

KẾT QUẢ XỬ TRÍ RỐI LOẠN NHỊP THẤT Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN ĐƯỢC CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA

Cao Việt Cường¹, Tạ Mạnh Cường²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Tỷ lệ rối loạn nhịp thất trong nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên giảm đáng kể nhờ can thiệp động mạch vành qua da. Tuy nhiên, biến cố này vẫn gây ra gánh nặng bệnh tật lớn trong ngắn hạn và dài hạn trên nhóm bệnh nhân này. **Mục tiêu nghiên cứu:** Kết quả xử trí rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu quan sát, phân tích 150 bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da và có rối loạn nhịp thất trong thời gian nằm viện tại Viện Tim Mạch Việt Nam và Bệnh Viện Đa khoa Tỉnh Vĩnh Phúc từ 9/2022 đến 7/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ rối loạn nhịp thất nguy hiểm tại thời điểm nhập viện chiếm 2,66%; trong can thiệp chiếm 5,33%; sau can thiệp có tỷ lệ 2,66% và trước ra viện không có trường hợp rung thất, nhanh thất chiếm 2%. Khi phân tích hồi quy đa biến, TIMI ≤ 2 thực sự ảnh hưởng lớn nhất tới hình thành các rối loạn nhịp thất nghiêm trọng có ý nghĩa lâm sàng với OR = 26,22 và P = 0,001. LVEF cũng góp phần thúc đẩy tình trạng xấu hơn của các rối loạn nhịp thất với OR = 6,02 và P = 0,029. Nam giới là một yếu tố bảo vệ với OR = 0,12 và P = 0,018. **Kết luận:** Nam giới có thể là yếu tố bảo vệ trong khi đó, suy tim EF $\leq 40\%$ và đặc biệt là hiện tượng dòng chảy chậm sau can thiệp tác động lớn tới rối loạn thất nghiêm trọng có ý nghĩa lâm sàng.

Từ khóa: Rối loạn nhịp thất nguy hiểm, nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.

SUMMARY

MANAGEMENT OF VENTRICULAR ARRHYTHMIAS IN ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS UNDERGOING PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

Background: The rate of ventricular arrhythmia in ST-segment elevation myocardial infarction has been significantly reduced by primary percutaneous coronary intervention. However, these events still cause a large short- and long-term disease burden in these patients. **Objective:** Results of ventricular arrhythmia management in patients with ST-segment

elevation myocardial infarction underwent percutaneous coronary intervention. **Methods:** A observational study of 150 patients diagnosed with ST-segment elevation myocardial infarction who underwent percutaneous coronary intervention and had ventricular arrhythmias during their hospital stay at the hospital Vietnam Heart Institute and Vinh Phuc Provincial General Hospital from September 2022 to July 2023. **Results:** Rates of clinically significant ventricular arrhythmias at the time of admission was 2.66%; in intervention accounts for 5.33%; after intervention, rate was 2.66% and before discharge, there were no cases of ventricular fibrillation, ventricular tachycardia accounted for 2%. In multivariable regression analysis, TIMI ≤ 2 had the greatest influence on the development of serious, dangerous ventricular arrhythmia with OR = 26.22 and P = 0.001. LVEF contributed to the worsening of ventricular arrhythmias with OR = 6.02 and P = 0.029. Male was a protective factor with OR = 0.12 and P = 0.018. Conclusion: Men can be a protective factor, while heart failure EF $\leq 40\%$ and slow flow phenomenon after intervention have great impact on the formation of serious and dangerous ventricular arrhythmia. **Keywords:** Dangerous ventricular arrhythmia, ST-elevation myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thống kê về bệnh tim và đột quỵ 2022 của hội tim mạch học Hoa Kỳ, bệnh động mạch vành chiếm tỷ lệ tử vong cao nhất trong các bệnh lý tim mạch là 41,3%, trong đó nguy hiểm nhất là nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên [1]. Tỷ lệ rối loạn nhịp thất trong bệnh lý này đã giảm đáng kể nhờ can thiệp động mạch vành qua da. Tuy nhiên, các biến cố này vẫn gây ra gánh nặng bệnh tật lớn cả trong ngắn hạn và dài hạn. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu "Kết quả xử trí rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da" với hai mục tiêu:

1. *Đặc điểm và kết quả xử trí các rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên được can thiệp động mạch vành qua da.*

2. *Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ và kết quả xử trí các rối loạn nhịp thất ở các bệnh nhân nói trên.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST

¹Bệnh viện đa khoa Tỉnh Vĩnh Phúc

²Viện Tim Mạch Việt Nam

Chịu trách nhiệm chính: Cao Việt Cường

Email: drcuongtmvp33@gmail.com

Ngày nhận bài: 01.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 6.2.2024

chênh lên đã can thiệp động mạch vành qua da và có rối loạn nhịp thất trong thời gian nằm viện tại Viện Tim Mạch Việt Nam và Bệnh Viện Đa khoa Tỉnh Vĩnh Phúc từ 01/09/2022 đến 31/7/2023.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Đủ các tiêu chuẩn sau: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên. Can thiệp mạch vành qua da. Xuất hiện rối loạn nhịp thất. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Để tính toán cỡ mẫu, chúng tôi sử dụng:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} p(1-p)}{d^2}$$

- n: cỡ mẫu tối thiểu
- Z 1- α/2: với α/2= 0,05 thì Z = 1.96
- p: tỷ lệ rối loạn nhịp thất nghiêm trọng, ước đoán 8% dựa theo nghiên cứu của và cộng sự [2].

- d: sai số cho phép, lấy 5%

Nhóm nghiên cứu tính cỡ mẫu tối thiểu là 114, thực tế ghi nhận được 150 bệnh nhân.

Nội dung nghiên cứu: thu thập số liệu về

- Đặc điểm và kết quả xử lý rối loạn nhịp thất của đối tượng nghiên cứu.
- Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến mức độ và kết quả xử trí các rối loạn nhịp thất ở các bệnh nhân nói trên.

Quy trình nghiên cứu: Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp động mạch vành qua da kèm rối loạn nhịp thất trong thời gian nằm viện. Đồng thời ghi nhận: Monitoring, ECG 12 chuyển đạo và holter điện tim. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và quá trình xử trí rối loạn nhịp thất.

Phương pháp xử lý số liệu: Stata 14.2.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 9/2022 đến 7/2023, tiến hành khảo sát trên 150 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn lựa chọn tại Viện Tim Mạch Việt Nam và bệnh viện đa khoa tỉnh Vĩnh Phúc. Qua phân tích, chúng tôi thu được một số kết quả như sau:

3.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân có tuổi từ 26 đến 98, trung bình là 69,15 ± 14,56. Trong nghiên cứu này, có 79 bệnh nhân ≥70 tuổi, chiếm 52,67%. Nam giới chiếm tỷ lệ lớn trong nghiên cứu với 2/3 tổng số bệnh nhân. Những đặc điểm về tiền sử, kết quả xét nghiệm cơ bản, độ Killip khi nhập viện và đặc điểm dòng chảy mạch vành được trình bày dưới đây:

Bảng 3.1. Đặc điểm về một số tiền sử là

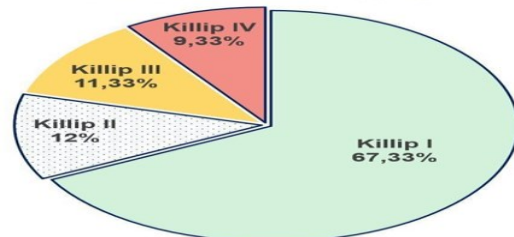
yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

STT	Tiền sử	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
1	Tăng huyết áp	72	48,00
2	Rối loạn lipid máu	27	18,00
3	Đái tháo đường	23	15,33
4	Hút thuốc lá/thuốc lào	50	33,33
5	Suy tim	33	22,00

Bảng 3.2. Một số kết quả xét nghiệm máu cơ bản khi nhập viện

STT	Chỉ số (đơn vị đo)	Số mẫu	Giá trị trung bình	Giá trị nhỏ nhất	Giá trị lớn nhất
1	Số hồng cầu (T/L)	150	4,56 ± 0,67	2,77	6,52
2	Số bạch cầu (G/L)	150	11,98 ± 4,14	4,61	26,5
3	Số tiểu cầu (G/L)	150	261,0 ± 95,3	58	650
4	Glucose (mmol/L)	103	8,38 ± 4,05	3,1	31,6
5	Creatinine (mcmol/L)	150	90,92 ± 52,0	34	580
7	Kali (mmol/L)	150	3,76 ± 0,50	2,6	5,3

Phân độ Killip khi nhập viện

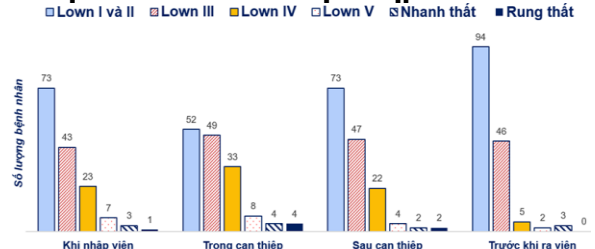


Biểu đồ 3.1. Phân độ Killip khi nhập viện

Bảng 3.3. Đặc điểm dòng chảy sau can thiệp mạch vành

STT	Dòng chảy	Số lượng	Tỷ lệ %
1	TIMI 0	00	0,00
2	TIMI 1	01	0,67
3	TIMI 2	09	6,00
4	TIMI 3	140	93,33

3.2. Đặc điểm về các phương thức và kết quả xử trí các rối loạn nhịp thất



Biểu đồ 3.2. Tần suất các loại rối loạn nhịp thất trong nghiên cứu

Bảng 3.4. Đặc điểm và kết quả xử trí rối loạn nhịp thất khi nhập viện

Số lượng bệnh nhân	Nhập viện	Sốc điện	Lidocain tĩnh mạch	Cordarone tĩnh mạch	Cordarone uống	Chẹn Beta
Lown I và II	73	0	0	0	0	40
Lown III	43	0	0	0	3	26
Lown IV	24	0	0	0	0	9
Lown V	7	0	1	1	1	3
Nhanh thất	3	0	2	0	1	3
Rung thất	1	1	1	0	0	0

Bảng 3.5. Đặc điểm và kết quả xử trí rối loạn nhịp thất trong can thiệp

Số lượng bệnh nhân	Trong can thiệp	Sốc điện	Lidocain tĩnh mạch	Cordarone tĩnh mạch	Cordarone uống	Chẹn Beta
Lown I và II	52	0	0	0	0	0
Lown III	49	0	0	0	0	0
Lown IV	33	0	1	2	0	0
Lown V	8	0	2	1	0	0
Nhanh thất	4	0	3	1	0	0
Rung thất	4	3	4	4	0	0

Bảng 3.6. Đặc điểm và kết quả xử trí rối loạn nhịp thất sau can thiệp

Số lượng bệnh nhân	Sau can thiệp	Sốc điện	Lidocain tĩnh mạch	Cordarone tĩnh mạch	Cordarone uống	Chẹn Beta	Trước khi ra viện
Lown I và II	73	0	1	0	5	64	94
Lown III	47	0	0	2	4	36	46
Lown IV	22	0	2	0	8	14	5
Lown V	4	0	0	0	4	2	2
Nhanh thất	2	2	2	2	0	0	3
Rung thất	2	2	2	2	1	0	0

Bảng 3.4. Môi liên quan của một số thuốc tới mức độ và kết quả xử trí rối loạn nhịp thất

	Odds Ratio	95% khoảng tin cậy	P
Lidocain trong can thiệp	4,71	0,29 – 76,4	0,28
Cordarone tĩnh mạch	4,79	0,26 – 86,8	0,29
Sau can thiệp mạch vành			
Sốc điện	14,69	0,37 – 220,93	0,178
Lidocain tĩnh mạch	3,62	0,25 – 52,66	0,348
Cordarone tĩnh mạch	20,53	0,79 – 533,19	0,069
Chẹn Beta giao cảm	0,76	0,03 – 17,78	0,865

Bảng 3.5. Môi liên quan của một số yếu tố tác động tới mức độ và kết quả xử trí rối loạn nhịp thất khi phân tích hồi quy đa biến

	Odds Ratio	KTC95%	P
Nam giới	0,120	0,02 – 0,69	0,018
Dòng chảy TIMI 1-2	26,22	3,44 – 99,91	0,001
LVEF ≤ 40%	6,02	1,21 – 30,06	0,029
Đường máu nhập viện	1,09	0,87 – 1,37	0,443

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm đối tượng nghiên cứu. Nghiên cứu của chúng tôi có 150 bệnh nhân với tuổi từ 26 đến 98 và trung bình 69,15 ±

14,56 năm, biên độ tuổi lớn minh chứng cho hai xu hướng ngày càng rõ rệt là bệnh lý mạch vành ngày càng trẻ hóa và khả năng cấp cứu can thiệp cho nhóm cao tuổi ngày càng tăng. Nghiên cứu của Bùi Thị Mỹ Lệ trên 84 bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da tại Viện Tim Mạch Việt Nam (2016) cũng cho thấy hai xu hướng này [3]. Nam giới có tỷ lệ cao hơn nữ giới trong nghiên cứu của chúng tôi. Mặc dù không có sự khác biệt về giới giữa nhóm ngoại tâm thu Lown I – III và rối loạn nhịp thất nguy hiểm tại thời điểm nhập viện nhưng có thể tác động tới kết quả điều trị cuối cùng. Phân tích hồi quy đa biến cho thấy nam giới là yếu tố làm giảm tiến triển rối loạn nhịp thất nghiêm trọng với OR = 0,166 và P=0,012.

Tăng huyết áp có tần suất cao nhất trong nghiên cứu của chúng tôi, gặp ở 48%, vốn được biết đến là yếu tố gia tăng nguy cơ bệnh mạch vành. Nghiên cứu của chúng tôi có 18% bệnh nhân rối loạn lipid máu. Tỷ lệ này thấp hơn so với nghiên cứu của Ohlow năm 2012 (30%) [4]. Đái tháo đường gặp 15,33% bệnh nhân, tương tự với kết quả của Bùi Thị Mỹ Lệ (2016) có 13% bệnh nhân đái tháo đường [5]. Chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nữ hút thuốc lá, 50/104 nam giới đã từng hoặc còn hút thuốc lá ngay

trước thời điểm nhập viện là tương đối cao (48,07%). Tỷ lệ hút thuốc lá trong nhiều năm qua vẫn còn cao ở nước ta. Chúng tôi ghi nhận 52% bệnh nhân được đo phân suất tổng máu thất trái tại thời điểm nhập viện. Tỷ lệ suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn thống kê của tác giả Bùi Thị Mỹ Lệ chỉ 11,9%.

Số hồng cầu trong nghiên cứu trung bình là $4,56 \pm 0,67$ T/l. Chúng tôi không thấy sự khác biệt về giữa nhóm Lown I – III và nhóm rối loạn nhịp thất nguy hiểm ở hai thời điểm đánh giá. Wongthida chỉ ra thiếu máu làm gia tăng 2,14 lần Odds nguy cơ rối loạn nhịp thất nguy hiểm trong 72 giờ đầu tiên [5]. Trong nhồi máu cơ tim cấp, tiểu cầu đóng vai trò bắt đầu và điều chỉnh quá trình viêm. Số tiểu cầu tại thời điểm nhập viện là $261,0 \pm 95,3$ G/l, cao hơn so với kết quả của Ohlow (240 G/l) [3]. Glucose ở 103 bệnh nhân tại thời điểm nhập viện với giá trị trung bình là $8,38 \pm 4,05$ mmol/l, tương đương với kết quả của Ohlow (8,5 mmol/l) và cao hơn kết quả của Bùi Thị Mỹ Lệ ($7,3 \pm 2,97$ mmol/l) [2, 3]. Trên 150 bệnh nhân, Creatinin trung bình tại thời điểm nhập viện là $90,92 \pm 52,0$ μ mol/L với giá trị cao nhất là 580 μ mol/L. Chỉ số này thấp hơn so với kết quả của Ohlow (98,12 μ mol/l). Nồng độ ion Kali trong nghiên cứu là $3,76 \pm 0,50$ mmol/l với giá trị nhỏ nhất là 2,6 mmol/l và giá trị lớn nhất là 5,3 mmol/l; thấp hơn so với kết quả của Ohlow (4,95 mmol/l) [3]. Chúng tôi không ghi nhận được sự tăng hay giảm có ý nghĩa của nhóm rối loạn nhịp thất nguy hiểm so với nhóm Lown I - III ở cả hai thời điểm nghiên cứu. Kết quả này có thể được giải thích bởi nhận thức của các bác sĩ về nguy cơ hạ Kali máu với rối loạn nhịp thất, do đó bệnh nhân thường được bổ sung Kali kịp thời.

Bệnh nhân được phân tầng mức độ suy tim cấp theo Killip. Killip I chiếm chủ yếu với 67,33%. Số bệnh nhân phù phổi và rơi vào sốc tim chiếm tỷ lệ nhỏ, lần lượt là 11,33% và 9,33%. Tỷ lệ này cao hơn so với thử nghiệm DANAMI – 3 (Killip I chiếm 92,88%) nhưng thấp hơn so với kết quả của Wongthida với tỷ lệ sốc tim chiếm 41,42% trong đó rối loạn nhịp thất nguy hiểm có tỷ lệ rất cao (chiếm 95,4%) [4, 6]. Khi phân tích hồi quy đa biến, chúng tôi ghi nhận LVEF $\leq 40\%$ làm gia tăng nguy cơ tiến triển rối loạn nhịp thất nguy hiểm với OR = 6,02 và P = 0,029. Tuy nhiên, chỉ với 78 bệnh nhân được đo chỉ số LVEF nên đây không phải mối liên quan ở tất cả 150 bệnh nhân.

Dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp đạt tới 93,33%, không có bệnh nhân nào gặp hiện

tượng mất dòng TIMI 0 (no - reflow) và 6,67% trường hợp có dòng chảy TIMI 1 – 2. Sau tái thông, dòng chảy TIMI < 3 làm gia tăng nguy cơ rối loạn nhịp thất có ý nghĩa với P = 0,001. Hơn thế nữa, khi phân tích hồi quy đa biến, dòng chảy TIMI 1 – 2 làm gia tăng nguy cơ rối loạn nhịp thất nguy hiểm với OR = 26,22 và P = 0,001. Kết quả của Pantea – Rason cho thấy dòng chảy TIMI ≤ 2 sau can thiệp làm gia tăng nguy cơ rối loạn nhịp thất nguy hiểm và sốc tim [7].

4.2. Đặc điểm về phương thức và kết quả xử trí các rối loạn nhịp thất. Có 4 thời điểm quan trọng chúng tôi thống kê đặc điểm và tần suất rối loạn nhịp thất để đánh giá bao gồm: thời điểm nhập viện, trong quá trình can thiệp, sau can thiệp trong thời gian nằm viện và thời điểm trước khi ra viện. Xu hướng các rối loạn nhịp thất mức độ nặng giảm dần qua quá trình theo dõi, điều này cũng phản ảnh hiệu quả của việc điều trị kịp thời. Chúng tôi thấy rằng những trường hợp rối loạn nhịp thất Lown I - III thường chỉ xử trí bằng thuốc uống và theo dõi sát. Ở mức độ cao hơn gồm ngoại tâm thu thất Lown IV, V hay nhanh thất và rung thất đòi hỏi những biện pháp tích cực hơn và có ý nghĩa nhiều hơn trong thực hành lâm sàng.

Ở Việt Nam, do không có thuốc chặn Beta đường tĩnh mạch, chúng tôi đã ghi nhận các phương pháp xử trí gồm: sốc điện, Lidocain đường tĩnh mạch, Cordarone đường tĩnh mạch, Cordarone đường uống và chặn Beta đường uống tại ba thời điểm: trước can thiệp, trong can thiệp và trước khi xuất viện.

Nhóm nghiên cứu không thấy sự khác biệt về bất kì loại thuốc hay đường dùng tác động đến rối loạn nhịp thất ở thời điểm trước can thiệp. Do tính chất của quá trình can thiệp, thuốc chống loạn nhịp đường tĩnh mạch được ưu tiên hơn. Không có sự khác biệt nào về tỷ lệ sốc điện hay Cordarone đường tĩnh mạch giữa hai nhóm rối loạn nhịp thất. Lidocain trong nhóm rối loạn nhịp thất nguy hiểm cao hơn so với nhóm Lown I – III (P = 0,002). Tuy nhiên, các phương thức điều trị kể trên chịu ảnh hưởng rất lớn bởi mức độ rối loạn nhịp thất trong khi can thiệp và chúng tôi đã xét tới tác động thực sự của các phương pháp xử trí loạn nhịp thất đến kết cục cuối cùng. Sau khi phân tích hồi quy đa biến, hiệu chỉnh yếu tố nhiễu là mức độ rối loạn nhịp thất trong can thiệp cho thấy không có ảnh hưởng của các phương pháp điều trị với P > 0,05. Tương tự, tại thời điểm sau can thiệp, sốc điện, Lidocain, Cordarone tĩnh mạch hay chặn beta đường uống đều không có tác động đáng

kể tới kết quả cuối cùng trước khi ra viện. Kết quả này nên được lý giải bởi cỡ mẫu và số biến cố trong nghiên cứu quá nhỏ để đánh giá tác động tích cực của các thuốc như các thử nghiệm trước đây.

Trong thử nghiệm CAPRICORN, Carvedilol sau nhồi máu cơ tim cấp đã giảm 4,3 lần nguy cơ tương đối rối loạn nhịp thất (trong đó có 70% là nhanh thất) [8]. Với bằng chứng này, thử nghiệm tiếp theo đã ủng hộ việc sử dụng thuốc chẹn Beta nhằm giảm nguy cơ tái phát loạn nhịp thất nguy hiểm. Thử nghiệm OPTIC cho thấy điều trị bằng chẹn Beta với thiết bị phá rung tự động đã giảm tần suất sốc so với chỉ dùng máy phá rung tự động riêng lẻ [9]. Quan trọng hơn, thử nghiệm OPTIC cho thấy so với nhóm chỉ dùng thuốc chẹn Beta, thuốc chẹn Beta kết hợp với Amiodarone đã giảm 12% nguy cơ tuyệt đối và 37% nguy cơ tương đối các nhát sốc tử máy phá rung.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu những rối loạn nhịp thất ở 150 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành qua da, chúng tôi nhận thấy:

Rối loạn nhịp thất nghiêm trọng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh xảy ra tại các thời điểm: khi nhập viện (nhanh thất và rung thất chiếm 2,66%); trong can thiệp (5,33%); sau can thiệp (2,66%) và trước khi ra viện không có bệnh nhân nào rung thất, có 3 bệnh nhân nhanh thất (2%). Xu hướng rối loạn nhịp thất mức độ nặng giảm dần qua quá trình theo dõi, điều này cũng phản ánh hiệu quả của việc điều trị kịp thời. Nam giới có thể là yếu tố bảo vệ trong khi đó, suy tim EF \leq 40% và đặc biệt là hiện tượng dòng chảy chậm sau can thiệp tác động lớn tới

sự hình thành rối loạn thất nghiêm trọng có ý nghĩa lâm sàng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Tsao, C.W., et al.**, Heart Disease and Stroke Statistics-2022 Update: A Report From the American Heart Association. *Circulation*, 2022. 145(8): p. e153-e639.
2. **Piccini, J.P., et al.**, Antiarrhythmic drug therapy for sustained ventricular arrhythmias complicating acute myocardial infarction. *Crit Care Med*, 2011. 39(1): p. 78-83.
3. **Bùi Thị Mỹ Lệ và cộng sự**, Đánh giá đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên sau can thiệp động mạch vành (2016). Luận văn thạc sĩ y học.
4. **Wongthida, T., et al.**, Development of a Clinical Risk Score for Prediction of Life-Threatening Arrhythmia Events in Patients with ST Elevated Acute Coronary Syndrome after Primary Percutaneous Coronary Intervention. *Int J Environ Res Public Health*, 2022. 19(4).
5. **Ohlow, M.A., et al.**, Incidence and predictors of ventricular arrhythmias after ST-segment elevation myocardial infarction. *Am J Emerg Med*, 2012. 30(4): p. 580-6.
6. **Nepper-Christensen, L., et al.**, Importance of elevated heart rate in the very early phase of ST-segment elevation myocardial infarction: Results from the DANAMI-3 trial. *Eur Heart J Acute Cardiovasc Care*, 2019. 8(4): p. 318-328.
7. **Pantea-Rosan, L.R., et al.**, No-Reflow after PPCI-A Predictor of Short-Term Outcomes in STEMI Patients. *J Clin Med*, 2020. 9(9).
8. **McMurray, J., et al.**, Antiarrhythmic effect of carvedilol after acute myocardial infarction: results of the Carvedilol Post-Infarct Survival Control in Left Ventricular Dysfunction (CAPRICORN) trial. *J Am Coll Cardiol*, 2005. 45(4): p. 525-30.
9. **Stuart J Connolly et al.**, Comparison of beta-blockers, amiodarone plus beta-blockers, or sotalol for prevention of shocks from implantable cardioverter defibrillators: the OPTIC Study: a randomized trial. *JAMA*. 2006 Jan 11;295(2):165-71.

VIÊM TẮC ĐỘNG MẠCH TẦNG DƯỚI GỐI CÓ BIẾN CHỨNG MẤT MÔ: KẾT QUẢ CAN THIỆP NỘI MẠCH

Lê Quang Thứ¹, Nguyễn Đỗ Nhân^{1,2}, Lê Đình Thanh²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân viêm tắc động mạch tầng dưới gối có biến

chứng mất mô; Kết quả can thiệp nội mạch điều trị. **Đối tượng và phương pháp:** hồi cứu mô tả loạt ca các trường hợp viêm tắc động mạch tầng dưới gối mất mô tại bệnh viện Thống Nhất, từ 03/2021 đến 03/2023. **Kết quả:** 41 bệnh nhân, tỉ lệ nam nữ 1,73/1. Gồm 02 phân nhóm: dưới gối đơn tầng và dưới gối đa tầng. Nhóm đa tầng chiếm tỉ lệ cao (60,9%). TASC II C, D chiếm đa số (34,1%, 56,1%). Thời gian can thiệp nội mạch trung bình 65,8 + 25 phút. Thành công về mặt kỹ thuật 75,6% sau can thiệp và 68,3% sau 06 tháng. Kết quả trung bình, tốt 78,1% ra viện, 70,7% sau 06 tháng. Biến chứng: 02

¹Đại học Y Dược - Đại học Huế

²Bệnh viện Thống Nhất - TP.HCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đỗ Nhân

Email: ndnhan.22ncs017@huemed-univ.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.12.2023

Ngày phản biện khoa học: 16.01.2024

Ngày duyệt bài: 5.2.2024