Đánh giá kết quả lâm sàng ngắn hạn của bệnh nhân hẹp 3 thân động mạch vành mạn tính được can thiệp qua da

Short-term clinical outcomes following percutaneous coronary intervention in triple vessel disease patients with stable ischemic heart disease

Hồ Minh Tuấn*, **Bệnh viện F-V,*
Phạm Thái Giang**, **Vũ Điện Biên**** ***Bệnh viện Trung ương Quân đội 108*

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân hẹp ba thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 bằng can thiệp qua da sau 12 tháng. *Đối tượng và phương pháp:* 177 bệnh nhân hẹp 3 thân ĐMV có điểm Syntax ≤ 22 được can thiệp qua da và điều trị tại Bệnh viện Tim Tâm Đức, từ tháng 01/2017 đến tháng 07/2020. Thiết kế nghiên cứu: Tiến cứu, mô tả cắt ngang, chọn mẫu thuận tiện, đánh giá kết quả sau 12 tháng. *Kết quả*: Tỷ lệ mỗi thân ĐMV tổn thương ở LM là 14,8%, LAD là 98,9%, LCX là 99,4% và RCA 100%. Điểm Syntax là 15,84 ± 3,85 với khoảng điểm từ 7 đến 22. Không có sự khác biệt giữa nhóm tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng. Tỷ lệ thành công thủ thuật PCI là 96,6%. Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt 98,3% so với 100% có đau ngực trước can thiệp. Tỷ lệ có biến đổi ECG trước can thiệp là 19,2% giảm còn 1,7% sau can thiệp. Sau 12 tháng can thiệp, tỷ lệ biến đổi về CSS ≤ I là 93,2%, tỷ lệ biến đổi về CCS 0 là 89,3%, tỷ lệ có biến đổi ECG là 10,2% so với 19,2% trước can thiệp, tỷ lệ LDL giảm ≥ 50% là 49,2% so với 0%, tỷ lệ LDL-C ≤ 1,4mmol/L là 20,3% so với 4,0%, trung bình LVEF (%) Simpson sau 12 tháng can thiệp cũng có thay đổi là 68,06 (±11,69) so với 60,34 (±11,75) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05 trước và sau can thiệp. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng của toàn bộ mẫu nghiên cứu là 10,7%, ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn là 2,4% thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn là 13,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với p<0,05. *Kết luận*: Kết quả sau PCI: Tỷ lệ thành công thủ thuật cao. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công thủ thuật PCI giữa 2 nhóm tái tưới máu. Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt cao. Tỷ lệ có biến đổi ECG giảm so với trước PCI. Kết quả sau 12 tháng: Tỷ lệ biến đổi về CSS ≤ I và CCS 0 cao, tỷ lệ có biến đổi ECG thấp, trung bình LVEF (%) Simpson sau 12 tháng can thiệp cải thiện tốt hơn ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng chung thấp, trong đó nhóm tái tưới máu hoàn toàn thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn.

Từ khoá: Bệnh ba thân động mạch vành, yếu tố nguy cơ mạch vành, điểm Syntax, can thiệp mạch vành qua da, phân xuất tống máu thất trái.

Summary

Objective: The aim of this study was to describe short term outcome in a group of patients with stable three-vessel coronary artery disease patients with Syntax score ≤ 22 underwent percutaneous

Ngày nhận bài: 20/7/2021, ngày chấp nhận đăng: 20/12/2021
Người phản hồi: Hồ Minh Tuấn, Email: tuancar74@yahoo.com.vn - Bệnh viện F-V

coronary intervention (PCI). *Subject and method:* We assigned 177 patients with stable three-vessel disease to undergo PCI in Tam Duc Hospital from 01/2017-10/2020. The disease was defined when ≥ 70% stenosis was present in each major epicardial coronary artery with Syntax score ≤ 22. The cross-sectional descriptive and prospective study, documented clinical sign, paraclinical sign and coronary risk factors. *Result:* The mean Syntax score was in 15.84 ± 3.85 (7 - 22), and high prevalence lesion was in LAD: 98.9%, LCX: 99.4%, RCA: 100%, the prevalence of left main coronary heart disease was 14.8%. No significant between complete and incomplete revascularization group. High prevalence of successful procedure 96.6%. There was a significant improvement in in the grade of angina post PCI: CCS ≤ 1 or CCS 0 : 98.3%. And ST-T change on ECG: 1.7%. vs 19.2% pre-PCI. 12 months post PCI, there was a significant improvement in the grade of angina CCS ≤ 1: 93.2%, and CCS 0: 89.3%. And ST-T change on ECG: 10.2% vs. 19.2% pre-PCI. LDL reduction ≥ 50%: 49.2% vs 0% pre-PCI, target LDL-C ≤ 1.4mmol/L: 20.3% vs. 4.0% pre-PCI, signicantly improved average LVEF (%) Simpson: 68.06 (± 11.69) vs 60.34 (± 11.75) pre-PCI and significant statistic difference. Rates of cumulative major adverse cardiac at 12 months were 10.7% and significantly higher in the incomplete revascularization group vs complete revascularization group (13.3%, vs. 2.4%, p<0.05). *Conclusion*: High rate of procedural success and improvement of symptoms, rate of ST-T change is lower after PCI. Improvement of symptoms (CCS), ST-T change and LVEF after PCI. Rates of cumulative major adverse cardiac event at 12 months were low and as compared with incomplete revascularization, complete revascularization PCI resulted in lower rates of the combined end point of major adverse cardiac at 12 months.

Keywords: Multivessel disease, coronary risk factor, Syntax score, percutaneous coronary intervention, left ventricular ejection fraction (LVEF).

1. Đặt vấn đề

Bệnh tim mạch là nguyên nhân tử vong hàng đầu trên thế giới và trong nước [1], [2] trong đó bệnh động mạch vành (ĐMV) rất phổ biến, đặc biệt bệnh đa thân động mạch vành ngày càng chiếm tỷ lệ cao trong các bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn tính, trong đó bệnh nhân bệnh ba thân động mạch vành mạn tính có đặc điểm khác với các nhóm bệnh động mạch vành khác, đồng thời phương pháp điều trị và tiên lượng cũng có nhiều điểm khác biệt với các nhóm bệnh động mạch vành còn lại.

Bệnh ba thân động mạch vành được định nghĩa là hẹp lòng mạch có ý nghĩa > 70% ít nhất từ 2 động mạch vành chính (đường kính ≥ 2,5mm) trở lên, trong đó bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính là biểu hiện của xơ vữa động mạch nặng được định nghĩa là hẹp > 70% của 3 thân động mạch vành thượng mạc [6]. Phần lớn các bệnh nhân này cần được tái thông động mạch vành để cải thiện triệu chứng cũng như tiên lượng. Điểm Syntax là công cụ đánh giá mức độ phức tạp của tổn thương động mạch vành, cùng với bệnh cảnh lâm sàng của bệnh nhân sẽ góp phần quyết định chiến lược tái thông động mạch vành. Điều trị tái thông bệnh động mạch vành mạn tính có bệnh 3 thân động mạch vành bằng can thiệp qua da cho thấy kết quả dự hậu tốt hơn hoặc tương đương so với phẫu thuật bắc cầu chủ vành ở nhóm bệnh nhân có điểm Syntax ≤ 22 [14].

Kết quả can thiệp qua da bệnh nhân bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 có liên quan rất nhiều đến đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân và chiến lược tái tưới máu hoàn toàn hay không hoàn toàn các thân động mạch vành.

Tái thông hoàn toàn hoặc không hoàn toàn bệnh nhân bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính bằng can thiệp qua da là 2 chiến lược khác nhau, trong đó tái thông hoàn toàn là tái thông tất cả các động mạch vành thượng mạc hẹp > 70% hoặc nhánh bên có đường kính ≥ 2,5mm [6]. Các nhà lâm sàng cũng như các khuyến cáo còn rất nhiều câu hỏi về kết

quả điều trị: Triệu chứng, biến cố tim mạch, tử vong trong thời gian theo dõi ngắn, trung và dài hạn.

Các nghiên cứu điều trị can thiệp qua da bệnh nhân bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 bắt đầu thực hiện trong những năm gần đây, tuy nhiên kết quả điều trị cũng rất khác nhau trên từng nhóm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chiến lược tái thông hoàn toàn hay không hoàn toàn.

Bệnh nhân (BN) Việt Nam bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính điểm Syntax ≤ 22 có dự hậu điều trị can thiệp qua da của chiến lược tái tưới máu hoàn toàn hay không hoàn toàn như thế nào còn là câu hỏi ngỏ. Hiện tại, chưa có một nghiên cứu toàn diện về bệnh 3 thân động mạch vành mạn tính. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm các mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân hẹp đa thân động mạch vành mạn tính bằng can thiệp qua da sau 12 tháng.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Lâm sàng:

Bệnh nhân tuổi ≥ 18 tuổi, cả hai giới nam và nữ.

Tất cả bệnh nhân đau thắt ngực ổn định.

Trắc nghiệm gắng sức không xâm lấn (Siêu âm dobutamin hoặc ECG gắng sức) dương tính nguy cơ trung bình-cao hoặc CT động mạch vành hẹp 3 thân động mạch vành.

Chụp động mạch vành xâm lấn:

Tổn thương 3 thân và hẹp mức độ > 70% qua đo đạc chụp ĐMV định lượng (QCA).

Tính điểm Syntax ≤ 22.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có các chống chỉ định chụp mạch vành.

Bệnh nhân đang bị hội chứng mạch vành cấp.

Bệnh nhân đã mổ bắc cầu chủ - vành (CABG).

Bệnh nhân có tổn thương đã được đặt stent ĐMV trước đó.

Bệnh nhân có phân xuất tống máu thất trái thấp (EF< 40%), bệnh van tim nặng.

Bệnh thận mạn tính (eGFR) < 30mL/min.

Bệnh nhân có thai.

2.2. Phương pháp

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang và chọn mẫu thuận tiện.

2.2.2. Tiến hành nghiên cứu

Gồm 177 bệnh nhân hẹp 3 thân ĐMV được can thiệp qua da đặt stent và sau đó được điều trị nội khoa sau đặt stent ĐMV. Theo dõi tại Bệnh viện Tim Tâm Đức, trong thời gian 01/2017 đến 07/2020. Thu thập các dữ liệu về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân trước can thiệp.

Phân nhóm bệnh nhân:

Sau khi có kết quả chụp ĐMV, những BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh (hẹp 3 thân > 70% và điểm Syntax ≤ 22) và không có tiêu chuẩn loại trừ, sau khi hội chẩn nội-ngoại khoa tim mạch sẽ phân thành 2 nhóm:

Nhóm tái tưới máu hoàn toàn: 42 bệnh nhân được đặt stent 3 thân ĐMV được tiến hành can thiệp cùng 1 thì với chụp hoặc sau đó. Hoặc đặt stent 1 thân hoặc 2 thân ĐMV được tiến hành can thiệp cùng 1 thì với chụp và thân còn lại đặt stent thì 2 trong vòng 1 tháng.

Nhóm tái tưới máu không hoàn toàn: 135 bệnh nhân được đặt stent 1 thân hoặc 2 thân được tiến hành can thiệp cùng 1 thì với chụp hoặc sau đó. Không đặt thân còn lại do BN từ chối tái tưới máu hoàn toàn do nhiều lý do khác nhau như chi phí, nguy cơ...

Theo dõi bệnh nhân:

Các bệnh nhân nghiên cứu được nằm điều trị trước can thiệp, theo dõi sau can thiệp, và tái khám định kỳ mỗi tháng 1 lần cho đến 12 tháng tại Khoa Tim mạch can thiệp và Khoa phòng khám của Bệnh viện Tim Tâm Đức.

2.2.3. Các tiêu chuẩn sử dụng trong nghiên cứu

ECG: Sự biến đổi ST-T và các loại rối loạn nhịp xuất hiện bao gồm nhịp nhanh trên thất, nhanh thất, rung thất, blốc nhĩ thất, blốc nhánh trái và phải.

Siêu âm tim: Theo quy trình thống nhất của Hội Siêu âm Hoa Kỳ trên máy siêu âm màu của Affiniti 70G-Phillips Hà Lan. Máy có hai đầu dò sector 2,5MHz và 5MHz có đầy đủ chức năng TM, 2D, Doppler xung, Doppler liên tục và Doppler màu. Bệnh nhân được siêu âm tim trước thủ thuật chụp ĐMV và PCI hoặc bất kỳ lúc nào có chỉ định sau PCI. Siêu âm ghi nhận các tình trạng rối loạn vận động vùng; LVEF (%) theo phương pháp Simpson; hở van hai lá ≥ 2/4, hở van ĐM chủ; áp lực động mạch phổi thì tâm thu (mmHg).

LVEF được phân loại: Giảm (LVEF ≤ 40%), giới hạn (LVEF từ 41 - 49%), bảo tồn (LVEF ≥ 50%).

Các men tim: hs-troponin T, hs-troponin I.

Phân loại PCI có hai nhóm là tái tưới máu hoàn toàn và tái tưới máu không hoàn toàn.

Tử vong do mọi nguyên nhân: Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu, ghi nhận tất cả các trường hợp tử vong bất kể nguyên nhân là gì.

Đánh giá bệnh ĐMV 3 thân và bệnh thân chung ĐMV trái: Bệnh nhân được xác định có bệnh 3 thân là khi có hẹp khít (> 70% đường kính) của 3 thân ĐMV chính (ĐM liên thất trước, ĐM vành mũ, ĐM vành phải) ở góc chụp hẹp nhiều nhất. Bệnh nhân được xác định có bệnh thân chung ĐMV trái nếu chụp ĐMV có hẹp ≥ 50% đường kính của thân chung ĐMV trái ở góc chụp hẹp nhiều nhất [9].

Tiêu chuẩn thủ thuật can thiệp thành công trên hình ảnh chụp ĐMV: Thủ thuật được coi là thành công khi đường kính lòng mạch chỗ đặt stent còn hẹp < 20%, không có bóc tách thành ĐM, dòng chảy bình thường (TIMI 3).

Đánh giá dòng chảy trong ĐMV theo thang điểm TIMI [5].

3. Kết quả

Các đặc điểm chung trong nghiên cứu chúng tôi tương đồng giữa 2 nhóm.

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm		Chung (n = 177)	Tái tưới máu không hoàn toàn (n = 135)	Tái tưới máu hoàn toàn (n = 42)	p
		n (%)	n (%)	n (%)	
Hút thuốc lá	Có	25 (14,1)	20 (14,8)	5 (11,9)	0,636
	Không	152 (85,9)	115 (85,2)	37 (88,1)	
Tăng huyết áp	Có	159 (89,8)	121 (89,6)	38 (90,5)	0,874
	Không	18 (10,2)	14 (10,4)	4 (9,5)	
Đái tháo đường	Có	78 (44,1)	64 (47,4)	14 (33,3)	0,109
	Không	99 (55,9)	71 (52,6)	28 (66,7)	
Rối loạn lipid máu	Có	156 (88,1)	120 (88,9)	36 (85,7)	0,578
	Không	21 (11,9)	15 (11,1)	6 (14,3)	
Đau thắt ngực	CCS I	1 (0,6)	1 (0,7)	0 (0)	>0,05
	CCS II	84 (47,5)	66 (48,9)	18 (42,9)	
	CCS III	92 (51,9)	68 (50,4)	24 (57,1)	
	CCS IV	0	0	0	

Nhận xét: Tỷ lệ hút thuốc lá là 14,1%. Về tình hình bệnh lý, có 89,8% bị tăng huyết áp, 44,1% bị đái tháo đường, 88,1% bị rối loạn mỡ máu và 11,3% tiền sử gia đình bệnh ĐMV. Không có sự khác biệt về yếu tố nguy

cơ giữa 2 nhóm tái tưới máu với p>0,05. Tình trạng đau thắt ngực CCS III chiếm tỷ lệ cao nhất với 51,9%, đau thắt ngực CCS II chiếm 47,5%. Không có mối liên quan có ý nghĩa thống kê ở 2 nhóm tái tưới máu không hoàn toàn và hoàn toàn với p>0,05. Không có CCS IV.

Bảng 2. Tỷ lệ thành công của thủ thuật PCI

Đặc điểm	Chung (n = 177)	Tái tưới máu không hoàn toàn (n = 135)	Tái tưới máu hoàn toàn (n = 42)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
TIMI III các nhánh can thiệp	177 (100)	135 (100)	42 (100)	
Hẹp tồn lưu < 20%	177 (100)	135 (100)	42 (100)	
Thành công chụp ĐMV	171 (96,6)	129 (95,6)	42 (100)	0,338
Thành công thủ thuật PCI	171 (96,6)	129 (95,6)	42 (100)	0,338
Thành công lâm sàng	171 (96,6)	129 (95,6)	42 (100)	0,338

Nhận xét: Tỷ lệ thành công dựa trên chụp ĐMV là 96,6%. Tỷ lệ thành công thủ thuật là 96,6%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công chụp ĐMV và thủ thuật PCI giữa 2 nhóm tái tưới máu với p>0,05. Tuy nhiên ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn thì thành công về chụp ĐMV và thủ thuật PCI là 100%.

Bảng 3. Tỷ lệ cải thiện triệu chứng lâm sàng và điện tim đồ trước và sau PCI

Đặc điểm	Trước PCI, n (%)	Sau PCI, n (%)	p
Biến đổi từ CCS > 1 về CCS ≤ 1 sau PCI	1 (0,5)	174 (98,3)	<0,001
Biến đổi về CCS 0	0	174 (98,3)	
Có biến đổi ECG	34 (19,2)	3 (1,7)	<0,001

Nhận xét: Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt 98,3% so với 100% có đau ngực trước can thiệp. Tỉ lệ có biến đổi ECG trước can thiệp là 19,2% giảm còn 1,7% sau can thiệp. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng đau ngực, biến đổi ECG trước can thiệp và sau thủ thuật (p<0,05).

Bảng 4. Tỷ lệ các biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện

Đặc điểm	Chung (n = 177)	Tái tưới máu không hoàn toàn (n = 135)	Tái tưới máu hoàn toàn (n = 42)	p
	n (%)	n (%)	n (%)	
Đột quỵ	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Nhồi máu cơ tim	3 (1,7)	3 (2,2)	0 (0)	0,441
Tử vong	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Tái tưới máu sau PCI	0 (0)	0 (0)	0 (0)	
Biến cố tim mạch gộp	3 (1,7)	3 (2,2)	0 (0)	0,441

Nhận xét: Biến cố tim mạch gộp là 1,7%, trong đó NMCT là 1,7%. Không có sự khác biệt các biến cố tim mạch giữa 2 nhóm can thiệp với p>0,05. Tuy nhiên, tỷ lệ biến cố tim mạch gộp ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn cao hơn so với ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn. Không có các biến cố đột quỵ, tử vong ở cả 2 nhóm.

Bảng 5. Triệu chứng đau ngực, cận lâm sàng trước can thiệp và sau 12 tháng

Đặc điểm	Trước can thiệp n (%)	12 tháng sau can thiệp n (%)	p
Biến đổi từ CCS > 1 về CCS ≤ 1 sau PCI	1 (0,5)	165 (93,2)	<0,001
Biến đổi về CCS 0	0 (0)	158 (89,3)	
Có Biến đổi ECG	34 (19,2)	18 (10,2)	0,024
LVEF (%) Simpson trung bình	60,34 ± 11,75	68,06 ± 11,69	<0,001
LDL giảm ≥ 50%	0	87 (49,2)	<0,001
LDL-C ≤ 1,4mmol/L	7 (4,0)	36 (20,3)	<0,001

Nhận xét: Sau 12 tháng can thiệp ta thấy có thay đổi tỷ lệ CSS ≤ I là 93,2%, tỷ lệ Biến đổi về CCS 0 là 89,3%, tỷ lệ có biến đổi ECG là 10,2% so với 19,2% trước PCI, tỷ lệ LDL giảm ≥ 50% là 49,2%, tỷ lệ LDL-C ≤ 1,4mmol/L là 20,3% và sự khác biệt có ý nghĩa thông kê với p<0,05. Trung bình LVEF (%) Simpson trung bình sau 12 tháng can thiệp cải thiện là 68,06 (± 11,69) so với 60,34 (± 11,75) và sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với p<0,05.

Bảng 6. Kết quả tái tưới máu hoàn toàn so với tái tưới không máu hoàn toàn trên biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng

Đặc điểm	Biến cố tim mạch gộp		p
	Không, n (%)	Có, n (%)	
Tái tưới máu hoàn toàn	41 (97,6)	1 (2,4)	0,048
Tái tưới máu không hoàn toàn	117 (86,7)	18 (13,3)	
Chung	158 (89,3)	19 (10,7)	

Nhận xét: Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng chung là 10,7% trong đó ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn là 2,4% thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn là 13,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa hai tình trạng tái tưới máu với p<0,05.

4. Bàn luận

Tỷ lệ thành công hình ảnh chụp ĐMV sau PCI là 96,6%. Tỷ lệ thành công thủ thuật là 96,6%. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công chụp ĐMV và thủ thuật PCI giữa 2 nhóm tái tưới máu với p>0,05. Tuy nhiên ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn thì thành công về chụp ĐMV và thủ thuật PCI là 100%, kết quả của chúng tôi tương đương với tác giả Cunha SC [13]. Tỷ lệ thành công thủ thuật cao trong nghiên cứu chúng tôi và các nghiên cứu trên thế giới là do nhóm bệnh nhân có điểm Syntax thấp, giải phẫu tổn thương ĐMV ít phức tạp.

Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt 98,3% so với 100% có đau ngực trước can thiệp. Tỷ lệ biến đổi ECG trước can thiệp là 19,2% giảm còn 1,7% sau can thiệp. Có mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng đau ngực, biến đổi ECG trước can thiệp và sau thủ thuật (p<0,05) tương đương tác giả Cunha SC và tác giả Paudel R [13], [12]. Chúng tôi đánh giá đau thắt ngực trong thời gian nằm viện sau PCI, vì tình trạng đau thắt ngực ngay sau thủ thuật hoặc trong vòng 24 giờ sau PCI có thể do co thắt ĐMV,

sức căng của stent lên thành ĐMV hoặc do biến cố thủ thuật như huyết khối cấp trong stent, tái tưới máu không hoàn toàn và tỷ lệ đau thắt ngực giảm nhiều ở thời điểm xuất viện so với sau thủ thuật.

Biến cố tim mạch gộp là 1,7%, trong đó NMCT là 1,7%. Không có sự khác biệt các biến cố tim mạch giữa 2 nhóm can thiệp với p>0,05. Tuy nhiên, tỷ lệ biến cố tim mạch ở nhóm tái tưới máu không hoàn toàn cao hơn so với ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn. Không có các biến cố tim mạch như đột quỵ, tái tưới máu sau PCI, tử vong ở cả 2 nhóm. Tỷ lệ này thấp hơn so với Tác giả Serruys PW và cộng sự là 5,7% có lẽ do chọn mẫu của tác giả có điểm Syntax cao hơn [11].

Sau 12 tháng can thiệp ta thấy tỷ lệ biến đổi về CSS ≤ I là 93,2%, tỷ lệ biến đổi về CCS 0 là 89,3%, tỷ lệ có biến đổi ECG là 10,2% so với 19,2% trước can thiệp, tỷ lệ LDL giảm ≥ 50% là 49,2% so với 0%, tỷ lệ LDL-C ≤ 1,4mmol/L là 20,3% so với 4,0% và sự khác biệt có ý nghĩa thông kê với p<0,05. Trung bình phân xuất tống máu thất trái EF (%) Simpson sau 12 tháng có thay đổi là 68,06 (± 11,69) so với 60,34 (± 11,75) và sự khác biệt cũng có ý nghĩa thống kê với p<0,05. Tuy nhiên, trong nghiên cứu chúng tôi sự cải thiện LVEF không có sự khác biệt giữa 2 nhóm tái tưới máu, rất có thể sự đánh giá LVEF trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng siêu âm tim chuẩn và đo LVEF bằng phương pháp Simpson, chưa đánh giá hết sự cải thiện chức năng thất trái sau PCI, các phương pháp siêu âm tim tiến bộ hơn như Doppler mô hoặc tính toán sức căng thất trái (Strain) có thể có sự khác biệt. Hơn nữa, nhóm nghiên cứu chúng tôi gồm các bệnh nhân có LVEF > 40% trước can thiệp PCI, vì vậy có thể chưa đánh giá hết sự cải thiện LVEF ở bệnh nhân hẹp đa thân động mạch vành mạn tính có LVEF thấp.

Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn là 2,4% thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn là 13,3%, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê giữa tình trạng tái tưới máu với p<0,05, so với kết quả của Tác giả Serruys PW và cộng sự [11] tỷ lệ chung và nhóm tái tưới máu hoàn toàn của chúng tôi thấp hơn nhưng tỷ lệ nhóm tái tưới máu không hoàn toàn cao hơn, điều này có thể giải thích tính hiệu quả của tái tưới máu hoàn toàn cao hơn. Giải thích cho hiệu quả của nhóm tái tưới máu hoàn toàn tốt hơn, chúng tôi thấy rằng ở nhóm bệnh nhân tái tưới máu không hoàn toàn, vùng cơ tim thiếu máu cục bộ tồn lưu nhiều có thể là nguyên nhân gây biến cố tim mạch và triệu chứng đau thắt ngực sau khi tái tưới máu ĐMV.

5. Kết luận

Qua nghiên cứu 177 bệnh nhân được chẩn đoán hẹp 03 thân động mạch vành mạn tính có điểm Syntax ≤ 22 và được can thiệp ĐMV qua da, chúng tôi có kết luận như sau: Không có sự khác biệt về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng giữa hai nhóm tái tưới máu hoàn toàn và không hoàn toàn. Về kết quả điều trị: Kết quả sau PCI: Tỷ lệ thành công thủ thuật cao. Không có sự khác biệt về tỷ lệ thành công thủ thuật PCI giữa 2 nhóm tái tưới máu. Tỷ lệ hết đau ngực hoặc về CCS ≤ 1 đạt cao. Tỷ lệ có biến đổi ECG giảm so với trước PCI.

Kết quả sau 12 tháng: Tỷ lệ Biến đổi về CSS ≤ I và CCS 0 cao, tỷ lệ có biến đổi ECG thấp, trung bình LVEF (%) Simpson sau 12 tháng can thiệp cải thiện tốt hơn ở nhóm tái tưới máu hoàn toàn. Tỷ lệ biến cố tim mạch gộp sau 12 tháng chung thấp, trong đó nhóm tái tưới máu hoàn toàn thấp hơn so với tái tưới máu không hoàn toàn.

Tài liệu tham khảo

1. Vũ Điện Biên, Phạm Nguyên Sơn, Phạm Thái Giang và cộng sự (2017) *Giáo trình nội tim mạch Tập III*. Nhà Xuất bản Y học, tr. 159-174.
2. Nguyễn Trường Sơn và cộng sự (2020) *Thực hành chẩn đoán và điều trị bệnh động mạch vành*. Ban hành kèm theo Quyết định số 5332, Bộ Y tế.
3. Bhatt DL et al (2006) *International prevalence, recognition, and treatment of cardiovascular risk factors in outpatients with atherothrombosis*. JAMA 295: 180-189.
4. Arroyo-Rodríguez C et al (2018) *Risk factors for three-vessel coronary artery disease in patients of Northwest Mexico*. Arch Cardiol Mex 88(5):423-431.
5. Gibson MC et al (2004) *Coronary and myocardial angiography angiographic assessment of both epicardial and myocardial perfusion.* Circulation 109: 3096-3105.

6. Bainey KR et al (2021) *Long-term clinical outcomes following revascularization in high-risk coronary anatomy patients with stable ischemic heart disease.* J Am Heart Assoc 10: 018104.
7. Thygesen K et al (2019) *Fourth universal definition of myocardial infarction*. European Heart Journal 40: 237–269.
8. Davidsen L et al (2020) *Long-term impact of baseline anaemia on clinical outcomes following percutaneous coronary intervention in stable angina.* Open Heart 7: 1319 .
9. Patel MR et al (2017) *ACC/AATS/AHA/ASE/ ASNC/SCAI/SCCT/STS 2017 appropriate use criteria for coronary revascularization in patients with stable ischemic heart disease.* J Am Coll Cardiol 69(17): 2212-2241.
10. Riddle MC et al (2020) *Standards of Medical care in diabetes 2020.* Diabetes Care 43(1): 14-32.
11. Serruys PW et al (2009) *Percutaneous coronary intervention versus coronary-artery bypass grafting for severe coronary artery disease.* N Engl J Med 360: 961-72.
12. Paudel R et al (2015) *Association of chest pain versus dyspnea as presenting symptom for coronary angiography with demographics, coronary anatomy and 2-year mortality*. Arch Med Sci 12: 742–746.
13. Cunha SC et al (2016) *Clinical outcomes of percutaneous intervention in triple-vessel and left main coronary artery diseases.* International Journal of Cardiovascular Sciences 29(4): 262-269.
14. Head SJ et al (2014) *Coronary artery bypass grafting vs. percutaneous coronary intervention for patients with three-vessel disease: Final five-year follow-up of the SYNTAX trial.* European Heart Journal 35(40): 2821-2830.