

hơn. Việc đi bộ không chỉ trở nên chậm hơn mà còn liên quan đến việc giảm tải tác động trong giai đoạn chấp nhận trọng lượng. Vào những ngày sau đó, các suy giảm chức năng ít rõ rệt hơn. Tổng phạm vi chuyển động gập không vượt quá 20 độ trong nhóm đầu tiên và 55 độ trong nhóm thứ hai. Một NC khác đánh giá vai trò của vận động có kháng trở lên bệnh nhân sau thay khớp gối: các đối tượng được thực hiện các bài tập kháng trở dưới nước trong 12 tuần đã cải thiện đáng kể khả năng cử động gập gối và tăng sức mạnh cơ, tăng tốc độ đi bộ và tốc độ leo cầu thang so với các đối tượng không nhận được bất kỳ can thiệp nào.

Kết quả NC của chúng tôi cho thấy: trước khi điều trị có 19 người bệnh phải bước từng bước và có 9 người bước cầu thang khó khăn nhưng sau khi điều trị chỉ còn 4 người bệnh phải bước từng bước cầu thang, có 24 người bệnh chỉ bước hơi khó khăn và có 2 người bệnh bước đi bình thường có thể thấy rằng khả năng phục hồi sau khi điều trị cải thiện rõ rệt.

V. KẾT LUẬN

- Ở nữ độ tuổi có vấn đề về khớp gối lớn hơn ở nam độ tuổi thường gặp là 51-70. Tâm vận động gập gối chủ động chủ yếu đạt mức 0-120 độ chiếm 80%. Tâm vận động gập gối thụ động đạt mức 0-120 độ là chủ yếu (83,3%).

- Sau điều trị phần lớn BN đau mức độ nặng (7-10) giảm rất nhiều xuống mức đau nhẹ và vừa. Lực cơ khớp gối có cải thiện, tăng bậc cơ. Tâm vận động gập gối chủ động chủ yếu đạt mức 0-120 độ chiếm 80%.

- Tỷ lệ bệnh nhân có điểm Lysholm D (kém)

chiếm tỷ lệ cao nhất 96.7%. Với giá trị $p=0.161>0.05$ không có giá trị thống kê. Tuy nhiên một số chỉ số nghiên cứu trong thang Lysholm có thay đổi có ý nghĩa: Tỷ lệ không dùng dụng cụ trợ giúp chiếm (93.3%) sau điều trị. Tỷ lệ $P=0,043$ có giá trị thống kê. Khả năng lên cầu thang khá hơn chiếm tỷ lệ 80% cải thiện hơn 50 % so với trước điều trị (30%). Tỷ lệ $p=0.001<0.05$ có giá trị thống kê

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Kristen Gasnick** (2022). Joint Stiffness
2. **Q. Hugh Watson, et al** (2020). Musculoskeletal stiffness is common in healthy adults and increases with age. Musculoskeletal care. PMID: 32812344. DOI: 10.1002/msc.1501
3. **Rajjat Kumar et al** (2020). Role of physiotherapy in post-operative knee stiffness: A literature review.
4. **Lương Thu Hằng, Phạm Văn Minh** (2021). Đánh giá kết quả phục hồi chức năng khớp gối sau phẫu thuật nội soi gỡ dính. Tạp chí Y học Việt Nam
5. **Trần Trung Dũng, Đào Xuân Thành** (2016). Nhận xét đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân thoái hóa khớp gối được phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. Tạp chí Y Học Việt Nam.
6. **Manuel Arroyo-Morales et al** (2019). The Lysholm score: Cross cultural validation and evaluation of psychometric properties of the Spanish version.
7. **Ryan L Mizner et al.** (2005). Quadriceps strength and the time course of functional recovery after total knee arthroplasty. J Orthop Sports Phys Ther.
8. **Robert Topp et al.** (2009). The effect of prehabilitation exercise on strength and functioning after total knee arthroplasty. www.pmrjournal.org.
9. **Theo Trần Trung Dũng và cộng sự** (2020). Phẫu thuật thay khớp gối toàn phần bằng cách sử dụng phương pháp cắt bỏ có đo lường sửa đổi: đánh giá hồi cứu 5 năm về kết quả trung hạn.

KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA THÌ ĐẦU Ở BỆNH NHÂN ≥ 75 TUỔI BỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN

Đặng Văn Minh¹, Vũ Điện Biên², Nguyễn Ngọc Quang³, Nguyễn Tiến Dũng⁴, Lê Thị Hương Lan¹

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Trung ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

³Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai

⁴Trường Đại học Y Dược Thái Nguyên

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Minh

Email: dangminhtmnt@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 17.4.2024

Ngày duyệt bài: 22.5.2024

Mục tiêu: Xác định kết quả của can thiệp động mạch vành (CTĐMV) qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên trong vòng 30 ngày và 6 tháng sau can thiệp. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp, tiền cứu, mô tả cắt ngang trên 104 bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên, có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2023. **Kết quả:** Thời gian cửa bóng trung bình là $2318,77 \pm 3236,90$ phút; thời gian PCI ≤ 12 h là 30,8%. Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân can thiệp thành

công về cả thủ thuật và lâm sàng; tỉ lệ tai biến là 3,8%. Sau can thiệp, ST chênh lên trung bình giảm từ $2,82 \pm 1,39$ mm xuống còn $0,99 \pm 1,08$ mm, $p < 0,05$; mức độ TIMI 3 sau can thiệp là 99,0%, $p < 0,05$. Trong 30 ngày sau can thiệp, tỉ lệ tử vong 6,7%, rối loạn nhịp 4,8%. Sau 6 tháng can thiệp, tỉ lệ bệnh nhân tử vong 5,2%, xuất huyết 1,0%. **Kết luận:** CTĐMV qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên đạt kết quả cao và biến cố tim mạch chính thấp.

Từ khóa: can thiệp động mạch vành thì đầu, nhồi máu cơ tim, ST chênh lên, ≥ 75 tuổi.

SUMMARY

RESULTS OF PRIMARY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION OF PATIENTS AGED ≥ 75 YEARS WITH ACUTE ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION

Objective: To determine the results of primary percutaneous coronary intervention (PCI) of patients aged ≥ 75 years with acute ST elevation within 30 days and after 6 months of intervention. **Subjects and methods:** Interventional, prospective, cross-sectional study was conducted on 104 patients aged ≥ 75 years, diagnosed with acute ST elevation myocardial infarction, and indicated for primary percutaneous coronary intervention at the Vietnam National Heart Institute - Bach Mai Hospital, Hanoi Heart Hospital, Huu Nghi Hospital from 2018-2023. **Results:** The door to balloon average time was 2318.77 ± 3236.90 minutes; PCI time ≤ 12 h was 30.8%. All (100.0%) patients had successful intervention about procedurally and clinically; the complication proportion was 3.8%. After intervention, the average ST elevation decreased from 2.82 ± 1.39 mm to 0.99 ± 1.08 mm, $p < 0.05$; TIMI 3 level after intervention was 99.0%, $p < 0.05$. Within 30 days of intervention, the proportion of death patients 6.7%; arrhythmia 4.8%. After 6 months of intervention, the proportion of death patients 5.2%; hemorrhage 1.0%. **Conclusion:** PCI of patients aged ≥ 75 years with acute ST elevation myocardial infarction has achieved high results and low major adverse cardiovascular events.

Keywords: Primary coronary intervention, myocardial infarction, ST elevation, ≥ 75 years old.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp có ST chênh lên là một cấp cứu nội khoa hàng đầu trong các bệnh tim mạch, bệnh có tỉ lệ mắc và tử vong cao. NMCT cấp có ST chênh lên là thể nặng nhất trong hội chứng vành cấp do cơ chế huyết khối bít tắc hoàn toàn lòng động mạch vành, cắt đứt sự tưới máu lên vùng chi phổi của động mạch bị tắc. Tỉ lệ tử vong 30 ngày ở nhóm NMCT cấp có ST chênh lên cao hơn với nhóm không có ST chênh lên (6,1% so với 3,8%, $p < 0,001$) [5]; tỉ lệ biến chứng của nhóm NMCT cấp có ST chênh lên cũng cao hơn NMCT cấp không ST chênh lên. Đối với NMCT cấp có ST chênh lên, can thiệp động mạch vành (CTĐMV) qua da thì đầu được

cho là biện pháp có tỉ lệ thành công cao; hiệu quả tốt, nhưng lại bị ảnh hưởng bởi thời gian nhập viện, thời gian cửa bóng.... Đối với người cao tuổi, động mạch vành (ĐMV) thường có tổn thương vô hóa, xoắn vặn, gập góc, tổn thương nhiều nhánh... [1], [2], [3]. Các đặc điểm tổn thương này rất phức tạp, làm giảm tỉ lệ thành công của can thiệp động mạch vành (CTĐMV) qua da trên bệnh nhân cao tuổi bị NMCT. Bên cạnh đó, bệnh nhân cao tuổi khi bị NMCT cấp có ST chênh lên thường nhập viện muộn với triệu chứng không điển hình, ảnh hưởng lớn đến kết quả CTĐMV qua. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu: *Xác định kết quả của CTĐMV qua da thì đầu ở bệnh nhân ≥ 75 tuổi bị NMCT cấp có ST chênh lên trong vòng 30 ngày và 6 tháng sau can thiệp.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu tại Viện Tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị từ 2018-2023.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân ≥ 75 tuổi, được chẩn đoán là NMCT cấp có ST chênh lên có chỉ định CTĐMV qua da thì đầu từ 2018-2023 tại các địa điểm nghiên cứu. Đồng ý tham gia nghiên cứu.

- Chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên dựa theo tiêu chuẩn của ACCF/AHA 2013. Chỉ định CTĐMV qua da thì đầu dựa vào Hướng dẫn của Hội Tim mạch học Việt Nam, ACCF/AHA 2013.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ. Bệnh nhân có chống chỉ định với các thuốc chống ngưng tập tiểu cầu; mới bị tai biến mạch máu não/xuất huyết tiêu trong vòng 3 tháng; suy thận hoặc suy gan nặng...; ung thư giai đoạn cuối...

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu: từ 6/2018-12/2023 tại Viện tim mạch Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai; Bệnh viện Tim Hà Nội và Bệnh viện Hữu Nghị.

2.3. Phương pháp nghiên cứu

2.3.1. Thiết kế nghiên cứu: Phương pháp nghiên cứu can thiệp, tiến cứu, mô tả cắt ngang.

2.3.2. Cỡ mẫu: Toàn bộ

2.2.3. Chọn mẫu: Thuận tiện.

Chọn toàn bộ 104 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong thời gian tiến hành nghiên cứu (trong quá trình thu thập số liệu của nghiên cứu, có xuất hiện đại dịch COVID-19, nên chỉ thu được 104 bệnh nhân).

2.3.4. Kỹ thuật can thiệp động mạch

vành qua da

- Bước 1: Đặt đường vào mạch máu (động mạch quay hoặc động mạch đùi)
- Bước 2: Chụp động mạch vành
- Bước 3: Đặt ống thông can thiệp (guiding catheter)
- Bước 4: Tiêm heparin cho bệnh nhân
- Bước 5: Tiến hành can thiệp mạch vành: Uốn đầu dây dẫn (guidewire) can thiệp ĐMV (loại 0,014"), gấp một góc 45-60°, để có thể lái theo các nhánh ĐMV, qua tổn thương. Luồn, lái dây dẫn can thiệp qua vị trí tổn thương, sau khi đầu dây dẫn đã qua tổn thương, tiếp tục đẩy dây dẫn tới đầu xa của động mạch vành (chú ý không đi vào nhánh nhỏ hoặc quá xa). Tiến hành nong bóng để làm nở rộng lòng mạch vị trí tổn thương, đặt stent, nong stents và chụp kiểm tra
- Bước 6: Rút ống mở đường vào, băng ép
- Bước 7: Chăm sóc người bệnh sau rút ống mở đường vào

2.4. Chỉ số nghiên cứu

- Phân bố đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu
- Phân bố đặc điểm thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da
- Tỷ lệ kết quả can thiệp động mạch vành qua da thì đầu
- Sự thay đổi điện tâm đồ trước - sau can thiệp
- Sự thay đổi dòng chảy theo thang điểm TIMI trước - sau can thiệp
- Tỷ lệ biến cố tim mạch trong 30 ngày sau can thiệp
- Tỷ lệ biến cố tim mạch sau 6 tháng can thiệp

2.5. Tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu*** Đánh giá dòng chảy trong ĐMV theo thang điểm TIMI**

- TIMI 0 (không tưới máu): Không có dòng chảy phía sau chỗ tắc.
- TIMI 1 (có thẩm qua nhưng không tưới máu): Chất cản quang đi qua chỗ tắc nhưng không làm cản quang phần ĐMV phía sau chỗ tắc.
- TIMI 2 (tưới máu một phần): Chất cản quang đi qua chỗ tắc và làm cản quang phần động mạch phía xa. Nhưng tốc độ dòng cản quang hay tốc độ thải thuốc cản quang ở giường động mạch phía xa (hay cả hai) chậm hơn ĐMV bên đối diện.
- TIMI 3 (tưới máu đầy đủ): Tốc độ dòng cản quang chảy vào phần xa của chỗ tắc và tốc độ thải thuốc cản quang tương tự như ĐMV bên đối diện.

*** Kết quả can thiệp động mạch vành**

- Thành công về thủ thuật: khi có thành công dựa trên hình ảnh chụp mạch (đường kính

lòng mạch còn hẹp <20,0%, không có bóc tách thành động mạch, dòng chảy trong động mạch thủ phạm trở lại bình thường) và không có biến cố tim mạch chính.

- Thành công lâm sàng: thành công dựa trên hình ảnh chụp mạch, thành công thủ thuật và giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ cơ tim

- Biến chứng trong CTĐMV: các biến chứng có thể xảy ra gồm: dị ứng, NMCT, bắc cầu nổi chủ vành, tử vong, vỡ mạch vành, tràn máu ngoài phúc mạc, tách thành mạch, huyết khối, tắc đoạn xa, rơi stent, thủng thành tim, không có dòng chảy...

2.6. Phân tích số liệu: Số liệu được nhập và xử lý theo phương pháp thống kê y học bằng phần mềm SPSS 25.0.

2.7. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng đạo đức của Viện nghiên cứu khoa học Y Dược lâm sàng 108; được sự chấp thuận của Viện Tim mạch Việt Nam – Bệnh viện Bạch Mai; Bệnh viện Tim Hà Nội, Bệnh viện Hữu Nghị.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU**Bảng 1. Đặc điểm chung của bệnh nhân nghiên cứu**

Chỉ số		SL	%
Nhóm tuổi	75-79	42	40,3
	80-89	53	51,0
	≥90	9	8,7
Giới	Nam	67	64,4
	Nữ	37	35,6
Tổng		104	100,0

Tỷ lệ bệnh nhân từ 80-89 tuổi là 51,0%, ≥90 tuổi là 8,7%; tỷ lệ bệnh nhân nam là 64,4%.

Bảng 2. Đặc điểm thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da (n=104)

Chỉ số		SL	%
Thời gian từ khi xuất hiện cơn đau đến khi vào viện (TB±ĐLC) (giờ)		12,36 ±14,07	
Thời gian cửa - bóng (TB±ĐLC) (phút)		2318,77 ±3236,90	
Tiếp cận PCI	Động mạch đùi	3	2,9
	Động mạch quay	101	97,1
PCI	≤12h	32	30,8
	>12h	72	69,2
Thời gian chiếu tia (TB±ĐLC) (giờ)		1,38±0,42	
Lượng thuốc cản quang được dùng (TB±ĐLC)		177,88 ±52,06	
Đặt máy tạo nhịp tạm thời		4	3,8

Thời gian trung bình từ khi xuất hiện cơn đau đến khi vào viện là 12,36±14,07 giờ; thời gian cửa bóng trung bình là 2318,77±3236,90 phút; thời gian PCI ≤12 h là 30,8%.

Bảng 3. Kết quả can thiệp động mạch vành qua da thị đầu (n=104)

Chỉ số	SL	%
Thủ thuật	104	100,0
Lâm sàng	104	100,0
Tai biến liên quan đến thủ thuật	4	3,8
Dị ứng	2	1,9
Vỡ mạch vành	1	1,0
Phản vệ do thuốc cản quang	1	1,0

Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân CTĐMV qua da thị đầu có kết quả can thiệp thành công về cả thủ thuật và lâm sàng. Tỷ lệ bệnh nhân có tai biến trong quá trình can thiệp là 3,8%.

Bảng 4. Sự thay đổi điện tâm đồ trước - sau can thiệp (n=104)

Đặc điểm	Thời điểm		p			
	Trước CT	Sau CT	SL	%		
Nhịp	Ngoại tâm thu thất	4	3,8	1	1,0	0,187
	Ngoại tâm thu nhĩ	3	2,9	2	1,9	0,638
	Nhịp xoang	94	90,4	95	91,3	0,822
	Khác (rung nhĩ)	9	8,7	9	8,7	1,000
Block	Có	10	9,6	7	6,7	0,445
	Không	94	90,4	97	93,3	
ST chênh lên trung bình (TB±ĐLC) (mm)	2,82 ±1,39	0,99 ±1,08				< 0,001

Sau can thiệp, chỉ số ST chênh lên giảm từ 2,82±1,39mm xuống còn 0,99±1,08mm, p<0,05.

Bảng 5. Sự thay đổi mức độ dòng chảy theo thang điểm TIMI trước - sau can thiệp

Chỉ số	Thời điểm		p		
	Trước CT	Sau CT	SL	%	
TIMI 0	0	0,0	0	0,0	<0,001
TIMI 1	45	43,3	0	0,0	
TIMI 2	43	41,3	1	1,0	
TIMI 3	16	15,4	103	99,0	
Tổng	104	100,0	104	100,0	

Sau can thiệp, mức độ dòng chảy TIMI 2 là 1,0% và TIMI 3 là 99,0%; sự thay đổi trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 6. Đặc điểm biến cố tim mạch trong 30 ngày sau can thiệp (n=104)

Chỉ số	SL	%
Tử vong	7	6,7
Tái nhồi máu cơ tim	1	1,0
Tai biến mạch máu não	0	0,0
Rối loạn nhịp	5	4,8
Xuất huyết	1	1,0
Biến cố tim mạch gộp	14	13,5
Không có biến cố	90	86,5

Trong vòng 30 ngày, có 7 bệnh nhân tử vong (6,7%); tỷ lệ xuất huyết 1,0%; rối loạn nhịp 4,8%.

Bảng 7. Đặc điểm biến cố tim mạch sau 6 tháng can thiệp (n=97)

Chỉ số	SL	%
Tử vong	5	5,2
Tái nhồi máu cơ tim	3	3,1
Tai biến mạch máu não	2	2,1
Rối loạn nhịp	5	5,2
Xuất huyết	2	2,1
Biến cố tim mạch gộp	16	16,5
Không có biến cố	81	83,5

Sau 6 tháng, có 5 bệnh nhân tử vong (5,2%); tỷ lệ xuất huyết 1,0% và biến cố tim mạch gộp 16,5%.

IV. BÀN LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy: hơn một nửa (51,0%) bệnh nhân nghiên cứu từ 80-89 tuổi, tỷ lệ bệnh nhân ≥90 tuổi là 8,7%; tỷ lệ bệnh nhân nam là 64,4%, cao hơn nữ (35,6%). So sánh với nghiên cứu của Ngô Đức Kỳ và cs (2021) thấy: tuổi trung bình 71,67±13,13 tuổi; nam giới có tỷ lệ 72,6% và nữ giới là 27,4% [2]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cs (2023) về CTĐMV qua da ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên thấy tuổi trung bình chung là: 69,16±11,56 (năm) cao nhất là 98, thấp nhất là 29 tuổi [3]. Theo Hồ Thượng Dũng và cs (2011) nghiên cứu trên 426 bệnh nhân được chụp, CTĐMV qua da tại Bệnh viện Thống Nhất cho tỷ lệ nam giới là 86,5% [1]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với các nghiên cứu trước khi cho thấy tỷ lệ nam giới chiếm cao hơn nữ giới.

CTĐMV qua da thị đầu là chiến lược điều trị tái tưới máu được ưu tiên hàng đầu cho những bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên trong vòng 12 giờ đầu từ khi khởi phát triệu chứng. CTĐMV qua da giúp khôi phục dòng chảy, nhồi máu tái phát thấp hơn, biến chứng chảy máu cũng như tử vong thấp hơn và thời gian nằm viện ngắn hơn. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy thời gian từ khi xuất hiện cơn đau đến khi vào viện là 12,36±14,07 giờ; thời gian cửa bóng là 2318,77±3236,90 phút; thời gian CTĐMV qua da ≤12h là 30,8%. So sánh với nghiên cứu Nguyễn Văn Tuấn và cs (2021): thời gian từ lúc đau ngực đến lúc nhập viện <12 giờ là 58,06%, <24 giờ là 67,74%, ≥24 giờ 32,26% [4]. Nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cs (2023) cho kết quả: thời gian từ lúc khởi phát đau ngực đến khi nhập viện 17,24±19,64 (giờ); thời gian cửa bóng 206,64±124,08 (phút); thời gian cửa bóng ≤90 phút 24,4%; số bệnh nhân được làm can thiệp sớm ≤12 giờ kể từ khi khởi phát cơn đau ngực chỉ chiếm 16,7%; đa số bệnh nhân can thiệp

muộn sau 12 giờ (83,3%) [3]. Như vậy, thời gian từ khi xuất hiện cơn đau đến khi vào viện và thời gian làm can thiệp sớm sớm ≤ 12 giờ của chúng tôi tốt hơn so với nghiên cứu trước. Điều này lý giải do phần lớn bệnh nhân của chúng tôi thuộc địa bàn thành phố Hà Nội, khả năng di chuyển vào viện và hệ thống dịch vụ cấp cứu tốt hơn so với các bệnh nhân thuộc khu vực địa bàn tỉnh Nghệ An. Tuy nhiên, thời gian cửa bóng của chúng tôi lại cao hơn so với nghiên cứu trước. Thực tế, bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là những bệnh nhân lớn tuổi, rất lớn tuổi, thậm chí mắc nhiều bệnh nền, thể trạng yếu nên việc cân nhắc đặt stent cho bệnh nhân từ phía gia đình sẽ được "thảo luận" rất kỹ càng. Về mặt thực tế, gia đình bệnh nhân sẽ cân nhắc giữa "lợi ích - chi phí", giữa "nguy cơ trước, trong, sau thủ thuật - chi phí", hoặc có bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bắc cầu chủ vành, cho nên thường sẽ đưa ra quyết định muộn hơn so với các bệnh nhân trẻ tuổi.

Bảng 3 thấy toàn bộ (100,0%) bệnh nhân CTĐMV qua da thì đều có kết quả can thiệp thành công về cả giải phẫu, thủ thuật và lâm sàng. Tỷ lệ có tai biến trong quá trình can thiệp là dị ứng 1,9%; vỡ mạch vành và phản vệ do thuốc cản quang đều chiếm 1,0%. Kết quả này cho thấy khả năng đáp ứng thủ thuật CTĐMV qua da ở bệnh nhân cao tuổi là rất tốt. Nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân bị vỡ mạch vành, bệnh nhân này được xử trí dẫn lưu màng ngoài tim, sau đó cầm máu. So sánh kết quả điện tâm đồ và dòng chảy TIMI trước - sau can thiệp thấy: sau can thiệp, chỉ số ST chênh lên trung bình giảm từ $2,82 \pm 1,39$ mm xuống còn $0,99 \pm 1,08$ mm; sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$). Sau can thiệp, mức độ dòng chảy TIMI 2 là 1,0% và TIMI 3 là 99,0%; sự thay đổi trước sau can thiệp có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Kết quả này chứng tỏ hiệu quả của CTĐMV qua da thì đều ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên trong nghiên cứu của chúng tôi. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cs (2023) thấy tỷ lệ biến đổi ST trở về bình thường là 45,0% (tái tưới máu thành công); ST còn chênh lên là 39,0% (tái tưới máu thành công một phần) và 16,0% không thay đổi [3].

Về biến cố tim mạch: trong 30 ngày sau can thiệp, có 7 bệnh nhân tử vong (6,7%); tỷ lệ bệnh nhân xuất huyết là 1,0% và rối loạn nhịp là 4,8%. Kết quả này của chúng tôi tốt hơn so với nghiên cứu của Nguyễn Huy Lợi và cs (2023) thấy có 17 bệnh nhân (10,9%) tử vong hoặc nặng xin về trong thời gian điều trị [3]. Rối loạn

nhịp nặng thường xuất hiện vào thời điểm bắt đầu tái tưới máu và thường gặp là nhịp nhanh thất, rung thất hoặc rối loạn nhịp chậm. Với rối loạn nhịp chậm nặng cần đặt tạo nhịp tạm thời. Rung thất hoặc nhịp nhanh thất cần phải sốc điện chuyển nhịp cấp cứu sau đó duy trì bằng lidocain truyền tĩnh mạch. Sau 6 tháng can thiệp, có 5 bệnh nhân tử vong (5,2%); tỷ lệ xuất huyết 1,0% và biến cố tim mạch gộp là 16,5%. Như vậy, tổng số bệnh nhân tử vong cộng dồn trong nghiên cứu của chúng tôi là 12 bệnh nhân. Biến cố tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn so với một số nghiên cứu khác, điều này được lý giải do sự khác biệt thời gian nghiên cứu và địa điểm nghiên cứu.

V. KẾT LUẬN

Thời gian cửa bóng là $2318,77 \pm 3236,90$ phút; thời gian PCI ≤ 12 h là 30,8%. Toàn bộ (100,0%) bệnh nhân can thiệp thành công về cả thủ thuật và lâm sàng; tỷ lệ tai biến là 3,8%. Sau can thiệp, ST chênh lên giảm từ $2,82 \pm 1,39$ mm xuống còn $0,99 \pm 1,08$ mm, $p < 0,05$; mức độ dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp là 99,0%, $p < 0,05$. Trong 30 ngày sau can thiệp, có 14 bệnh nhân (13,5%) có biến cố tim mạch gộp. Sau 6 tháng can thiệp, có 16 bệnh nhân (16,5%) có biến cố tim mạch gộp.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hồ Thượng Dũng** (2011), "Đặc điểm chụp mạch vành và kết quả can thiệp động mạch vành qua da ở bệnh nhân trên 75 tuổi tại bệnh viện Thống Nhất", Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh, 15 (Phụ bản của số 1), pp. 141-147.
2. **Ngô Đức Kỳ, Nguyễn Huy Lợi, Trần Thị Anh Thơ, et al.** (2021), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Y học Việt Nam, 503 (2), pp. 243-246.
3. **Nguyễn Huy Lợi, Phạm Mạnh Hùng, and Dương Đình Chính** (2023), "Thực trạng và một số yếu tố ảnh hưởng đến kết quả can thiệp động mạch vành qua da cấp cứu bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa khoa Nghệ An", Tạp chí Nghiên cứu Y học, 162 (1), pp. 237-246.
4. **Nguyễn Văn Tuấn and Phạm Hồng Phương** (2021), "Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả chụp động mạch vành qua da ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp", Tạp chí Y học Việt Nam, 502 (1), pp. 180-184.
5. **P. W. Armstrong, Y. Fu, W. C. Chang, et al.** (1998), "Acute coronary syndromes in the GUSTO-IIb trial: prognostic insights and impact of recurrent ischemia. The GUSTO-IIb Investigators", Circulation, 98 (18), pp. 1860-8

ĐÁNH GIÁ KẾT CỤC SẢN KHOA VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN Ở THAI PHỤ MẮC ĐÁI THÁO ĐƯỜNG THAI KỲ

Nguyễn Minh Anh¹, Huỳnh Thanh Phong¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Nghiên cứu nhằm đánh giá kết cục sản khoa với một số yếu tố liên quan ở thai phụ được chẩn đoán mắc đái tháo đường thai kỳ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 33 sản phụ được chẩn đoán đái tháo đường thai kỳ đến sinh tại Bệnh viện Sản - Nhi tỉnh Kiên Giang từ tháng 3/2023 đến tháng 6/2024. **Kết quả:** Về đặc điểm chung, thai phụ ở nhóm tuổi ≥ 35 chiếm đa số (52%), hơn một nửa thai phụ được kiểm soát đường huyết bằng chế độ ăn. Về kết quả sản khoa, có đến 75,8% thai phụ có tuổi thai lúc sinh ≥ 37 tuần và hầu hết có phương pháp sinh là mổ lấy thai (90,9%), bên cạnh đó tỷ lệ tiền sản giật và thai to lần lượt là 33,3% và 24,2%. Về biến chứng của thai phụ, hầu hết không có biến chứng (87,9%) và 12,1% có bằng huyết sau sinh. Về trẻ sơ sinh, toàn bộ trẻ có chỉ số APGAR 8 – 10 điểm và hầu hết không có biến chứng (81,8%), trong đó hạ đường huyết sơ sinh chiếm 18,2%. Đánh giá kết cục sản khoa ghi nhận đa số không có biến chứng và tuổi thai lúc sinh < 37 tuần có liên quan có ý nghĩa thống kê với kết cục sản khoa có biến chứng OR = 12,22 (KTC 95%: 1,88-79,44), $p=0,01$. **Kết luận:** ĐTĐTK có ảnh hưởng đáng kể đến kết quả sản khoa, hầu hết thai phụ mắc ĐTĐTK được mổ lấy thai và đa số có kết cục sản khoa không có biến chứng. Tuổi thai lúc sinh < 37 tuần có liên quan có ý nghĩa với kết cục sản khoa có biến chứng. **Từ khóa:** đái tháo đường thai kỳ, kết quả sản khoa, biến chứng, yếu tố nguy cơ.

Từ viết tắt: ĐTĐTK: đái tháo đường thai kỳ, ĐTĐ: đái tháo đường, THA: tăng huyết áp, PPKSDH: phương pháp kiểm soát đường huyết, BC: biến chứng

SUMMARY

ASSESSMENT OF OBSTETRIC OUTCOMES AND THE RELATIONSHIP WITH SOME FACTORS IN PREGNANT WOMEN WITH GESTATIONAL DIABETES

Objective: The study aims to evaluate obstetric outcomes and the association with some factors in pregnant women diagnosed with gestational diabetes. **Subjects and methods:** The cross-sectional study was conducted on 33 pregnant women diagnosed with gestational diabetes who gave birth at the Obstetrics and Pediatrics Hospital of Kien Giang Province from March 2023 to June 2024. **Results:** Regarding general characteristics, pregnant women aged ≥ 35 constituted

the majority (52%), with over half of the participants managing their blood glucose through dietary measures. In terms of obstetric outcomes, 75.8% of the pregnant women had a gestational age at delivery of ≥ 37 weeks, and the majority underwent cesarean section (90.9%), with the rates of pre-eclampsia and macrosomia being 33.3% and 24.2%, respectively. Concerning maternal complications, most had no complications (87.9%), and 12.1% experienced postpartum hemorrhage. Regarding neonatal characteristics, all newborns had APGAR scores of 8-10, with most free of complications (81.8%); however, neonatal hypoglycemia occurred in 18.2%. The evaluation of obstetric outcomes indicated that the majority were uncomplicated, and a gestational age at birth of < 37 weeks was significantly associated with adverse obstetric outcomes, with an odds ratio of 12.22 (95% CI: 1.88-79.44, $p=0.01$). **Conclusion:** Gestational diabetes significantly affects obstetric outcomes; most pregnant women with this condition undergo cesarean delivery, and the majority experience uncomplicated obstetric outcomes. A gestational age at birth of < 37 weeks is significantly associated with adverse obstetric outcomes.

Keywords: Gestational diabetes, obstetric outcomes, complications, risk factors.

Abbreviations: ADA: American Diabetes Association, ACOG: American College of Obstetricians and Gynecologists

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đái tháo đường thai kỳ (ĐTĐTK) là biến chứng phổ biến nhất khi mang thai và có tác động đáng kể đến sức khỏe của cả thai phụ và trẻ sơ sinh [9]. Ngày nay, tỷ lệ lưu hành của ĐTĐTK trên toàn cầu là 4,4% và vẫn đang tiếp tục tăng, đặc biệt là ở các quốc gia đang phát triển, trong đó có Việt Nam, nơi mà các nguồn lực y tế và khả năng tiếp cận dịch vụ chăm sóc sức khỏe còn hạn chế [7].

Bên cạnh đó, mặc dù ĐTĐTK có thể được quản lý hiệu quả thông qua can thiệp y tế, nhưng vẫn được xem là nguyên nhân chính gây ra các biến chứng nghiêm trọng trong và sau khi sinh, liên quan đến nhiều biến chứng khác nhau ở bà mẹ và trẻ sơ sinh bao gồm sinh non, tiền sản giật và tăng nguy cơ đái tháo đường típ 2 sau này đối với thai phụ [5]. Do đó, ĐTĐTK không chỉ là mối quan tâm y tế cá nhân mà còn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng cần được giải quyết.

Nhằm mục đích đánh giá kết cục sản khoa và mối liên quan với một số yếu tố ở phụ nữ mang thai mắc ĐTĐTK, đồng thời xác định các yếu tố có thể can thiệp và góp phần vào các

¹Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Minh Anh

Email: anhmnnguyen0704@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2024

Ngày duyệt bài: 20.5.2024