

- Việt Nam, 40, 54-60.
4. **Nguyễn Tuyết Trang, Đào Thị Phương (2016).** Hiệu quả của phương pháp điện châm và cấy chỉ catgut trong điều trị đau vai gáy do thoái hóa cột sống cổ. Tạp chí nghiên cứu Y học, 103(5), 17-23.
 5. **黄曼丽, 黄惠萍, 罗桂欢 và cộng sự (2019).** 三痹汤 联合内热针 及针刀改善 神经根型颈椎病患者根 性疼痛及功 能康复 的临床研究. 中国医学 创新, 16(2), 74-77.
 6. **Trần Quốc Bảo (2017).** Các bài thuốc thường dùng trong Y học cổ truyền và ứng dụng lâm sàng, NXB Quân đội nhân dân, Hà Nội.
 7. **Bộ môn Y học cổ truyền - Trường đại học Y Hà Nội (2005).** Châm cứu, NXB Y học, Hà Nội.
 8. **王小丽, 张芙蓉, 吴松 và cộng sự (2016).** 电针颈夹脊穴配合理筋手法治疗椎动脉型颈椎病临床研究. 湖北中医药大学学报, 5, 87-89.

KHẢO SÁT MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG, TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP ĐƯỢC CAN THIỆP STENT CHỖ CHIA NHÁNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

Lê Thanh Bình^{1,2}, Phạm Mạnh Hùng², Nguyễn Oanh Oanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp đặt stent chỗ chia nhánh động mạch vành.

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang từ 5/2014 đến 12/2017. Đối tượng nghiên cứu là bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp đặt stent chỗ chia nhánh động mạch vành tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Kết quả:** Qua nghiên cứu 141 bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp được can thiệp stent chỗ chia nhánh động mạch vành, tuổi trung bình của nhóm bệnh nhân nghiên cứu là $66,11 \pm 9,42$, tỷ lệ nam/nữ là 2,71/1. Một số yếu tố nguy cơ tim mạch bao gồm tăng huyết áp, đái tháo đường, hút thuốc lá lần lượt là 78,72% - 29,79% và 24,11%. Tỷ lệ nhồi máu cơ tim có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim ST không chênh và đau thắt ngực không ổn định lần lượt là 27,66% - 7,8% và 64,54%. Hình ảnh điện tâm đồ có biểu hiện ST chênh lên là 27,66% và không thấy biến đổi hình ảnh điện tâm đồ gặp 37,59%. Phần số tổng máu thất trái (EF) trung bình là $57,5 \pm 13,5$ (%) với tỷ lệ bệnh nhân có $EF \geq 40\%$ chiếm 89,21%. Hệ động mạch ưu năng phải chiếm đa số với tỷ lệ là 94,33%. Tổn thương chỉ trên 1 nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ 65,96% và tổn thương nhiều nhánh động mạch vành gặp 34,04%. Vị trí tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành gặp nhiều nhất là ở động mạch liên thất trước với tỷ lệ gặp là 89,36% và vị trí tổn thương chỗ chia nhánh của động mạch thủ phạm ở động mạch liên thất trước là 79,43%. Trên tổn thương động mạch vành thủ phạm, tổn thương phức tạp type B2 và type C theo phân loại của ACC/AHA chiếm đa số với tỷ lệ 96,45%. Theo phân loại tổn thương chỗ chia nhánh

Medina, có 48,23% tổn thương Medina 1.1.1, có 30,50% tổn thương Medina 1.1.0, có 4,26% tổn thương Medina 1.0.1, có 7,09% tổn thương Medina 0.1.1, còn tổn thương Medina 1.0.0, Medina 0.1.0 và Medina 0.0.1 có tỷ lệ lần lượt là 4,26% - 5,67% và 0%. Tổn thương hẹp thực sự (bao gồm Medina 1.1.1, Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1) là 59,57%. Góc chia nhánh $<70^\circ$ chiếm tỷ lệ 79,43%. Điểm Syntax trung bình là $18 \pm 6,3$ với 80,85% các trường hợp có điểm Syntax < 23 điểm. **Kết luận:** bệnh gặp nhiều hơn ở nam giới, lớn tuổi, yếu tố nguy cơ tim mạch hay gặp nhất là tăng huyết áp. Tổn thương động mạch vành chỗ chia nhánh thường gặp nhất ở động mạch liên thất trước với tổn thương phức tạp theo phân loại Medina 1.1.1, Medina 1.1.0 và Medina 0.1.1 là hay gặp nhất. Góc chia nhánh $<70^\circ$ gặp phổ biến.

SUMMARY

INVESTIGATION THE CLINICAL, LABORATORY, AND LESION CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH ACUTE CORONARY SYNDROME AND BIFURCATION LESSIO STENTING

Objectives: To evaluate the clinical, laboratory, and lesion characteristics in patients with acute coronary syndrome (ACS) and bifurcation lesions stenting. **Method:** Observational study. This case series included 141 ACS patients with bifurcation lesion underwent percutaneous coronary intervention at Vietnam National Heart Institute and Hanoi Medical University Hospital from May, 2014 to Dec, 2017. **Results:** The mean age of patients was $66,11 \pm 9,42$ years; male/female ratio was 2.71/1. Hypertension was present in 78.72% of the patients, diabetes and smoking were present in 29.79% and 24.11% of the patients, respectively. 27.66% and 7.8% of the patients had a ST elevation myocardial infarction (STEMI) and Non-STEMI, respectively. Unstable angina was present in 64.54% of the patients. Electrocardiogram (ECG) was normal in 37.59% of the patients and ST segment elevation occurred in 27.66% of cases. The mean left ventricular ejection fraction (LVEF) was 57.5 ± 13.5 (%) and 89.21% of patients with $LVEF \geq 40\%$.

¹Học viện Quân Y

²Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thanh Bình;

Email: lethanhbinh@dr@gmail.com

Ngày nhận bài: 7/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 26/5/2021

Ngày duyệt bài: 25/6/2021

Angiographic characteristics, right coronary artery dominance was present in 94.33% of the patients and multivessel disease present in 34,04% of the patients. The mean SYNTAX score was 18 ± 6.3 and 80.85% of the patient had SYNTAX score less than 23. A total of 89.36% of the bifurcation lesions located in the left anterior descending artery. Locations of bifurcation lesions of target vessel were present in 79.43% in the left anterior descending-diagonal; 96.45% of the patients were type B2 and type C lesions (AHA/ACC Classification). 48.23% of the patients had a Medina 1.1.1 bifurcation, and 30.5% of the patients had a Medina 1.1.0 bifurcation; true bifurcation lesions occurred in 59.57% of the patients (that is, Medina 1.1.1 or Medina 1.0.1 or Medina 0.1.1 according to Medina classification). 79.43% of the patients had a bifurcation angle $\alpha < 70^\circ$. **Conclusion:** This disease was more prevalent in male patients with advanced age and hypertension was the most cardiovascular risk factor. SYNTAX score < 23 were the most of cases. Coronary bifurcation lesions were usually occurred in the left anterior descending artery. Medina 1.1.1 bifurcation and Medina 1.1.0 bifurcation were the most of the patients.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng động mạch vành cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu không chỉ ở các nước phát triển mà ngay cả Việt Nam [1]. Hiện nay can thiệp động mạch vành qua da cùng với những tiến bộ về các thuốc điều trị phối hợp đã làm giảm tỷ lệ tử vong do NMCT cấp trên thế giới xuống dưới 7% so với trước đây là trên 30% [2]. Tuy nhiên với trường hợp tổn thương chỗ chia nhánh ĐMV thì đến nay vẫn còn là một trong những thách thức đối với các bác sĩ can thiệp tim mạch trong việc lựa chọn phương án can thiệp tối ưu cho người bệnh [2].

Hẹp chỗ chia nhánh động mạch vành được định nghĩa là tổn thương tại chỗ chia hoặc ngay sát với chỗ chia nhánh của các nhánh lớn động mạch vành [3]. Có một số tác giả đã đưa ra các phân loại để giúp đánh giá tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành, trong đó cách phân loại của Medina [6] là hay được sử dụng trong thực hành lâm sàng do đơn giản, dễ nhớ, dễ áp dụng. Dựa vào đặc điểm tổn thương động mạch vành chỗ chia nhánh cùng với tình trạng lâm sàng và cận lâm sàng của người bệnh mà các bác sĩ sẽ lựa chọn chiến lược điều trị thích hợp [5].

Trên thế giới đã có nhiều nghiên cứu về đặc điểm tổn thương chỗ chia nhánh ĐMV. Tuy nhiên tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, chưa có nghiên cứu chi tiết về đặc điểm tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Khảo sát một số đặc điểm LS,

CLS, đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp được can thiệp đặt stent chỗ chia nhánh động mạch vành".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang.

2, Đối tượng nghiên cứu: 141 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn được lựa chọn vào nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn:

Lâm sàng: Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là Hội chứng vành cấp, bao gồm NMCT cấp có ST chênh lên, NMCT không ST chênh lên và Đau thắt ngực không ổn định (ĐTNKỔĐ).

Trên chụp ĐMV: Động mạch thủ phạm có hẹp nặng chỗ chia nhánh ĐMV (chưa có stent cũ).

Đường kính lòng mạch nhánh bên $\geq 2,5$ mm.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN bị NMCT cấp có shock tim.

- BN hẹp nặng thân chung động mạch vành trái ($>50\%$).

3. Thời gian và địa điểm nghiên cứu:

Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai và Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ 05/2014 - 12/2017.

4. Phương pháp chọn mẫu: Sử dụng phương pháp chọn mẫu thuận tiện.

5. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu sau thu thập được nhập liệu bằng phần mềm Excel và xử lý phân tích bằng phần mềm STATA 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

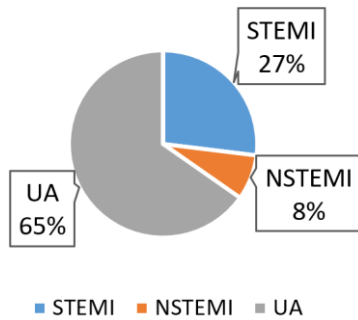
Qua nghiên cứu 141 bệnh nhân HCVC được can thiệp đặt stent chỗ chia nhánh ĐMV

1. Một số đặc điểm chung

Bảng 3.1: Một số đặc điểm chung

Đặc tính	Kết quả (số lượng, %)
Giới: Nam	103 (73%)
Nữ	38 (27%)
Tuổi: Trung bình	66,11 \pm 9,42
< 50	3 (2,13%)
50 – 59	28 (19,86%)
60 – 69	58 (41,13%)
70 – 79	41 (29,08%)
≥ 80	11 (7,80%)
Một số yếu tố nguy cơ tim mạch:	111 (78,72%)
Tăng huyết áp	42 (29,79 %)
Đái tháo đường	12 (8,51 %)
TS NMCT	32 (22,70 %)
Stent ĐMV	7 (4,96 %)
Tai biến mạch não	34 (24,11 %)
Hút thuốc lá	

2. Một số đặc điểm lâm sàng



■ STEMI ■ NSTEMI ■ UA

Hình 1. Chẩn đoán

Bảng 3.2. Một số đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm	Tổng BN n=141
Rales ảm ở phổi n (%)	8 (5,67 %)
Tần số tim (ck/ph)	80 ± 12
Tần số tim >100 n (%)	5 (3,55 %)
HA tâm thu (mmHg)	130 ± 19
HA tâm trương (mmHg)	78 ± 11
BMI	22,05 ± 2,58

3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng

Đặc điểm	Kết quả
Điện tâm đồ: ST chênh lên n (%)	39(27,66 %)
Không biến đổi n (%)	53(37,59 %)
Một số xét nghiệm sinh hoá Troponin T hs(ng/mL)	0,74 ± 4,35
Glucose(mmol/L)	7,30± 3,19
Creatinin (µmol/L)	94,66 ± 23,08
Siêu âm tim: Phân suất tổng máu thất trái (EF%)	57,5± 13,5
EF < 40%	15(10,79 %)
EF ≥ 40 %	124(89,21 %)

4. Một số đặc điểm tổn thương động mạch vành:

Bảng 3.4. Đặc điểm tổn thương ĐMV chỗ chia nhánh

Đặc điểm	Kết quả (n,%)
Hệ ĐMV ưu năng Phải n (%)	133 (94,33 %)
Trái n (%)	8 (5,67 %)
Số nhánh ĐMV tổn thương Chỉ 1 nhánh n (%)	93 (65,96 %)
Có 2 nhánh n (%)	35 (24,82 %)
Có 3 nhánh n (%)	13 (9,22 %)
Số tổn thương chỗ chia nhánh: Có 1 tổn thương n (%)	120 (85,11 %)
Có 2 tổn thương n (%)	19 (13,48 %)
Có 3 tổn thương n (%)	2 (1,42 %)
Vị trí tổn thương chỗ chia nhánh: LAD/Dig n (%)	126(89,36 %)
LCx/OM n (%)	19(13,48 %)
RCA3 n (%)	19(13,48 %)

Vị trí tổn thương chỗ chia nhánh trên ĐMV thủ phạm LAD/Dig n (%)	112 (79,43 %)
LCx/OM n (%)	12 (8,51 %)
RCA3 n (%)	17 (12,06 %)
Điểm Syntax: Syntax < 23	18 ± 6,3 114 (80,85)
23 ≤ Syntax < 33	24 (17,02)
Syntax ≥ 33	3 (2,13)

Bảng 3.5. Đặc điểm tổn thương chỗ chia nhánh trên động mạch vành thủ phạm

Đặc điểm	Tổng BN n=141
Phân loại theo AHA/ACC 1998: Típ B1 n (%)	5 (3,55%)
Típ B2n(%)	115(81,56%)
Típ C n(%)	21(14,89%)
Phân loại tổn thương theo Medina Medina 1.1.1 n(%)	68 (48,23)
Medina 1.1.0 n(%)	43 (30,50)
Medina 1.0.1 n(%)	6 (4,26)
Medina 0.1.1 n(%)	10 (7,09)
Medina 1.0.0 n(%)	6 (4,26)
Medina 0.1.0 n(%)	8 (5,67)
Medina 0.0.1 n(%)	0 (0,0)
Tổn thương hẹp thực sự n(%) (True bifurcation)	84 (59,57%)
Góc chia nhánh α < 70° n(%)	112(79,43%)

IV. BÀN LUẬN

1. Về đặc điểm chung và một số yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu này, có 103 bệnh nhân nam chiếm tỷ lệ 73,05% và 38 bệnh nhân nữ chiếm 29,65%, tỷ lệ nam/nữ là 2.71/1. Kết quả này cho thấy tỷ lệ nam giới mắc bệnh lý ĐMV cao hơn nữ giới. Tỷ lệ nam mắc bệnh mạch vành, đặc biệt với hội chứng vành cấp, và nhồi máu cơ tim có liên quan đến lối sống và sinh hoạt, nam thường hay hút thuốc lá nhiều hơn, tỷ lệ tăng huyết áp cũng nhiều hơn nữ giới. Tỷ lệ nam giới trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự trong nghiên cứu của Definition II trên những bệnh nhân được can thiệp chỗ chia nhánh động mạch vành [6].

2. Về tuổi: Tuổi trung bình bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 66,11 ± 9,42; trong đó bệnh nhân có tuổi cao nhất là 90 tuổi và thấp nhất là 47 tuổi. Tuy nhiên lứa tuổi gặp nhiều nhất là từ 60 tuổi trở lên chiếm 78,01%; đây là lứa tuổi bắt đầu khởi phát của nhiều bệnh không lây nhiễm, trong đó có bệnh lý tim mạch và hội chứng vành cấp. Độ tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự trong các

nghiên cứu khác trước đây trên nhóm bệnh nhân nhồi máu cơ tim và hội chứng vành cấp [7].

3. Về yếu tố nguy cơ: Trong nghiên cứu của chúng tôi, tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch gặp nhiều nhất (78,72%), tiếp đó là đái tháo đường (29,79%) và hút thuốc lá (24,11%). Tỷ lệ gặp các yếu tố nguy cơ này cũng tương tự như một số nghiên cứu trên bệnh nhân được can thiệp chỗ chia nhánh động mạch vành [6]. Tăng huyết áp và đái tháo đường là hai yếu tố nguy cơ tim mạch chính và độc lập của bệnh lý động mạch vành. Tăng huyết áp có thể gây ra nhiều biến chứng ở các cơ quan đích như tim, não, mắt, thận và các mạch máu. Đái tháo đường làm tăng tỷ lệ nhồi máu cơ tim đe dọa tử vong, đồng thời cũng làm tăng các biến cố sốc tim và tử vong. Hút thuốc lá làm tăng nguy cơ mắc bệnh động mạch vành, tác hại của hút thuốc lá có thể là trực tiếp hoặc gián tiếp lên các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành khác.

4. Về chẩn đoán và một số đặc điểm lâm sàng: Hội chứng vành cấp bao gồm nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định. Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh cảnh lâm sàng đau thắt ngực không ổn định chiếm 64,54%, sau đó là nhồi máu cơ tim có ST chênh lên chiếm tỷ lệ 27,66%. Kết quả này của chúng tôi cũng tương tự như nghiên cứu của tác giả Bùi Long trên 227 bệnh nhân hội chứng vành cấp, tỷ lệ bệnh nhân đau thắt ngực không ổn định là 65,2% và tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên là 26% [7]. Tình trạng suy tim trên lâm sàng là một trong những yếu tố tiên lượng quan trọng ở những bệnh nhân hội chứng vành cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp. Thử nghiệm NRMII-2 nghiên cứu trên 190.518 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp, ghi nhận những bệnh nhân có phân độ suy tim theo Killip II trở lên có tỷ lệ tử vong cao hơn có ý nghĩa so với nhóm không suy tim. Ở nghiên cứu của chúng tôi, đa số là bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng ổn định, chỉ có 5,67% bệnh nhân có ran ẩm ở phổi và 3,55% bệnh nhân có tần số tim nhanh > 100 chu kỳ/phút, do chúng tôi không đưa vào nghiên cứu những bệnh nhân có sốc tim.

5. Về đặc điểm cận lâm sàng: Điện tâm đồ rất quan trọng trong chẩn đoán hội chứng vành cấp, giúp chúng ta chẩn đoán sớm những trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên mà không cần đợi kết quả xét nghiệm của Troponin. Tuy nhiên hình ảnh điện tâm đồ không biến đổi cũng không loại trừ được hội chứng vành cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ bệnh nhân

có đoạn ST chênh lên là 27,66% và có 37,59% trong số các trường hợp hình ảnh điện tâm đồ không thấy bất thường. Chỉ dấu sinh học cơ tim được dùng nhiều nhất để chẩn đoán, phân tầng nguy cơ và theo dõi trong hội chứng vành cấp là Troponin T hoặc I. Troponin T và I có độ nhạy và đặc hiệu cao cho cơ tim. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 139 bệnh nhân được làm xét nghiệm Troponin T hs ở thời điểm nhập viện, nồng độ Troponin T hs (ng/mL) trung bình là $0,74 \pm 4,35$; trong đó tăng ở 38,13% số bệnh nhân. Các chỉ dấu sinh học cơ tim bên cạnh giúp chẩn đoán và theo dõi, còn là yếu tố tiên lượng độc lập tử vong sau nhồi máu cơ tim. Nồng độ càng tăng cao, nguy cơ suy tim và tử vong càng lớn. Siêu âm tim ở bệnh nhân hội chứng vành cấp giúp đánh giá rối loạn vận động vùng, đánh giá chức năng thất trái đồng thời đánh giá các biến chứng cơ học nếu có. Khi phân suất tổng máu thất trái giảm nặng EF < 40% sẽ làm gia tăng các biến cố tim mạch chính và tử vong so với nhóm có EF \geq 40%. EF < 40% là một trong những yếu tố tiên lượng tử vong quan trọng ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phân suất tổng máu thất trái (EF %) trung bình là $57,5 \pm 13,5$ trong đó tỷ lệ những bệnh nhân có phân suất tổng máu thất trái giảm nặng EF < 40% là 10,79%.

Về đặc điểm tổn thương động mạch vành qua chụp mạch: Trong nghiên cứu của chúng tôi, hệ động mạch vành ưu năng phải chiếm đa số với tỷ lệ gặp là 94,33% và tổn thương trên một nhánh động mạch vành chiếm tỷ lệ 65,96%. Vị trí tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành gặp nhiều nhất trên động mạch liên thất trước với tỷ lệ 89,36% và trong đó tỷ lệ tổn thương chỗ chia nhánh là động mạch thủ phạm ở động mạch liên thất trước là 79,43%. Kết quả này tương tự với nghiên cứu nghiên cứu của Definition II [6] và của Carinax [8]. Lý giải cho kết quả này có lẽ là liên quan đến giải phẫu của nhánh động mạch liên thất trước, động mạch liên thất trước là mạch máu chính cung cấp máu cho phần lớn thất trái với nhiều nhánh bên lớn (các nhánh chéo) so với động mạch vành phải và động mạch mũ. Trên tổn thương động mạch vành thủ phạm, tổn thương phức tạp thuộc type B2 và type C theo phân loại AHA/ACC chiếm đa số với tỷ lệ 96,45%. Theo phân loại Medina, tổn thương Medina 1.1.1; Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1 gặp nhiều nhất với tỷ lệ 59,57%. Đây là những tổn thương hẹp thực sự (true bifurcation), cả nhánh chính và nhánh bên đều có tổn thương, nên nguy cơ rùi ro bị mất nhánh

bên sau khi đặt stent nhánh chính, khả năng thất bại hoặc khó khăn khi đưa lại dây dẫn từ nhánh chính qua mắt stent vào nhánh bên rất cao. Trong nghiên cứu của Carinax cũng cho thấy tổn thương Medina 1.1.1; Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1 thường gặp nhiều nhất [8], Góc chia nhánh α tạo bởi đoạn xa nhánh chính và nhánh bên cũng là một trong những yếu tố quan trọng trong việc lựa chọn chiến lược can thiệp cho tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành. Ở nghiên cứu của chúng tôi, góc chia nhánh $\alpha < 70^\circ$ gặp chủ yếu với tỷ lệ là 84,4%. Thang điểm Syntax là một công cụ cho điểm để đánh giá mức độ phức tạp của tổn thương động mạch vành trên chụp mạch, góp phần giúp các bác sĩ lựa chọn chiến lược điều trị cho bệnh nhân. Trong đa số các trường hợp, khi điểm Syntax > 32 thì sẽ ưu tiên lựa chọn phẫu thuật bắc cầu nối chủ vành (CABG) cho bệnh nhân, vì các nguy cơ rủi ro khi can thiệp cao. Trong nghiên cứu của chúng tôi, điểm Syntax trung bình là $18 \pm 6,3$ và tỷ lệ bệnh nhân có điểm Syntax < 23 chiếm đa số (80,85%), phù hợp với can thiệp động mạch vành qua da. Có 3 bệnh nhân (2,13%) có điểm Syntax > 32 .

V. KẾT LUẬN

- Nam gặp nhiều hơn nữ, với tuổi lớn hơn 60 gặp chủ yếu và tăng huyết áp là yếu tố nguy cơ tim mạch gặp nhiều nhất.
- Tổn thương chỗ chia nhánh động mạch vành thường gặp nhất trên động mạch liên thất trước

và tổn thương phần lớn thuộc các nhóm tổn thương phức tạp (Medina 1.1.1, Medina 1.0.1 và Medina 0.1.1). Góc chia nhánh $\alpha < 70^\circ$, và điểm Syntax < 23 .

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Lâm Việt (2015), Thực hành bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học.
2. Louvard Y. và Medina A. (2015). Definitions and classifications of bifurcation lesions and treatment. EuroIntervention. 2015;11:V23-V26.
3. Louvard Y., Thomas M., Dzavik V., et al. Classification of coronary artery bifurcation lesions and treatments: Time for a consensus! Catheterization & Cardiovascular Interventions 2008; Pages 175-183.
4. Medina A, Suárez de Lezo J, Pan M. (2006), [A new classification of coronary bifurcation lesions]. Rev Esp Cardiol. 2006 Feb;59(2):183 - 184.
5. Lassen JF, Holm NR, Stankovic G, et al. Percutaneous coronary intervention for coronary bifurcation disease: Consensus from the first 10 years of the European bifurcation club meetings. EuroIntervention. 2014;545-560.
6. Zhang J.-J., Ye F., Xu K. và cộng sự. (2020). Multicentre, randomized comparison of two-stent and provisional stenting techniques in patients with complex coronary bifurcation lesions: the DEFINITION II trial. Eur Heart J, 41(27), 2523-2536.
7. Bùi Long (2019), Nghiên cứu kết quả điều trị can thiệp bệnh nhân hội chứng động mạch vành cấp bằng stent phủ thuốc có polymer tự tiêu, Luận án tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y.
8. Briguori C., Donahue M., Visconti G. và cộng sự. (2017). Coronary artery bifurcation narrowing treated by Axxess stent implantation: The CARINAX registry. Catheter Cardiovasc Interv, 89(4), E112-E123.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT XƯƠNG ĐẦU DƯỚI XƯƠNG CÁNH TAY ĐIỀU TRỊ BIẾN DẠNG KHUYU VEỌ TRONG

Đỗ Viết Tuyền*, Đào Xuân Tích**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Cắt xương hình chêm bên ngoài là phương pháp điều trị thường được áp dụng để chỉnh biến dạng khuỷu veọ trong hiện nay. Kết xương nhằm cố định ổ cắt xương, duy trì kết quả nắn chỉnh đến khi liền xương. Kỹ thuật cắt xương hình chêm, cố định bằng hai vít + buộc néo ép số 8 của French là đơn giản, dễ thực hiện và an toàn. **Đối tượng và phương pháp:** 63 bệnh nhân (BN) biến dạng khuỷu

veọ trong sau gãy trên đầu dưới xương cánh tay, tuổi trung bình là $9,3 \pm 2,6$ (6 - 15) được phẫu thuật cắt xương hình chêm bên ngoài để chỉnh trục, thực hiện trong thời gian từ 6/2015 đến tháng 12 /2019. **Kết quả:** Theo dõi xa được 52/63 (82,5%) với thời gian trung bình là $44,8 \pm 11,1$ tháng (21 - 82 tháng). Kết quả xa theo tiêu chuẩn của Ippolito: 33 bệnh nhân có kết quả tốt, 14 kết quả khá và 5 BN kết quả kém. **Kết luận:** Chúng tôi cho rằng phương pháp French cải biến điều trị biến dạng khuỷu veọ trong thật sự đơn giản và hiệu quả điều trị tốt cả về thẩm mỹ và chức năng.

Từ khóa: Biến dạng khuỷu veọ trong, cắt xương hình chêm.

SUMMARY

ASSESSMENT OF THE RESULTS OF DISTAL HUMERUS OSTEOTOMY TREATMENTING

*Bệnh viện Đa khoa Mê Linh, HN

**Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Đỗ Viết Tuyền

Email: Doviettuyenvn@gmail.com

Ngày nhận bài: 5/5/2021

Ngày phản biện khoa học: 7/6/2021

Ngày duyệt bài: 25/6/2021