

Đánh giá kết quả triệt đốt vách liên thất bằng cồn ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn

Phạm Mạnh Hùng*, Nguyễn Ngọc Quang*

Nguyễn Hữu Tuấn**, Đinh Huỳnh Linh*, Phạm Nhật Minh*

Bộ môn Tim mạch, Trường Đại học Y Hà Nội*

Viện Tim mạch Việt Nam**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sớm điều trị của bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn điều trị bằng đốt cồn vách liên thất.

Phương pháp và kết quả: Nghiên cứu thực hiện trên 20 bệnh nhân được chẩn đoán bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn có chỉ định và được tiến hành đốt cồn vách liên thất tại Viện Tim mạch Việt Nam trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 12/2008 đến 06/2014. **Kết quả sớm (ngay sau can thiệp):** Các thủ thuật đều được tiến hành thành công (100%). Các thông số về huyết động được cải thiện đáng kể ngay sau can thiệp. Chênh áp chênh áp đỉnh-đỉnh $100,1 \pm 23,65$ (trước can thiệp) $\rightarrow 19,3 \pm 17,83$ (sau can thiệp) ($p < 0,0001$). Chênh áp trung bình (siêu âm tim) $82,3 \pm 17,6 \rightarrow 23,8 \pm 16,8$ ($p = 0,0001$). Tỷ lệ biến chứng xung quanh thủ thuật rất thấp và có thể hồi phục. **Kết quả sớm (6 tháng sau can thiệp):** Có 1 bệnh nhân tử vong ngay sau 1 tháng đầu tiên sau can thiệp (5%). Không có bệnh nhân nào phải tiến hành can thiệp lại, phẫu thuật hay cấy MTN/ICD trong thời gian theo dõi. Các thông số lâm sàng so với trước can thiệp: CCS 2.6 \rightarrow 1.5; NYHA 2.8 \rightarrow 1.6 ($p < 0.05$). Các thông số về huyết

động trên siêu âm tim vẫn duy trì được mức độ cải thiện đáng kể sau theo dõi 6 tháng.

Kết luận: Triệt đốt vách liên thất bằng cồn có thể thực hiện với tỷ lệ thành công rất cao và là phương pháp có hiệu quả để cải thiện triệu chứng và tiên lượng ngắn hạn của bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim phì đại là một bệnh lý tim mạch thường gặp do di truyền. Đây là căn nguyên hàng đầu gây đột tử do tim mạch ở các bệnh nhân trẻ dưới 35 tuổi.

Được giới thiệu từ năm 1995 can thiệp đốt vách liên thất bằng chụp động mạch vành qua đường ống thông đã ngày càng phát triển rộng rãi và được coi như một phương pháp thay thế cho phẫu thuật [1][2][3][4]. Chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu: “Đánh giá kết quả triệt đốt vách liên thất bằng cồn ở bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn” với 2 mục tiêu chính:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn điều trị bằng đốt cồn vách liên thất.

Đánh giá kết quả sớm điều trị bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn bằng đốt cồn vách liên thất.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chẩn đoán BCTPĐ tắc nghẽn có chỉ định và được tiến hành đốt cồn vách liên thất tại Viện Tim mạch Việt Nam trong khoảng thời gian nghiên cứu từ 12/2008 đến 06/2014.

Tiêu chuẩn lựa chọn

BN được chẩn đoán BCTPĐ có tắc nghẽn ĐRTT.

Có các triệu chứng lâm sàng rõ rệt, NYHA III-IV, có ngất hoặc đau ngực mà không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu.

Có dấu hiệu tắc nghẽn rõ rệt về mặt huyết động: Chênh áp qua ĐRTT > 50 mmHg khi nghỉ hoặc khi làm các nghiệm pháp gắng sức; có dấu hiệu SAM trên siêu âm tim hoặc bề dày vách liên thất > 17 mm.

BN được chụp ĐMV và có hình thái động mạch vành với các nhánh vách chi phối vách liên thất phù hợp để làm can thiệp đốt cồn vách liên thất.

BN đồng ý tham gia nghiên cứu.

Địa điểm

Nghiên cứu được tiến hành tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai.

Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang có theo dõi dọc theo thời gian

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm chung về lâm sàng

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 20)	Giá trị
Tuổi	45,6 ± 16,45
Nam giới	11 (55%)
Yếu tố nguy cơ BCTPĐ	
TS ngất/thủ	2 (10%)
Cấy ICD hoặc MTN do rối loạn nhịp	0 (0%)

TS Rung nhĩ	1 (5%)
TS THA	4 (20%)
TS ĐTĐ	1 (10%)
TS Đột quy	0 (0%)
TS bệnh lý mạch vành	0 (0%)
TS gia đình có người bị BCTPĐ	1 (5%)
TS gia đình có người đột tử	0 (0%)
Điểm đau ngực CCS	2,8 ± 0,75
CCS I	0 (0%)
CCS II	6 (30%)
CCS III	11 (55%)
CCS IV	3 (15%)
Mức độ khó thở NYHA	2,6 ± 0,51
NYHA I	0 (0%)
NYHA II	7 (35%)
NYHA III	10 (50%)
NYHA IV	3 (15%)
Suy gan	0 (0%)
Suy thận	0 (0%)

Bảng 2. Đặc điểm chung về cận lâm sàng

Đặc điểm đối tượng nghiên cứu (n = 20)	Giá trị
HA tâm thu khi vào viện	119,0 ± 32,59
Nhịp tim khi vào viện	93,6 ± 12,70
Rối loạn nhịp trên điện tâm đồ	
Rung nhĩ	1 (5%)
Ngoại tâm thu	2 (10%)
Cơn nhịp nhanh thất	1 (5%)
Block nhánh trái	8 (40%)
Block nhĩ thất	0 (0%)
Thông số trên siêu âm tim	
Dd	41,95 ± 4,56
EF	67,8 ± 8,43
Bề dày vách liên thất	21,3 ± 3,46
Chênh áp qua ĐRTT	82,3 ± 17,58
Dấu hiệu SAM trên siêu âm	20 (100%)
Rối loạn vận động vùng trên siêu âm	0 (0%)

Đặc điểm liên quan đến kỹ thuật triệt đốt vách liên thất bằng cồn

Các đặc điểm liên quan đến thủ thuật (Bảng 3)

Bảng 3. Một số đặc điểm liên quan đến thủ thuật

Đặc điểm	N	Ti lệ %
Thủ thuật thành công	20	100
Thời gian tiến hành thủ thuật (phút)	55 ± 21 phút	
Tổng lượng cân quang dùng trong thủ thuật	45 ± 11 ml	
Tạo nhịp tạm thời trong thời gian thủ thuật	20	100
Siêu âm cân âm trong thời gian thủ thuật	0	0
Vị trí đốt cồn		
Nhánh Septal 1	16	70
Nhánh Septal 2	7	35
Nhánh Septal 1 và 2	3	15
3 nhánh Septal	0	0

Tỉ lệ thành công của thủ thuật

Thủ thuật được tiến hành thành công ở 20/20 bệnh nhân, tỉ lệ thành công là 100%.

Trong quá trình tiến hành thủ thuật chúng tôi nhận thấy hoàn toàn có thể tiến hành kỹ thuật với các dụng cụ như các ca can thiệp mạch vành thông thường khác.

Các biến chứng trong quá trình làm thủ thuật (Bảng 4)

Bảng 4. Các biến chứng khi tiến hành triệt đốt vách liên thất bằng cồn

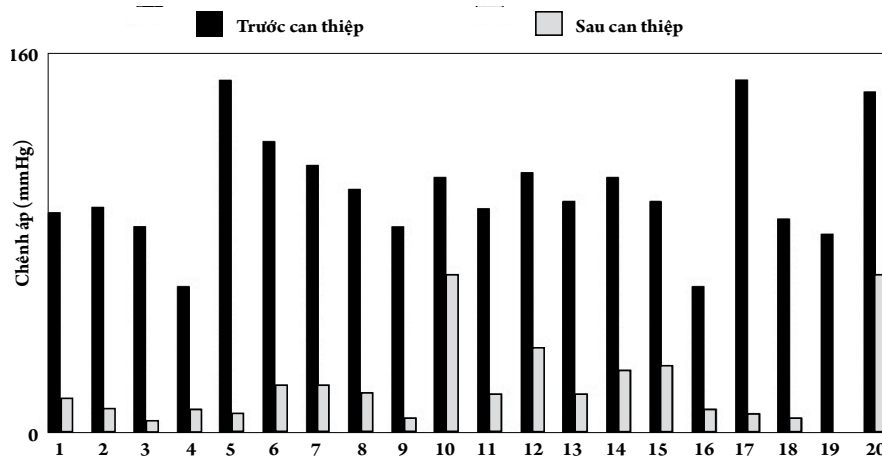
Biến chứng	Ti lệ (%)
Từ vong	0 (0%)
Rung thất trong thời gian thủ thuật	1 (5%)
Rung thất sau thủ thuật	1 (5%)
Block nhĩ thất cấp III (< 3 ngày)	7 (35%)
Block nhĩ thất – cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn	0 (0%)
Tách thành động mạch vành	0 (0%)
Thủng động mạch vành	0 (0%)
Nhồi máu cơ tim cấp	0 (0%)
Chảy máu nặng	0 (0%)
Tụ máu vùng can thiệp mạch	1 (5%)

Kết quả triệt đốt vách liên thất bằng cồn

Kết quả khảo sát ngay sau can thiệp

Như chúng tôi đã nói ở trên tất cả các trường hợp sau can thiệp đều có chênh áp sau can thiệp nhỏ hơn ít nhất 50% so với trước can thiệp [4][5].

Chênh áp trung bình đo trên thông tim ngay trước can thiệp là 100,1±23,65. Chênh áp ngay sau can thiệp là 19,3±17,83 (p < 0,0001). Có 2 bệnh nhân (10%) có chênh áp ngay sau can thiệp gần như về 0.



Biểu đồ 1. Kết quả triệt đốt vách liên thất bằng cồn trên 20 bệnh nhân (chênh áp trước – sau can thiệp)

Bảng 5. Đặc điểm điện tâm đồ sau can thiệp

Đặc điểm	N (%)
Block nhĩ thất cấp III thoáng qua (< 3 ngày)	7 (35%)
Rung nhĩ mới	0 (0%)
Block nhánh trái mới	0 (0%)
Block nhánh phải mới	7 (35%)
ST chênh lên	20 (100%)
ST chênh lên > 5 ngày	0 (0%)
Nhịp nhanh thất bên bi	3 (15%)
Rung thất	1 (5%)

Không có bệnh nhân nào tử vong trong thời gian nằm viện.

Theo Protocol của nghiên cứu, bệnh nhân sau can thiệp được làm lại xét nghiệm máu, chức năng gan thận ngay sau can thiệp, men tim CK, CK-MB, Troponin T và ProBNP tại thời điểm sau 6h, sau 12h và sau 24h sau can thiệp. Kết quả được mô tả trong bảng 6 như dưới đây.

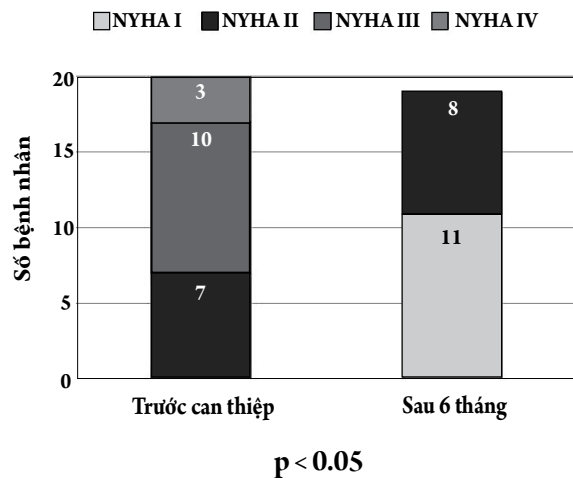
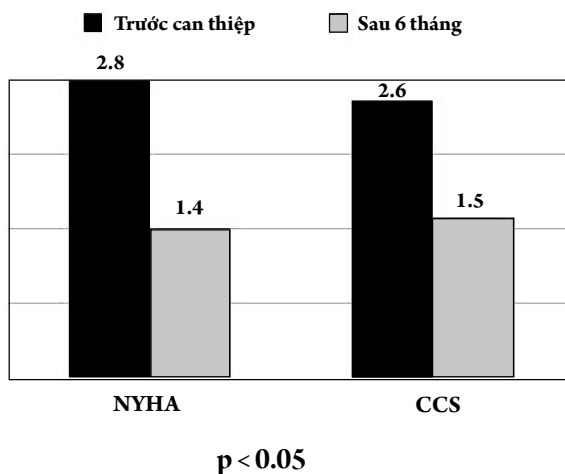
Kết quả theo dõi lâm sàng

Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi sau khi được xuất viện sẽ được khám lại về lâm sàng sau can thiệp, hẹn tái khám lại qua điện thoại tại thời điểm 1 tháng và 6 tháng.

Kết quả về lâm sàng (Biểu đồ 2)

Bảng 6. Các thông số xét nghiệm cơ bản sau can thiệp

Thông số	Lần 1	Lần 2	Lần 3	p
Creatinin	76,1 ± 13,3	82,6 ± 14,1	78,5 ± 12,5	0,9
CK (U/L)	835,5 ± 536,08	1662,1 ± 1823,35	1329,74 ± 1786,05	0,005
CK – MB (U/L)	123,9 ± 76,42	282,5 ± 147,86	146,5 ± 138,20	0,005
Troponin T (ng/ml)	1,8 ± 1,73	2,9 ± 1,41	3,20 ± 1,96	0,02
NT-ProBNP (pmol/l)	96,0 ± 80,05	273,4 ± 141,98	489,42 ± 539,28	0,005



Biểu đồ 2. Cải thiện triệu chứng trong thời gian theo dõi

Các kết quả theo dõi siêu âm tim so sánh trước và sau can thiệp (Bảng 7)

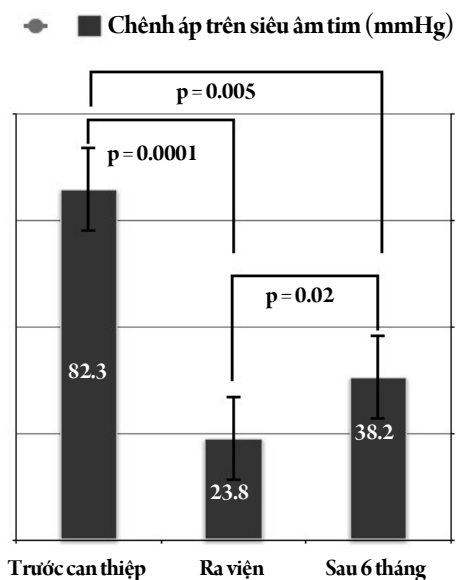
Chênh áp tái phát

Tái phát chênh áp sau can thiệp được định nghĩa là khi chênh áp đo trên siêu âm sau can thiệp tăng hơn

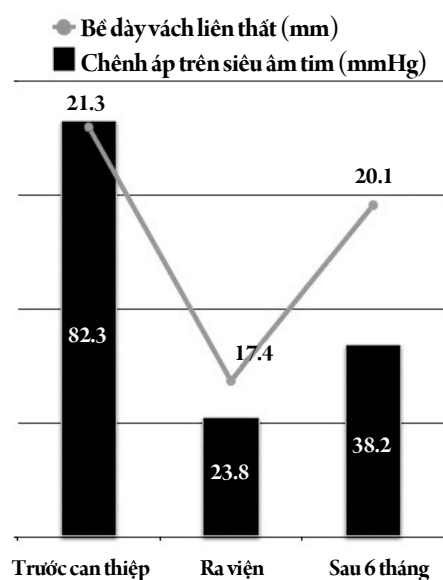
50% so với thời điểm bệnh nhân ra viện [6]. Theo định nghĩa nói trên, trong khoảng thời gian theo dõi 6 tháng sau can thiệp có 8 bệnh nhân (44,4%) xuất hiện tình trạng tái phát chênh áp. Các yếu tố ảnh hưởng đến tái phát chênh áp sau can thiệp được mô tả trong bảng 5

Bảng 7. Thông số trên siêu âm tim tại thời điểm trước, sau can thiệp và qua thời gian theo dõi 6 tháng (* $p < 0,0005$)

Thông số	Trước can thiệp	Ra viện	Sau 6 tháng
LVEDd (mm)	42.0 ± 4.56	42.3 ± 4.9	42.0 ± 3.9
Bề dày vách liên thất	21.3 ± 3.5 *	17.4 ± 3.5 *	20.1 ± 3.1
Chênh áp trên siêu âm (mmHg)	82.3 ± 17.6 *	23.8 ± 16.8 *	38.2 ± 19.5
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	36.9 ± 7.9	35.5 ± 6.6	36.5 ± 7.2
LVEF (%)	67.8 ± 8.4	68.1 ± 7.9	68.8 ± 8.1



Biểu đồ 3. Chênh áp theo dõi trên siêu âm tim trong thời gian theo dõi



Biểu đồ 4. Tái phát chênh áp sau can thiệp

Bảng 8. Thông số liên quan đến tình trạng tái phát chèn ép

Thông số	Tái phát chèn ép	Không tái phát	p
Tuổi	49.6 ± 21.1	46.4 ± 13.1	0.075
LVEDd (mm)	40.5 ± 3.7	41.4 ± 3.8	0.85
Bề dày vách liên thất (mm)	22.3 ± 3.7	20.2 ± 2.8	0.56
Chênh áp trên siêu âm tim	84.9 ± 15.0	80.0 ± 20.4	0.35
Chênh áp trên thông tim	101.3 ± 17.3	100.5 ± 30.1	0.12
Áp lực động mạch phổi (mmHg)	39.4 ± 10.4	34.4 ± 4.6	0.06
LVEF (%)	70.8 ± 7.9	65.7 ± 9.4	0.45
Peak CK (U/L)	1166 ± 520	2403 ± 278	0.016
Peak CK-MB (U/L)	182 ± 72	325 ± 125	0.008
Peak TnT (U/L)	3.25 ± 0.76	4.46 ± 2.42	0.006

Biến cố tim mạch và tỷ lệ sống còn trong thời gian theo dõi (Bảng 9)

Bảng 9. Biến cố Tim mạch trong thời gian theo dõi

Đặc điểm	N (%)
Thời gian theo dõi trung bình	21,1 ± 21,7 (6-64 tháng)
Tử vong trong thời gian theo dõi	1 (5%)
Tái nhập viện trong thời gian theo dõi	4 (20%)
Tái nhập viện do nguyên nhân tim mạch	3 (15%)
Cấy máy ICD	0 (0%)
Cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn	0 (0%)
Phẫu thuật cắt vách liên thất	0 (0%)

Thời gian theo dõi trung bình của các bệnh nhân là 21,1 ± 21,7 tháng. Thời gian theo dõi ít nhất là 6 tháng, dài nhất là 64 tháng sau can thiệp.

Trong thời gian theo dõi, có 1 bệnh nhân tử vong tại nhà sau 1 tháng tiến hành can thiệp. Nguyên nhân tử vong của bệnh nhân chưa được làm rõ do bệnh nhân đột tử tại nhà, chưa kịp đưa đến viện.

BÀN LUẬN

Đặc điểm về tuổi nhóm bệnh nhân nghiên cứu

Nhìn chung, độ tuổi trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu tương đương trên thế giới do tại các trung tâm lớn nghiên cứu về BCTPĐ trên thế giới, các bệnh nhân trẻ tuổi hơn thường có xu hướng được làm phẫu thuật cắt vách liên thất, do khả năng hồi phục tốt hơn ở nhóm bệnh nhân này sau phẫu thuật.

Đặc điểm về các yếu tố nguy cơ của BCTPĐ

Nhìn chung, qua một số nghiên cứu, tỷ lệ các yếu tố nguy cơ của BCTPĐ trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối thấp hơn so với các nghiên cứu kể trên trên thế giới.

Đặc điểm lâm sàng

Bảng 10. Phân bố về giới trong một số nghiên cứu

Nghiên cứu	Năm/số BN	Trung tâm	Tỷ lệ bệnh nhân nam (%)
Chúng tôi	2014/20	Viện Tim mạch Việt Nam	55%
Sorajja và cs [3]	2012/177	Mayo Clinic (Hoa Kỳ)	32%
Kwon H và cs [7]	2008/55	Cleveland Clinic (Hoa Kỳ)	33%
F. Nagueh và cs [2]	2011/874	Phân tích gộp	50%
Leal và cs [8]	2014/14	LaPaz (Madrid, Tây Ban Nha)	29%

Bảng 11. Tuổi trung bình của bệnh nhân trong một số nghiên cứu

Nghiên cứu	Năm/số BN	Trung tâm	Tuổi trung bình
Chúng tôi	2014/20	Viện Tim mạch Việt Nam	45,6 ± 16,45
Sorajja và cs [3]	2012/177	Mayo Clinic (Hoa Kỳ)	63 ± 16
Kwon H và cs [7]	2008/55	Cleveland Clinic (Hoa Kỳ)	63 ± 13
M Alam và cs [9]	2009/183	Phân tích gộp	54,4 ± 6,3
F. Nagueh và cs [2]	2011/874	Phân tích gộp	55 ± 16
Leal và cs [8]	2014/14	LaPaz (Madrid, Tây Ban Nha)	66,4 ± 12,1

Mặc dù có các tham số khác đối chiếu về tuổi, giới, các yếu tố nguy cơ tương đối khác nhau, nhưng mức độ khó thở và đau ngực các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng đều ở mức cao như các nghiên cứu khác trên thế giới.

Đặc điểm siêu âm tim

Đặc điểm chung về siêu âm tim trước can thiệp của nhóm bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi khá tương đồng với các nghiên cứu khác trên thế giới (Bảng 13).

Đặc điểm liên quan đến thủ thuật

Kết quả đốt cồn vách liên thất

Thủ thuật được đánh giá là thành công khi gây được tắc nghẽn hoàn toàn nhánh mạch đốt cồn, chênh áp trên thông tim giảm trên 50 % so với trước can thiệp và không gây tắc nghẽn nhánh LAD trong quá trình thủ thuật [4][5]. Theo định nghĩa, thủ thuật được tiến hành thành công trên tất cả các trường hợp (100%). Thời gian thủ thuật là 55 ± 21 phút. Tổng lượng cản quang trong thủ thuật là 45 ± 11 ml.

Bảng 12. Yếu tố nguy cơ BCTPD. KKB: Không được báo cáo

Yếu tố nguy cơ	Chúng tôi	Sorajja và cs [3]	Leal và cs [8]	Kwon H và cs [7]
TS ngất/thiu	10%	15%	21,4%	15%
TS cây ICD/MTN	0%	KBC	7,1%	KBC
TS Rung nhĩ	5%	16%	28,6%	29%
TS THA	20%	51%	50%	9%
TS ĐTĐ	5%	7	14,3%	KBC
TS Đột quy	0%	1%	14,3%	KBC
TS bệnh mạch vành	0%	13,8%	6,7%	5%
TS GD có người có BCTPD	5%	18%	7,1%	KBC
TS GD có người đột tử	0%	6%	7,1%	KBC

Bảng 13. Thông số cơ bản trên siêu âm tim trước can thiệp

Nghiên cứu	Dd (mm)	EF (%)	Bề dày vách liên thất (mm)	Chênh áp qua ĐRTT trước CT (mmHg)
Chúng tôi	41,95 ± 4,56	67,8 ± 8,43	21,3 ± 3,46	82,3 ± 17,58
Sorajja và cs [3]	45 ± 6	69 ± 8	23 ± 5	70 ± 40
Kwon H và cs [7]	44 ± 8	72 ± 5	23 ± 5	70 ± 44
M Alam và cs [9]	42,2 ± 1,3	69,0 ± 6,1	23,3 ± 1,7	81,4 ± 14,3
F. Nagueh và cs [2]	45 ± 6	67 ± 7	21 ± 4	70 ± 38
Leal và cs [8]	43 ± 9	73 ± 9	24 ± 5	104 ± 17,58

Chênh áp trung bình đo trên thông tim ngay trước can thiệp là 100,1 ± 23,65.

Chênh áp trung bình đo trên thông tim ngay sau can thiệp là 19,3 ± 17,83 (p < 0,0001).

Ngay sau can thiệp, chênh áp đo trên siêu âm tim giảm từ 82,3 ± 17,6 xuống còn 23,8 ± 16,8 (p = 0,0001)

Biến chứng ngay sau thủ thuật

Trong nghiên cứu của chúng tôi. Tỷ lệ biến chứng ngay sau thủ thuật tương đối thấp so với các nghiên cứu trên thế giới.

Số ngày nằm viện trung bình

Trong nghiên cứu của chúng tôi, số ngày nằm viện trung bình là 13,70 ± 4,82; số ngày nằm tại đơn vị Cấp cứu Tim mạch trung bình là 3,25 ± 2,11. Có 1 bệnh nhân phải nằm viện số ngày nhiều nhất là

21 ngày là bệnh nhân xuất hiện biến cố rung thất/ngừng tuần hoàn sau can thiệp như đã mô tả ở trên. Các nghiên cứu trên thế giới ít mô tả chính xác thời gian bệnh nhân nằm viện, cũng như không nói rõ số ngày nằm viện là số ngày bệnh nhân nằm tại CICU hay là tổng số ngày bệnh nhân được theo dõi ngoại trú tại bệnh viện, nhưng theo một số nghiên cứu, số ngày nằm viện của bệnh nhân làm thủ thuật dao động từ 3-5 ngày [3][8][10][2][9][7]. Tại Việt Nam nói chung thời gian nằm viện thường bị kéo dài do thời gian bệnh nhân chờ xét nghiệm, chờ làm thủ thuật v.v...

Theo dõi sau can thiệp

Theo dõi lâm sàng

Qua nghiên cứu của chúng tôi cùng các nghiên cứu tương tự trên thế giới, sau can thiệp và trong

thời gian theo dõi, các bệnh nhân đều có cải thiện đáng kể tình trạng đau ngực, khó thở trên lâm sàng, thể hiện mức độ khó thở theo NYHA và đau ngực theo CCS đều giảm có ý nghĩa thống kê so với mức trước khi tiến hành can thiệp.

Theo dõi siêu âm tim sau can thiệp

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ngay sau can thiệp, chênh áp đo trên siêu âm tim giảm từ $82,3 \pm 17,6$ xuống $23,8 \pm 16,8$ ($p = 0,0001$) tại thời điểm bệnh nhân ra viện, chênh áp sau 6 tháng theo dõi, tuy nhiên tăng lên $38,2 \pm 19,5$, tuy vẫn giảm đáng kể so với trước can thiệp ($p = 0,005$), tuy nhiên lại tăng lên đáng kể so với thời điểm khi bệnh nhân ra viện ($p = 0,02$).

Các tác giả trên thế giới hầu hết đều đồng thuận 70-90% bệnh nhân đều sẽ có thay đổi rõ rệt chênh áp, hầu hết thay đổi này xảy ra ngay sau khi thủ thuật do tình trạng “đờ” (stunning) và giảm vận động của vùng cơ tim bị nhồi máu ngay sau can thiệp, tình trạng tái phát chênh áp có thể kéo dài trong 1-3 tháng sau đó chênh áp có thể giảm dần từ từ trong 3-12 tháng sau thủ thuật, các tác giả cũng cho rằng hoại tử cơ tim và sẹo nhồi máu gây ra do đốt cồn sẽ gây ảnh hưởng đến vách liên thất và quá trình tái cấu trúc thất trái, có thể gây ra tình trạng giãn nhẹ thất trái trong thời gian theo dõi [8][11][12][13].

Hiện tượng tái phát chênh áp

Tái phát chênh áp sau can thiệp được định nghĩa là khi chênh áp đo trên siêu âm sau can thiệp tăng hơn 50% so với thời điểm bệnh nhân ra viện [6]. Theo định nghĩa nói trên, trong khoảng thời gian theo dõi 6 tháng sau can thiệp có 8 bệnh nhân (44,4%) xuất hiện tình trạng tái phát chênh áp.

Tỷ lệ tử vong và các biến cố tim mạch trong thời gian theo dõi

Thời gian theo dõi trung bình của chúng tôi là $21,1 \pm 21,7$ (6-64 tháng). Trong thời gian theo dõi có 1 bệnh nhân tử vong.

Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là

5% trong 6 tháng. Nếu tính chung trong 5 năm, tỉ lệ tử vong của các bệnh nhân của chúng tôi $\sim 2,7\%$ /năm. Thời gian theo dõi dài nhất là ~ 64 tháng, có 3 bệnh nhân tái nhập viện do triệu chứng đau ngực, 1 bệnh nhân tái nhập viện không do nguyên nhân tim mạch (phẫu thuật ruột thừa). Không có bệnh nhân nào phải can thiệp lại.

Sorajja và cs [3] theo dõi 173 bệnh nhân trong thời gian trung bình 5,7 năm (dài nhất là 11,9 năm) tỷ lệ tử vong là 13,5% có 1,7% đột tử, 6,2% tử vong không do nguyên nhân tim mạch, 6,8% tử vong không rõ nguyên nhân. Tỷ lệ sống còn trong 8 năm là 79,4% (95% CI, 71,6%-87,3%), tỷ lệ tử vong chung không có sự khác biệt so với tỷ lệ tử vong chung ước tính của nhóm dân số Hoa Kỳ tương đương. So sánh với tỷ lệ tử vong của nhóm bệnh nhân tương đương về tuổi và giới được phẫu thuật cắt vách liên thất, cũng không có sự khác biệt. Nghiên cứu cũng chỉ ra nhóm bệnh nhân có chênh áp qua ĐRTT sau thủ thuật < 10 mmHg có kết cục lâm sàng tốt hơn nhóm bệnh nhân có chênh áp > 10 mmHg [3]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 30% bệnh nhân có chênh áp < 10 mmHg sau can thiệp. Bệnh nhân tử vong cũng là bệnh nhân có chênh áp sau can thiệp cải thiện không tốt sau khi tiến hành thủ thuật.

Kwon H và cs năm 2008 [7] tại Cleveland Clinic, Ohio, Hoa Kỳ tổng kết 55 bệnh nhân BCTPĐ có chỉ định phẫu thuật/can thiệp, có nguy cơ cao cho phẫu thuật (do tuổi tác và do các bệnh lý, tàn tật kèm theo). Thời gian theo dõi trung bình của nghiên cứu là 8 năm. Kết quả của nghiên cứu cho thấy không có bệnh nhân nào tử vong ngay sau hoặc 48h sau thủ thuật, 7 bệnh nhân tử vong trong 5 năm, 13 bệnh nhân tử vong sau 10 năm. Tỷ lệ sống còn tương ứng là 96% sau 1 năm, 87% sau 5 năm và 76% sau 10 năm. Tỷ lệ bệnh nhân cần cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn trong 10 năm là 26%. Nhóm bệnh nhân trẻ tuổi < 65 có kết cục lâm sàng tốt hơn so với nhóm

bệnh nhân > 65 tuổi, tử vong chung và các biến chứng cũng thường liên quan đến tuổi bệnh nhân khi tiến hành thủ thuật hơn là liên quan trực tiếp đến thủ thuật [7].

Nagueh và cs [2] (2011) phân tích gộp 874 bệnh nhân được tiến hành thủ thuật đốt cồn vách liên thất bằng chụp động mạch vành qua đường ống thông từ năm 2000-2011 tại 11 trung tâm can thiệp mạch vành lớn tại Bắc Mỹ. Đây là phân tích gộp với số lượng bệnh nhân lớn nhất được đốt cồn vách liên thất. Trong quá trình theo dõi, có 81 trường hợp tử vong, tỷ lệ sống còn sau 1 năm là 97%, sau 5 năm là 86% và sau 9 năm là 74% [14].

Veselka và cs [15] tổng kết 178 bệnh nhân được đốt cồn vách liên thất tại các trung tâm khác nhau tại châu Âu trong thời gian trung bình 4,8 năm. Tỷ lệ tử vong hàng năm được báo cáo là 2,1%. Qua thời gian theo dõi, tỷ lệ sống còn qua 1,5 và 10 năm theo dõi lần lượt là 97%, 92% và 82%. Tỷ lệ sống còn cũng tương tự như quần thể dân số châu Âu tương đương trong cùng thời gian.

Tỷ lệ tử vong và sống còn trong nghiên cứu của chúng tôi cũng gần tương tự như các nghiên cứu khác trên thế giới. Tại Viện Tim mạch Việt Nam và tại Việt Nam nói chung vẫn chưa có phẫu thuật cắt vách liên thất để so sánh, do vậy đốt cồn vách liên thất vẫn tỏ ra là biện pháp hiệu quả để cải thiện triệu chứng và tiên lượng lâm sàng cho bệnh nhân bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn, đã được chứng minh qua nhiều phân tích và nghiên cứu trên thế giới.

KẾT LUẬN

Qua theo dõi và nghiên cứu 20 bệnh nhân triệt đốt vách liên thất bằng cồn tại Viện Tim mạch Việt Nam, chúng tôi rút ra các kết luận như sau:

Kết quả sớm (ngay sau can thiệp)

Tỷ lệ thành công của thủ thuật chiếm đại đa số bệnh nhân (20/20-100%). Các thông số về huyết động được cải thiện đáng kể ngay sau can thiệp. Chênh áp chênh áp đỉnh-đỉnh qua ĐRTT đã được cải thiện đáng kể $100,1 \pm 23,65$ (trước can thiệp) \rightarrow $19,3 \pm 17,83$ (sau can thiệp) ($p < 0,0001$). Chênh áp trung bình (siêu âm tim) cũng được cải thiện đáng kể $82,3 \pm 17,6 \rightarrow 23,8 \pm 16,8$ ($p = 0,0001$). Tỷ lệ biến chứng xung quanh thủ thuật rất thấp và có thể hồi phục.

Kết quả sớm (6 tháng sau can thiệp)

Có 1 bệnh nhân tử vong ngay sau 1 tháng đầu tiên sau can thiệp (5%). Không có bệnh nhân nào phải tiến hành can thiệp lại, phẫu thuật hay cấy MTN/ICD trong thời gian theo dõi. Các thông số lâm sàng vẫn duy trì được mức cải thiện đáng kể so với trước can thiệp: CCS 2.6 \rightarrow 1.5; NYHA 2.8 \rightarrow 1.6 ($p < 0.05$). Các thông số về huyết động trên siêu âm tim vẫn duy trì được mức độ cải thiện đáng kể sau theo dõi 6 tháng.

Có hiện tượng tái phát chênh áp ở một số bệnh nhân (44%), tuy nhiên vẫn giữ mức giảm đáng kể so với trước can thiệp. Nồng độ đỉnh của các marker sinh học cơ tim có khả năng tiên lượng tình trạng tái phát chênh áp sau 6 tháng theo dõi.

ABSTRACT

Objective: We decided to evaluate clinical and sub-clinical base-line characteristics and short term follow-up of Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy (HOCM) patients underwent Alcohol Septal Ablation (ASA) in Vietnam National Heart Institute (VNHI), Bachmai Hospital.

Methods and Results: 20 HOCM patients were undergone ASA in VNHI from 12/2008 until 06/2014. All ASA interventions were successful (100%). Hemodynamic parameters improved right after intervention

and 6 months after. Peak gradient 100.1 ± 23.65 (Pre) $\rightarrow 19.3 \pm 17.83$ (Post-Intervention) ($p < 0.0001$). Median gradient (Ultrasound measured) $82.3 \pm 17.6 \rightarrow 23.8 \pm 16.8$ ($p = 0.0001$). Complication is rare and almost recovered at discharge. After 6 months: 1 mortality case, no patient with re-intervention, or pacemaker, ICD... Clinical parameter (compared to baseline): CCS 2.6 \rightarrow 1.5; NYHA 2.8 \rightarrow 1.6 ($p < 0.05$).

Conclusion: ASA has a high success rate and it is a good choice to improve symptoms and short term prognosis of HOCM patients.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on, P., et al., 2011 ACCF/AHA guideline for the diagnosis and treatment of hypertrophic cardiomyopathy: a report of the American College of Cardiology Foundation/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *J Thorac Cardiovasc Surg*, 2011. 142(6): p. e153-203.
2. Agarwal, S., et al., Updated meta-analysis of septal alcohol ablation versus myectomy for hypertrophic cardiomyopathy. *J Am Coll Cardiol*, 2010. 55(8): p. 823-34.
3. Sorajja, P., et al., Survival after alcohol septal ablation for obstructive hypertrophic cardiomyopathy. *Circulation*, 2012. 126(20): p. 2374-80.
4. Sorajja, P., et al., Outcome of alcohol septal ablation for obstructive hypertrophic cardiomyopathy. *Circulation*, 2008. 118(2): p. 131-9.
5. Fiarresga, A., et al., Alcohol septal ablation in obstructive hypertrophic cardiomyopathy: Four years of experience at a reference center. *Rev Port Cardiol*, 2014. 33(1): p. 1-10.
6. Lee, C.W., Alcohol Septal Ablation Therapy in Hypertrophic Obstructive Cardiomyopathy. *Summit TCT Asia pacific* 2007.
7. Kwon, D.H., et al., Long-term outcomes in high-risk symptomatic patients with hypertrophic cardiomyopathy undergoing alcohol septal ablation. *JACC Cardiovasc Interv*, 2008. 1(4): p. 432-8.
8. Brito, D., Alcohol septal ablation for the treatment of obstructive hypertrophic cardiomyopathy: A demanding option. *Rev Port Cardiol*, 2014. 33(1): p. 11-13.
9. Alam, M., H. Dokainish, and N.M. Lakkis, Hypertrophic obstructive cardiomyopathy-alcohol septal ablation vs. myectomy: a meta-analysis. *Eur Heart J*, 2009. 30(9): p. 1080-7.
10. Kimmelstiel, C., et al., [Alcohol septal ablation and hypertrophic cardiomyopathy]. *Zhonghua Xin Xue Guan Bing Za Zhi*, 2009. 37(12): p. 1074-7.
11. Alam, M., H. Dokainish, and N. Lakkis, Alcohol septal ablation for hypertrophic obstructive cardiomyopathy: a systematic review of published studies. *J Interv Cardiol*, 2006. 19(4): p. 319-27.
12. Van Dockum, W.G., et al., Early onset and progression of left ventricular remodeling after alcohol septal ablation in hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Circulation*, 2005. 111(19): p. 2503-8.
13. Steendijk, P., et al., Acute effects of alcohol septal ablation on systolic and diastolic left ventricular function in patients with hypertrophic obstructive cardiomyopathy. *Heart*, 2008. 94(10): p. 1318-22.
14. Nagueh, S.F., et al., Alcohol septal ablation for the treatment of hypertrophic obstructive cardiomyopathy. A multicenter North American registry. *J Am Coll Cardiol*, 2011. 58(22): p. 2322-8.
15. Veselka, J., et al., Long-term survival after alcohol septal ablation for hypertrophic obstructive cardiomyopathy: a comparison with general population. *Eur Heart J*, 2014.