đó nhỏ nhất là 47 tuổi, lớn nhất là 92 tuổi. BN ở nhóm trên 65 tuổi chiếm tỉ lệ cao nhất là

58,9%, nhóm từ 50 đến 65 tuổi chiếm 38,3%, nhóm dưới 50 tuổi có 3 BN chiếm 2,8%. Theo nghiên cứu của Trần Hoàng Dương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2021 tuổi trung bình trong nghiên cứu 70 ± 10 tuổi, tuổi thấp nhất 52 tuổi, tuổi cao nhất là 89 tuổi[5]. Như vậy kết quả nghiên cứu của chúng tôi về tuổi mắc bệnh ĐMV ngày càng trẻ hóa, nhóm tuổi trên 50 tuổi mắc bệnh ĐMV chiếm tỉ lệ ngày càng cao phù hợp xu hướng tỉ lệ mắc các bệnh chuyển hóa và các yếu tố nguy cơ tim mạch ngày càng tăng như hiện nay [6].

Tỉ lệ nam giới mắc HCDMVC cao gấp 2 lần so với nữ giới trong đó nam chiếm 62,6%, nữ giới chiếm 37,4%. Tương tự nghiên cứu của Huỳnh Quốc Bình tại Bệnh viện Tim Mạch An Giang năm 2013 tỉ lệ nam giới mắc HCDMVC là 67,2% [3], Trần Hoàng Dương tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2021 tỉ lệ nam giới là 67% [5]. Mặc dù, tỉ lệ mắc bệnh ĐMV tăng dần theo tuổi đặc biệt là ở nữ giới, nhưng trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ nam giới có các yếu tố nguy cơ tim mạch cao đặc biệt các yếu tố nguy cơ là hút thuốc lá và rối loạn lipid máu. Điều đó giải thích tại sao tỉ lệ mắc bệnh HCDMVC ở nam giới cao hơn nữ giới. Tuy nhiên sự khác biệt về phân bố giới tính trong các nghiên cứu chỉ do ngẫu nhiên và khu trú trong mẫu nghiên cứu, không thể phản ánh hay đại diện cho bất kỳ một xu hướng chung nào. Do đó, cần có những đề tài qui mô rộng lớn hơn để có thể tìm hiểu thêm về vấn đề phân bố giới này.

Yếu tố nguy cơ tim mạch: Các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân HCDMVC trong nghiên cứu của chúng tôi chiếm tỉ lệ khá cao trong đó tăng huyết áp có 97 BN chiếm 90,7%. Tăng huyết áp là một yếu tố nguy cơ quan trọng của bệnh ĐMV trong nghiên cứu của Framingham, tăng huyết áp thường xuất hiện cùng với một hoặc nhiều yếu tố nguy cơ khác góp phần gây xơ vữa ĐMV trên bệnh nhân [7]. Trong rối loạn lipid máu bao gồm giảm HDL-cholesterol, tăng LDL-cholesterol, tăng cholesterol máu toàn phần là những yếu tố nguy cơ cao và rất có giá trị trong bệnh mạch vành. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 88 BN bị rối loạn lipid máu chiếm 82,2%. Tương tự nghiên cứu của Phạm Ngọc Ân tại Bệnh viện tỉnh Quảng Nam năm 2013 tỉ lệ rối loạn lipid máu là 61,6%, tỉ lệ này thấp hơn trong nghiên cứu của chúng tôi do có sự khác biệt số lượng đối tượng nghiên cứu [2]. Cùng với các yếu tố nguy cơ tim mạch tăng huyết áp và rối loạn lipid máu thì bệnh đái tháo đường cũng là một yếu tố nguy cơ lớn ảnh hưởng nhiều đến bệnh lý động mạch vành. BN

đái tháo đường có tỉ lệ mắc bệnh mạch vành gấp 2 - 4 lần, tỉ lệ tử vong gấp 1,5-3,6 lần so với người không bị đái tháo đường. Hầu hết bệnh nhân đái tháo đường tử vong là do bệnh mạch vành và tình trạng xơ vữa động mạch, chiếm khoảng 80% các trường hợp tử vong ở bệnh nhân đái tháo đường. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỉ lệ BN mắc bệnh đái tháo đường chiếm 29%, cao hơn nghiên cứu của Huỳnh Quốc Bình bệnh đái tháo đường chiếm tỉ lệ 20,3%[3]. Hút thuốc lá làm tăng nhanh quá trình xơ vữa động mạch, từ đó gây ra các bệnh lí tim mạch như: tăng huyết áp, bệnh ĐMV, đột quỵ não,... Trong nghiên cứu của chúng tôi BN hút thuốc lá chiếm 27,1% tỉ lệ này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Ngọc Ân tỉ lệ BN hút thuốc lá 28,7% do sự khác biệt về cỡ mẫu trong nghiên cứu [2]. Tình trạng suy tim kèm theo ở bệnh nhân HCDMVC có 45 BN chiếm 42,1%. Như vậy, để góp phần giảm tỉ lệ mắc bệnh ĐMV trong cộng đồng thì việc tuyên truyền bỏ thuốc lá, điều chỉnh chế độ ăn giảm lipid máu, tăng cường hoạt động thể lực, kiểm soát tốt huyết áp và đường huyết cho BN có ý nghĩa vô cùng quan trọng[8], [5].

Đặc điểm lâm sàng và bệnh lí của đối tượng nghiên cứu: Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân HCDMV có nhiều bệnh lí tim mạch kèm theo như tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, bệnh mạch máu. Vì vậy, BN thường vào viện điều trị với triệu chứng đau ngực không điển hình chiếm tỉ lệ cao 83 BN chiếm 73,6%, một số trường hợp còn lại bệnh nhân có cơn đau ngực điển hình có 15 BN chiếm 14%. Với những BN có triệu chứng lâm sàng không điển hình nên họ thường đến viện trong tình trạng nặng sốc tim có 9 BN chiếm 8,4%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Ngọc Tú tại Bệnh viện Thống Nhất năm 2008 thì tỉ lệ BN đau ngực điển hình cao hơn ở nhóm BN trên 65 tuổi ở nam giới chiếm 74,5% và nữ giới chiếm 50%. Do sự khác biệt về tỉ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo có thể ảnh hưởng đến triệu chứng lâm sàng khi nhập viện nên trong nghiên cứu chúng tôi BN có cơn đau ngực điển hình thấp hơn [9]. Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân HCDMVC có 107 BN trong đó ĐNKOD chiếm 44,9%, sau đó là NMCT có ST chênh lên chiếm tỉ lệ 33,6%, NMCT không ST chênh chiếm tỉ lệ 25,1%. Theo nghiên cứu của Lê Thanh Bình tại Viện Tim Mạch Việt Nam từ năm 2014 đến năm 2017 có 141 bệnh nhân HCDMVC trong đó: ĐNKOD là 64,54%, NMCT có ST chênh lên 27%, NMCT không ST chênh 8%. Sự khác biệt trong hai nghiên cứu là kết quả của sự khác biệt về cỡ

mẫu nghiên cứu và thời gian lấy cỡ mẫu cũng như các bệnh lí tim mạch kèm theo [10].

Động mạch vành thủ phạm ở bệnh nhân HCDMVC: ĐMV thủ phạm chủ yếu ở bệnh nhân HCDMVC là LAD và RCA trong đó: ở nhóm NMCT có ĐMV thủ phạm chính là LAD chiếm 59,6%, RCA chiếm 52,5% so với nhóm ĐNKOD lần lượt là 40,4%, 47,5%, tuy nhiên sự khác biệt này chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tương tự trong nghiên cứu của Huỳnh Quốc Bình năm 2013 ĐMV thủ phạm chủ yếu ở BN HCDMVC là LAD 60%, RCA chiếm 40% [3], Hoàng Thị Minh Tâm nghiên cứu trên 26 BN HCDMVC năm 2012 tại Bệnh viện đa khoa Trug Ưương Thái Nguyên, trong đó ĐMV thủ phạm chủ yếu là LAD chiếm 77%.

Mức độ tổn thương ĐMV ở bệnh nhân HCDMVC: Phần lớn BN trong nghiên cứu của chúng tôi BN có tổn thương 2 nhánh đến 3 nhánh ĐMV ở nhóm NMCT lần lượt là 63,6%; 71,4% so với nhóm ĐNKOD là 36,4% và 28,6%, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Những BN có tổn thương ĐMV nhiều thường có tiền sử đau ngực trước đây và có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch kèm theo nhưng không được thường xuyên đi khám và điều trị. Kết quả nghiên cứu này khác với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ trên 106 bệnh nhân NMCT cấp, hầu hết BN chỉ tổn thương 1 nhánh chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,4% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành. Tương tự Hoàng Thị Minh Tâm năm 2012 khảo sát trên 26 BN HCDMVC có tổn thương ĐMV 1 nhánh chủ yếu chiếm 59,2%.

Tỉ lệ thành công và kỹ thuật can thiệp ĐMV ở bệnh nhân HCDMVC: 107 bệnh nhân HCDMVC trong đó: ở nhóm NMCT chỉ có 11 BN thực hiện kỹ thuật hút huyết khối, nong và đặt stent ĐM so với nhóm ĐNKOD, có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Có 48 BN NMCT thực hiện kỹ thuật nong và đặt stent ĐMV chiếm tỉ lệ 50% so với nhóm ĐNKOD có 48 BN chiếm 50%. Kỹ thuật can thiệp ĐMV phần lớn đều thành công về kỹ thuật, hình ảnh và lâm sàng chiếm tỉ lệ 99% trong đó: ở nhóm NMCT chiếm tỉ lệ 54,7% và nhóm ĐNKOD chiếm tỉ lệ 45,3%. Trong nhóm NMCT có 1 trường hợp thất bại trong quá trình can thiệp và phải chuyển tuyến trên điều trị tiếp chiếm tỉ lệ 0,9%. Tuy nhiên chưa có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Tương tự nghiên cứu Hoàng Thị Minh Tâm ở 26 BN HCDMVC tỉ lệ can thiệp ĐMV thành công chiếm 96%, thất bại có 1 trường hợp chiếm 3,7%.

V. KẾT LUẬN

Bệnh nhân HCDMVC thường không có cơn đau thắt ngực điển hình trên lâm sàng, nam gặp

hiều hơn nữ, yếu tố nguy cơ tim mạch chính là tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, rối loạn lipid máu. ĐMV thủ phạm thường là LAD và RCA. Tổn thương ĐMV 2 nhánh và 3 nhánh ở nhóm NMCT nhiều hơn ĐNKOD. Can thiệp ĐMV qua da ở bệnh nhân HCMVC tỉ lệ thành công 99,1%, thất bại 0,9%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hoàng Quốc Hòa** (2011), Bệnh động mạch vành chẩn đoán và điều trị, Nhà xuất bản Y học.
2. **Phạm Ngọc Ân** (2013). Bước đầu đánh giá kết quả chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa Quảng Nam. <http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:oxorhE_aY0oJ:hntmmtt.vn/Upload/File/de%2520tai%25208.doc+%&cd=3&hl=vi&ct=clnk&gl=vn>, accessed: 03/18/2022.
3. **Huỳnh Quốc Bình và cộng sự** (2013). Kết quả bước đầu chụp và can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp tại Bệnh viện Tim mạch An Giang từ tháng 7-9/2013. 10.
4. **Nguyễn Mạnh Tuấn** (2013). Nghiên cứu giá trị thang điểm syntax lâm sàng trong tiên lượng bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp qua da., Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại học Y Hà Nội.
5. **Trần Hoàng Dương** (2021). Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Hòa Bình năm 2020-2021. accessed: 11/09/2022.
6. **Trần Thừa Nguyên** (2021). Dự báo nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm tới theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân đái tháo đường typ 2. Vietnam Journal of Diabetes and Endocrinology, (44), 33–42.
7. **Nguyễn Tá Đông và cộng sự** (2012). Nghiên cứu mối liên quan giữa các thành tố của thang điểm nguy cơ Framingham và mức độ tổn thương động mạch vành. <<http://hoinoitiethue.com/nghien-cuu-moi-lien-quan-giua-cac-thanh-to-cua-thang-diem-nguy-co-framingham-va-muc-do-ton-thuong-dong-mach-vanh-2/>>.
8. **Nguyễn Thị Như Hoa** (2016). Dự báo nguy cơ bệnh động mạch vành trong 10 năm theo thang điểm Framingham ở bệnh nhân tăng huyết áp được quản lí tại bệnh viện trung ương Thái Nguyên., Luận văn Thạc sĩ Y Học, Đại Học Y-Dược Thái Nguyên.
9. **Nguyễn Ngọc Tú và cộng sự** (2008). Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nữ bị hội chứng động mạch vành cấp tại bệnh viện thống nhất | Tim mạch học. <<https://timmachhoc.vn/c-im-lam-sang-ca-bnh-nhan-n-b-hi-chng-ng-mch-vanh-cp-ti-bnh-vin-thng-nht/>>, accessed: 11/10/2022.
10. **Lê Thanh Bình và cộng sự** (2021). Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân Hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp stent chỗ chia nhánh động mạch vành. VMJ, 504(1).

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ CHẤN THƯƠNG CỘT SỐNG CỔ KIỂU GIỌT LỆ BẰNG PHẪU THUẬT ĐƯỜNG CỔ TRƯỚC TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Hoàng Hữu Đức¹, Tạ Ngọc Hà², Vũ Văn Cường¹, Đinh Ngọc Sơn^{1,2}, Nguyễn Việt Lực¹, Võ Văn Thanh^{1,2}, Nguyễn Hoàng Thanh²

TÓM TẮT

Thiết kế nghiên cứu theo dõi trên 35 bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ được phẫu thuật bằng đường cổ trước tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức nhằm đánh giá kết quả gần và xa của phương pháp điều trị. Kết quả nghiên cứu cho thấy phục hồi thần kinh sau phẫu thuật được cải thiện tốt với nhóm liệt không hoàn toàn (Tỉ lệ ASI E tăng từ 12,12 lên 42,42). Nhóm liệt hoàn toàn ít có khả năng hồi phục. Phục hồi cơ tròn hoàn toàn là 69,57%. Không phục hồi là 17,39%. Tỉ lệ nắn chỉnh tốt cao đạt 93,6%. Biến chứng thường gặp sau phẫu thuật là loét tỉ đè chiếm 5,71% nằm trong nhóm bệnh nhân liệt hoàn toàn. Không gặp trường hợp tử vong nào sau phẫu thuật.

Kết quả nghiên cứu cho thấy phương pháp phẫu thuật qua đường mổ cổ trước đem lại hiệu quả phục hồi khả năng vận động và cảm giác cho các bệnh nhân chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ.

Từ khóa: Chấn thương cột sống cổ kiểu giọt lệ, kết quả phẫu thuật

SUMMARY

RESULTS OF TREATMENT FOR PATIENT WITH CERVICAL SPINE TEARDROP FRACTURE AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Design of a follow-up study on 35 patient with cervical spine teardrop fracture operated at Viet Duc University Hospital to evaluate the near and distant results of the treatment. The study results showed that the postoperative nerve recovery was improved well with the incomplete paralysis group (ASI E ratio increased from 12.12 to 42.42). The group with complete paralysis is less likely to recover. Complete circular muscle recovery was 69.57%. No recovery was 17.39%. The rate of good correction is high at 93.6%. The common complication after surgery is pressure ulcer, accounting for 5.71% in the group of

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Hữu Đức

Email: hoangduc256@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 7.8.2023