

Hội Tim Mạch Học Việt Nam
Vietnam National Heart Association



Tập chí

Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of
Vietnamese Cardiology

Trong số này:

Thư tòa soạn

Tin tức hoạt động của Hội tim mạch

Các nghiên cứu lâm sàng

Chuyên đề đào tạo liên tục

Chuyên đề dành cho người bệnh

Trao đổi của các chuyên gia

Hướng dẫn viết bài.

Số 60, Tháng 12 năm 2011



The First Welch Allyn ECG with Vietnamese Language !!!



Introducing the simple, affordable, connected Welch Allyn CP 50™ electrocardiograph.



Get the power of a fully-featured ECG in a compact, affordable, easy-to-use package with the new Welch Allyn CP 50 electrocardiograph. With simple, one-button operation, the CP 50 makes performing ECG tests fast and easy. And with advanced features like a full-colour touch screen display, high-resolution thermal printer, and a range of EMR connectivity options, the CP-50 gives you the options your facility needs at a price that fits your budget.

FLEXIBLE
CONNECTIVITY OPTIONS



WelchAllyn®



CTY TNHH Thương mại & Dịch vụ kỹ thuật Việt Thái
Tầng 8, Số 434 Trần Khát Chân, Hai Bà Trưng, Hà Nội
ĐT: 04 3976 1454 / Fax: 04 3976 2969



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
Vietnam National Heart Association

Tap chí

Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of Vietnamese Cardiology

(Xuất bản định kỳ 3 tháng 1 lần)



PGS.TS.BSCC. Nguyễn Ngọc Triều

Tạp chí
TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM

**CƠ QUAN TRUNG ƯƠNG
CỦA HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
(TRONG TỔNG HỘI Y DƯỢC HỌC VIỆT NAM)**

Tòa soạn

Văn phòng Trung ương Hội Tim mạch học Việt Nam
Bệnh viện Bạch Mai - 76 Đường Giải Phóng - Hà Nội

ĐT: (04) 38688488

Fax: (04) 38688488

Email: info@vnha.org.vn

Website: <http://www.vnha.org.vn>

Tổng biên tập:

GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT

Phó Tổng biên tập:

TS. PHẠM MẠNH HÙNG

Thư ký tòa soạn:

TS. TRẦN VĂN ĐỒNG

PGS.TS. NGUYỄN QUANG TUẤN

TS. NGUYỄN LÂN HIẾU

THS. NGUYỄN NGỌC QUANG

THS. PHẠM THÁI SƠN

THS. PHẠM TRẦN LINH

THS. PHAN ĐÌNH PHONG

Ban biên tập:

GS.TS. PHẠM GIA KHẢI

GS.TS. ĐẶNG VẠN PHƯỚC

GS.TS. HUỖNH VĂN MINH

PGS. TS. PHẠM NGUYỄN VINH

PGS. TS. ĐỖ DOÃN LỢI

PGS.TS. VÕ THÀNH NHÂN

PGS.TS. TRẦN VĂN HUY

TS. PHẠM QUỐC KHÁNH

Giấy phép xuất bản số: 528/GP-BVHTT

Cấp ngày: 03-12-2002

In tại Công ty TNHH In và TM Thuận Phát

MỤC LỤC

THƯ TÒA SOẠN

TIN TỨC HOẠT ĐỘNG

Thông báo chính thức về việc tổ chức Hội nghị Khoa học lần thứ nhất Phân hội điện sinh lý học Tim và Tạo nhịp tim Việt Nam	2
Thông Báo Số 2	
Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung Tây Nguyên 2011	4
Thông Báo Về Các Công Việc Của Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam	6

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Thời Gian Tái Tưới Máu Trong Điều Trị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp Tại Một Số Trung Tâm Tim Mạch Can Thiệp Ở Miền Nam Việt Nam	12
Khảo Sát Một Số Yếu Tố Ảnh Hưởng Tâm Lý Người Bệnh Trước Và Sau Phẫu Thuật Tim Có Chuẩn Bị	26
Nghiên Cứu Tình Hình Rối Loạn Tâm Lý Ở Bệnh Nhân Suy Tim Điều Trị Nội Trú Tại Viện Tim Mạch Việt Nam	33
So Sánh Đặc Điểm Điện Sinh Lý Tim, Hiệu Quả Điều Trị Bằng Năng Lượng Sóng Tần Số Radio Của Rối Loạn Nhịp Thất Phải Và Thất Trái	40
U Tiêu Thế Cảnh: Chẩn Đoán Và Điều Trị Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức	46

CHUYÊN ĐỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Khuyến Cáo 2010 Của Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Bệnh Động Mạch Chi Dưới (Phần II)	54
--	----

CHUYÊN ĐỀ CHO NGƯỜI BỆNH

Trầm Cảm Ở Bệnh Nhân Suy Tim: Một Thách Thức Lâm Sàng	68
---	----

TRAO ĐỔI CỦA CÁC CHUYÊN GIA

Bệnh tim mạch ở phụ nữ. Một báo động đỏ!	72
--	----

HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI

Hướng dẫn cho các tác giả Đăng bài trên Tạp chí <i>Tim mạch học Việt Nam</i>	75
--	----

Lời tòa soạn

Kính gửi các bạn Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam

Gửi các độc giả rất yêu quý,

Như thường lệ, *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam* xin gửi tới các bạn một số thông báo về các hội nghị sẽ sắp diễn ra trong nước. Trước hết là Hội nghị khoa học lần thứ nhất tại Hạ Long, Quảng Ninh vào 15 và 16 tháng Bảy. Xin kính mời các hội viên và các bạn có quan tâm tích cực tham dự. Bên cạnh đó, năm nay, chúng ta sẽ có một hoạt động quan trọng khác đó là Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung – Tây Nguyên lần thứ VI từ 5-6 tháng Tám năm 2011 tại Buôn Ma Thuột – Đắk Lắk. Trong số này, chúng tôi xin trân trọng giới thiệu lại tới các bạn thông báo số 2 về Hội nghị này. Rất mong các bạn tham gia hưởng ứng.

Trong số này, *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam* xin trân trọng giới thiệu một loạt các nghiên cứu lâm sàng mới nhất, đặc biệt trong số này, các bạn được tìm hiểu một nghiên cứu về thời điểm can thiệp động mạch vành đối với bệnh nhân bị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp ở Việt Nam. Bên cạnh đó, một số nghiên cứu đề cập đến vấn đề rối loạn tâm lí ở những bệnh nhân tim mạch khi bị suy tim hoặc khi được phẫu thuật. Đây cũng là một vấn đề quan trọng mà chúng ta đôi khi còn ít quan tâm đến trong thực hành thường ngày. Chuyên đề giáo dục liên tục sẽ là phần II tiếp theo của khuyến cáo mới về chẩn đoán và xử trí bệnh động mạch ngoại vi, một vấn đề rất đáng quan tâm hiện nay. Trong số này, một chuyên đề lâm sàng về vấn đề rối loạn tâm lí và trầm cảm đối với bệnh tim mạch được đưa ra phân tích mổ xẻ, chúng tôi hy vọng bạn sẽ tìm thấy nhiều điều bổ ích giúp cho thực hành lâm sàng. Chuyên đề cho bệnh nhân vẫn liên tục được duy trì với những thông tin giáo dục sức khỏe tim mạch cho người bệnh, chủ đề “Bệnh Tim Mạch Ở Nữ Giới” lại được tiếp tục cảnh báo sâu sắc.

Chúng tôi hy vọng các bạn tìm được nhiều thông tin hữu ích trong số báo này và luôn mong muốn các bạn có nhiều bài đóng góp cho tạp chí.

Một lần nữa, xin cảm ơn toàn thể các hội viên, các độc giả của TCTMVN, Chúc Sức Khỏe và Hạnh phúc tới toàn thể các bạn.

Thay mặt Ban Biên Tập

Tổng biên tập

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

TIN TỨC HOẠT ĐỘNG

Thông báo chính thức về việc tổ chức Hội nghị Khoa học lần thứ nhất Phân hội Điện sinh lý học Tim và Tạo nhịp tim Việt Nam

Hà Nội, ngày 14 tháng 03 năm 2011

Kính gửi: Các Thành viên Ban chấp hành Hội Tim mạch Học Việt Nam,
- Các Thành viên Ban Chấp hành Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim,
- Các Hội Viên Hội Tim mạch Học Việt Nam,
- Các Hội viên Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim,

Phân hội Điện sinh lý học tim và Tạo nhịp tim Việt Nam (tên tiếng Anh: Vietnam Society of cardiac Electrophysiology and Pacing – VNSEP) đã được thành lập theo quyết định số 036/HTM của Hội Tim mạch học Việt Nam do Chủ tịch Hội Tim mạch học Việt Nam, Giáo sư Phạm Gia Khải, đã ký ngày 19 tháng 10 năm 2010 trong khuôn khổ Đại hội Tim mạch học Toàn Quốc lần thứ 12 tổ chức tại Thành phố Nha Trang.

Chúng tôi xin vui mừng thông báo tới toàn thể các thành viên Ban chấp hành Hội Tim mạch, phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim Việt Nam cũng như toàn thể các Hội viên của Hội Tim mạch học Việt Nam:

Phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim sẽ tổ chức Hội nghị khoa học lần thứ nhất của Phân hội tại thành phố Hạ Long, tỉnh Quảng Ninh trong hai ngày 22-23 tháng 7 năm 2011. Chương trình Hội nghị lần này sẽ rất phong phú và cập nhật về khoa học với nhiều báo cáo của các chuyên gia đầu ngành trong và ngoài nước cũng như sẽ đánh một dấu mốc mới trong sự phát triển của chuyên ngành rối loạn nhịp tim nước nhà.

Thay mặt Ban tổ chức, chúng tôi xin trân trọng kính mời Quý đại biểu tham gia hội nghị.

Để hội nghị được thành công tốt đẹp, thay mặt Ban tổ chức, chúng tôi kêu gọi sự tham gia tích cực, đóng góp mọi mặt của tất cả các thành viên trong Ban chấp hành cũng như tất cả các hội viên của Hội và Phân hội. Chúng tôi rất mong muốn các quý đại biểu gửi các bài báo cáo khoa học liên quan đến chuyên ngành tham dự và trình bày tại hội nghị.

Để có thể đảm bảo đúng tiến độ tổ chức, chúng tôi cũng kính đề nghị và hoan nghênh các thành viên trong Ban chấp hành và toàn thể hội viên của Hội Tim mạch và Phân hội Điện sinh lý học và tạo nhịp tim Việt Nam đóng góp ý kiến và tham gia công tác tổ chức. Mọi ý kiến xin gửi bằng văn bản theo địa chỉ:

Ban Thư ký Hội nghị lần thứ nhất Phân hội Điện sinh lý học và Tạo nhịp tim Việt Nam (VNSEP)

Địa chỉ: Viện Tim Mạch - Bệnh Viện Bạch Mai

78 đường Giải Phóng - Đống Đa - Hà Nội.

Người đại diện: TS. BS. Phạm Quốc Khánh, Chủ tịch phân hội;

ĐT và Fax: 04 38688488; DD: 0913.232.552

Người liên lạc: ThS. Phạm Trần Linh, Tổng thư ký phân hội;

DD: 0913.363.101

Email: vnsep.info@gmail.com

Xin trân trọng cảm ơn và rất mong sự đóng góp tích cực của các thành viên và hội viên.

Chủ tịch Hội Tim mạch Việt Nam



GS. TS. Phạm Gia Khải

Chủ tịch Phân hội



TS. BS. Phạm Quốc Khánh

Thông Báo Số 2

Hội Nghị Tim Mạch Miền Trung Tây Nguyên 2011

Buôn Ma Thuột, ngày 20 tháng 3 năm 2011

- Kính gửi:
- Giám đốc Sở Y Tế các tỉnh, thành phố.
 - Giám đốc các Bệnh viện, Trung tâm Tim mạch.
 - Ban Giám hiệu các Trường Đại học Y Dược.
 - Giáo sư, Tiến sỹ chuyên ngành Tim mạch.
 - Các Ủy viên BCH và hội viên Hội viên Tim mạch.
 - Các Hội chuyên ngành Ngoại khoa.
 - Các Hội chuyên ngành Tim mạch, Chẩn đoán hình ảnh, Gây mê Hồi sức.

Hội Nghị Tim mạch miền Trung và Tây Nguyên lần thứ VI sẽ được tổ chức tại thành phố Buôn Ma Thuột, tỉnh Đắk Lắk từ ngày 5-6 tháng 8 năm 2011. Hội nghị có các giáo sư đầu ngành trong nước và nước ngoài tham dự, cùng với các hội viên Hội tim mạch, các bác sỹ chuyên khoa tim mạch Nội - Ngoại - Nhi và các chuyên khoa liên quan thuộc các bệnh viện tuyến trung ương, tỉnh, huyện, thành phố trong cả nước.

Sau thông báo số 1 đến nay, Ban tổ chức Hội nghị đã nhận được sự hưởng ứng nhiệt tình của quý đồng nghiệp trong và ngoài nước đăng ký tham dự. Xin trân trọng cảm ơn quý đồng nghiệp và mong rằng sự hợp tác này luôn phát triển để Hội nghị thành công tốt đẹp.

Chúng tôi đã nhận được rất nhiều bài tóm tắt các đề tài báo cáo khoa học về các chuyên đề về tim mạch và các chuyên ngành liên quan rất bổ ích.

Ban tổ chức Hội nghị tiếp tục gửi thông báo số 02 đến quý đồng nghiệp. Trân trọng kính mời quý đồng nghiệp tiếp tục đăng ký đề tài nghiên cứu khoa học về các chuyên đề có liên quan đến tim mạch như: lâm sàng tim mạch (nội khoa, rối loạn nhịp tim, can thiệp, phẫu thuật...), Cận lâm sàng tim mạch (Siêu âm tim, Điện sinh lý...) và bệnh lý nội khoa liên quan nói chung.

Thể thức gửi bài Báo cáo khoa học gửi về Hội nghị bao gồm:

1) Bài báo cáo nghiên cứu khoa học:

* Bản tóm tắt (Abstract): bản tóm tắt bằng tiếng Việt (kèm bản dịch sang tiếng Anh) một trang riêng, nội dung khoảng 300-500 từ, khổ giấy A4, chừa lề phải 2cm, lề trái 3cm, lề trên và dưới 2,5cm, cỡ chữ 12-13, cách dòng 1,5 line, font chữ Unicode, kiểu Times New Roman (các font chữ khác không chấp nhận). Họ và tên tác giả, nơi làm việc, không ghi, chức danh, học vị.

Nội dung bản tóm tắt gồm 4 phần: Mục tiêu (objectives), phương pháp nghiên cứu (methods), kết quả (results) và kết luận (conclusions).

* Bài toàn văn (Full text): dài 4-8 trang A4, đánh máy theo quy định trên, tài liệu tham khảo: không quá 10 tài liệu theo thứ tự tài liệu tiếng Việt trên, tiếng nước ngoài xuống dưới theo tên tác

giả. Cần nêu đủ: tên tác giả, năm xuất bản, tên bài báo, tập san, báo, quyển (tập), số, trang, xếp theo thứ tự vần A, B, C (tên tác giả). Bài gửi kèm theo đĩa mềm hoặc gửi email theo địa chỉ dưới đây.

2) Bài báo cáo chuyên đề:

Hình thức giống bài báo cáo khoa học gồm tóm tắt, bài toàn văn, nội dung không quá 10 trang kể cả tài liệu tham khảo.

Lưu ý:

- Tên tác giả, địa chỉ, số điện thoại (liên hệ chính) ngay phía dưới bản tóm tắt.
- Các bài báo cáo công trình nghiên cứu khoa học và báo cáo chuyên đề, bản tóm tắt và bài toàn văn đều gửi kèm đĩa mềm ghi lại hoặc email địa chỉ dưới đây.

Thời hạn đăng ký nộp bài: bài tóm tắt (trước 15/05/2011) và bài toàn văn (trước 01/6/2011)

Địa chỉ liên lạc để gửi bài:

GS.TS. Huỳnh Văn Minh

Mobile: 0914 062 226 - Email: hvminhdr@yahoo.com , dr.hvminh@gmail.com

Địa chỉ: Trường Đại học Y Dược Huế - Số 06 Ngô Quyền - TP. Huế

BSCKII. Ngô Văn Hùng

Mobile: 0913 496 761 - Email: ngovanhungdl@gmail.com , ngovanhungdl@yahoo.com

Địa chỉ: Bệnh viện Đa khoa tỉnh Đắk Lắk - Số 02 Mai Hắc Đế - TP. Buôn Ma Thuột

Quý đồng nghiệp có thể tham khảo thêm tại Website: <http://hntmmtn.com/>

Thế thức tham dự hội nghị: điền thông tin vào Phiếu đăng ký tham dự và gửi cho chúng tôi.

**PHÓ CHỦ TỊCH HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM
CHỦ TỊCH HỘI TIM MẠCH MIỀN TRUNG**

**TRƯỞNG BAN TỔ CHỨC
GIÁM ĐỐC**

GS.TS Huỳnh Văn Minh

BSCKII. Bùi Trường Phong

Thông Báo Về Các Công Việc Của Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam

*Kính gửi: Toàn thể các Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam,
Các bạn có quan tâm!*

Nhằm tăng cường công tác quản lí, rà soát, cập nhật các thông tin về Hội Viên của Hội Tim Mạch Học Việt Nam, cũng như đảm bảo quyền lợi của Hội Viên,

Hội Tim Mạch Học Việt Nam đề nghị các quý Hội viên khẩn trương gửi các thông tin đầy đủ của cá nhân về cho Ban thư kí của Hội.

Hội cũng yêu cầu các Hội viên hãy đóng hội phí đầy đủ theo quy định. Hàng năm cần đóng trước ngày 31 tháng 12 cho năm sau. Các bạn nên đóng cho 2 năm một lần. Nếu các hội viên không đóng đầy đủ, chúng tôi sẽ không thể gửi tới các bạn tài liệu của Hội và theo điều lệ hoạt động của Hội, nếu 2 năm liên các bạn không đóng đầy đủ hội phí thì tên của các bạn sẽ bị loại ra khỏi danh sách hội viên.

Để thuận lợi cho công tác quản lí, chúng tôi khuyến cáo các bạn nên đóng hội phí bằng cách chuyển khoản hoặc đóng trực tiếp tại văn phòng của Hội. Khi chuyển khoản, để nghị ghi rõ tên, địa chỉ công tác và lí do chuyển khoản là đóng tiền hội phí cho năm nào. Do điều kiện kỹ thuật, chúng tôi không thể tiếp nhận bất kể hình thức đóng hội phí nào khác, mong quý hội viên thông cảm.

Đối với các bạn chưa phải là hội viên mà muốn gia nhập hội, chúng tôi rất khuyến khích. Để trở thành Hội viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam, chúng tôi sẽ tổ chức xét duyệt hàng năm 2 lần, vào tuần đầu tháng Năm và tuần đầu tháng Mười Hai, do vậy các bạn phải gửi cho chúng tôi đầy đủ hồ sơ trước ngày 30 tháng Tư và trước ngày 31 tháng 11 hàng năm. Hồ sơ bao gồm:

- Bản đăng kí Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam
- Đơn Xin Gia Nhập Hội Tim Mạch Học Việt Nam
- Thư giới thiệu của 02 hội viên Hội Tim Mạch hoặc của 01 Hội viên và 01 lãnh đạo đơn vị nơi bạn công tác
- Giấy chứng nhận đã đóng hội phí (đóng tại chỗ hoặc biên lai chuyển khoản).

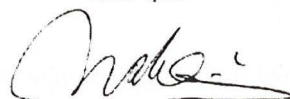
Chúng tôi xin gửi theo đây các mẫu giấy tờ để các bạn tiện tham khảo hoặc các bạn có thể tải từ trang web của hội: www.vnha.org.vn.

Hội Tim Mạch Học Việt Nam cũng đang tiến hành tổ chức làm Giấy Chứng Nhận Hội Viên cho toàn thể các Hội viên của Hội. Đối với các hội viên chưa làm Giấy chứng nhận này tại Đại Hội Tim Mạch Toàn Quốc lần thứ 12, tháng 10 vừa qua tại Nha Trang thì nên gửi sớm cho chúng tôi thông tin cần thiết theo mẫu gửi kèm và phí làm giấy chứng nhận để chúng tôi có thể tiến hành làm giấy chứng nhận và gửi về cho quý hội viên.

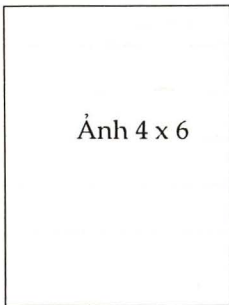
Vì sự phát triển của Hội, rất mong các bạn tích cực tham gia công tác của Hội.
Xin trân trọng cảm ơn.

Thay mặt Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam

Chủ tịch



GS.TS. Phạm Gia Khải



**PHIẾU ĐĂNG KÝ
HỘI VIÊN**

**HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA
VIỆT NAM**



THÔNG TIN CHUNG

Họ và tên: Giới:

Ngày tháng năm sinh:

Quốc tịch:

Cơ quan công tác hiện tại:

.....

Chức vụ:

.....

Học hàm/học vị:

Điện thoại cơ quan:

Địa chỉ nhà riêng:

.....

Điện thoại nhà riêng: Di động:

Địa chỉ thư điện tử:

Địa chỉ liên lạc (gửi thư, tạp chí..):

.....

THÔNG TIN VỀ QUÁ TRÌNH HỌC TẬP CÔNG TÁC

Hiện đang công tác với chuyên môn chính là gì:

Công việc khác kiêm nhiệm đang làm:

Quá trình học tập: (ghi quá trình học đại học và sau đại học)

Năm học	Ngành học	Trường	Loại tốt nghiệp

Quá trình công tác: (ghi quá trình công tác kể từ khi ra trường đại học)

Thời gian	Nơi công tác	Chuyên môn	Chức vụ

THÀNH TÍCH KHOA HỌC

Ghi rõ các công trình khoa học đã tham gia, xuất bản theo các trình tự sau:

- Các đề tài cấp Nhà nước, cấp Bộ (hoặc tương đương), cấp cơ sở đã nghiệm thu
- Các bài báo khoa học đã đăng
- Các sách báo đã viết
- Tóm tắt tham gia các hội nghị
- Loại khác

Cần liệt kê rõ, tên tác giả, loại tạp chí, sách, năm xuất bản, hội nghị nào... vào một file đính kèm với bản kê khai này.

NGƯỜI GIỚI THIỆU

(Cần 02 người giới thiệu hoặc là 02 Hội Viên Hội Tim Mạch; hoặc 01 Hội viên và 01 lãnh đạo nơi công tác)

1. Người giới thiệu thứ nhất:

Họ và tên:

Nơi Công tác:

Chữ kí:

2. Người giới thiệu thứ hai:

Họ và tên:

Nơi Công tác:

Chữ kí:

CAM KẾT

Tôi xin cam kết những thông tin kê khai trên và thông tin trong file đính kèm là chính xác và đúng sự thật. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm về những thông tin trên và chấp nhận mọi sự kiểm tra xác minh của Hội Tim Mạch Học Việt Nam.

, ngày.... tháng..... năm

Kí tên

NHỮNG THÔNG TIN KHÁC:

Đồng ý nhận các ấn phẩm và thông tin từ Hội TMHQGVN bao gồm:

- Tạp chí và ấn phẩm Hội nghị, hội thảo khoa học
 Thông tin hoạt động Hội Tham gia các thăm dò, nghiên cứu
 Khác

Đóng góp hội phí cho hoạt động của Hội TMHQGVN:

- Hội phí trong năm từ năm Tổng số:VND
 Các khoản hỗ trợ khác Tổng số:VND
Tổng cộng:VND

Phiếu đăng ký (kèm theo 2 ảnh 4x6, 1 đơn và 1 bản lý lịch khoa học nếu có) xin gửi thư hoặc fax về địa chỉ:

Phiếu đăng ký có thể được tải tại địa chỉ website [http:// www.vnha.org.vn](http://www.vnha.org.vn)

Hội phí hàng năm từ năm 2006 là 200000 VND (hai trăm nghìn đồng Việt Nam/năm).

Hội phí và các khoản đóng góp khác xin gửi bằng cách: hoặc đóng trực tiếp tại chỗ văn phòng Hội, hoặc chuyển tiền vào tài khoản của hội theo địa chỉ:

Tên tài khoản: **HỘI TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM**

Số tài khoản (USD): 0010370002358

Số tài khoản (VND): 0010000000409

Tại ngân hàng: Ngân hàng Thương Mại Cổ phần Ngoại thương Việt Nam (Vietcombank), Sở Giao Dịch, 31-33 Ngõ Quyên, Phường Hàng Bài, Quận Hoàn Kiếm, Thành phố Hà Nội.

ĐỊA CHỈ LIÊN HỆ

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,

Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488

Email: info@vnha.org.vn

Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng

Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam

ĐTDD: 0913.519.417

Hoặc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang

ĐTDD: 0988.834.318



HỘI TIM MẠCH HỌC
QUỐC GIA VIỆT NAM

ĐƠN XIN GIA NHẬP

HỘI TIM MẠCH HỌC
QUỐC GIA VIỆT NAM

Kính gửi: Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Tên tôi là:

Chức vụ:

Nơi công tác:

Sau khi tìm hiểu, nghiên cứu kỹ về Điều lệ hoạt động của Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Được sự giới thiệu của Hội viên Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Xuất phát từ nhu cầu và nguyện vọng của bản thân,

Tôi làm đơn này tự nguyện xin gia nhập Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam.

Tôi xin hứa sẽ chấp hành đầy đủ mọi quy chế, nội quy hoạt động của Hội và sẵn sàng đóng góp những nỗ lực của bản thân trong việc xây dựng Hội ngày một lớn mạnh hơn.

Tôi rất mong được sự chấp nhận của Hội và xin chân thành cảm ơn.

, ngày, tháng, năm

Người viết đơn

Gửi kèm theo phiếu đăng ký, lý lịch khoa học (nếu có), thư giới thiệu, giấy tờ xác nhận đã đóng tiền, xin gửi về địa chỉ:

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,

Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội

Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488

Email: info@vnha.org.vn

Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng

Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam

ĐTDD: 0913.519.417

Hoặc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang

ĐTDD: 0988.834.318



THƯ GIỚI THIỆU

HỘI VIÊN GIA NHẬP
HỘI TIM MẠCH HỌC
QUỐC GIA VIỆT NAM

Kính gửi: Hội Tim mạch Học Quốc gia Việt Nam,

Tên tôi là:

Chức vụ:

Nơi công tác:

Là Hội Viên Hội Tim Mạch Học Việt Nam từ:

Dựa trên những tiêu chí trở thành hội viên của hội và nhân danh hội viên (cá nhân nếu là lãnh đạo cơ quan), tôi viết thư này để giới thiệu:

Ông/Bà:

Hiện đang công tác tại:

được trở thành Hội viên mới của Hội Tim Mạch Học Việt Nam.

Tôi xin đảm bảo về việc giới thiệu và sẵn sàng chịu mọi trách nhiệm trước Hội liên quan đến việc giới thiệu Hội viên mới này.

Tôi rất mong được sự chấp nhận của Hội và xin chân thành cảm ơn.

, ngày, tháng, năm

Người viết đơn

Gửi kèm theo phiếu đăng ký, lý lịch khoa học (nếu có), đơn xin gia nhập, giấy tờ xác nhận đã đóng tiền, xin gửi về địa chỉ:

Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam,
Viện Tim mạch học Việt Nam - Bệnh viện Bạch Mai,
76 Đường Giải Phóng, Quận Đống Đa, Hà Nội
Điện thoại: (84-4)386 88 488 Fax: (84-4)386 88 488
Email: info@vnha.org.vn
Người liên hệ: TS.BS. Phạm Mạnh Hùng
Tổng thư ký Hội Tim Mạch Học Việt Nam
ĐTDD: 0913.519.417
Hoặc liên hệ thông qua: Chị Nguyễn Thu Trang
ĐTDD: 0988.834.318

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Thời Gian Tái Tươi Máu Trong Điều Trị Nhồi Máu Cơ Tim Cấp Tại Một Số Trung Tâm Tim Mạch Can Thiệp Ở Miền Nam Việt Nam

Võ Thành Nhân (1), Trương Quang Bình (2), Hồ Thượng Dũng (3), Đỗ Quang Huân (4), Nguyễn Cửu Lợi (5), Thân Hà Ngọc Thế (6)

TÓM TẮT

Cơ sở khoa học: Các hướng dẫn lâm sàng đều khuyến cáo các bệnh viện có điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên bằng can thiệp mạch vành qua da cấp cứu cần phải thực hiện thủ thuật này trong vòng 90 phút kể từ khi bệnh nhân đến khám hay nhập viện. Ở Việt Nam, chưa có các dữ liệu về thời gian thực cửa-bóng trong thực hành lâm sàng. Hiểu biết về thời gian này có thể giúp các bệnh viện để ra các chiến lược thích hợp để làm giảm thiểu tử vong do làm giảm thời gian quan trọng này trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên. **Mục tiêu và phương pháp:** Mục tiêu chính của nghiên cứu là đánh giá trung vị thời gian cửa bóng và cửa kim trên bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại các bệnh viện lớn và xác định tỉ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa-bóng <90 phút như khuyến cáo. Đây là một nghiên cứu quan sát, tiền cứu, đa trung tâm thực hiện tại các khoa tim mạch can thiệp thuộc 6 bệnh viện ở Miền Nam Việt Nam. Các thông tin thu thập từ mỗi bệnh nhân bao gồm đặc tính nhân trắc học, điện tâm đồ và dấu ấn sinh học của tim, liệu pháp tái tưới máu bao gồm tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành cấp cứu, các thời gian cửa-bóng và cửa-kim cùng các liệu pháp kháng tiểu cầu và điều trị thường quy khác. **Kết quả:** Có 305 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu. Trong đó 77% bệnh nhân là nam. Tuổi trung bình là 61,5 ± 13,5 và 60% bệnh nhân trên 65 tuổi. Có 91,8% bệnh nhân được điều trị bằng can thiệp mạch vành cấp cứu. Thời gian trung vị cửa-bóng là 154 phút (bách phân vị: 85, 180). Trong số bệnh nhân được can thiệp mạch vành, chỉ có 30% có thời gian cửa-bóng đạt < 90 phút. Chỉ có 5 bệnh nhân được điều trị bằng tiêu sợi huyết nguyên phát và trung vị thời gian cửa-kim là 335 phút (bách phân vị: 5, 670) **Kết luận:** Đây là một nghiên cứu sơ bộ đầu tiên về thời gian tái tưới máu tại Việt Nam, và nghiên cứu này mô tả chi tiết quá trình can thiệp tại 6 đơn vị can thiệp tim mạch lớn tại Việt Nam với thời gian tái tưới máu dài hơn rất nhiều so với đích khuyến cáo. Nghiên cứu này cho thấy cần phải có sự thay đổi trong quy trình xử trí để không chỉ cải thiện thời gian tái tưới máu mà còn cải thiện phương thức điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên.

1 Hội Tim Mạch Học Can Thiệp, Tp Hồ Chí Minh – Khoa Tim mạch Can Thiệp, Bệnh Viện Chợ Rẫy, Tp HCM- Chủ nhiệm đề tài

2 Bệnh Viện Đại Học Y Dược, Tp HCM

3 Bệnh viện Thống Nhất, Tp HCM

4 Viện Tim, Tp HCM

5 Trung Tâm Tim Mạch, Bệnh Viện Đa Khoa Trung Ương Huế

6 Bệnh Viện Nhân Dân 115, Tp HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp có nguyên nhân chủ yếu là huyết khối, tạo nên trên nền của mảng xơ vữa bị vỡ, làm tắc hoàn toàn động mạch vành thu phạm^[1]. Đây là bệnh lý gây tử vong hàng đầu tại Mỹ^[2]. Mặc dù chưa có số liệu thống kê đầy đủ, nhồi máu cơ tim cấp cũng là bệnh lý tim mạch đang gia tăng tại Việt Nam. Các liệu pháp như tiêu sợi huyết hay can thiệp động mạch vành qua da (PCI) có tác dụng tái tưới máu dòng máu đi qua chỗ tắc. Dù liệu pháp nào được sử dụng, thời gian để tái tưới máu càng kéo dài thì nguy cơ suy thất trái và tử vong càng gia tăng^[3-14]. Nhanh chóng khởi động liệu pháp tái tưới máu hoặc là với thuốc tiêu sợi huyết hoặc bằng can thiệp động mạch vành qua da giúp giới hạn kích thước ổ nhồi máu và gia tăng tỉ lệ sống còn^[18]. Thời gian tái tưới máu trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ, được điều trị bằng tiêu sợi huyết, có giá trị tiên lượng hằng định về tỉ lệ tử vong của bệnh nhân¹⁴⁻¹⁵. Các nghiên cứu tổng hợp từ nhiều nghiên cứu ngẫu nhiên, tiền cứu cho thấy tỉ lệ tử vong giảm đến gần 25% nếu dùng tiêu sợi huyết sớm^[16-17]. Thời gian cửa-bóng (door-to-balloon time=D2B) là thời gian từ lúc nhập viện cho đến lúc được can thiệp động mạch vành qua da (PCI) cấp cứu trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên, và thời gian này liên quan chặt chẽ với tỉ lệ sống còn của bệnh nhân cũng như chất lượng chăm sóc và điều trị. Ở bệnh nhân điều trị bằng PCI cấp cứu, mỗi 30 phút chậm trễ làm tăng nguy cơ tương đối tỉ lệ tử vong sau một năm là 7,5%^[18-19]. Hướng dẫn của ACC/AHA cũng như của ESC 2007 về điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) đều khuyến cáo thực hiện điều trị tiêu sợi huyết với thời gian cửa kim < 30 phút hoặc

thời gian cửa-bóng < 90 phút nếu PCI nhằm giảm tỉ lệ tử vong ở những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp^[18-19]. Hướng dẫn của ACC/AHA về STEMI cũng gợi ý rằng nếu thời gian thực hiện PCI chậm trễ quá 60 phút, liệu pháp tiêu sợi huyết nên được xem xét^[18-21]. Nghiên cứu GRACE (Global Registry of Acute Coronary Events) nhận thấy trên bệnh nhân điều trị bằng tiêu sợi huyết, mỗi 10 phút chậm trễ so với thời khoảng thời gian quy định là 30-60 phút làm tăng 0,30% tỉ lệ tử vong trong 6 tháng và tăng 0,18% nếu thời gian cửa bóng vượt quá khung thời gian 90-150 phút^[21].

Tuy vậy trên thực tế lâm sàng, ngay tại Mỹ, nơi mà hệ thống y tế được tổ chức khá hoàn hảo, vẫn có một tỉ lệ lớn bệnh nhân không được thực hiện các liệu pháp trên trong khoảng thời gian như khuyến cáo^[22-23]. Một điều tra mang tên National Registry of Myocardial Infarction (NRM1) tại Mỹ thực hiện trong khoảng thời gian từ 1994 đến 1998, trên hơn 27.000 bệnh nhân từ 661 bệnh viện tuyển sau và bệnh viện khu vực có khả năng can thiệp cấp cứu cho thấy thời gian cửa-bóng trung vị kéo dài đến 1 giờ 56 phút (116 phút), thời gian này càng dài thì tỉ lệ tử vong trong bệnh viện càng tăng^[22]. NRM1-3-4 là các quan sát tiếp sau trong khoảng thời gian 4 năm từ 1999-2002 nhận thấy, năm 1999 chỉ có 46% bệnh nhân điều trị bằng tiêu sợi huyết trong thời gian khuyến cáo < 30 phút và chỉ có 35% bệnh nhân có thời gian cửa-bóng < 90 phút^[23]. Thời gian cửa-đâm kim và cửa-bóng là các thông số phụ thuộc nhiều vào quy trình tiếp nhận và điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại từng bệnh viện. Việc đánh giá và tìm hiểu khâu nào của quy trình đó kéo dài dẫn đến kéo dài quy trình chung hoặc có thể cải thiện để rút ngắn từng khâu của quy trình sẽ giúp rút ngắn các thông số quan trọng này là việc làm rất quan trọng. Tại Mỹ,

kết quả của nhiều cuộc điều tra tại các bang khác nhau cho thấy có thể rút ngắn các thông số trên nếu từng đơn vị tham gia vào quy trình điều trị bệnh nhân nhận thức được vấn đề và được đào tạo huấn luyện kỹ nhằm rút ngắn thời gian của từng khâu. Các chiến lược được khuyến nghị bao gồm: (1) phòng cấp cứu kích hoạt đơn vị thông tim (2) thiết lập hệ thống gọi 1 lần để kích hoạt đơn vị thông tim (3) đơn vị thông tim có mặt trong vòng 20-30 phút sau khi được gọi (4) hỗ trợ của ban lãnh đạo bệnh viện trong việc rút ngắn thời gian tái tưới máu tại bệnh viện (5) đơn vị thông tim và cấp cứu luôn theo dõi các thông số để trao đổi và thông tin cho nhau (6) làm việc theo nhóm để đạt thời gian đích mong muốn.

Tại Việt Nam, trong những năm gần đây, chuyên ngành tim mạch học can thiệp ngày càng phát triển tại các thành phố lớn. Ngày càng có nhiều đơn vị thông tim thực hiện được can thiệp mạch vành qua da cấp cứu. Tuy vậy, cho đến nay, chưa có một nghiên cứu quy mô lớn đa trung tâm nào tại các bệnh viện có đơn vị thông tim về thời gian tái tưới máu nhằm tìm hiểu xem thời gian cửa-đâm kim (gọi tắt là cửa-kim) và cửa-bơm bóng (gọi tắt là cửa-bóng) là bao nhiêu cũng như tỉ lệ bệnh nhân đạt các khoảng thời gian này theo khuyến cáo là bao nhiêu. Việc thực hiện một nghiên cứu như vậy sẽ giúp cho các đơn vị có điều kiện cải thiện các quy trình điều trị tại các bệnh viện nhằm điều trị bệnh nhân tốt hơn, từ đó giảm tỉ lệ tử vong và các biến chứng do chậm trễ tái tưới máu. Do vậy, nghiên cứu này có mục tiêu chính là tìm hiểu thời gian cửa-kim và cửa-bóng tại các bệnh viện có đơn vị can thiệp tim mạch tại Việt Nam.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu REPERFUSION-TIME là một nghiên cứu cắt ngang, đa trung tâm nhằm mục

đích mô tả tình hình thực tế trong điều kiện thực hành hàng ngày việc điều trị nhồi máu cơ tim cấp tại các bệnh viện lớn có đơn vị thông tim và tìm hiểu khoảng cách giữa các hướng dẫn thực hành lâm sàng trong và ngoài nước với thực tế điều trị trong bệnh viện hàng ngày trên đối tượng bệnh nhân này thông qua 2 thông số là thời gian cửa-kim và thời gian cửa-bóng. Mục tiêu phụ của nghiên cứu là xác định tỉ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa-kim dưới 30 phút và thời gian cửa-bóng dưới 90 phút cũng như quy trình điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại các bệnh viện này. Nghiên cứu cũng sẽ khảo sát việc sử dụng các liệu pháp kháng tiêu cầu trên các bệnh nhân này.

Đây là một nghiên cứu sơ bộ với thời gian tuyển bệnh kéo dài trong 12 tháng kể từ tháng 12 năm 2008. Mỗi trung tâm có một nghiên cứu viên chính là bác sĩ thuộc đơn vị tim mạch học can thiệp là đại diện cho trung tâm của mình.

Nghiên cứu viên bao gồm các bác sĩ chuyên khoa tim mạch, bác sĩ tại khoa cấp cứu và bác sĩ tại các phòng khám của các bệnh viện có nhận bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp. Trước khi tiến hành nghiên cứu tại các trung tâm, một bản câu hỏi thăm dò về tình hình chung của các trung tâm được thực hiện để có đánh giá chung.

Bệnh nhân hội đủ tiêu chuẩn nhận bệnh phải do bác sĩ tham gia nghiên cứu đánh giá. Một khi bệnh nhân đã hội đủ tiêu chuẩn nhận bệnh và loại trừ của nghiên cứu, bệnh nhân hay người nhà bệnh nhân sẽ được thông tin về mục tiêu của nghiên cứu và nếu đồng ý bệnh nhân sẽ ký thoả thuận đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn nhận vào nghiên cứu:**

Tiêu chuẩn nhận bệnh bao gồm:

1. Bệnh nhân ≥ 18 tuổi
2. Bị đau thắt ngực và nhập viện trong vòng 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng

3. Bệnh nhân có bản ghi điện tim đầu tiên cho thấy có ST chênh lên hay có block nhánh trái mới xuất hiện

4. Bệnh nhân (hay người nhà là đại diện hợp pháp của bệnh nhân) đồng ý ký thoả thuận tham gia nghiên cứu.

* Không nhận vào nghiên cứu:

1. Bệnh nhân không bị đau thắt ngực, bệnh nhân với thời gian khởi phát không được biết rõ, bệnh nhân có bản ghi điện tâm đồ không xác định rõ chẩn đoán hay không có giá trị.

2. Bệnh nhân nhập viện trên 24 giờ.

3. Bệnh nhân không được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim ST chênh lên sau khi nhập viện

4. Bệnh nhân không đồng ý ký thoả thuận tham gia nghiên cứu

* Tiêu chuẩn đánh giá:

Các thông tin thu thập tại thời điểm nhận bệnh bao gồm:

o Các thông tin nhân trắc học: tuổi, giới, cân nặng, chiều cao, chỉ số khối lượng cơ thể (Body Mass Index=BMI)

o Tiền sử y khoa

o Sinh hiệu: mạch, huyết áp, nhịp thở

o Các yếu tố nguy cơ tim mạch và các bệnh tim mạch kết hợp

o Phân tầng nhồi máu cơ tim: thang điểm TIMI

o Các thủ thuật thực hiện trong bệnh viện: tiêu sợi huyết hay can thiệp mạch vành qua da

o Các kết cục trong bệnh viện

o Điều trị kháng tiểu cầu và kháng đông, bao gồm thời điểm bắt đầu dùng và thời gian dự tính sử dụng.

- Thời gian trung vị cửa-bóng và cửa-kim được xác định theo từng trung tâm và cho toàn nghiên cứu. Các nghiên cứu viên tham gia vào

việc điền chi tiết này phải đảm bảo ghi ở các thời điểm chính xác và cùng tương đồng nhau về thời gian ghi nhận. Thời gian cửa-kim là thời gian từ lúc bệnh nhân nhập viện cụ thể là lúc vào đến phòng cấp cứu hay phòng khám đến lúc đâm kim để thực hiện truyền thuốc tiêu sợi huyết. Còn thời gian cửa-bóng được xác định qua các thời đoạn sau:

o Thời gian từ lúc nhập viện đến lúc có bản ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo đầu tiên. Thời gian này do bác sĩ cấp cứu hay bác sĩ phòng khám ghi nhận

o Thời gian từ lúc có bản ghi điện tâm đồ 12 chuyển đạo đầu tiên đến khi có hội chẩn với khoa tim mạch và có chẩn đoán nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Thời gian này do bác sĩ cấp cứu hay bác sĩ phòng khám ghi nhận.

o Thời gian từ lúc có chẩn đoán nhồi máu cơ tim đến khi bệnh nhân được đưa lên phòng thông tim và bơm bóng ngay chỗ tổn thương trong quá trình can thiệp. Thời gian này do bác sĩ phòng thông tim ghi nhận.

- Tỷ lệ bệnh nhân đã được chẩn đoán nhồi máu cơ tim có ST chênh lên có thời gian cửa-kim để thực hiện tiêu sợi huyết là dưới 30 phút và thời gian cửa-bóng tức thời gian từ lúc nhập viện đến lúc đến phòng thông tim và bơm bóng dưới 90 phút

- Thời gian từ lúc có chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp đến khi khởi đầu liệu pháp kháng đông hay kháng tiểu cầu

- Quy trình hiện tại điều trị bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại phòng cấp cứu, khoa tim mạch cũng như khoa can thiệp tim mạch

*Xử lý thống kê:

Các biến định tính như giới tính, tiền sử y khoa và các yếu tố nguy cơ, các đặc tính lâm sàng, các thủ thuật, kết cục tại bệnh viện sẽ được mô tả bằng tần xuất, tỉ lệ với khoảng tin cậy 95%. Các biến định lượng sẽ được mô tả bằng

trung bình, trung vị với độ lệch chuẩn. Trung vị và khoảng bách phân vị sẽ được ghi nhận cho thời gian cửa-bóng và thời gian cửa-đâm kim. Mô tả thống kê sẽ được thực hiện bằng phần mềm STATA phiên bản 9.0. Giá trị $p < 0,05$ biểu thị có ý nghĩa thống kê. Vì chỉ là một nghiên cứu số bộ, quan sát, việc tính cỡ mẫu cho nghiên cứu không được đặt ra. Tuy nhiên, cỡ mẫu ban đầu dự định là 300 bệnh nhân và phân bố số bệnh nhân tiếp nhận tại các trung tâm đều dựa trên số lượng bệnh nhân thực tế đã có trong năm 2007 tại các trung tâm tham gia nghiên cứu.

KẾT QUẢ

* Các đặc tính nhân trắc học của dân số nghiên cứu

Tổng số bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh là 305 người được thu nhận liên tiếp

Bảng 1: Đặc điểm nhân trắc học của bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nhận bệnh

Đặc điểm	n=305
Tuổi trung bình (năm, SD)	61,5 (13,5)
Giới nam (%)	76,7
Cân nặng trung bình (Kg, SD)	60,0 (10,0)
Chiều cao trung bình (cm, SD)	161,3 (10,9)
BMI trung bình (kg/m ² , SD)	23,0 (3,0)
Chu vi vòng eo trung bình (cm, SD)	84,1 (8,8)
<i>Chú thích: SD: standard deviation = độ lệch chuẩn</i>	

Có khoảng 78% bệnh nhân trên 50 tuổi trong đó 7,5% trên 80 tuổi, có 5% bệnh nhân có độ tuổi < 40. Có 25% bệnh nhân có BMI từ 23 kg/m² trở lên, thừa cân theo tiêu chuẩn của WHO cho người Châu Á. Nếu dựa trên tiêu chuẩn của IDF (Liên đoàn đái tháo đường thế giới) về số đo vòng eo, có 34% ở cả nam và nữ có béo phì bụng.

* Thông tin lúc nhập viện

Phần lớn (67%) bệnh nhân là do một bệnh viện khác, thường là bệnh viện tuyến dưới chuyển đến bệnh viện tham gia nghiên cứu. Có 30% bệnh nhân tự đến và 3% bệnh nhân là do khoa khác của cùng bệnh viện nơi nghiên cứu chuyển đến đơn vị tim mạch can thiệp. Một phần ba trường hợp chuyển viện là xuất phát từ các bệnh viện đa khoa khu vực. Gần như toàn bộ bệnh nhân (98%) đến khoa cấp cứu là khoa đầu tiên tiếp nhận họ.

nhau tại 6 trung tâm có đơn vị can thiệp tim mạch là bệnh viện Chợ Rẫy, bệnh viện Đại học Y dược thành phố Hồ Chí Minh, bệnh viện Nhân Dân 115, bệnh viện Thống Nhất, Viện Tim - Tp HCM và Trung tâm tim mạch thuộc bệnh viện đa khoa trung ương Huế từ tháng 12/2008 đến tháng 12/2009. Bệnh nhân đầu tiên được nhận và ngày 8/12/2008 và bệnh nhân cuối cùng được nhận vào nghiên cứu là ngày 30/12/2009. Tất cả bệnh nhân đều hội đủ tiêu chuẩn chẩn đoán nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên và đều ký thỏa thuận đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Bảng 1 mô tả đặc điểm nhân trắc học của 305 bệnh nhân này.

* **Đặc điểm hội chứng mạch vành cấp:**

Bảng 2 mô tả tỷ lệ các yếu tố nguy cơ tim mạch hiện có của bệnh nhân.

Bảng 2: Đặc điểm nguy cơ tim mạch

	%
Nam > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi	63,6
Chu vi vòng eo tăng (theo IDF)	34,1
BMI tăng (thừa cân hoặc béo phì)	25
Rối loạn lipid máu, trong đó	12,8
Đã điều trị	87,2
Đã được kiểm soát	20,5
Tăng huyết áp	48,2
Đã điều trị	83
Đã được kiểm soát	40,2
Bệnh phổi mạn	29
Đái tháo đường tít 1 hoặc 2	15,7
Đã điều trị	91,7
Đã được kiểm soát	45,5
Tiền sử cá nhân có bệnh mạch vành, trong đó	8,2
Đau thắt ngực ổn định	44
Hẹp > 50% trên chụp mạch vành	4,0
Tiền sử nhồi máu cơ tim	36
Có PCI	12
Phẫu thuật bắc cầu	4,0
Tiền sử tai biến mạch máu não/con thoáng thiếu máu não	3,0
Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm	
Bệnh mạch vành	3,3
Bệnh mạch máu não	3,9
Bệnh mạch máu ngoại biên	0,3
Dạng hút thuốc	55,7
Nghiện rượu	3,0
* bệnh nhân có thể có hơn một bệnh lý kết hợp	

*** Mô tả các dấu hiệu lâm sàng lúc nhập viện**

Các đặc điểm này được mô tả trong bảng 3 bên dưới.

Bảng 3: Mô tả đặc điểm các dấu hiệu lâm sàng

Dấu hiệu lâm sàng	
Huyết áp tâm thu trung bình (mmHg), (SD)	120 (24)
Huyết áp tâm trương trung bình (mmHg), (SD)	72 (13)
Trung bình nhịp thở (SD)	21 (4)
Trung bình nhịp tim (SD)	78 (17)
Trung bình điểm TIMI	4,4
Tình mạch cổ nổi (%)	4,3
Killip độ 1 và 2 (%)	93,1
Killip 3 và 4 (%)	6,9

***Đặc điểm các xét nghiệm cận lâm sàng**

Các dấu ấn sinh học của tim: bảng 4 mô tả đặc điểm các dấu ấn của tim bao gồm Troponin T, I và CK-MB tại các thời điểm lúc nhận bệnh, 6 giờ và 24 giờ. Chỉ có được 291 bệnh nhân trong số 305 bệnh nhân có ghi nhận được các dấu ấn sinh học của tim

		Lúc nhập viện	Sau 6 giờ	Sau 24 giờ
Troponin T (mg/dL)	Trung bình	25,8	8,5	6,5
	Trung vị	0,5	8,1	7,2
	Inter-quartile	(0, 18)	(3,6, 16,2)	(1,8, 10,8)
Troponin I (mg/dL)	Trung bình	4,3	14,7	24,3
	Trung vị	0,5	2,4	12,1
	Inter-quartile	(0,2, 1)	(1, 18,7)	(1, 33)
CK-MB (mmol/dL)	Trung bình	84,8	206,4	140,0
	Trung vị	34	184	106
	Inter-quartile	(18, 90)	(91, 289)	(53, 177)

Điện tâm đồ

Có 47,2% bệnh nhân có đoạn ST chênh lên > 1mm ở các chuyển đạo chi và > 2mm ở các chuyển đạo trước ngực. Trong đó gặp nhiều nhất là đoạn ST chênh ở các chuyển đạo DII, DIII và AVF (47,5%). Tỷ lệ bệnh nhân có block nhánh trái mới xuất hiện là 1,3%

Đặc điểm tổn thương mạch vành khi chụp mạch vành có cản quang

Vị trí	Tỉ lệ %
Tắc nhánh trái	61,4
Nhánh mũ	18,6
Nhánh trước trái	78,5
Không ghi nhận được	2,9
Tắc nhánh phải	38,2

***Đặc điểm các liệu pháp tái tưới máu**

Tỷ lệ bệnh nhân có can thiệp bằng ít nhất một liệu pháp tái tưới máu là 91,8% trong đó tiêu sợi huyết nguyên phát là 1,6%, can thiệp mạch vành cấp cứu là 89,5%, phẫu thuật bắc cầu là 2,1%, can thiệp mạch vành cứu vãn là 2,5%.

***Tiêu chí đánh giá chính: thời gian cửa kim và cửa bóng**

Bảng 5: Mô tả các thời đoạn liên tiếp nhau từ lúc bệnh nhân có triệu chứng đến khi được bệnh viện thông tim hay dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Trung bình, Trung vị & inter-quatile	Chung	Trung tâm 1	Trung tâm 2	Trung tâm 3	Trung tâm 4	Trung tâm 5	Trung tâm 6
1. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến khi quyết định đi bệnh viện (phút)*	116 60 (30, 120)	89 30 (20, 90)	105 45 (30, 135)	142 60 (30, 120)	158 105 (60, 210)	108 40 (30, 150)	117 60 (15, 120)
2. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc tới bệnh viện đầu tiên (phút)*	147 105 (60, 190)	122 90 (45, 165)	130 52,5 (45, 210)	204 160 (90, 270)	187 120 (60, 195)	131 108 (60, 180)	93 95 (38, 143)
3. Thời gian từ lúc có triệu chứng đến lúc tới bệnh viện có can thiệp (phút)*	298 245 (135, 413)	334 270 (180, 495)	185 120 (90, 263)	344 275 (180, 420)	306 225 (135, 410)	284 210 (143, 415)	190 145 (95, 260)
4. Thời gian di chuyển ban đầu (phút)**	55 30 (20, 75)	50 30 (20, 80)	40 30 (15, 30)	76 60 (30, 105)	60 28 (12,5, 30)	46 30 (20, 50)	41 25 (15, 90)
5. Thời gian di chuyển hiệu quả (phút)*	190 138 (60, 265)	274 205 (112,5, 353)	64 50 (30, 75)	207 165 (105, 250)	152 85 (40, 170)	172 140 (60, 300)	60 48 (25, 90)

Bảng 6: Thời gian từ lúc vào viện đến khi tiến hành các thủ thuật như can thiệp mạch vành qua da hoặc dùng thuốc tiêu sợi huyết.

Trung bình Trung vị & inter-quatile	Chung	Trung tâm 1	Trung tâm 2	Trung tâm 3	Trung tâm 4	Trung tâm 5	Trung tâm 6
A1 (phút)*	11 5 2, 7	19 5 5, 10	17 5 5, 10	3 2 1,2	6 5 5, 5	3 4 0, 5	6 5 0, 5

* Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,001. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm

** Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,01. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm
Thời gian di chuyển ban đầu = (2) - (1); thời gian di chuyển hiệu quả = (3) - (1)

A2 (phút)*	43	60	56	13	52	25	33
	10	10	20	5	15	8	15
	5, 70	5, 90	20, 90	4, 9	5, 70	2, 15	5, 65
A3 (phút)*	70	76	64	26	108	51	44
	35	25	60	10	70	20	30
	15, 90	10, 100	30, 75	7, 20	45, 95	10, 88	15, 70
A4 (phút)*	154	166	177	73	249	124	129
	125	120	165	70	208	108	135
	85, 180	97, 156	138, 213	45, 84	155, 275	65, 140	95, 150
A5 (phút)**	250	223	282	144	449	267	225
	165	140	210	97	280	150	165
	150, 252	120, 220	190, 272	70, 153	245, 405	123, 270	125, 195
A6 (phút)**	37	47	48	12	55	22	34
	5	5	20	4	5	5	10
	1, 40	0, 50	10, 85	2,5	0, 65	1, 10	5, 65
A7 (phút)**	42	55	32	17	56	36	28
	15	15	30	5	50	10	15
	5, 55	0, 55	15, 45	2, 10	10, 75	5, 60	5, 50

Chỉ có 5 bệnh nhân trong số 305 bệnh nhân được sử dụng liệu pháp tiêu sợi huyết nguyên phát với thời gian trung vị từ lúc vào cấp cứu đến khi đâm kim (thời gian cửa-kim) là 335 phút. Do số lượng bệnh nhân này quá ít nên chúng tôi không tiến hành phân tích sâu hơn.

Sử dụng phép kiểm Kruskal-Wallis không nhận thấy sự khác biệt có ý nghĩa về thời gian cửa-bóng theo điểm số nguy cơ TIMI và theo mức nguy cơ tim mạch (thấp, trung bình, cao theo phân loại nguy cơ TIMI). Sử dụng phép

kiểm Mann-Whitney về thời gian trung vị cửa-bóng giữa ngày thường và các ngày nghỉ cuối tuần, ngày lễ cũng không có sự khác biệt có nghĩa thống kê.

Có đến 70% bệnh nhân trong nghiên cứu không đạt được thời gian cửa-bóng < 90 phút.

* Thuốc kháng kết tập tiểu cầu và heparin

Đặc điểm sử dụng thuốc kháng kết tập tiểu cầu bao gồm aspirin, clopidogrel và thuốc đối kháng GP IIb/IIIa được nêu ở bảng 7.

Ghi chú: A1: Thời gian tới cấp cứu- đo ECG; A2: Thời gian tới cấp cứu - có chẩn đoán; A3: Thời gian tới cấp cứu - có chỉ định can thiệp mạch vành; A4: Thời gian tới cấp cứu - bơm bóng (thời gian cửa-bóng); A5: Thời gian tới cấp cứu - xong thủ thuật; A6: Thời gian từ bác sĩ cấp cứu đến bác sĩ tim mạch; A7: Thời gian từ bác sĩ tim mạch đến bác sĩ can thiệp; A8: Thời gian từ cấp cứu - đơn vị can thiệp; A9: Thời gian thao tác hiệu quả; A10: thời gian thủ thuật. * Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,001. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm ** Giá trị p của test Kruskal-Wallis < 0,01. Kết quả cho thấy trung vị thời gian thực sự khác nhau giữa các trung tâm.

Bảng 7: đặc điểm sử dụng thuốc kháng tiểu cầu

	Tỉ lệ %
Bác sĩ cấp cứu ≤ 6 giờ*	59 100
Bác sĩ khoa tim mạch ≤ 6 giờ*	15,7 54,2
> 6-≤ 12 giờ	45,8
Bác sĩ khoa tim mạch can thiệp ≤ 6 giờ*	14,8 22,2
> 6-≤ 12 giờ	77,8
Khác	10,1
Tỉ lệ dùng liều nạp clopidogrel	96,4
300 mg	14,6
600 mg	85,4

Có 98% bệnh nhân được sử dụng heparin trong điều trị hội chứng mạch vành cấp trong đó tỉ lệ bệnh nhân có dùng liều nạp tĩnh mạch chỉ là 12,7%. Trong số bệnh nhân có dùng heparin, 98% bệnh nhân dùng heparin trọng lượng phân tử thấp với thời gian trung bình dùng thuốc là 5,2 ngày (trung vị: 5 ngày). Khoảng 58% bệnh nhân dùng heparin trọng lượng phân tử thấp trong vòng 6 giờ sau nhập viện và không có trường hợp dùng thuốc sau 24 giờ.

* Kết cục hội chứng mạch vành cấp trong bệnh viện

Có 4 trường hợp tử vong trong bệnh viện (1,3%, khoảng tin cậy=KTC 95%, 0-26), trong đó có 2 trường hợp được xác định là do tim. Một trường hợp tái nhồi máu cơ tim (0,3%, KTC 95%, 0-1). Hai trường hợp xuất huyết (0,7%, KTC 95%, 0-1,6). Hai trường hợp phải tái tưới máu mạch vành (0,7%, KTC 95%, 0-1,6) và không có trường hợp nào bị đột quy trong lúc nằm viện.

BÀN LUẬN:

Thời gian tái tưới máu:

Kết quả nghiên cứu cho thấy trong số 6 trung tâm tham gia, chỉ có 1 trung tâm có thời gian cửa-bóng đạt yêu cầu (<90 phút). Các trung tâm khác đều có thời gian dài hơn yêu cầu khá nhiều từ gần gấp đôi đến gấp 3 lần. Tỉ lệ bệnh nhân có thời gian cửa-bóng < 90 phút chỉ là 30% và không có bệnh nhân nào đạt thời gian cửa-kim theo yêu cầu. So sánh với nghiên cứu số bộ National Registry of Myocardial Infarction III/IV4 công bố năm 2005 cho thấy thời gian cửa-bóng từ thế giới thực của 4.278 bệnh nhân ở Mỹ trong thời gian từ 2002-2004 là 180 phút, trong

đó chỉ có 4% có thời gian này <90 phút, 15% < 120 phút. Tuy nhiên, theo Harlan và cộng sự³⁸ theo dõi 42.150 bệnh nhân có can thiệp mạch vành ở Hoa Kỳ trong khoảng thời gian từ tháng 1/2005 đến tháng 10/2010 đã nhận thấy đã có cải thiện đáng kể về thời gian cửa bóng từ 94 phút năm 2005 chỉ còn 64 phút năm 2010, và tỷ lệ bệnh nhân đạt thời gian cửa bóng đã tăng từ 44,2% lên đến 91,4%. Do là nghiên cứu quan sát nên chúng tôi không thể biết rõ thời đoạn nào thật sự ảnh hưởng thống kê lên thời gian cửa-bóng, tuy nhiên có một điểm chung là thời đoạn kéo dài nhất trong thời gian cửa-bóng trong nghiên cứu chúng tôi là kể từ lúc vào đến cấp cứu đến khi chuyển được bệnh nhân lên đơn vị can thiệp,

chúng tỏ quy trình tiếp nhận và thực hiện các thủ tục hành chính kể cả các thủ tục tài chính là dài, gây trở ngại cho việc chuyển bệnh kịp thời đến đơn vị can thiệp. Khi đến được đơn vị can thiệp, thời gian thực hiện thủ thuật không kéo dài quá mức nhưng nhìn chung vẫn vượt tổng thời gian cửa-bóng cho phép theo khuyến cáo là <90 phút. Ngoài ra, thời gian từ lúc có được bản ghi điện tâm đồ đầu tiên đến khi có chẩn đoán cũng kéo dài, góp phần làm chậm trễ sự kích hoạt đơn vị thông tim. Qua tìm hiểu, đơn vị nào có các quy trình sao cho thời gian bệnh nhân lưu tại phòng cấp cứu càng ngắn thì thời gian để tái tưới máu chung càng ngắn vì thực tế hiện nay các trung tâm có đơn vị can thiệp tim mạch chưa hình thành một quy trình chuẩn tại các khoa cấp cứu từ việc đo điện tim, chẩn đoán đến khi kích hoạt đơn vị thông tim. Nghiên cứu của Khot và cs năm 2007 thực hiện chiến lược khởi động đơn vị thông tim từ phòng cấp cứu ngay khi nhận được bệnh nhân cho thấy cách này làm giảm thời gian cửa-bóng từ 113,5 phút, so với trước đây khi không thực hiện quy trình này, xuống còn 75,5 phút sau nghiên cứu ($p < 0,001$) bất kể là giờ hành chính, ngày lễ, hay cuối tuần, bất kể giới tính, có chuyển bệnh hay không có chuyển bệnh trước khi thực hiện can thiệp. Phương thức này cũng giúp làm giảm đáng kể thời gian bệnh nhân lưu ở khoa cấp cứu và làm tăng có ý nghĩa thống kê tỉ lệ bệnh nhân đạt yêu cầu thời gian cửa bóng (61% vs 17%, $p < 0,0001$). Do phần lớn bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp tự đến bệnh viện bằng phương tiện riêng của mình mà không nhờ đến xe cấp cứu nên việc có được kết quả ghi điện tim sớm nhất là rất hạn chế. Việc này chỉ có thể thực hiện khi bệnh nhân đến tại các phòng cấp cứu, nhưng các phòng cấp cứu hiện nay lại chưa thực sự chú trọng việc phải đo ngay điện tâm đồ cho bệnh nhân có triệu chứng đau thắt ngực ngay lúc nhập viện dẫn đến trì hoãn việc này khá lâu. Điều này cũng góp phần làm chậm trễ chẩn đoán.

Nếu xét cả các thời đoạn trước khi đến bệnh viện có can thiệp, có thể thấy rõ bệnh nhân bị

hội chứng mạch vành cấp đến bệnh viện không quá chậm trễ: gần 300 phút kể từ khi có triệu chứng tức khoảng 5 giờ, trong lúc đó thời gian cửa-bóng trung vị của cả 6 trung tâm là khoảng 150 phút. Điều này là hết sức đáng lưu ý vì nếu bệnh nhân đã sẵn sàng và đến sớm cho các liệu pháp thích hợp (ví dụ <6 giờ cho liệu pháp tiêu sợi huyết hay can thiệp kể từ khi có triệu chứng) thì việc bệnh viện làm chậm trễ "thời gian vàng" này của bệnh nhân phải được xem xét hết sức kỹ để có giải pháp khắc phục.

Các liệu pháp tái tưới máu, điều trị kháng tiểu cầu và kháng đông

Ngược với kết quả chưa đúng với mong đợi của thời gian tái tưới máu, các điều trị nội khoa kết hợp hiện tại ở 6 trung tâm tham gia nghiên cứu là gần như lý tưởng: gần 90% bệnh nhân được can thiệp mạch vành trong khi chỉ có 1,6% bệnh nhân dùng tiêu sợi huyết, có thể giải thích là các đơn vị nhận bệnh đều có tim mạch học can thiệp nên xu hướng can thiệp là nổi bật; 96% bệnh nhân dùng clopidogrel và đa số có dùng liều nạp, 98% bệnh nhân dùng heparin theo hướng dẫn của các khuyến cáo chuyên ngành và chủ yếu là heparin trọng lượng phân tử thấp. Kết cục trong bệnh viện có xu hướng không cao, chỉ 2,3% dù thời gian tái tưới máu chưa đạt yêu cầu của khuyến cáo. Cần lưu ý là tỉ lệ tử vong ghi nhận trong nghiên cứu chỉ tính trên các bệnh nhân tử vong tại bệnh viện mà chưa tính đến bệnh nhân tử vong sau xuất viện do người nhà xin cho bệnh nhân nặng xuất viện.

Hạn chế của nghiên cứu:

- REPERFUSION-TIME là nghiên cứu cắt ngang không có theo dõi dọc nên không thể chỉ ra mối tương quan giữa thời gian tái tưới máu với các kết cục trong bệnh viện.

- Không có theo dõi dọc theo thời gian nên không thể đánh giá ảnh hưởng của tái tưới máu lên các kết cục sau xuất viện, đặc biệt là thời điểm 30 ngày.

- Không chỉ ra được ảnh hưởng của từng

thời đoạn lên thời gian cửa-bóng nhằm giúp tập trung cải thiện thời đoạn đó

- Không mô tả đầy đủ quy trình nhận bệnh nhân để có thể tìm hiểu sâu lý do vì sao thời gian tái tưới máu kéo dài

Mặc dù có những hạn chế trên, đây vẫn là một nghiên cứu đầu tiên chỉ ra rằng thời gian tái tưới máu tại các trung tâm lớn của Việt Nam chưa đạt yêu cầu, cần có những giải pháp để cải thiện trong tương lai. Cần có các nghiên cứu khác với các thiết kế phù hợp giúp đánh giá và tìm nguyên nhân của sự chậm trễ này.

KẾT LUẬN

Thời gian cửa-bóng và thời gian cửa-kim tại các trung tâm có đơn vị can thiệp mạch vành lớn tại Miền nam Việt nam dài hơn rất nhiều so với mục tiêu của các khuyến cáo. Tỷ lệ bệnh nhân đạt được mục tiêu thời gian theo khuyến cáo do đó cũng rất thấp. Nghiên cứu chỉ ra rằng, các quy trình và tổ chức can thiệp tái tưới máu tại các trung tâm cần phải có sự cải thiện để đưa thời gian tái tưới máu đạt đích mong muốn. Các đơn vị can thiệp cần tranh thủ sự hỗ trợ của Ban giám đốc các bệnh viện, các khoa liên quan như khoa cấp cứu các đơn vị hỗ trợ hành chính để có thể rút ngắn được các quy trình hiện tại. Tổ chức huấn luyện và thường xuyên trao đổi giữa các thành viên trong nhóm can thiệp cũng giúp để ra được các chiến lược thích hợp cho việc cải thiện quy trình làm việc. Một nghiên cứu tương tự nên được lập lại trong tương lai nhằm đánh giá sự cải thiện mà các bệnh viện đạt được.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Arbustini E, Dall Bello B, Morbini P, et al. Plaque erosion is a major substrate for coronary thrombosis in acute myocardial infarction. *Heart* 1999; 82: 269-72
2. ACC/AHA. Heart Disease and Stroke 2008 Update At-a-Glance statistics
3. Bradley EH, Curry LA, Webster TR, et al. Achieving rapid door-to-balloon times: how top hospitals improve complex clinical systems. *Circulation* 2006;113:1079-85.
4. Bradley EH, Herrin J, Wang Y, et al. Door-to-drug and door-to-balloon times: where can we improve? Time to reperfusion therapy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction (STEMI). *Am Heart J* 2006;151:1281-7.
5. Bradley EH, Roumanis SA, Radford MJ, et al. Achieving door-to-balloon times that meet quality guidelines: how do successful hospitals do it? *J Am Coll Cardiol* 2005;46:1236-41.
6. Antoniucci D, Valenti R, Migliorini A, et al. Relation of time to treatment and mortality in patients with acute myocardial infarction undergoing primary coronary angioplasty. *Am J Cardiol* 2002;89: 1248-52.
7. Berger PB, Ellis SG, Holmes DR Jr., et al. Relationship between delay in performing direct coronary angioplasty and early clinical outcome in patients with acute myocardial infarction: results from the Global Use of Strategies to Open Occluded Arteries in Acute Coronary Syndromes (GUSTO-IIb) trial. *Circulation* 1999;100:14-20.
8. Cannon CP, Gibson CM, Lambrew CT, et al. Relationship of symptom-onset-to-balloon time and door-to-balloon time with mortality in patients undergoing angioplasty for acute myocardial infarction. *JAMA* 2000;283:2941-7.
9. McNamara RL, Wang Y, Herrin J, et al. Effect of door-to-balloon time on mortality in patients with ST-segment elevation myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:2180-6.
10. Brodie BR, Stone GW, Morice MC, et al. Importance of time to reperfusion on outcomes with primary coronary angioplasty for acute myocardial infarction (results from the Stent Primary Angioplasty in Myocardial Infarction Trial). *Am J Cardiol* 2001;88:1085-90.
11. Keeley EC, Boura JA, Grines CL. Primary angioplasty versus intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction: a quantitative review of 23 randomised trials. *Lancet* 2003;361:13-20.
12. Antman EM, Anbe DT, Armstrong PW, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction; a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Revise the 1999 Guidelines for the Management of Patients with Acute Myocardial Infarction). *J Am Coll Cardiol* 2004;44:e1-211.

13. Bradley EH, Nallamothu BK, Curtis JP, et al. Summary of evidence regarding hospital strategies to reduce door-to-balloon times for patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention. *Crit Pathw Cardiol* 2007;6:91-7.
14. Fibrinolytic Therapy Trialists (FTT) Collaborative Group. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myocardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trial of more than 1000 patients. *Lancet* 1994;343:311-22.
15. Weaver D, Simes J, Betriu A et al. Comparison of primary coronary angioplasty and intravenous thrombolytic therapy for acute myocardial infarction. *JAMA* 1997;278:2093-8. 5.
16. Aversano T, Aversano L, Passamani E et al. Thrombolytic therapy vs. primary percutaneous coronary intervention for myocardial infarction in patients presenting to hospitals without on-site cardiac surgery. *JAMA* 2002;287:1943-51. 6.
17. Widimsky P, Groch L, Zelizko M et al. Multicentre randomised trial comparing transport to primary angioplasty vs immediate thrombolysis vs combined strategy for patients with acute myocardial infarction presenting to a community hospital without a catheterization laboratory. *Eur Heart J* 2000;21:823-31.
18. Elliott M. Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation*. 2008;117:000_000.)
19. Van de Werf F, Ardissino D, Betriu A, Cokkinos DV, Falk E, Fox KAA, Julian D, Lengyel M, Neumann F-J, Ruzyllo W, Thygesen C, Underwood SR, Vahanian A, Verheugt FWA, Wijns W. Management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. The Task Force on the Management of Acute Myocardial Infarction of the European Society of Cardiology. *Eur Heart J* 2003;24:28-66.
20. De Luca G, Suryapranata H, Ottavanger JP, Antman EM. Time delay to treatment and mortality in primary angioplasty for acute myocardial infarction: every minute of delay counts. *Circulation* 2004; 109:1223-5.
21. B Nallamothu, K A A Fox, B M Kennelly, Relationship of treatment delays and mortality in patients undergoing fibrinolysis and primary percutaneous coronary intervention. *The Global Registry of Acute Coronary Events*. *Heart* 2007;93;1552-1555;
22. Robert L. McNamara. Hospital Improvement in Time to Reperfusion in Patients With Acute Myocardial Infarction, 1999 to 2002. *J Am Coll Cardiol* 2006;47:45-51
23. Anjan Chakrabarti, Harlan M. Krumholz, Yongfei Wang, Time-to-Reperfusion in Patients Undergoing Interhospital Transfer for Primary Percutaneous Coronary Intervention in the U.S: An Analysis of 2005 and 2006 Data From the National Cardiovascular Data Registry. *J. Am. Coll. Cardiol.* 2008;51;2442-2443
24. ISIS 2 Collaborative Group. Randomised trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither among 17187 cases of suspected myocardial infarction. *Lancet* 1988;2:349-360.
25. Falk E, Shah PK, Fuster V. Coronary plaque disruption. *Circulation* 1995; 92: 657-71
26. Drouet L. Atherothrombosis as a systemic disease. *Cerebrovasc Dis* 2002; 13 (1): 1-6
27. Kuwahara M, Sugimoto M, Tsuji S. Platelet shape changes and adhesion under high shear flow. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 2002; 22: 329-34
28. Antithrombotic Trialistsphút Collaboration. Collaborative meta-analysis of randomised trials of antiplatelet therapy for prevention of death, myocardial infarction, and stroke in high risk patients. *BMJ* 2002; 324:71-86Libby P, Simon DI. Inflammation and Thrombosis - The Clot Thickens. *Circulation* 2001; 103: 1718-20
29. CAPRIE Trial Investigators. A randomised, blinded, trial of clopidogrel versus aspirin in patients at risk of ischaemic events (CAPRIE). CAPRIE Steering Committee. *Lancet* 1996; 348: 1239-39
30. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon J, Montalescot G, Theroux P, Claeys MJ, Cools F, Hill K, Skene AM, McCabe CH, Braunwald E. Addition of clopidogrel to aspirin and fibrinolytic therapy for myocardial infarction with ST-segment elevation. *N Engl J Med* 2005;352: 1179-1189.
31. COMMIT collobarative group. Addition of clopidogrel to aspirin in 45 852 patients with acute myocardial infarction: randomised placebocontrolled trial. *Lancet* 2005;366:1607-1621.
32. Sabatine MS, Cannon CP, Gibson CM, Lopez-Sendon

- JL, Montelascot G, Theroux P, Lewis B, Murphy S, McCabe CH, Braunwald E. Effect of clopidogrel pretreatment before percutaneous coronary intervention in patients with ST-elevation myocardial infarction. The PCI-CLARITY Study. *JAMA* 2005;294:1224-1232.
33. Beinart SC, Kolm P, Veledar E, Zhang Z, Mahoney E, Bouin O, Gabriel S, Jackson J, Chen R, Caro J, Steinhubl S, Topol E, Weintraub W. Long-term cost effectiveness of early and sustained dual oral antiplatelet therapy with clopidogrel given for up to one year after percutaneous coronary intervention: results from the clopidogrel for the reduction of events during observation (CREDO) trial. *J Am Coll Cardiol.* 2005;46:761-769.
 34. Elliott M, Antman, Mary Hand, Paul W. Armstrong, Eric R. Bates, Lee A. Green. 2007 Focused update of the ACC/AHA 2004 Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction. A report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. *Circulation.* 2008;117:1-34
 35. Yusuf S, Zhao F, Mehta SR et al. Effects of clopidogrel in addition to aspirin in patients with acute coronary syndromes without ST-segment elevation (CURE). *N Engl J Med* 2001; 345: 494-502
 36. Steg PG, Goldberg RJ, Gore JM, et al. for the GRACE Investigators. Baseline Characteristics, Management, Practices, and In-Hospital Outcomes of Patients Hospitalized with Acute Coronary Syndromes in the Global Registry of Acute Coronary Events. *Am J Cardiol* 2002; 90(4): 358-63
 37. Ringleb PA, Bhatt DL, Hirsch AT, et al. Benefit of Clopidogrel Over Aspirin Is Amplified in Patients With History of Ischemic Events. *Stroke* 2004;35:528-532.
 38. Harlan M. Krumholz. Improvements in Door-to-Balloon Time in the United States, 2005 to 2010. *Circulation.* 2011;124:1038-1045
- Đơn vị phân tích dữ liệu: Ts Bs Tăng Kim Hồng, trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch- Tp Hồ Chí Minh
 Đơn vị tài trợ nghiên cứu: Bs Hoàng Đình Đức, phòng Y Vụ, Công ty Sanofi-Aventis
 Đơn vị theo dõi nghiên cứu: Bs Nguyễn Hoàng Hạnh Đoàn Trang và Dương Mỹ Dung, Công ty Sanofi-Aventis

ABSTRACT

Background: Clinical guidelines recommend that hospitals providing primary percutaneous coronary intervention to patients with ST segment elevation myocardial infarction (STEMI) should treat patients within 90 minutes of contact with the medical system or admission to hospital. In Viet nam, the data on door-to-balloon time was not available and it is necessary to know this important interval in current daily practice. The knowledge of the median (or average, depending on the type of distribution) of this time can help hospitals to elaborate strategies to achieve target of door-to-balloon time then to decrease the mortality in STEMI management. **Objectives and method:** The primary objective of this study was to know the median of door-to-needle and door-to-balloon time of STEMI patients admitted in major hospital and to determine the percentage of patient who achieved the door-to-balloon less than 90 minutes. This is an observational, prospective, multi-centre study which was conducted in interventional departments from 6 hospitals in the South of Vietnam. All STEMI patients who satisfied the inclusion and exclusion criteria were enrolled in the study. The information collected about each patient include baseline demographics, ECG and cardiac marker data, reperfusion therapy, fibrinolytic treatment or primary PCI, the time from hospital admission to needle and balloon inflation and antiplatelet therapies. **Results:** There were 305 eligible patients entered the study. Seventy seven percent of patients were male. The mean age of eligible patients was 61.5 +13.5 years old, 60% were 65 years of age or older. There were 91,8% of patients were treated by primary PCI. The median door-to-balloon time of these patients was 154 minutes (interquartile: 85, 180). Among primary PCI patients, there were only 30% of patients had the door-to-balloon time less than 90 minutes. There were only 5 patients treated by primary thrombolytic therapy and the median door-to-needle time was 335 minutes (interquartile: 5, 670). **Conclusion:** As the first registry on reperfusion time conducted in Viet nam, this study provides details of the time delay at 6 major cardiological intervention centers in Viet nam with reperfusion time much longer than recommended target. This study results may lead to changes of current process in hospitals for improving not only the median reperfusion time but also in medical treatment for STEMI patients.

Khảo Sát Một Số Yếu Tố Ảnh Hưởng Tâm Lý Người Bệnh Trước Và Sau Phẫu Thuật Tim Có Chuẩn Bị

Đoàn Quốc Hưng, Trần Thị Vân Khánh*

Đoàn Doãn Thị Bích Vân*, Nguyễn Thị Thu Hà*

TÓM TẮT

Hiện nay, tỷ lệ người mắc bệnh tim mạch cần phải phẫu thuật ngày càng tăng. Hầu hết người bệnh không chỉ muốn chữa khỏi bệnh mà còn mong được chăm sóc về tinh thần. Có rất nhiều yếu tố tác động đến tâm lý người bệnh trong quá trình điều trị như bản thân bệnh nhân (BN), môi trường điều trị, nhân viên y tế (NVYT)... Qua việc nghiên cứu đề tài: “*Khảo sát một số yếu tố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và sau phẫu thuật tim có chuẩn bị*”, chúng tôi thấy các yếu tố trên ít nhiều có ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Về yếu tố bản thân BN: nữ giới có tỷ lệ lo lắng cao hơn nam giới, đặc biệt lo lắng về đau đớn gấp 2,77 lần; đối tượng làm ruộng và không có bảo hiểm y tế lo lắng nhiều về tài chính. Về yếu tố môi trường điều trị: BN càng hài lòng về bệnh viện thì mức độ lo lắng càng giảm. Các hoạt động chăm sóc và thái độ của NVYT chu đáo, kĩ lưỡng (23,2% BN được giải thích, chuẩn bị tinh thần trước phẫu thuật (PT); 31,7% BN được chăm sóc toàn diện cả về thể chất và tinh thần; 47,6% BN nhận xét thái độ của NVYT nhẹ nhàng, tận tình) cũng giúp giảm mức độ lo lắng của BN. Từ những kết luận trên, chúng ta có thể đưa ra được những phương án thích hợp nhằm giảm thiểu tối đa tác động tiêu cực của các yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch là nguyên nhân hàng đầu của bệnh tật và tử vong. Ở Việt Nam mỗi năm không dưới 100.000 người mắc bệnh về tim mạch và khoảng 60.000 người cần phải phẫu thuật mới điều trị bệnh triệt để [5]. Hiệu quả điều trị phụ thuộc 3 yếu tố là trình độ chuyên môn của nhân viên y tế (NVYT), máy móc trang thiết bị và đặc biệt là tâm lý của người bệnh. Trong ngoại khoa nói chung và trong phẫu thuật tim mạch nói riêng, công tác chuẩn bị tâm lý cho người bệnh trước mổ rất quan trọng nhưng trên thực tế, công tác chăm sóc tinh thần cho người bệnh ở nước ta chưa được quan tâm đúng mức. Tâm lý bệnh nhân (BN) thay đổi phức tạp, phụ thuộc nhiều yếu tố, ảnh hưởng rất nhiều đến quá trình điều trị và hồi phục sức khỏe của người bệnh. Khi thấu hiểu được tâm lý, nhu cầu, nguyện vọng

của người bệnh; biết được các tác nhân gây ảnh hưởng đến tâm lý của họ, NVYT sẽ đưa ra được những lời khuyên, cách chăm sóc phù hợp và hạn chế được tác động xấu của các yếu tố đó đến từng người bệnh. Từ đó sẽ nâng cao được chất lượng điều trị và chăm sóc sức khỏe cho người bệnh. Vì thế, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục đích: tìm hiểu một số yếu tố ảnh hưởng tâm lý người bệnh trước và sau mổ tim có chuẩn bị.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

• **Đối tượng:** Tiêu chuẩn lựa chọn: BN mổ tim có chuẩn bị, BN tỉnh, giao tiếp tốt, BN trên 15 tuổi. Tiêu chuẩn loại trừ: BN mổ cấp cứu, BN có tiền sử bệnh tâm thần, BN không có khả năng tự trả lời, BN dưới 15 tuổi.

• **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu từ ngày 01/12/2010 đến ngày 31/03/2011

tại khoa phẫu thuật tim mạch – lồng ngực
Bệnh viện Việt Đức – Hà nội

• *Các biến số*

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới, học vấn, nghề, bảo hiểm, chẩn đoán bệnh, tình trạng sức khỏe, tiền sử nội - ngoại khoa.

- Đánh giá của người bệnh về sự tiếp đón của NVYT, thủ tục hành chính, môi trường bệnh viện, cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị. Từ đó phân loại mức độ hài lòng của BN về bệnh viện.

- Đánh giá về các hoạt động thăm khám của bác sĩ, chăm sóc điều dưỡng, thông báo nội quy, công khai thuốc và các xét nghiệm, giáo dục sức khỏe, chuẩn bị trước mổ và thái độ của NVYT. Từ đó phân loại mức độ hài lòng của người bệnh về NVYT.

- Các vấn đề người bệnh quan tâm: thời gian điều trị, chi phí điều trị, người điều trị, tình trạng bệnh.

- Tâm lý trước mổ: Đánh giá sự lo lắng của người bệnh về sự rủi ro, đau đớn, tài chính, gia đình công việc, thẩm mỹ. Từ đó phân loại mức độ lo lắng trước mổ của BN.

- Tâm lý sau mổ: BN lo lắng sau mổ khi có lo lắng ở bất kì một trong số các vấn đề tiến triển xấu, có biến chứng, thời gian điều trị kéo dài, khả năng phục hồi sức khỏe kém, mất thẩm mỹ.

- Các biến số được đánh giá thông qua các bộ câu hỏi mẫu thống nhất được các tác giả tự xây dựng

- Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học sử dụng phần mềm SPSS 12.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Với 82 BN đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, chúng tôi thu được kết quả và có những bàn luận như sau:

1. Đặc điểm chung của các đối tượng nghiên cứu

Phần lớn người bệnh đến bệnh viện khi sức khỏe đã giảm sút (65,9%) gây ảnh hưởng đến cuộc sống và công việc. Điều này cho thấy, người Việt Nam vẫn chưa có sự quan tâm đúng mức đến sức khỏe, coi thường bệnh tật. Điều này phù hợp với cơ cấu nghề nghiệp làm ruộng chiếm số đông (35,4%), trình độ học vấn từ trung cấp trở lên còn thấp (30,5%) - những đối tượng tiếp cận y tế chưa tốt.

Người điều trị là vấn đề được BN quan tâm nhiều nhất (54,9%). Người bệnh nào cũng ít nhiều có mong muốn được bác sĩ và điều dưỡng giỏi, có trách nhiệm điều trị, chăm sóc.

Đa số BN đều đánh giá tốt về bệnh viện Việt Đức. Trên 80% đối tượng đánh giá tốt và rất tốt về môi trường, cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị của bệnh viện và không có ai đánh giá không tốt. Gần 70% đối tượng đánh giá tốt và rất tốt về sự tiếp đón và thủ tục hành chính. Nhưng vẫn có 6,1% đánh giá không tốt về sự tiếp đón và 9,8% đánh giá không tốt về thủ tục hành chính. Phần lớn người bệnh đều hài lòng về môi trường điều trị (65,9%) nhưng cũng vẫn còn 3,7% chưa hài lòng.

Tỷ lệ người bệnh được chăm sóc toàn diện về thể chất và tinh thần là 31,7%, trong khi đó tới 37,8% BN chỉ được chăm sóc về chuyên môn thuần túy. Tỷ lệ người bệnh chỉ được thông báo ngày giờ PT trước mổ là 45,1%; BN được giải thích, chuẩn bị tinh thần trước mổ là 23,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Thị Quỳnh, 35,1% BN không được giải thích về PT [7]. Tác giả Trần Đăng Luân đã đánh giá việc chuẩn bị tâm lý trước mổ là có lợi cho gây mê hồi sức [10]. Vì vậy, công tác chuẩn bị trước mổ nên được chú trọng hơn nữa, không chỉ cần dặn những điều cần thiết mà còn phải chuẩn bị cả về tâm lý.

Người bệnh đánh giá thái độ của NVYT đa phần là nhẹ nhàng, tận tình (47,6%). Điều này được đánh giá rất cao đặc biệt trong thời buổi kinh tế thị trường. Người bệnh sẽ hài lòng về việc chăm sóc sức khỏe nếu họ thấy những gì mình bỏ ra để có được sự chăm sóc như vậy là xứng đáng và nếu người phục vụ hành động một cách lịch sự, thể hiện sự quan tâm. Mức độ

hài lòng của BN về NVYT chưa đạt yêu cầu: chỉ có 42% hài lòng và 13% không hài lòng. Chúng ta cần khắc phục những thiếu sót trong công tác điều trị và chăm sóc BN của mình để người bệnh ngày càng hài lòng khi đến với chúng ta. Vì khi người bệnh không hài lòng, họ sẽ nghi ngờ các chế độ điều trị, phương pháp chăm sóc của bác sĩ và điều dưỡng.

2. Ảnh hưởng của yếu tố bản thân người bệnh

Bảng 1: Ảnh hưởng của giới tính đến sự lo lắng trước và sau mổ của người bệnh

Các vấn đề		Giới		p
		Nam	Nữ	
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	13(34,2%)	8 (18,2%)	>0,05
	Lo lắng ít	24(63,2%)	30(68,2%)	
	Lo lắng nhiều	1 (2,6%)	6 (13,6%)	
Lo lắng về sự đau đớn	Không lo lắng	33(86,9%)	28(63,7%)	<0,05
	Lo lắng ít, ăn ngủ bình thường	5 (13,1%)	10(22,7%)	
	Lo lắng nhiều, ăn ngủ kém	0	6 (13,6%)	
Lo lắng về thẩm mỹ	Không lo lắng	38(100%)	39(88,6%)	<0,05
	Lo lắng ít, ăn ngủ bình thường	0	5(11,4%)	
Sự lo lắng sau mổ	Có	21(55,3%)	31(70,5%)	>0,05
	Không	17(44,7%)	13(29,5%)	
Mất tính thẩm mỹ	Có	0	4(9,1%)	<0,05
	Không	38(100%)	40(90,9%)	

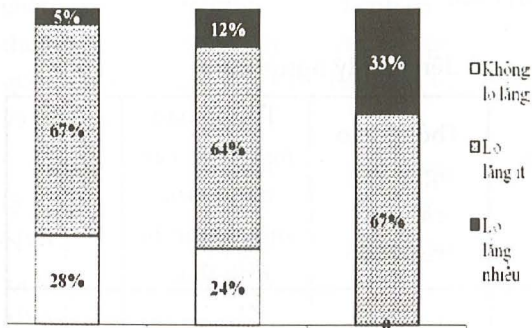
Nữ giới lo lắng trước mổ nhiều hơn nam giới (81,8% nữ và 65,8% nam). Kết quả này phù hợp với nghiên cứu của tác giả Ramsey: 76% BN nữ và 70% BN nam; và tác giả Trần Đăng Luân: 27% BN nữ, 23% BN nam [9], [10]. Đặc biệt tỷ lệ nữ giới lo lắng về sự đau đớn trước mổ gấp 2,77 lần nam giới, tương tự với kết quả của Nguyễn Thị Quỳnh, đối tượng là nữ giới sợ đau gấp 5.3 lần đối tượng nam giới [7]. Nữ giới lo lắng về thẩm mỹ nhiều hơn nam giới. Trong nghiên cứu của chúng tôi, không có đối tượng nam giới nào lo lắng về thẩm mỹ. Nữ giới luôn được gọi là phái đẹp, vì thế mà việc quan tâm đến thẩm mỹ cũng là đương nhiên. Sự khác biệt này có ý nghĩa (bảng 1).

Bảng 2: Ảnh hưởng của bảo hiểm y tế

Các vấn đề	BHYT	Có	Không	p
Lo lắng về chi phí điều trị	Có	12	7	<0.05
	Không	63	0	
Lo lắng về tài chính	Có	20	5	<0.05
	Không	55	2	
Thời gian điều trị kéo dài	Có	13	4	<0.05
	Không	62	3	

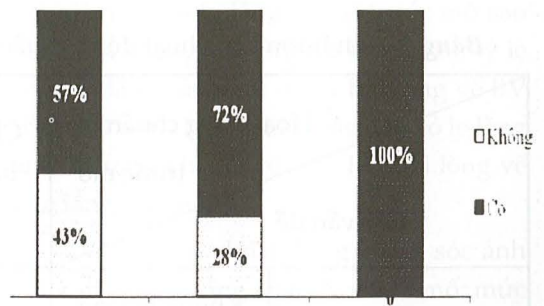
Sự khác biệt giữa 2 nhóm có và không có bảo hiểm y tế về việc quan tâm đến chi phí điều trị, lo lắng về tài chính, thời gian điều trị sau mổ có ý nghĩa thống kê (bảng 2). Những đối tượng không có bảo hiểm y tế có tỷ lệ quan tâm đến chi phí điều trị, lo lắng về tài chính và thời gian điều trị sau mổ cao. Điều đó là một tất yếu, chi phí PT là rất lớn, đặc biệt đối với mổ tim. Với những gia đình không khá giả thì đó quả là một gia tài và càng kéo dài thời gian điều trị thì càng tốn kém.

3. Ảnh hưởng của yếu tố môi trường điều trị



Hài lòng (n = 54) Bình thường (n = 25) Không hài lòng (n = 3)

Biểu đồ 1: Đánh giá sự lo lắng của bệnh nhân trước mổ phụ thuộc mức độ hài lòng về bệnh viện



Hài lòng (n = 54) Bình thường (n = 25) Không hài lòng (n = 3)

Biểu đồ 2: Đánh giá sự lo lắng sau mổ của bệnh nhân phụ thuộc mức độ hài lòng về bệnh viện

Qua biểu đồ 1 và biểu đồ 2, ta thấy người bệnh càng hài lòng về BV thì mức độ lo lắng càng giảm. Số liệu có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$. Như vậy ta có thể khẳng định môi trường điều trị tại BV có ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Môi trường điều trị được BN đánh giá ngay từ những phút đầu tiên khi đến BV qua cách tiếp đón của nhân viên, khi làm các thủ tục hành chính, môi trường vệ sinh, cơ sở hạ tầng, vật

chất của BV. BN có hài lòng về bệnh viện thì mới yên tâm điều trị. Chính vì vậy việc chuẩn bị chu đáo để tiếp đón người bệnh, giảm bớt các thủ tục hành chính, nâng cao môi trường BV, đầu tư về cơ sở hạ tầng, trang thiết bị, máy móc... là cần thiết. Muốn thực hiện tốt việc này cần có sự cải cách trong quy mô BV, sự phối hợp các phòng ban, coi người bệnh thực sự là "khách hàng", không được có tư tưởng ban ơn.

4. Ảnh hưởng của yếu tố NVYT

Bảng 3: Ảnh hưởng của mức độ hài lòng về NVYT đến tâm lý người bệnh

Các vấn đề		Mức độ hài lòng về NVYT			P
		Không hài lòng	Bình thường	Hài lòng	
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	1 (9,1%)	10(27,0%)	10(29,4%)	>0,05
	Lo lắng ít	8 (72,7%)	25(67,6%)	21(61,8%)	
	Lo lắng nhiều	2 (18,2%)	2(5,4%)	3(8,8%)	
Sự lo lắng sau mổ	Có	8(72,7%)	26(70,3%)	18(52,9%)	
	Không	3(27,3%)	11(29,7%)	16(47,1%)	

Qua thống kê bảng 3, ta thấy tỷ lệ BN không hài lòng về NVYT lo lắng trước mổ (91%) cao hơn so với tỷ lệ BN hài lòng về NVYT lo lắng trước mổ (70,6%). Như vậy các hoạt động chăm sóc của NVYT phần nào ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Vì thế, NVYT cần ngày càng hoàn thiện bản thân, nâng cao tay nghề, trách nhiệm nghề nghiệp để đem lại sự hài lòng cho BN. Từ đó người bệnh sẽ giảm bớt lo lắng và yên tâm điều trị hơn.

Bảng 4: Ảnh hưởng của hoạt động chuẩn bị trước mổ đến tâm lý người bệnh

Các vấn đề		Hoạt động chuẩn bị trước mổ			P
		Chi thông báo ngày giờ PT	Thông báo ngày giờ, căn dặn trước mổ	Thông báo ngày giờ, căn dặn trước mổ, chuẩn bị tinh thần	
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	9 (24,3%)	7 (26,9%)	5 (26,3%)	>0,05
	Lo lắng ít	2 (62,2%)	17(65,4%)	14(73,7%)	
	Lo lắng nhiều	5 (13,5%)	2 (7,7%)	0	
Sự lo lắng sau mổ	Có	23(62,2%)	17(65,4%)	12(63,2%)	
	Không	14(37,8%)	9(34,6%)	7(36,8%)	

Xét ở mức độ lo lắng nhiều trước mổ, BN chỉ được thông báo ngày giờ phẫu thuật lo lắng nhiều chiếm tỷ lệ cao nhất (13,5%); giảm ở BN được thông báo ngày giờ, căn dặn trước mổ (7,7%) và không có BN nào lo lắng nhiều khi được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng (bảng 4). Như vậy công tác chuẩn bị trước mổ cũng làm giảm mức độ lo lắng của BN.

Bảng 5: Ảnh hưởng của thái độ của NVYT đến tâm lý người bệnh

Thái độ của NVYT Các vấn đề		Cáu gắt, quát mắng	Bình thường	Nhẹ nhàng, tận tình	P
Mức độ lo lắng trước mổ	Không lo lắng	0	8 (21,6%)	13(33,3%)	<0,05
	Lo lắng ít	4 (66,7%)	27 (73,0%)	23 (59,0%)	
	Lo lắng nhiều	2 (33,3%)	2 (7,4%)	3 (7,7%)	
Sợ lo lắng sau mổ	Có	6 (100%)	26(70,3%)	20(51,3%)	<0,05
	Không	0	11(29,7%)	19(48,7%)	

Đối với lo lắng trước mổ, nhóm đối tượng đánh giá thái độ NVYT nhẹ nhàng, tận tình có tỷ lệ không lo lắng cao nhất (33,3%). Nhóm đối tượng đánh giá thái độ NVYT cáu gắt, quát mắng có tỷ lệ lo lắng nhiều cao nhất (33,3%). Như vậy thái độ của NVYT cũng là một yếu tố gây ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh. Với thái độ nhẹ nhàng, tận tình, NVYT sẽ lấy lòng được người bệnh giúp dễ dàng hơn trong công tác chăm sóc và cũng giúp người bệnh có cảm giác thoải mái, được quan tâm. Từ đó, người bệnh sẽ giảm được các lo lắng, thấy hài lòng về NVYT và hợp tác trong điều trị.

Đối với lo lắng sau mổ cũng tương tự, tỷ lệ lo lắng sau mổ ở những BN đánh giá thái độ NVYT cáu gắt, hay quát mắng cao nhất (100%) và thấp nhất ở những BN đánh giá thái độ của NVYT nhẹ nhàng, tận tình (51,3%). Người bệnh sẽ không hợp tác nếu không được NVYT quan tâm, tôn trọng và điều đó sẽ làm ảnh hưởng đến quá trình hồi phục của BN.

Vì vậy trong bất kỳ hoàn cảnh nào, NVYT cũng phải có thái độ nhẹ nhàng đúng mực với BN, phải thể hiện được sự tôn trọng, quan tâm đến BN. Điều đó không chỉ giúp chấn an tinh thần BN trong quá trình điều trị mà còn giúp gây dựng hình ảnh đẹp về NVYT trong mắt người bệnh và những người xung quanh.

KẾT LUẬN

Một số yếu tố ảnh hưởng đến tâm lý

người bệnh

- Nữ giới lo lắng nhiều hơn nam giới. Trước mổ: 81,8% nữ, 65,8% nam. Sau mổ: 70,5% nữ, 55,3% nam.

- Nghề nghiệp và BHYT có ảnh hưởng đến lo lắng về tài chính. Đối tượng làm ruộng và không có BHYT lo lắng về tài chính nhiều hơn các đối tượng khác.

- BN càng hài lòng về BV, mức độ lo lắng càng giảm. Tỷ lệ lo lắng nhiều trước mổ cao nhất ở BN không hài lòng về BV (33%); tỷ lệ không lo lắng cao nhất ở BN hài lòng về BV (28%). 100% BN không hài lòng đều có lo lắng sau mổ; trong khi chỉ có 57% BN hài lòng về BV lo lắng sau mổ.

- NVYT và các hoạt động chăm sóc ảnh hưởng đến sự lo lắng của BN trước mổ: mức độ lo lắng trước mổ giảm dần theo mức độ hài lòng của BN về NVYT.

- Hoạt động chuẩn bị trước mổ tác động đến mức độ lo lắng của người bệnh, đặc biệt 13,5% BN chỉ được thông báo ngày giờ phẫu thuật; 7,7% BN được thông báo ngày giờ, cản dận trước mổ; không có BN nào được chuẩn bị trước mổ kỹ lưỡng cả về tinh thần lo lắng nhiều trước mổ.

- Thái độ phục vụ của NVYT ảnh hưởng đến tâm lý người bệnh cả trước và sau phẫu thuật. Trước phẫu thuật: tỷ lệ không lo lắng cao nhất ở nhóm BN đánh giá thái độ của NVYT là nhẹ nhàng, tận tình (33,3%); tỷ lệ lo lắng nhiều cao nhất ở nhóm BN nhận xét thái

độ của NVYT cáu gắt, hay quát mắng (33,3%). Lo lắng sau mổ: 100% BN nhận xét thái độ NVYT cáu gắt, hay quát mắng lo lắng; tỷ lệ này thấp hơn ở những đối tượng khác.

ĐỀ XUẤT

Bệnh viện:

- Đào tạo nhân viên không những về chuyên môn mà phải hết sức chú trọng tới kỹ năng giao tiếp
- Giảm thiểu thủ tục hành chính
- Nâng cao, giữ gìn vệ sinh môi trường bệnh viện
- Đầu tư cơ sở hạ tầng, máy móc trang thiết bị phù hợp với nhu cầu ngày càng tăng của người bệnh

Nhân viên y tế (thầy thuốc, điều dưỡng, trợ giúp chăm sóc..)

- Làm chuyên môn tự tin, nhanh nhẹn, chính xác
- Thái độ nhẹ nhàng, tôn trọng bệnh nhân, có trách nhiệm với công việc
- Công tác chuẩn bị tâm lý cho người bệnh và gia đình phải coi là công việc quan trọng, thường quy, bắt buộc
- Hạn chế tác động tiêu cực của các yếu tố ảnh hưởng tâm lý bệnh nhân

SUMMARY

Nowadays, the rate of people with cardiovascular disease in need of being operated has been growing. Most patients not only want to get well but also want to be cared about psychology. There are many factors which affect patient's mentality during their treatments such as: patient's personal factors, treating environment, medical staff... Researching the topic: "Evaluation of some factors affecting patient's mentality before and after operating route", we found that these factors more or less affect patient's mentality. About patient's personal factors: the anxiety rate of women is higher than that of men, especially the anxiety of hurt which is 2,77 times among women as high as that among men, people who are farmers and without medical insurance are more anxious about finance than others. About treating environment: the more satisfied about hospitals patients are, the lower the rate of anxiety is. Gentle and careful nursing activities and attitudes conducted by medical staff also help lower the anxiety (23,2% of patients were consulted and well-prepared before surgeries; 31,7% were both physically and mentally cared; 47,6 % found medical staff gentle and considerate). From these results, we can give out some appropriate solutions to minimize the negative effects of the above factors on patient's mentality.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dee Braun, DrR, CA, CCT (2010): "Open Heart Surgery and Depression", 'Natural holistic health', vol17.
2. Đặng Hanh Đệ (2007): 'Mổ tim những điều cần biết', NXB y học.
3. Đặng Phương Kiệt (2000): 'Tâm lý và sức khỏe', NXB Văn hóa thông tin: tr.19-758.
4. Heidi A. Haman, Jill B. Nealey & Timothy W. Smith (2001): "Health psychology", 'Handbook of psychological change - Psychotherapy processes and practices for the 21st century', C.R. Snyder & Rick E. Ingram: pp.562-580.
5. Nguyễn Hoài Nam (2007): "Phẫu thuật tim mạch Việt Nam: thời cơ và thách thức", 'Báo Sức khỏe và đời sống online', đăng ngày 13/2/2007.
6. Nguyễn Văn Nhận (2001): 'Tâm lý học y học', NXB Y học: tr.22-106.
7. Nguyễn Thị Quỳnh (2006): "Đánh giá tâm lý bệnh nhân trước và sau phẫu thuật", 'Khóa luận tốt nghiệp Bác sĩ y khoa trường Đại học Y Hà Nội'.
8. Nguyễn Vĩnh Sơn (2009): "Tâm lý người bệnh", 'Giáo trình Tâm lý học', Cổng thông tin tư liệu giáo trình, bài giảng và đào tạo điện tử, đăng ngày 7/12/2009.
9. Ramsay M.E.A.A (1972): "Survey of preoperative fear", 'Anaesthesia', vol27, No4, pp.396.
10. Trần Đăng Luân (1987): "Chuẩn bị tâm lý bệnh nhân trước mổ", 'Luận văn tốt nghiệp nội trú khóa XI Chuyên ngành gây mê hồi sức Đại học Y Hà Nội'.

Nghiên Cứu Tình Hình Rối Loạn Tâm Lý Ở Bệnh Nhân Suy Tim Điều Trị Nội Trú Tại Viện Tim Mạch Việt Nam

Phạm Mạnh Hùng, Văn Đức Hạnh, Chu Thị Thu Hương

TÓM TẮT:

Mục tiêu: (1) Xác định tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam. (2) Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim nói trên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 800 BN được chẩn đoán suy tim nằm điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam từ tháng 10 / 2004 – tháng 4 / 2005. BN được khám lâm sàng, làm bệnh án nghiên cứu và được hỏi bộ câu hỏi Hamilton về rối loạn trầm cảm và lo âu. Số liệu được xử lý bằng phần mềm EPI INFO 2000 với các thuật toán thống kê phù hợp. **Kết quả:** (1) Có 52,7% BN bị trầm cảm và / hoặc lo âu, rối loạn trầm cảm chiếm 51,9%, rối loạn lo âu chiếm 46,5%. (2) BN giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim có tỷ lệ rối loạn trầm cảm / lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm còn lại. **Kết luận:** Rối loạn trầm cảm và lo âu rất thường gặp trong BN suy tim nằm điều trị nội trú. Một số yếu tố làm ảnh hưởng đến tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở BN suy tim là: giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu của cơ thể về mặt oxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân. Tình trạng bệnh lý này gặp trong nhiều bệnh về tim mạch khác nhau như bệnh van tim, bệnh cơ tim, bệnh động mạch vành, bệnh tim bẩm sinh... [3]. Theo thống kê của Viện Tim mạch Việt Nam từ năm 2003 – 2007 có 19,8% bệnh nhân nhập viện điều trị suy tim [1]. Hầu hết bệnh nhân suy tim này phải điều trị lâu dài bằng thuốc và phải khám lại định kì liên tục, việc mang gánh nặng tâm lý bệnh tật này có thể ảnh hưởng đến thể chất và tinh thần của người bệnh. Có nhiều thang điểm đánh giá mức độ rối loạn trầm cảm và rối loạn lo âu ở bệnh nhân trong đó có bệnh nhân suy tim, tuy nhiên chúng tôi thấy thang điểm Hamilton tỏ ra là một thang điểm đơn giản, dễ áp

dụng lâm sàng và có ý nghĩa thực hành. Mặt khác tại Việt Nam chưa có nghiên cứu nào đầy đủ và chi tiết về vấn đề rối loạn tâm thần ở bệnh nhân suy tim, chính vì vậy chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Xác định tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam.
2. Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến tình trạng rối loạn trầm cảm và lo âu ở các bệnh nhân suy tim nói trên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu: 800 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là suy tim do nhiều nguyên nhân khác nhau nằm điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam.

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

3. Các bước tiến hành nghiên cứu: lấy số

liệu theo bệnh án nghiên cứu được thiết kế sẵn, bệnh nhân được phỏng vấn theo thang điểm Hamilton, theo đó:

- Câu hỏi loại D để đánh giá mức độ trầm cảm, câu hỏi loại A để đánh giá mức độ lo âu.

- Điểm: 0 – 7: bình thường; 8 – 10: dấu hiệu trầm cảm hoặc lo âu; ≥ 11 : trầm cảm và lo âu thực sự.

4. Thời gian nghiên cứu: tháng 10 / 2004 đến tháng 4 / 2005.

5. Xử lý số liệu: phần mềm EPI INFO 2000 bằng các thuật toán thống kê phù hợp, $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm (n = 800)	Kết quả
Tuổi trung bình	54,7 ± 13,1
Tỷ lệ nam / nữ	1 / 1
Suy tim NYHA III / IV	496 (62%)
Hút thuốc lá	360 (45%)
Văn hóa (Cấp II trở lên)	246 (30,8%)
Kinh tế đầy đủ	116 (14,5%)
Suy tim do bệnh van tim	435 (54,4%)
Suy tim do tăng huyết áp	137 (17,1%)
Suy tim do bệnh động mạch vành	82 (10,3%)

Nhận xét:

Nghiên cứu trên 800 BN suy tim, chúng tôi thấy tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,7 ± 13,1 tuổi. Tỷ lệ nam / nữ = 1/1. Có 62% BN bị suy tim mức độ nặng NYHA III, IV. Có 45% BN hút thuốc lá. Tỷ lệ BN có văn hóa từ cấp II trở lên và kinh tế đầy đủ lần lượt là 30,8% và 14,5%. Trong các nguyên nhân gây ra suy tim, bệnh lý van tim chiếm tỷ lệ cao nhất 54,4%, sau đó là các nguyên nhân như tăng huyết áp, bệnh lý động mạch vành chiếm tỷ lệ 17,1% và 10,3%.

Bảng 2: Tỷ lệ rối loạn trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân suy tim

Rối loạn trầm cảm, lo âu	Kết quả
Trầm cảm:	415 (51,9%)
Có biểu hiện trầm cảm	98 (12,3%)
Trầm cảm nặng	317 (39,6%)
Lo âu:	372 (46,5%)
Có biểu hiện lo âu	100 (12,5%)
Lo âu thực sự	272 (34%)
Trầm cảm và / hoặc lo âu	422 (52,7%)

Nhận xét:

Trong 800 BN suy tim nằm điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam, có 51,9% và 46,5% BN có biểu hiện rối loạn trầm cảm, lo. Tỷ lệ BN suy tim vừa bị trầm cảm vừa bị lo âu là 52,7%.

Bảng 3: Tìm hiểu một số yếu tố liên quan đến trầm cảm và lo âu ở BN suy tim

Các yếu tố liên quan		Trầm cảm (n=415)	Lo âu (n=372)
Giới tính	Nam (n = 399)	137 (34,3%)	106 (26,5%)
	Nữ (n = 401)	278 (69,3%)	266 (66,3%)
	p	< 0,01	< 0,01
Trình độ văn hóa	Cấp II trở xuống	285 (68,7%)	254 (68,3%)
	Cấp II trở lên	130 (31,3%)	118 (31,7)
	p	< 0,001	< 0,001
Trình độ lao động	Trí óc	103 (24,8%)	91 (24,5%)
	Chân tay	283 (68,2%)	256 (68,8%)
	Tự do	29 (7,0%)	25 (6,7%)
	P	< 0,001	< 0,001
Điều kiện kinh tế	Đầy đủ	49 (11,8%)	45 (12,1%)
	Không đầy đủ	366 (88,2%)	327 (87,9%)
	p	< 0,001	< 0,001
Hút thuốc lá	Chưa từng hút	1 (0,8%)	1 (0,9%)
	Đang hút thuốc lá	98 (71,5%)	82 (77,4%)
	Đã hút thuốc lá	38 (27,7%)	23 (21,7%)
	p	< 0,001	< 0,001
Mức độ suy tim	NYHA I, II	148 (35,7%)	135 (36,3%)
	NYHA III, IV	267 (64,3%)	237 (63,7%)
	p	< 0,001	< 0,001
Thời gian suy tim	Lần đầu tiên	268 (64,6%)	248 (66,7%)
	Trong vòng 5 năm	94 (22,6%)	82 (20,0%)
	Trên 5 năm	53 (12,8%)	42 (11,3%)
	p	< 0,001	< 0,001

Nhận xét:

- Chúng tôi thấy tỷ lệ nữ giới bị trầm cảm hoặc lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới.

- BN suy tim có trình độ văn hóa cấp II trở lên, có điều kiện kinh tế đầy đủ, lao động trí óc có tỷ lệ bị trầm cảm, lo âu ít hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim có trình độ văn hóa từ cấp II trở xuống, điều kiện kinh tế không đầy đủ, lao động chân tay.

- BN bị suy tim nặng NYHA III, IV và BN mới được chẩn đoán suy tim có tỷ lệ bị trầm cảm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim NYHA I, II và được chẩn đoán suy tim trong vòng hoặc sau 5 năm.

BÀN LUẬN**1. Tỷ lệ biểu hiện trầm cảm và lo âu ở bệnh nhân suy tim**

Qua nghiên cứu 800 BN suy tim nằm điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam từ 10/2004 đến 4/2005 chúng tôi thấy có 422 BN (chiếm 52,7%) bị rối loạn tâm lý. Số BN có biểu hiện trầm cảm là 51,9%; số BN có biểu hiện lo âu là 46,5% (Bảng 2). Trầm cảm là rối loạn tâm thần biểu hiện giảm khí sắc, giảm năng lượng và giảm hoạt động; một giai đoạn trầm cảm điển hình gồm các triệu chứng chính như sắc trầm, mất mọi quan tâm thích thú, giảm năng lượng dẫn đến tăng mệt mỏi và giảm hoạt động, các triệu chứng khác như giảm sự tập trung, giảm sút tính tự trọng, nhìn vào tương lai ảm đạm và bi quan, ý tưởng hoặc hành vi tự hủy hoại, rối loạn giấc ngủ, ăn ít ngon miệng [1] [5]. Lo âu là một trạng thái căng thẳng cảm xúc lan tỏa hết sức khó chịu nhưng thường mơ hồ, bâng quơ, kèm theo nhiều triệu chứng cơ thể như cảm giác trống rỗng ở thượng vị, siết chặt ở ngực, hồi hộp, vã mồ hôi, đau đầu, run, khô miệng, đau cơ, kèm theo sự bất

rút bất an đứng ngồi không yên [4]. So sánh với tỷ lệ biểu hiện trầm cảm của nghiên cứu IDACC, chúng tôi thấy tỷ lệ trầm cảm trong nghiên cứu của chúng tôi cao hơn (51,9% so với 46,3%) [6]. Kết quả này có thể do tính cách của người Việt Nam nói riêng và người Á Đông nói chung ít khi biểu lộ cảm xúc của mình, khi mắc bệnh sẽ nảy sinh những lo lắng về sức khỏe bản thân.

2. Một số yếu tố liên quan tới tình trạng trầm cảm, lo âu ở bệnh nhân suy tim

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN nữ giới bị trầm cảm và lo âu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nam giới. (Bảng 3). Kết quả này tương tự như trong nghiên cứu IDACC [6]. Kết quả này có lẽ do phụ nữ có tính cách yếu hơn nam giới, mặt khác những lo lắng về bệnh tật và suy nghĩ cho gia đình, người thân là những yếu tố thuận lợi xuất hiện những biểu hiện bệnh lý về mặt tâm lý trong đó có trầm cảm và lo âu.

Nghiên cứu về vấn đề văn hóa, chúng tôi thấy tỷ lệ BN suy tim bị trầm cảm hoặc lo âu có trình độ văn hóa từ cấp II trở xuống chiếm 68,7% và 68,3%, tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với những BN bị suy tim có trình độ văn hóa cấp II trở lên ($p < 0,001$). Tỷ lệ BN suy tim bị trầm cảm hoặc lo âu của chúng tôi tương tự kết quả của nghiên cứu IDACC [6]. Mặt khác, khi xem xét về yếu tố kinh tế, chúng tôi thấy tỷ lệ bệnh nhân bị trầm cảm và lo âu có điều kiện kinh tế chưa đầy đủ chiếm tỷ lệ 88,2% và 87,9%, các tỷ lệ này cao hơn có ý nghĩa thống kê so với bệnh nhân suy tim có điều kiện kinh tế đầy đủ. Về yếu tố nghề nghiệp, trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ BN suy tim làm nghề lao động chân tay bị trầm cảm, lo âu chiếm 68,2% và 68,8% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với lao động trí óc ($p < 0,001$). Như vậy, sự thiếu hiểu biết về văn hóa cũng như bệnh tật, sự thiếu hụt về

tài chính và lao động chân tay là những yếu tố làm tăng khả năng mắc các rối loạn về trầm cảm và lo âu ở BN suy tim trong nghiên cứu của chúng tôi.

Mặt khác, chúng tôi cũng thấy tỷ lệ BN bị suy tim mức độ nặng (NYHA III, IV) có biểu hiện trầm cảm (64,3%) và lo âu (63,7%) cao hơn có ý nghĩa thống kê so với BN suy tim NYHA I, II ($p < 0,001$). Điều này có thể do những BN suy tim nặng thì tình trạng khó thở nhiều cùng với thể trạng kém làm tăng mức độ lo lắng về bệnh tật tạo điều kiện cho trầm cảm và lo âu xuất hiện.

Về thời gian phát hiện bệnh, chúng tôi thấy đa số BN có biểu hiện trầm cảm và lo âu sau lần đầu tiên phát hiện ra bệnh, tỷ lệ trầm cảm và lo âu trong nghiên cứu là 64,6% và 66,7% cao hơn có ý nghĩa thống kê so với tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở những BN bị suy tim trên hoặc dưới 5 năm ($p < 0,001$). Điều này có thể do đa số BN bị tác động tâm lý sau khi chẩn đoán ra bệnh, chẩn đoán bị bệnh như là một biến cố trong cuộc sống và gây ra thay đổi tâm lý của người bệnh, thêm vào đó, sự thiếu hiểu biết về bệnh, điều kiện kinh tế khó khăn sẽ càng làm trầm cảm và lo âu dễ xuất hiện.

KẾT LUẬN

1. Rối loạn trầm cảm và lo âu khá thường gặp ở BN suy tim: có 52,7% BN bị trầm cảm và/hoặc lo âu, rối loạn trầm cảm chiếm 51,9%, rối loạn lo âu chiếm 46,5%.

2. Một số yếu tố làm ảnh hưởng đến tỷ lệ trầm cảm và lo âu ở BN suy tim là: giới tính nữ, trình độ văn hóa thấp, lao động chân tay, điều kiện kinh tế khó khăn, hút thuốc lá, suy tim mức độ nặng, lần đầu tiên bị suy tim.

KIẾN NGHỊ

Cần lưu ý đến rối loạn trầm cảm và lo âu khi điều trị nội trú BN suy tim.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Đức Thịnh (2003), "Rối loạn trầm cảm", Rối loạn trầm cảm trong các cơ sở lâm sàng đa khoa. Tài liệu của nghiên cứu dược phẩm SERVIER.
2. Nguyễn Việt Tuấn, Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Ngọc Quang, Văn Đức Hạnh, Nguyễn Lân Việt (2011), "Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003 - 2007", Y học lâm sàng, Số chuyên đề Tim mạch 2011, trang 4 - 7.
3. Nguyễn Lân Việt (2007), "Suy tim", Thực hành bệnh Tim mạch, Nhà xuất bản Y học, trang 393 - 428.
4. Trần Đình Xiêm (1995), "Các rối loạn khí sắc và rối loạn lo âu", Tâm thần học. Nhà xuất bản Y dược Thành phố Hồ Chí Minh, trang 312 - 364.
5. WHO (1992), "Phân loại bệnh tật quốc tế lần thứ 10 về các rối loạn tâm thần và hành vi".
6. Cheok Frida, Schrader G et al (2003), "Identification, course and treatment of depression after admission for a cardiac condition: rationale and patient characteristics for the identifying Depression as a Comorbid Condition (IDACC) Project", Adelaide, South Australia, p 978 - 979.

PHỤ LỤC: Thang Điểm Hamilton Trong Nghiên Cứu

Câu hỏi A: liên quan tới lo lắng, Câu hỏi D: liên quan tới trầm cảm

STT	Loại câu hỏi	Câu hỏi	Điểm
1	A	Tôi cảm thấy căng thẳng hoặc bị tổn thương?	3
		Hầu hết thời gian	2
		Rất nhiều lần	1
		Thỉnh thoảng	0
2	D	Tôi vẫn thấy hứng thú mọi thứ như trước khi bị bệnh:	0
		Đúng là như vậy	1
		Chỉ còn thích ít thôi	2
		Hầu như không thích gì cả	3
3	A	Tôi có cảm giác sợ hãi như là 1 điều gì khó chịu sắp xảy ra	3
		Rất chính xác và thực sự tồi tệ	2
		Có nhưng không tồi tệ lắm	1
		Một chút, nhưng không phải điều tôi lo lắng	0
4	D	Tôi có thể thấy vui và thấy mọi thứ đều thú vị?	0
		Nhiều lần như khi tôi chưa bị bệnh	1
		Bây giờ không nhiều như thế nữa	2
		Bây giờ quả thực là không nhiều	3
5	A	Những ý nghĩ lo lắng thoáng qua trong đầu tôi?	3
		Chiếm phần lớn thời gian	2
		Nhiều lần như thế	1
		Một vài lần nhưng không quá thường xuyên	0
6	D	Tôi cảm thấy vui vẻ?	0
		Hầu hết thời gian	1
		Thỉnh thoảng	2
		Không thường xuyên	3
7	A	Tôi có thể ngồi ở tư thế thoải mái và cảm thấy thư giãn?	0
		Đúng như vậy	1
		Thường xuyên	2
		Không thường xuyên	3

8	D	Tôi cảm thấy dường như tôi bị suy sụp từ từ? Gần như lúc nào cũng thế Thường xuyên Thỉnh thoảng Không có cảm giác đó	3 2 1 0
9	A	Tôi có cảm giác bồn chồn ruột gan? Không bao giờ Thỉnh thoảng Thường xuyên Rất nhiều lần	0 1 2 3
10	D	Tôi không còn quan tâm đến ngoại hình của mình nữa? Đúng là như thế Sự chăm sóc cần thiết cho bản thân tôi cũng không quan tâm Tôi ít quan tâm hơn trước Tôi vẫn quan tâm như trước đây	3 2 1 0
11	A	Tôi cảm thấy hầu như không được nghỉ ngơi, như mình phải ở trạng thái chuyển động? Quá thực rất nhiều lần như vậy Nhiều lần Không nhiều lần Không bao giờ	3 2 1 0
12	D	Tôi mong đợi mọi thứ một cách hào hứng? Vẫn nhiều như trước đây Ít hơn trước đây Ít hơn nhiều Hầu như không	0 1 2 3
13	A	Tôi có cảm giác sợ hãi bất chợt? Thực sự thường xuyên xảy ra Đôi khi như vậy Không thường xuyên lắm Không bao giờ	0 1 2 3
14	D	Tôi có hứng thú với một cuốn sách hoặc nghe đài hay xem một chương trình tivi thú vị? Thường xuyên Thỉnh thoảng Đôi khi Hiếm khi	0 1 2 3

So Sánh Đặc Điểm Điện Sinh Lý Tim, Hiệu Quả Điều Trị Bằng Năng Lượng Sóng Tần Số Radio Của Rối Loạn Nhịp Thất Phải Và Thất Trái

TS.BSCKII Nguyễn Hồng Hạnh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp thất (RLN/T) là hội chứng bệnh lý tim mạch thường gặp, phức tạp, nguy hiểm trong cấp cứu tim mạch. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong do rối loạn nhịp tim là các rối loạn nhịp thất [1, 2]. Trên lâm sàng các RLN/T thường xuất hiện dưới các dạng: Ngoại tâm thu thất (NTTT), cơn nhịp tim nhanh thất (CNTNT), xoắn đỉnh, cuồng thất, rung thất [1, 2, 5, 7].

Thăm dò điện sinh lý tim (ĐSLT) để chẩn đoán cơ chế và vị trí các ổ phát sinh RLN/T và điều trị triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng sóng có tần số radio (năng lượng RF) là các phương pháp chẩn đoán và điều trị ưu việt, lựa chọn hàng đầu trên thế giới hiện nay [1], [3, 4]. ở Việt Nam, từ năm 1999-2008 Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Hồng Hạnh và cộng sự [1, 2, 3] đã tiến hành nghiên cứu ĐSLT và điều trị RLN/T bằng năng lượng RF tại Viện tim mạch Việt Nam với hiệu quả cao, an toàn.

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là so sánh đặc điểm ĐSLT của RLN/T phải với RLN/T trái và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF đối với hai loại RLN/T này, để rút ra được những kết luận về thông số chẩn đoán ĐSLT và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF của các RLN/T ở thất phải và thất trái, giúp cho các thầy thuốc tim mạch có thêm kinh nghiệm và tiên lượng khi chẩn đoán và điều trị các RLN/T.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 150 bệnh nhân (BN), đã được chẩn đoán NTTT và hoặc CNTNT bằng kỹ thuật thăm dò ĐSLT, trong đó có 146/150BN được điều trị triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng RF, tại viện tim mạch quốc gia Việt Nam từ tháng 6/1999 đến tháng 8/ 2008. Tiêu chuẩn chẩn đoán vị trí ổ RLN/T và chỉ định điều trị bằng năng lượng RF dựa theo hướng dẫn (Guidelines) của Hội tim mạch Mỹ (AHA/ACC) và Hội điện sinh lý học tim và tạo nhịp Bắc Mỹ (NASPE) năm 1995, 2006 [3, 7]. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu. Xử lý số liệu thống kê: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê phần mềm thống kê y học SPSS 14.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả nghiên cứu điện sinh lý học tim

150 BN có NTTT và hoặc CNTNT: nam 38BN (25,4%), nữ 112BN (74,6%). Tuổi trung bình của 150BN: 42 ± 13 năm, tuổi trung bình của BN nam là 41 ± 15 năm, tuổi trung bình của BN nữ là 43 ± 12 năm. Có 121/150 (tỷ lệ 80,6%) BN không có tiền sử bệnh tim thực tổn, 22/150 BN tiền sử tăng huyết áp (tỷ lệ 14,7%), và 7 BN có tiền sử bệnh tim thực tổn (tỷ lệ 4,7%).

1.1 Kết quả nghiên cứu chức năng nút xoang

Bảng 1: So sánh các thông số đánh giá chức năng nút xoang của bệnh nhân rối loạn nhịp thất và người bình thường của một số tác giả:

Tác giả	tDTXN (ms)	tPHNX (ms)	tPHNXđ (ms)	P
Chúng tôi (n=150)	111 ± 21(1) (111)	1216 ± 178(3) (1216)	449 ± 147(5) (449)	(1) với (2):>0,05 (3) với (4):>0,05
Phạm Quốc Khánh (n=19)	113 ± 22(2)	1166 ± 152(4)	387 ± 69(6)	(5) với (6):>0,05
Breithardt	48 - 112	<1400	<508	
Josephson	45 - 125	<1500	<550	
Nguyễn Mạnh Phan		1194,7±148,4(7)	384,6± 92,9(8)	(7) với (3):>0,05 (8) với (5):>0,05

Bảng 1 thể hiện 3 thông số đánh giá chức năng nút xoang là Thời gian phục hồi nút xoang (tPHNX), Thời gian phục hồi nút xoang điều chỉnh (tPHNXđ), Thời gian dẫn truyền xoang nhĩ (tDTXN) của BN rối loạn nhịp thất và người Việt nam bình thường của Phạm Quốc Khánh [3] và Nguyễn Mạnh Phan [4], so sánh các cặp thông số này của chúng tôi với hai tác giả trên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Breithardt, Josephson [8]. Như vậy chức năng nút xoang của BN rối loạn nhịp thất trong giới hạn bình thường.

1.2. Kết quả đo các khoảng dẫn truyền trong tim

Bảng 2: Kết quả nghiên cứu các khoảng dẫn truyền trong tim của bệnh nhân rối loạn nhịp thất và người bình thường của một số tác giả

Các tác giả	PA (ms)	AH (ms)	HH (ms)	HV (ms)	PQ (ms)
Chúng tôi (n=150)	10 - 68 (30 ± 10)	40 - 152 (79 ± 18)	11 - 64 (18 ± 5)	24 - 90 (49 ± 9)	116 - 240 (150 ± 16)
Phạm Quốc Khánh (n=19)	15 - 80 (35 ± 12)	45 - 101 (70 ± 13)	11 - 28 (16 ± 2)	40 - 75 (54 ± 8)	116 - 219 (158 ± 23)
Beikheit (n=6)	10-50	50- 125	15 -25	34- 45	154± 19
Damato (n=27)	24 -45	60 -140	10 - 15	30 - 55	(167 ± 16)
Narula (n=5)	25 -60	50 - 120	25	35 - 45	172 ± 11

Bảng 2 là số liệu nghiên cứu của chúng tôi và của một số tác giả : Các khoảng dẫn truyền trong tim PA, AH, HH, HV, PQ của 150 BN rối loạn nhịp thất so với người bình thường của các tác giả Phạm Quốc Khánh [3], Narula [4] và một số tác giả khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy các khoảng dẫn truyền trong tim của BN rối loạn nhịp thất trong giới hạn bình thường.

2. Kết quả nghiên cứu các rối loạn nhịp thất

2.1. Đặc điểm chung các rối loạn nhịp thất

- Trong 150 BN nghiên cứu của chúng tôi có 169 ổ RLN/T, trong đó Thất phải có 134 ổ RLN/T (tỷ lệ 79,0%), vị trí hay gặp nhất ở thất phải là đường ra thất phải (ĐRTP) với 119 ổ RLN/T (tỷ lệ 70,4%). Thất trái có 35 ổ RLN/T (tỷ lệ 21,0%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác [6, 7].

- 72 CNTNT chung, trong số 72 CNTNT chung gồm 57 Con nhịp tim nhanh thất phải

(CNTNTP) (tỷ lệ 79,2%) và 15 Con nhịp tim nhanh thất trái (CNTNT/T) tỷ lệ 20,8%. Có 160 ổ NTTT chung (của 143BN), bao gồm 132 ổ ngoại tâm thu thất phải (NTTTP) tỷ lệ 82,5% và 28 ổ ngoại tâm thu thất trái (NTTT/T) tỷ lệ 17,5%. Tổng số 169 ổ RLN/T (của 150BN) được chẩn đoán ĐSLT, có 164 ổ RLN/T (của 146 BN) được điều trị triệt đốt bằng năng lượng RF.

2.2. Đặc điểm điện sinh lý của con nhịp tim nhanh thất phải và trái

Bảng 3: So sánh đặc điểm điện sinh lý con nhịp tim nhanh thất phải và trái

Đặc điểm điện sinh lý CNTNT	Loại con nhịp tim nhanh thất (n=72)		p
	CNTNTP (n=57)	CNTNT/T (n=15)	
Số lượng và tỷ lệ %	57 (79,2)	15 (20,8)	
Thời gian chu kỳ (ms)	357,3 ± 67,3	367,9 ± 55,4	> 0,05
Tần số (ck/p)	173,7 ± 32,2	166,9 ± 27,7	> 0,05
Thời gian QRS (ms)	143,0 ± 13,4	143,3 ± 15,0	> 0,05

Bảng 3 cho thấy so sánh các thông số Thời gian chu kỳ(TGCK), Tần số, Thời gian QRS của CNTNTP với CNTNT/T, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê(P > 0,05). Kết quả nghiên cứu này cho thấy các thông số ĐSLT của CNTNTP và CNTNT/T là tương đương. Nghiên cứu của DavidJ.Wilber [6] cho thấy tổng số 268 CNTNT, thì tỷ lệ CNTNTP ở là 215/268 (tỷ lệ 80%), số liệu của chúng tôi số ổ CNTNTP là 79,2%, kết quả tương đương với các nghiên cứu khác [7], [10]. Tất cả 15 CNTNT/T đều gặp ở những BN có bệnh tim thực tổn như bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim giãn v.v. Chúng tôi gặp 4 BN (BN số 28, 30, 48, 74) bị CNTNT/T phải điều trị thuốc chống loạn nhịp đặc hiệu, sốc điện, kích thích thất vượt tần số để cắt CNTNT/T.

2.3. Đặc điểm điện sinh lý của ngoại tâm thu thất phải và trái

Đặc điểm điện sinh lý NTTT	Loại ngoại tâm thu thất (n=160)		P
	NTTTP (n=132)	NTTT/T (n=28)	
Số lượng và tỷ lệ %	132 (82,5)	28 (17,5)	
Thời gian QRS (ms)	140,3 ± 12,8	138,9 ± 13,9	> 0,05
Khoảng ghép NTTT (ms)	478,1 ± 57,2	498,1 ± 63,7	< 0,05

Kết quả bảng 4: Số lượng ổ NTTTP có 132/160 ổ (tỷ lệ 82,5%), số ổ NTTTT/T có 28/160 ổ (tỷ lệ 17,5%). So sánh thời gian QRS của NTTTP với thời gian QRS của NTTTT/T không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Khoảng ghép của NTTTP so với khoảng ghép của NTTTT/T có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Như vậy khoảng ghép của NTTTT/T dài hơn khoảng ghép của NTTTP. NTTTP hay gặp ở vị trí đường ra thất phải (ĐRTP), nhưng NTTTT/T thì phân bố rải rác hơn.

Bảng 5: So sánh các thông số triệt đốt ổ loạn nhịp thất theo vị trí

Các thông số triệt đốt	Vị trí ổ rối loạn nhịp thất			P
	Thất phải (n = 130 ổ)	Thất trái (n = 34 ổ)	ĐRTP (n = 116 ổ)	
Nhiệt độ triệt đốt/1 lần (OC)	60,6 ± 8,6(1)	63,6 ± 8,2(2)	60,4 ± 8,5(3)	(1)với(2):> 0,05 (2)với(3):> 0,05
Năng lượng/1 lần triệt đốt (W)	29,5 ± 4,9(4)	30,2 ± 5,3(5)	29,3 ± 4,4(6)	(4)với(5):> 0,05 (5)với(6):> 0,05
Thời gian triệt đốt/1 ổ (S)	275,1 ± 151,7(7)	274,8 ± 137,3(8)	268,9 ± 143,7(9)	(7)với(8):> 0,05 (8)với(9):> 0,05
Số lần triệt đốt/1 ổ (lần)	5,8 ± 3,1(10)	5,9 ± 2,9(11)	5,5 ± 2,9(12)	(10)với(11):> 0,05 (11)với(12):> 0,05

- So sánh các thông số triệt đốt của thất phải với thất trái: Nhiệt độ triệt đốt trung bình/1 ổ, năng lượng triệt đốt trung bình/1 lần triệt đốt/1 ổ, số lần triệt đốt/1 ổ, các thông số này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. So sánh các thông số triệt đốt ổ RLN/T ở ĐRTP với các thông số triệt đốt ổ ở thất trái: nhiệt độ triệt đốt trung bình/1 ổ, năng lượng triệt đốt trung bình/1 lần/1 ổ, số lần triệt đốt/1 ổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

- So sánh với một số nghiên cứu khác của một số tác giả về số lần triệt đốt/1 ổ RLN/T: Nghiên cứu của Gerhard [8] là 5 ± 3 lần, số lần triệt đốt của Hanskottkamp [3] là 7 ± 5 lần (2-18 lần), của S.L.klein [9] là 6,8 lần (1-19 lần) và của MS Wen [10] 6 ± 5 lần, chúng tôi nhận thấy các kết quả này cũng giống

3. Kết quả điều trị rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio

3.1. Các thông số triệt đốt ổ rối loạn nhịp thất theo vị trí

Các thông số triệt đốt ổ RLN/T bao gồm: nhiệt độ triệt đốt; mức năng lượng triệt đốt; thời gian triệt đốt 1 lần/1 ổ; số lần triệt đốt/1 ổ; điện trở triệt đốt/1 lần/1 ổ.

n nhau. So sánh mức nhiệt độ triệt đốt ổ RLN/T của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Gerhard [8]. So sánh mức năng lượng triệt đốt của chúng tôi với các tác giả khác: Gerhard đã sử dụng mức 56 ± 31w, và L.S.Klein [9] sử dụng mức 59w. Trong khi đó Hans kottkamp [3] cũng sử dụng mức năng lượng 32 ± 7w, và MS Wen [10] sử dụng mức năng lượng 28 ± 3w, tương đương với mức năng lượng triệt đốt của chúng tôi, với mức này là có hiệu quả và an toàn cho BN.

3.2. Hiệu quả triệt đốt ổ rối loạn nhịp thất phải và trái

* Tỷ lệ điều trị thành công, thất bại

-Tỷ lệ thành công

+ Tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải là

96,2%. Tỷ lệ thành công ở thất trái là 88,2%. Tỷ lệ điều trị thành công tính riêng ở ĐRTP là 97,4%.

+ So sánh tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải của chúng tôi với nghiên cứu của Wen [10] tỷ lệ điều trị thành công với 44 CNTNTP là 89%. Mandrola với 35 CNTNTP ở ĐRTP [7], tỷ lệ điều trị thành công là 100%; Nghiên cứu khác của David J. Wilber [6] với 45 CNTNTP ở ĐRTP, tỷ lệ điều trị thành công là 97,8%. G. Breithdt và cộng sự [8] triệt đốt CNTNTP ở BN có loạn sản thất phải tỷ lệ thành công là 70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả trên.

+ Đánh giá, so sánh tỷ lệ điều trị thành công ở thất trái với một số tác giả khác cho thấy: nghiên cứu của Akihiko Nogami [5] với CNTNT/T nhạy cảm với verapamil tỷ lệ điều trị thành công là 95%, với CNTNT/T vào lại nhánh ở phân nhánh trái trước tỷ lệ điều trị thành công là 87,5%, ở phân nhánh trái sau tỷ lệ điều trị thành công là 96,7% [10]. Nghiên cứu khác của Nakagawa [7] với 8 CNTNT/T ở phần sau vách thất trái tỷ lệ điều trị thành công là 87,5%, Nghiên cứu của Rodriguez [9] với 13 CNTNT/T tỷ lệ điều trị thành công là 92%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.

- Tỷ lệ điều trị thất bại

Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất phải là 5/130 ổ (3,8%). Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất trái là 4/34 ổ (11,8%). Tỷ lệ điều trị thất bại ở ĐRTP là 3/116 ổ (2,6%).

* Số lượng, tỷ lệ tái phát và biến chứng

- Tỷ lệ tái phát:

Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở thất phải là 18/125 ổ (14,4%). Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở thất trái là 4/30 ổ (13,3%). Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở ĐRTP là 14/113 ổ (12,4%). Tuy thời gian theo dõi sau điều trị bằng năng lượng RF có khác nhau, nhưng tỷ lệ tái phát của chúng tôi cũng phù hợp với tỷ lệ tái phát của Rodriguez là 14,3% [8], tỷ lệ tái phát của MS. Wen là 10,3% [10], tỷ lệ tái phát của Delon Wu [7] là 11%. Tỷ lệ tái phát của một số nghiên cứu là 10,3-14,3% [8].

- Tỷ lệ biến chứng

Chúng tôi gặp 3BN (tỷ lệ 2,1%) có biến chứng sau điều trị bằng năng lượng RF: 2BN (1,4%) có tràn dịch màng ngoài tim cấp và cường phế vị, 1BN (0,7%) biến chứng block nhánh phải hoàn toàn.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, so sánh về thông số ĐSLT và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF của 134 ổ RLN/T phải và 35 ổ RLN/T trái, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

1. Kết quả nghiên cứu điện sinh lý học tim:

- Các khoảng dẫn truyền trong tim PA, AH, HH, HV, PQ của BN rối loạn nhịp thất phải và trái và chức năng nút xoang (thể hiện qua 3 thông số tDTXN, tPHNX, tPHNXđ) của BN có RLN/T phải và trái trong giới hạn bình thường.

- Số lượng và tỷ lệ RLN/T phải (79%) gặp nhiều hơn thất trái (21%), vị trí phổ biến nhất là đường ra thất phải (tỷ lệ 70,4%). Số lượng và tỷ lệ CNTNTP (79,2%) gặp nhiều hơn CNTNT/T (20,8%). Đặc điểm ĐSLT (Thời gian chu kỳ, Tần số, Thời gian QRS) của CNTNTP và CNTNT/T không có sự khác biệt. Số lượng và tỷ lệ NTTTP (82,5%) gặp nhiều hơn NTTT/T (17,5%). Thời gian QRS của NTTTP và NTTT/T không có sự khác biệt; Nhưng khoảng ghép của NTTTP thì ngắn hơn khoảng ghép của NTTT/T.

2. Hiệu quả điều trị rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio

- So sánh các thông số triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng sóng có tần số radio (nhiệt độ triệt đốt 1 lần; Mức năng lượng triệt đốt 1 lần; Thời gian triệt đốt cho 1 ổ; Số lần triệt đốt cho 1 ổ) của thất phải với thất trái, cũng như ở ĐRTP với thất trái không có sự khác biệt.

- Tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải là 96,2%; Tỷ lệ điều trị thành công ở thất trái là 88,2%; Tỷ lệ điều trị thành công ở ĐRTP là 97,4%. Tỷ lệ điều trị

thất bại ở thất phải là 3,8%; Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất trái là 11,8%; Tỷ lệ điều trị thất bại ở ĐRTP là 2,6%. Tỷ lệ tái phát ở thất phải là 14,4%; Tỷ lệ tái phát ở thất trái là 13,3%; Tỷ lệ tái phát ở ĐRTP là 12,4%. Số lượng và tỷ lệ biến chứng là 3 BN(2,1%), gặp ở thất phải; Các biến chứng là tràn máu màng ngoài tim, cường phế vị, Bức nhánh phải hoàn toàn; Không có biến chứng tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hạnh (2010), Nghiên cứu ứng dụng điện sinh lý học tim để chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Hồng Hạnh, Nguyễn Lân Việt, Vũ Đình Hải, Phạm Gia Khải (2001), " Nghiên cứu sử dụng năng lượng sóng có tần số radio qua dây thông điện cực trong điều trị một số rối loạn nhịp thất", Tạp chí tim mạch học Việt Nam, (25), tr.25-31.
3. Phạm Quốc Khánh (2002), Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường mạch máu trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim, Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, Hà Nội.
4. Thomas Bump, Phạm Quốc Khánh, Phạm Như Hùng, Tạ Tiến Phước, Vương Du Thịnh (2007), "Tim nhanh thất", Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch năm 2007, tr.358-402, Sách dịch tiếng Việt, Nhà xuất bản y học, Hà Nội.
5. David J.Wilber. MD (2000), "Ablation of Idiopathic Right Ventricular Tachycardia in Radiofrequency Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic concepts and clinical applications". Edited by Shoei K, Stephen Huang MD, David J, Wilber MD, chapter 30, pp.621-652, second edition, futura publishing company. Inc.usa.
6. Delon Wu.MD, Ming Shien Wen.MD, San Jou Yeh. MD (2000), "Ablation of Idiopathic Left Ventricular Tachycardia in Radiofrequency Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic concepts and clinical applications", Edited by Shoei K, Stephen Huang MD, David J, Wilber MD, chapter 29, pp.601-620, second edition, futura publishing company.Inc.USA.
7. G Breithardt, M Borggrefe and T Wichter (1990). "Catheter Ablation of Idiopathic Right Ventricular Tachycardia", Circulation, 82, pp. 2273-2276.
8. GerHard.Lauck, Dietmar Burkhardt (1999), "Radiofrequency Catheter Ablation of Symptomatic Ventricular Ectopic Beats Originating in the Right Ventricular Outflow Tract", Journal of pacing and clinical electrocardiography, vol 22, part 1.
9. LS.Klein, Hue The Shih, F. Kevin Hackett (1992), "Radiorequency Catheter Ablation of Ventricular Tachycardia in Patient Without Structural Heart Disease", Circulation, volume 85, pp.1666-1674.
10. MS Wen, SJ Yeh, CC Wang, FC Lin (1994), "Radiofrequency Ablation Therapy in Idiopathic Left Ventricular Tachycardia with No Obvious Structural Heart Disease", Circulation, volume 89, pp.1690-1696.

ABSTRACTS:

Objectives: Study and comparison the electrophysiologic features and effect of the treatment by using radiofrequency catheter ablation(RFCA) between ventricular arrhythmias(VA) in right ventricle and left ventricle. Methods: 150 pts with 169 ventricular arrhythmias had done target site by EP study and treatment of RFCA. **Results:** 134 of VA in right ventricle(79%) and 35 of AV in left ventricle(21%) including 57/72(79,2%) of right Ventricular Tachycardia(RVT) and 15/72(20,8%) of Left Ventricular Tachycardia(LVT); 132/160(82,5%) of right ventricular premature contraction(RVPC) and 28/160(17,5%) of left ventricular premature contraction(LVPC). The electrophysiologic features of RVT and LVT(Cycle length, Rate, QRS duration) were not significantly different two groups($P > 0,05$). The QRS duration of RVPC and LVPC were also not significantly different two groups($P > 0,05$), but the Coupling interval of RVPC and LVPC were significantly different two groups($P < 0,05$). Comparison Some of ablation parameter between right AV and left AV such as temperature of ablation(OC), Energy of ablation(w), time of ablation(second), number of times for ablation for one target site had no significantly different two groups($P > 0,05$). **Conclusions:** Number and ratio of RVA were higher in LVA; Conduction times of impul in the heart including PA, AH, HH, HV, PQ of patients had RVA and LAV were normal; The electrophysiologic features of RVT and LVT(Cycle length, Rate, QRS duration) were similar. The Coupling interval of RVPC and LVPC were significantly different two groups($P < 0,05$). Some of ablation parameters between right AV and left AV had no significantly different two groups. Ratio of successful treatment by RFCA for VA in right ventricle were 96,2%, in left ventricle 88,2%. Ratio of fail treatment by RFCA for VA in right ventricle were 3,8 %, in left ventricle 11,8%. Ratio of recurrence for VA in right ventricle were 14,4 %, in left ventricle 13,3%. Ratio of complication were 2,1% in right ventricle.

U Tiểu Thể Cảnh: Chẩn Đoán Và Điều Trị Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức

Đoàn Quốc Hưng* Lê Thanh Dũng** Mai Thanh Tú***

TÓM TẮT

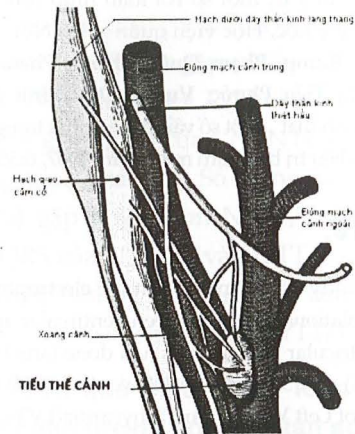
U tiểu thể cảnh (chemodectomas) là u xuất phát từ hóa thụ cảm thể của xoang cảnh (chemoreceptor). Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu về lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị bệnh lý này. Nghiên cứu tiến hành trên những bệnh nhân được chẩn đoán là u tiểu thể cảnh điều trị tại khoa phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức từ năm 2008 đến năm 2010. Trong 3 bệnh nhân có 2 nữ 1 nam. Cả 3 trường hợp đều khám thấy khối u vùng cổ trên chỗ chia hai động mạch cảnh, một trường hợp tăng huyết áp, đau đầu. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính, chụp mạch máu, và khẳng định lại bằng kết quả giải phẫu bệnh. 2 trường hợp được tiến hành nút mạch can thiệp trước sau đó mổ cắt bỏ khối u, có 1 trường hợp bị di chứng liệt hầu họng hồi phục chậm sau mổ. Kết luận U tiểu thể cảnh là bệnh không thường gặp, phải nghĩ đến u tiểu thể cảnh khi có khối u nằm ở góc hàm chỗ chia hai động mạch cảnh, chẩn đoán xác định bằng siêu âm, CT-Scanner, chụp mạch máu. Phẫu thuật cắt bỏ u là bắt buộc, xong cần xem xét điều trị phối hợp và dự phòng, điều trị di chứng sau mổ.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U tiểu thể cảnh (u cuộn cảnh) là u xuất phát từ hóa thụ cảm thể của xoang cảnh. Đây là bệnh lý không thường gặp, chẩn đoán không khó bằng lâm sàng, cận lâm sàng (đặc biệt là siêu âm Doppler và cắt lớp vi tính), biến chứng của u là chèn ép tạng lân cận (mạch máu thần kinh) và ác tính hóa [3]. Yếu tố gia đình thường được ghi nhận ở nhóm u tiểu thể cảnh hai bên [8, 9]. Can thiệp phẫu thuật là phương pháp điều trị chung nhất. Chúng tôi nghiên cứu các trường hợp U tiểu thể cảnh đã được mổ tại bệnh viện Việt Đức Hà Nội từ năm 2008 đến 2010, phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật và kết quả mổ, góp phần bổ sung vào y văn trong nước và quốc tế về bệnh lý hiếm này.

Vài nét về giải phẫu sinh lý liên quan

Xoang cảnh



Hình 1: Xoang cảnh và tiểu thể cảnh

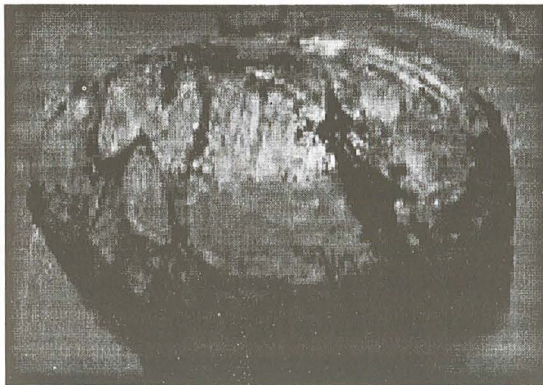
Ở chỗ chia đôi của động mạch (ĐM) cảnh chung và đoạn đầu tiên của ĐM cảnh trong, ĐM phình ra tạo thành một xoang gọi

* Khoa Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực BV Hữu Nghị Việt Đức

** Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh BV Hữu Nghị Việt Đức

*** Khoa Ngoại Chấn Thương BV Đa Khoa Tỉnh Ninh Bình

là xoang cảnh. Ở xoang cảnh có các thụ cảm thần kinh (TK) nhạy cảm với áp suất máu gọi là áp thụ cảm. Khi áp suất mạch máu ở đây tăng (ví dụ khi đè ép vào xoang cảnh) thì xung động TK dẫn truyền lên trung tâm vận mạch, làm giãn mạch và giảm nhịp tim. Tiểu thể cảnh Phần sau đoạn tận cùng của ĐM cảnh chung có một tuyến nhỏ hình bầu dục đường kính 3 x 6mm gọi là tiểu thể cảnh. Ở đây có các thụ cảm TK nhạy cảm với áp suất riêng phần của khí trong máu gọi là hóa thụ cảm. Đặc biệt khi pH máu giảm, PO₂ giảm và



Hình 2: Hình ảnh đại thể U tiểu thể cảnh[4]

Đại thể: Khối u tiểu thể cảnh có hình dạng khối hình trứng, màu đỏ nâu, có vỏ ranh giới rõ, kích thước từ vài cm đến khoảng 20cm (Hình 2).

Mô bệnh học: các tế bào hình đa giác xếp thành vòng (Zellbalen) với nhân tế bào bắt màu acid, tế bào chất mờ nhạt, xen kẽ là hệ thống lưới giàu vi mạch, các tế bào không thường xuyên hoạt động phân bào. Không có những tiêu chuẩn điển hình của sự ác tính hóa (như nhân chia, nhân quái), hình ảnh chỉ điểm cho sự ác tính hóa là hoại tử khối u, tăng sinh, xâm nhập mạch máu, tăng hoạt động phân bào, trong đó di căn là chỉ tiêu đáng tin cậy nhất [4].

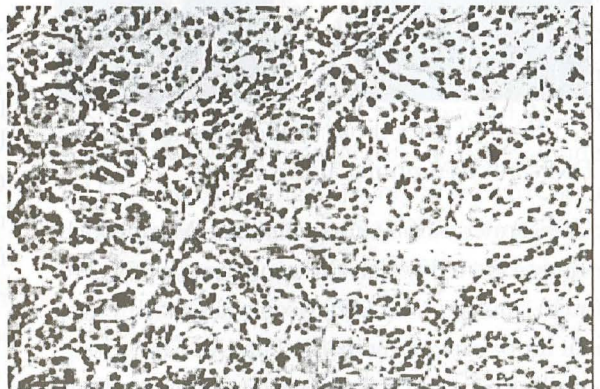
Số liệu và phương pháp nghiên cứu

Từ năm 2008 đến năm 2010 khoa phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Việt Đức đã điều

trị cho 3 bệnh nhân (Bn) với chẩn đoán U tiểu thể cảnh.

Các sợi TK đi đến xoang cảnh và tiểu thể cảnh chủ yếu phát sinh từ dây TK thiệt hầu (dây XII), ngoài ra còn có một số nhánh của dây TK lang thang (dây X), tiểu thể này có mối liên quan giải phẫu với các thành phần của ống cảnh (ĐM cảnh, tĩnh mạch (TM) cảnh, TK X) cũng như các thành phần của vùng tam giác cảnh (thanh quản, khí quản...).

Giải phẫu bệnh



Hình 3: Hình ảnh vi thể U tiểu thể cảnh[4]

trị cho 3 bệnh nhân (Bn) với chẩn đoán U tiểu thể cảnh.

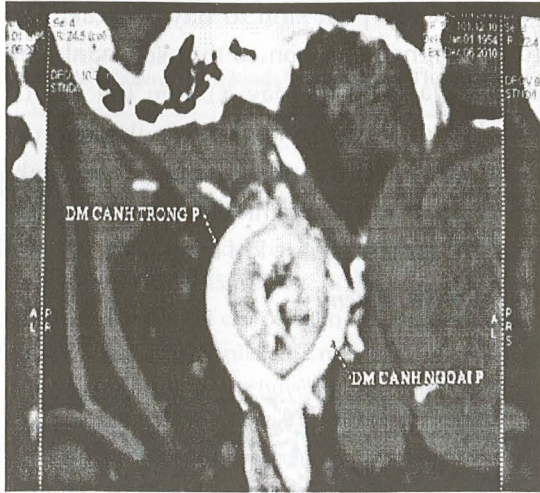
Bệnh án 1 (số hồ sơ 28061) Nữ 48 tuổi. Nghề nghiệp: Làm Ruộng. Địa chỉ: Thanh long – Bình Xuyên – Vĩnh Phúc. Vào 18/11/08, mổ 25/11/08, ra 28/11/08.

- **Lý do vào viện:** Tự sờ thấy khối vùng góc hàm trái.

- **Bệnh sử:** Khối u vùng góc hàm trái xuất hiện từ 3 năm trước. U to dần không đau đã điều trị phẫu thuật tại cơ sở y tế tuyến trước 2 lần với chẩn đoán không rõ ràng (không có giấy ra viện). Bệnh không đỡ, bệnh nhân tự đến Bệnh Viện Việt Đức khám.

- **Khám lúc vào:** Khối u vùng góc hàm trái kích thước 3x3cm mật độ chắc ấn không đau,

di động hạn chế, đập theo nhịp mạch, không có tiếng thổi. Không liệt khu trú.



Hình 4: Khối u bắt thuốc, nằm tại chạc ba DM cảnh trên phim cắt lớp vi tính

CT-Scanner: Khối u vùng chạc ba DM cảnh kích thước 4x5cm đẩy lệch DM cảnh trong, ngoài, khí quản, ranh giới rõ không xâm lấn mạch cảnh, bắt thuốc cản quang mạnh (Hình 4). Chụp động mạch: Khối tăng sinh mạch lớn vùng góc hàm trái, được cấp máu bởi rất nhiều nhánh mạch máu nhỏ từ DM cảnh ngoài và chạc ba DM cảnh (Hình 5). Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cảnh trái.
- **Cẩn thiệp:** Rạch da theo sẹo mổ cũ mờ



Hình 5: Khối U giàu mạch máu trên phim DM cảnh

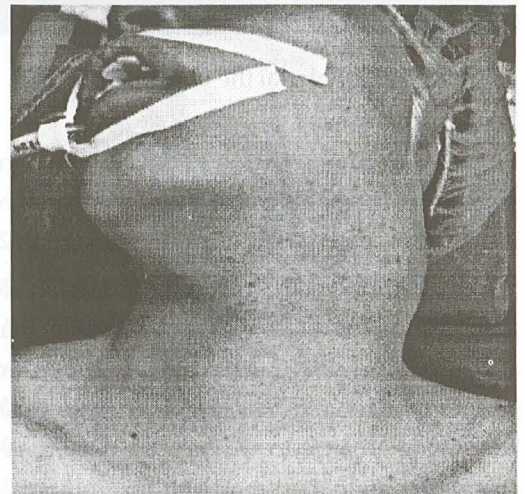
rộng dọc bờ trước cơ ức đòn chũm. Khối u dính vào tổ chức xung quanh, dính chặt vào thành bên DM cảnh gốc trái vùng vị trí hình ảnh, khối u rất giàu mạch máu. Phẫu tích, cắt toàn bộ u, khâu cầm máu thành bên DM cảnh chỉ prolén 3.0. Đặt dẫn lưu. Cắt bỏ sẹo mổ cũ, khâu phục hồi tổ chức theo lớp giải phẫu.

- **Giải phẫu bệnh (GPB):** U tiểu thể cảnh lành tính. Sau mổ bệnh nhân tỉnh, vết mổ khô, không liệt khu trú (nói tốt nuốt tốt) ra viện sau mổ 03 ngày.

Bệnh án 2 (số hồ sơ 30903) Nam 20 tuổi. Nghề nghiệp: Công nhân. Địa chỉ: Tân Hưng – Phố Phù – Thái Nguyên. Vào 19/9/09, mổ 08/10/09, ra 12/10/09.

- **Lý do vào viện:** Tự sờ thấy khối u vùng cổ trái.

- **Bệnh sử:** Khối u vùng cổ trái to dần từ 3 năm nay, gần đây đau tăng dần.



Hình 6: Khối u vùng góc hàm trái đẩy lệch mốc giải phẫu các DM cảnh

- **Khám lúc vào:** Khối u vùng góc hàm, dọc cơ ức đòn chũm, kích thước 7x4 cm ấn đau, di động hạn chế, đập theo nhịp mạch, nghe không có tiếng thổi. Khối u làm đẩy lệch mốc giải phẫu hệ DM cảnh (Hình 6). Bệnh nhân

nói nuốt bình thường, sụp mi bên trái. CT-Scanner: Khối u vùng chạc ba ĐM cảnh kích thước 7x5 cm đẩy lệch ĐM cảnh trong, ngoài, xoang cảnh, bắt thuốc cản quang mạnh, ranh giới rõ, không xâm lấn mạch cảnh. Chụp động mạch: Hình ảnh tăng sinh mạch vào khối u vùng cổ trái từ 1 nhánh ĐM xuất phát từ ĐM cảnh ngoài trước khi tách ra 2 nhánh tận là ĐM thái dương nông và ĐM hàm trong. Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cảnh trái.

- **Can thiệp:** Nút mạch: Gây tê tại chỗ ĐM đùi phải, đặt Desilet 5 F, luồn sonde 5F vào ĐM cảnh gốc bên trái, luồn chọn lọc nhánh ĐM cấp máu cho khối u bằng sonde 2.7 F (từ ĐM cảnh ngoài) tiến hành nút ĐM này bằng 0,5ml hạt PVA 355-500 μ m, chụp kiểm tra tắc hoàn toàn nhánh mạch vào u. Phẫu thuật cắt bỏ u sau nút mạch 2 ngày. Khối u lớn kích thước 7x4cm nằm ngay sau chạc ba ĐM cảnh trái, đẩy toàn bộ bó mạch cảnh trái, TK X ra trước. Khối u lan xuống sát cột sống và lên tới sau xương hàm dưới, u có vỏ rõ, vỏ có nhiều mạch máu tân tạo, có các mối mạch nuôi xuất phát từ ĐM cảnh ngoài. Giải phóng 3 ĐM cảnh, TK, TM, thắt cắt các mạch nuôi u. Cắt bỏ toàn bộ u. Đặt redon. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

- **GPB:** U gồm các tế bào schwann hình thoi, nhân bầu dục, bào tương thoi dài, tập trung thành dải, bó chạy song song, u có viền xơ bao bọc rõ. Kết Luận: schwannome.

Siêu âm Doppler (sau mổ): Hệ ĐM cảnh, tĩnh TM cảnh, ĐM đốt sống bên trái bình thường. Sau phẫu thuật bệnh nhân tỉnh, vết mổ khô, nói tốt nuốt tốt ra viên sau mổ 4 ngày.

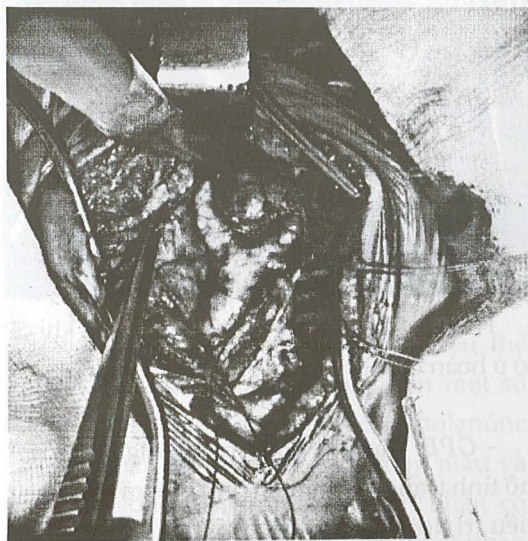
Bệnh án 3 (số hồ sơ 35907): Nữ 56 tuổi. Nghề nghiệp: Nội trợ. Địa chỉ: Hàng Buồm-Hoàn Kiếm - Hà Nội. Vào 14/12/10, mổ lần 1 ngày 24/12/10, mổ lần 2 ngày 06/01/11 ra 17/01/11.

- **Lý do vào viện:** Đau đầu.

- **Bệnh sử:** Đau đầu tăng dần trong 10 ngày trước vào viện.

- **Khám lúc vào:** Bệnh nhân đau đầu âm ỉ, không nôn, không liệt khu trú, Huyết áp 150/90 mmHg (không rõ tiền sử tăng huyết áp trước đó), có khối u vùng góc hàm 2 bên chắc di động hạn chế, ấn không đau.

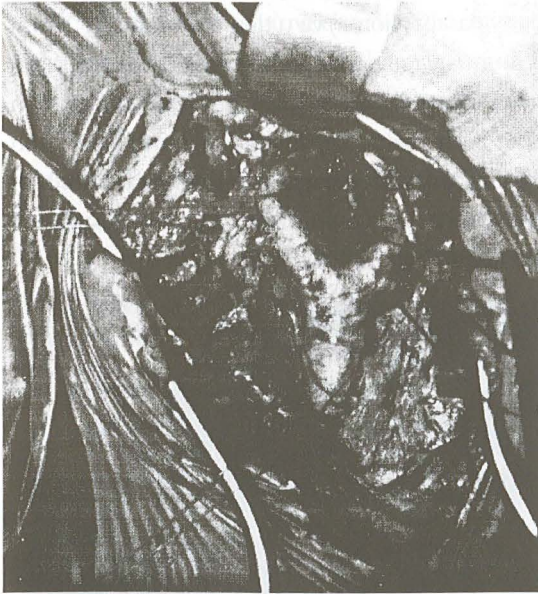
SA doppler hệ ĐM cảnh: Hình ảnh khối u tiểu thể cảnh bên phải kích thước 24x30mm giảm âm đều, tăng sinh mạch trong khối, khối nằm giữa, đẩy rộng 2 ĐM cảnh sang 2 bên. Hình ảnh khối u tiểu thể cảnh bên trái kích thước 26x38mm giảm âm đều, tăng sinh mạch trong khối, khối nằm chủ yếu phía ngoài ĐM cảnh trong và ĐM cảnh ngoài bên trái. CT-Scanner: U tiểu thể cảnh ở ngã 3 phình cảnh phải (Carotid body paraganglioma) và u tiểu thể cảnh dây X Trái (Glomus vagale paraganglioma) ở khoang cạnh hầu. Chụp mạch: Khối u tiểu thể cảnh 2 bên tăng sinh mạch, cấp máu từ nhánh ĐM cảnh ngoài. ĐM cảnh trong 2 bên không có nhánh đi vào khối u. Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.



Hình 7: Khối u nằm ở chạc ba dây đoãng rộng động mạch cảnh

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cảnh 2 bên.

- **Can thiệp lần 1 (bên phải)** Nút mạch: Luân microcatheter, chọn lọc nhánh mạch cấp máu chính cho khối u tiểu thể cảnh bên phải (ĐM giáp trên) nút mạch bằng hạt PVA 355-500 μm . Chụp kiểm tra thấy tắc hoàn toàn nhánh ĐM này. **Phẫu thuật:** Tiến hành sau nút mạch 1 ngày. Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm bên phải, bộc lộ ĐM cảnh gốc phải. Khối u có kích thước 3cm, nằm giữa chạc ba ĐM cảnh đầy rộng rộng 2 ĐM cảnh sang 2 bên, khối u rất giàu mạch máu (Hình 7). U được nuôi bởi nhiều nhánh xuất phát từ ĐM cảnh ngoài, thắt prolene 5.0 một nhánh lớn. Phẫu tích giải phóng 3 ĐM cảnh, TM cảnh, TK, cắt bỏ toàn bộ u (Hình 8). Sau cắt u 3 ĐM cảnh đập tốt, phong bế xylocain, đặt dẫn lưu. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.



Hình 8: Chạc ba động mạch cảnh sau khi cắt bỏ u hoàn toàn

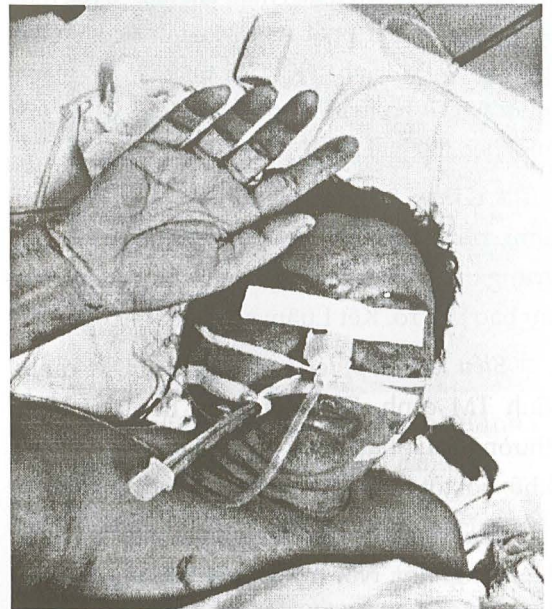
- **GPB:** Carotid body paraganglioma. Sau mổ tình trạng bệnh nhân ổn định, ra viện, hẹn điều trị đợt 2 khối u bên trái.

- **Can thiệp lần 2 (bên trái)** Nút mạch: Chụp ĐM cảnh gốc trái thấy hình ảnh tăng

sinh khối u bên trái đến từ 1 nhánh ĐM xuất phát từ mặt sau ĐM cảnh ngoài cách chạc ba khoảng 1,5cm, luân microcatheter 2.7F vào nhánh ĐM này, nút mạch bằng hạt PVA 355-500 μm . Kiểm tra thấy không còn nhánh mạch nào vào u. **Phẫu thuật:** Tiến hành sau nút mạch 1 ngày. Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm bên trái, khối u kích thước 3cm nằm ngang trên chạc ba ĐM cảnh, đè sát vào ĐM cảnh trong, TM cảnh trái, lan lên trên tới sát mỏm chẩm chũm và nền sọ, tới sát góc giữa dây X và XII, khối u rất tăng sinh mạch. Phẫu tích tách u khỏi các thành phần mạch máu và TK. Cắt bỏ toàn bộ u sau khi thắt 1 nhánh ĐM nuôi u (không rõ nguồn). Đặt dẫn lưu Redon, đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

- **GPB:** Paraganglioma.

Sau mổ bệnh nhân tỉnh, xuất hiện nuốt sặc, nói khàn, khám chuyên khoa Tai Mũi Họng chẩn đoán liệt dây X (Hình 9), chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng điều trị tiếp. Bệnh nhân hồi phục chậm, đã tiến hành mở thông dạ dày nuôi dưỡng sau mổ u tiểu thể cảnh 4 tuần.



Hình 9: Bệnh nhân liệt dây thần kinh X sau phẫu thuật (Đặt nội khí quản và sonde dạ dày)

BÀN LUẬN

1. Dịch tễ học:

Ba bệnh nhân của chúng tôi gồm 2 nữ 1 nam. Theo một số tác giả, bệnh lý u tiểu thể cảnh gặp ở nữ nhiều hơn nam [10], thường gặp hơn ở những cộng đồng người sống ở vùng cao (so với mực nước biển), nơi có nồng độ oxy thấp, yếu tố gia đình được ghi nhận ở những trường hợp u tiểu thể cảnh 2 bên [10,11]. Chúng tôi chưa có điều kiện nghiên cứu về yếu tố dịch tễ của bệnh lý này.

2. Chẩn đoán

***Lâm sàng:** Kinh điển triệu chứng lâm sàng thường là khối u vùng góc hàm với kích thước khác nhau, mật độ chắc, di động kém, không đau, không nóng đỏ, không có tiếng thổi. U có thể gặp một hoặc hai bên. Dấu hiệu cơ năng có thể gặp như nói khó, nuốt vướng, sụp mí... Cả 3 bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng không rõ rệt, không đặc hiệu hoặc hoàn toàn không có triệu chứng cơ năng, phù hợp với nhiều nghiên cứu. Triệu chứng thường gặp nhất là khối u vùng góc hàm ở 1 hoặc 2 bên [6, 7, 11, 12], rất dễ lẫn với hạch, nang, u máu vùng cổ, phồng ĐM cảnh. Tác giả Chapman DB [1] nghiên cứu nhận thấy khối u vùng góc hàm đau, tăng kích thước nhanh ở người trẻ tuổi là một yếu tố tiên đoán bệnh lý ác tính. Từ đó thấy rằng với khối u vùng góc hàm đã chẩn đoán là viêm hạch, điều trị kháng sinh kéo dài không đỡ cần phải nghĩ tới bệnh lý u tiểu thể cảnh. Cần hỏi kỹ bệnh sử, triệu chứng cơ năng, khám lâm sàng, CLS nhằm phát hiện bệnh sớm, tránh bỏ qua hay phát hiện bệnh muộn.

***Cận lâm sàng**

Chẩn đoán hình ảnh: Theo y văn hình ảnh điển hình trên Siêu âm Doppler là khối giảm âm ở chỗ chia hai ĐM cảnh. Cắt lớp vi tính có

thuốc cản quang: hình ảnh khối bầu dục bắt thuốc mạnh vị trí chỗ chia hai ĐM cảnh, làm đoãng rộng 2 ĐM cảnh trong, ngoài. Chụp mạch: khối u hình bầu dục tại vị trí chia hai ĐM cảnh, giàu mạch máu bao quanh, góc chia hai ĐM cảnh trong, ngoài đoãng rộng. Các bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán chính xác trước mổ với thăm khám cận lâm sàng siêu âm Doppler, CT-Scanner, chụp hệ ĐM cảnh và được làm GPB sau đó. Qua đó có thể thấy các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ đặc hiệu rất cao trong bệnh lý U tiểu thể cảnh đặc biệt khi sử dụng phối hợp cùng nhau. Mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng. Siêu âm Doppler chi phí rẻ, không xâm lấn, có thể làm đi làm lại nhiều lần, nhưng kết quả phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thực hiện. Chụp mạch chi phí cao, có ưu điểm là can thiệp mạch (nút mạch) đồng thời giúp hạn chế chảy máu trong phẫu thuật sau đó, nhưng đây là 1 thăm dò xâm nhập nhiều có nguy cơ nhất định về biến chứng mạch máu, dị ứng thuốc... ở Việt Nam chỉ có thể tiến hành ở những trung tâm y khoa lớn. Chụp cắt lớp vi tính (đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy) cho hình ảnh chính xác về khối u, mối liên quan giải phẫu của u với xung quanh, tính chất u. Đây là 1 phương tiện chẩn đoán tốt ít xâm lấn và đã có thể tiến hành tại nhiều cơ sở y tế của Việt Nam, nhưng cắt lớp vi tính chỉ để chẩn đoán không có khả năng can thiệp hỗ trợ điều trị như chụp mạch (nút mạch).

Định lượng Catecholamin: Do u tiểu thể cảnh có bản chất là u cận hạch nên một số tác giả nghiên cứu định lượng catecholamine nhận thấy chỉ số này tăng cao trong máu và nước tiểu, đặc biệt ở những bệnh nhân có khối u với tính chất gia đình [11]. Bệnh nhân của chúng tôi chưa làm xét nghiệm này.

Mô bệnh học: Giá trị trong chẩn đoán xác

định thể bệnh của bệnh lý u tiểu thể cảnh. Kết quả GPB còn giúp cho định hướng theo dõi bệnh nhân sau mổ, quyết định điều trị hỗ trợ sau mổ như hóa chất, tia xạ (với u ác tính, u có nguồn gốc TK schwannoma) [7, 12].

3. Chỉ định điều trị

Điều trị nội: Do tính chất U ác tính hóa và nguy cơ chèn ép các tổ chức xung quanh nên không có chỉ định điều trị nội khoa. Chỉ định phẫu thuật là bắt buộc [3].

Nút mạch: Không phải là điều trị triệt để nên đây chỉ là giải pháp làm chậm sự phát triển của khối u hoặc hỗ trợ trước mổ nhằm hạn chế chảy máu khi mổ. Nên tiến hành mổ càng sớm càng tốt sau nút mạch. Bệnh nhân của chúng tôi vì điều kiện sắp xếp lịch mổ, lịch can thiệp chụp mạch nên được tiến hành phẫu thuật sau chụp mạch 1 hoặc 2 ngày.

Phẫu thuật: Do tỉ lệ ác tính có thể lên đến 10% (có tài liệu đến 10-25%), nguy cơ gây chèn ép mạch thần kinh vùng cổ mà chỉ định phẫu thuật điều trị triệt để là bắt buộc [3]. Một số lưu ý khi tiến hành phẫu thuật

1. Chụp CT-Scanner, chụp mạch trước mổ để có thể xác định vị trí, mối liên quan giải phẫu của khối u với xung quanh, đặc biệt là với mạch máu, thần kinh.

2. Nút mạch trước mổ nhằm hạn chế chảy máu trong mổ. Có 2 trường hợp chúng tôi tiến hành nút mạch khối u trong chụp mạch nhằm hạn chế chảy máu trước khi mổ phù hợp với khuyến cáo của UCSF (1996), tuy nhiên có nghiên cứu thấy nút mạch không làm hạn chế chảy máu, mất máu trong phẫu thuật [8]. Chúng tôi chưa đánh giá được kết quả này.

3. U nằm tại xoang cảnh là chỗ chia hai của ĐM cảnh, là ĐM cấp máu chính cho vùng đầu cổ. Hệ động mạch, tĩnh mạch, thần kinh, các tổ chức quan trọng khác tại vùng này có mối liên quan giải phẫu phức tạp. Nên chỉ

nên tiến hành loại phẫu thuật này tại chuyên khoa phẫu thuật mạch máu với phẫu thuật viên mạch máu có kinh nghiệm, cơ sở phòng mổ tuyến chuyên khoa, nơi có khả năng cắt và ghép mạch máu trong trường hợp u xâm lấn mạch máu, do đó cũng cần dự trữ máu, mạch nhân tạo, tĩnh mạch hiển... khi mổ.

4. Chỉ định mổ là bắt buộc dù mối liên quan giải phẫu phức tạp, do nguy cơ chèn ép tại chỗ, ác tính hóa. Nên trong mổ cần giải phóng u khỏi các thành phần quan trọng (ĐM, TM, TK) xung quanh, bộc lộ rõ. Trường hợp u dính hay xâm lấn vào ĐM cảnh có thể phải cắt và ghép mạch. Nguyên liệu ưu tiên là tĩnh mạch hiển lớn ở đùi, vì vậy chuẩn bị vùng Scarpa trong trường mổ là bắt buộc. Ba bệnh nhân của chúng tôi ca bệnh thứ 3 (u tiểu thể cảnh 2 bên) có kết quả liệt thần kinh X sau mổ phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [7, 12]. Từ đó thấy rằng không chỉ với nút mạch, cũng như đòi hỏi cao, phức tạp về phương tiện, kĩ thuật mổ, phải xem xét đến chỉ định hóa chất, xạ trị điều trị triệt để cũng như dự kiến điều trị phục hồi chức năng sau mổ cho bệnh nhân (hiện tại chỉ định phẫu thuật là bắt buộc và không có tiêu chuẩn vàng (GPB) để có thể chẩn đoán u là ác tính như với các u khác) [4]. Vậy nên nguy cơ tái phát chưa được kiểm định, về lâu dài cần được theo dõi thông qua khám kiểm tra định kỳ.

KẾT LUẬN:

U tiểu thể cảnh là bệnh hiếm gặp (chỉ có 3 trường hợp trong 3 năm nghiên cứu). Triệu chứng lâm sàng không điển hình nhưng chẩn đoán dễ bằng siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính đa dãy và chụp mạch... Phải nghĩ đến u tiểu thể mạch cảnh khi có khối u nằm ở vùng góc hàm chỗ chia hai ĐM cảnh, có vậy mới cho làm CT-scanner, chụp ĐM mạch cảnh để chẩn đoán. Đối với u lành tính, phẫu

thuật lấy trọn u không khó, nhưng với u ác tính, phẫu thuật rất nguy hiểm vì chảy máu nhiều và dính. Ngoài phẫu thuật cần xem xét các phương pháp điều trị khác như xạ trị, nút mạch, nhằm lựa chọn hướng giải quyết hợp lý nhất cho mỗi ca bệnh cụ thể, cũng như cần theo dõi, hướng dự phòng, phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Chapman DB, Lippert D, Geer CP, Edwards HD, Russell GB, Rees CJ, Browne JD (2010):* Clinical, histopathologic, and radiographic indicators of malignancy in head and neck paragangliomas.
2. *Chang L (2005):* Retrospective analysis of the diagnosis and surgical treatment of carotid body tumors. Article in Chinese.
3. *Durdik S, Malinovsky P Durdik S, P Malinovsky Bratisl Lek Listy (2002):* Chemodectoma-carotid body tumor Surgical treatment: 422-423
4. *Gattuso, Reddy, David (2002):* Differential Diagnosis in Surgical Pathology 2nd, Saunders Elsevier.
5. *Hollon W. Farr M.D (1980):* Carotid Body Tumors: A 40-Year Study. CA: A Cancer Journal for Clinicians. Vol 30: 260-265
6. *Muhm-M, Wien-Klin (2000):* Glomus caroticum chemodectoma. Review on diagnosis and therapy. Feb 11 – 112
7. *Myers EN, Suen JY (1996):* Cancer of the head and neck. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders: 562-585
8. *Le Nu Thi Hoa Hiep, Van Tan, Tran Nhu Hung Viet (2009):* Carotid body tumors: clinical diagnosis and treatment. Y Hoc TP. Ho Chi Minh. Vol.13
9. *Lorenzo (1992):* Carotid Body Tumor. US Evaluation Radiology. 182: 457-459
10. *Rodriguez-Cueveas S, Lopez-Garza J, Labastida-Almendaro S (1998):* Carotid body tumour in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. Head & Neck. 20(5): 374-378.
11. *Shedd DP et al (1990):* Familial occurrence of carotid body tumours. Head and Neck. 12(6)
12. *Urquhart AC, Johnson JT, Myers EN, Schechter GL (1994):* Glomus vagale: paraganglioma of the vagus nerve. Laryngoscope.104:440-445.

ABSTRACT:

Carotid Body Tumors (Chemodectomas) derived from chemical receptors of the sinus exit (chemoreceptor). Study on clinical diagnosis, paraclinical diagnosis and surgical treatment. From 2008 to 2010, at the department of Cardiovascular and thoracic surgery – Việt Đức Hospital, three carotid body tumors were operated. There were 1 man and 2 women. clinical symptoms 3 painless palpable mass over the carotid bifurcation region of the neck. One with hypertension, headache. The paraclinical diagnosis of carotid body tumor is: ultrasound, CT-Scanner, carotid arteriography. After transarterial embolization the tumours were surgically excised, 1 patient had cranial nerve palsy after operation. Conclusion Carotid body tumors are rare lesions. When there is a neck tumor located at the bifurcation of the common carotid arteries, the ultrasound, CT-Scanner, carotid arteriography are needed for the diagnosis. Complete surgical excision is the treatment of choice.

CHUYÊN ĐỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Khuyến Cáo 2010 Của Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Bệnh Động Mạch Chi Dưới (Phần II)

Trưởng Tiểu Ban: PGS.TS. BS. Đinh Thị Thu Hương

Thư kí: Ths.BS. Nguyễn Tuấn Hải

Ban biên soạn:

PGS.TS. BS. Đinh Thị Thu Hương

Ths.BS. Nguyễn Tuấn Hải

GS. Văn Tấn

PGS.TS. Phạm Minh Thông

PGS.TS. Phạm Thắng

PGS.TS. Cao Văn Thịnh

PGS.TS. Lê Nữ Hòa Hiệp

TS. BS. Đoàn Quốc Hưng

Th.s.BS. Nguyễn Văn Mão

TS.BS. Dương Đức Hùng

1. Điều trị triệu chứng đau cách hồi chi dưới

1.1. Các bài tập vận động và phục hồi chức năng BDMCD

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Chương trình tập luyện có giám sát được chỉ định đầu tiên trong điều trị bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi (mức độ bằng chứng A).

- Bệnh nhân được hướng dẫn tập luyện ít nhất 30 – 45 phút mỗi ngày, tối thiểu 3 lần/tuần trong khoảng thời gian ít nhất là 12 tuần (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIb:

- Tập luyện không có sự giám sát chưa chứng minh được hiệu quả thực sự trong

điều trị bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi (mức độ bằng chứng B).

1.2. Điều trị nội khoa triệu chứng đau cách hồi chi dưới bằng thuốc Cilostazol:

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Cilostazol (100 mg uống 2 lần/ngày) được chỉ định điều trị bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi nhằm cải thiện triệu chứng và làm tăng quãng đường đi được (trong trường hợp không có suy tim) (mức độ bằng chứng A).

Pentoxifylline:

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Pentoxifylline (400 mg uống 3 lần/ngày) có thể được cân nhắc điều trị xen kẽ với cilostazol cho

bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi nhằm cải thiện quãng đường đi (mức độ bằng chứng A).

- Hiệu quả lâm sàng điều trị triệu chứng đau cách hồi của Pentoxifylline không đáng kể và chưa thật rõ ràng (mức độ bằng chứng C).

Các điều trị nội khoa khác:

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- L – arginin chưa được chứng minh hiệu quả điều trị bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

- Propionyl – L – carnitine chưa được chứng minh có hiệu quả cải thiện quãng đường đi được ở BN có đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

- Ginkgo biloba chưa được chứng minh hiệu quả điều trị bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III:

- Prostaglandins đường uống gây giãn mạch như beraprost hay illoprost không có hiệu quả trong điều trị chứng đau cách hồi chi dưới ở BN BDMCD (mức độ bằng chứng A).

- Vitamin E không được chỉ định trong điều trị bệnh nhân đau cách hồi (mức độ bằng chứng C).

1.3. Chỉ định tái tưới máu điều trị triệu chứng đau cách hồi

Trước khi chỉ định can thiệp qua da hoặc phẫu thuật để điều trị đau cách hồi cho BN bị BDMCD, cần phải cân nhắc đến các yếu tố sau:

- Bệnh nhân đáp ứng không tốt với điều trị bằng các bài tập phục hồi chức năng và các thuốc điều trị nội khoa chứng đau cách hồi.

- Bệnh nhân có sự suy giảm rõ rệt khả năng thực hiện công việc hàng ngày, hay các hoạt động thể lực quan trọng của bản thân.

- Không có các bệnh lý khác làm hạn chế vận động của bệnh nhân (đau thắt ngực, bệnh phổi mạn tính ...).

- Tiến triển tự nhiên và tiên lượng bệnh

đối với bệnh nhân.

- Đặc điểm hình thái tổn thương (cần được tính đến nhằm giúp lựa chọn phương pháp can thiệp/phẫu thuật có nguy cơ thấp đồng thời đem lại hiệu quả điều trị trước mắt và lâu dài cho bệnh nhân).

Bệnh nhân được chỉ định điều trị tái tưới máu có thể phải làm thêm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập như siêu âm Doppler, chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính và/hoặc chụp động mạch cản quang, để lựa chọn phương pháp can thiệp hay phẫu thuật phù hợp.

1.4. Điều trị tái tưới máu cho BN BDMCD có triệu chứng đau cách hồi bằng can thiệp động mạch qua da

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Can thiệp động mạch qua da được chỉ định cho những BN BDMCD có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do chứng đau cách hồi, mà các triệu chứng này có thể được cải thiện với điều trị tái tưới máu, VÀ ...

a. Điều trị nội khoa hay tập luyện PHCN không đủ hiệu quả và/hoặc

b. Cán cân lợi ích/nguy cơ phù hợp (VD tổn thương khu trú tầng chủ - chậu) (mức độ bằng chứng A).

- Can thiệp tái tưới máu ĐM qua da được chỉ định với tổn thương tầng ĐM chậu và tầng ĐM đùi – khoeo type A theo TASC (mức độ bằng chứng B).

- Đo chênh lệch áp lực qua vị trí tổn thương để đánh giá mức độ hẹp (có hoặc không kèm theo giãn mạch) được chỉ định trước khi can thiệp những tổn thương gây hẹp lòng động mạch chậu từ 50 – 75% (mức độ bằng chứng C).

- Can thiệp đặt stent tạm thời được chỉ định “cứu vãn” với tổn thương ĐM chậu khi nong bằng bóng thất bại hoặc không hiệu quả (Chênh áp qua vị trí hẹp còn cao, hẹp > 50% lòng mạch, tách thành ĐM cản trở dòng chảy) (mức độ bằng chứng B).

- Đặt stent có hiệu quả và là lựa chọn hàng đầu đối với tổn thương hẹp hoặc tắc ĐM chậu chung (mức độ bằng chứng B).

- Đặt stent có hiệu quả và là lựa chọn hàng đầu đối với tổn thương hẹp hoặc tắc ĐM chậu ngoài (mức độ bằng chứng C).

Nhóm IIa:

- Can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác, được chỉ định “cứu vãn” với tổn thương tầng ĐM đùi, khoeo và ĐM chày khi nong bằng bóng thất bại hoặc không hiệu quả (Chênh áp qua vị trí hẹp còn cao, hẹp > 50% lòng mạch, tách thành ĐM cản trở dòng chảy) (mức độ bằng chứng C).

Nhóm IIb:

- Hiệu quả của phương pháp can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác vẫn chưa rõ ràng đối với tổn thương ĐM vùng đùi - khoeo (ngoại trừ trường hợp nong bằng

bóng thất bại) (mức độ bằng chứng A).

- Hiệu quả của phương pháp can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác vẫn chưa rõ ràng đối với tổn thương ĐM vùng cẳng chân (ngoại trừ trường hợp nong bằng bóng thất bại) (mức độ bằng chứng C).

Nhóm III:

- Can thiệp ĐM qua da không được chỉ định nếu như không có hẹp khít động mạch, cho dù có tăng dòng chảy dưới tác dụng của thuốc giãn mạch (mức độ bằng chứng C).

- Đặt stent ĐM không phải là chỉ định đầu tiên đối với các tổn thương ĐM đùi, khoeo hay ĐM chày (mức độ bằng chứng C).

- Can thiệp ĐM qua da không được chỉ định trong điều trị dự phòng với bệnh nhân BDMCD không triệu chứng (mức độ bằng chứng C).

Bảng 4: Đặc điểm hình thái tổn thương động mạch chậu theo TASC

TASC	Đặc điểm tổn thương
A	1. Hẹp đơn độc dưới 3 cm của ĐM chậu gốc, ĐM chậu ngoài (một hoặc hai bên)
B	2. Hẹp đơn độc từ 3 – 10 cm chiều dài, không lan tới động mạch đùi chung 3. Tổng số 2 vị trí hẹp, có độ dài dưới 5cm của ĐM chậu gốc và/hoặc chậu ngoài, không lan tới ĐM đùi. 4. Tắc động mạch chậu gốc một bên.
C	5. Hẹp cả hai bên trên đoạn dài 5 – 10 cm của ĐM chậu gốc và/hoặc chậu ngoài, không lan tới động mạch đùi. 6. Tắc động mạch chậu ngoài một bên, không lan tới ĐM đùi 7. Hẹp động mạch chậu ngoài một bên, lan tới tận ĐM đùi 8. Tắc động mạch chậu gốc hai bên
D	9. Hẹp lan tỏa, nhiều vị trí, dài trên 10 cm ở ĐM chậu gốc, chậu ngoài và ĐM đùi chung. 10. Tắc ĐM chậu gốc và chậu ngoài cùng bên. 11. Tắc ĐM chậu ngoài hai bên. 12. Tổn thương lan tỏa cả ĐM chủ bụng và ĐM chậu hai bên. 13. Hẹp ĐM chậu trên BN có phình ĐMC bụng hoặc có tổn thương khác đòi hỏi phải phẫu thuật ĐMC bụng hoặc ĐM chậu.

Bảng 5: điểm hình thái tổn thương động mạch đùi – khoeo theo TASC

TASC	Đặc điểm tổn thương
A	1. Hẹp đơn độc dưới 3 cm của ĐM đùi nông hoặc ĐM khoeo.
B	2. Hẹp đơn độc từ 3 – 10 cm chiều dài, không lan tới đoạn xa ĐM khoeo. 3. Hẹp kèm theo vôi hóa nặng trên 3 cm chiều dài. 4. Hẹp hoặc tắc nhiều vị trí, mỗi vị trí dài dưới 3 cm. 5. Hẹp đơn độc hoặc nhiều vị trí nhưng không lan tới ĐM vùng cẳng chân.
C	6. Hẹp đơn độc hoặc tắc nghẽn dài trên 5 cm. 7. Hẹp hoặc tắc ở nhiều vị trí, mỗi vị trí dài từ 3 – 5 cm, có hoặc không kèm theo sự vôi hóa nặng nề.
D	8. Tắc hoàn toàn ĐM đùi chung, hoặc ĐM đùi nông, hoặc tắc hoàn toàn ĐM khoeo tới tận vị trí chia ra thân chày mác.

1.5. Điều trị triệu chứng đau cách hồi chi dưới bằng phẫu thuật

1.5.1. Chỉ định

Khuyến cáo

Nhóm I:

• Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM được chỉ định cho những BN có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, không đáp ứng với điều trị nội khoa và tập luyện PHCN, mà các triệu chứng này có thể được cải thiện với điều trị tái tưới máu (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb:

• Đối với nhóm bệnh nhân BDMCD trẻ hơn 50 tuổi có kèm theo bệnh lý xơ vữa động mạch ở các vị trí khác, hiệu quả của phẫu thuật điều trị triệu chứng đau cách hồi vẫn chưa rõ ràng (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III:

• Phẫu thuật không được chỉ định để điều trị dự phòng tiến triển thiếu máu chi dưới trầm trọng ở bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi (mức độ bằng chứng B).

1.5.2. Đánh giá trước phẫu thuật

Khuyến cáo:

Nhóm I:

• Bệnh nhân bị BDMCD có chỉ định phẫu thuật bắc cầu cần được đánh giá đầy đủ về các yếu tố nguy cơ tim mạch trước khi tiến hành phẫu thuật (mức độ bằng chứng B).

Bệnh động mạch chi dưới thường phối hợp với bệnh lý mạch vành, với nguy cơ thiếu máu cục bộ cơ tim cả ngắn hạn và dài hạn đều cao, vì vậy, cần lượng giá đầy đủ nguy cơ tim mạch trước phẫu thuật, dù tổn thương ở tầng động mạch nào. Nguy cơ quanh phẫu thuật càng cao nếu bệnh nhân có tiền sử thiếu máu cục bộ cơ tim, đang bị đau thắt ngực, hoặc có bất thường trên điện tâm đồ.

1.5.3. Môi trường quan giữa triệu chứng lâm sàng và vị trí tổn thương giải phẫu

Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch nhằm phục hồi khả năng tưới máu qua vị trí động mạch bị tổn thương và cải thiện triệu chứng đau cách hồi. Vị trí đau cách hồi thường ở các nhóm cơ phía sau vị trí tắc hoặc hẹp khít của động mạch.

Về giải phẫu, có thể chia làm ba tầng tổn thương động mạch, với đặc điểm lâm sàng khác nhau:

a, Tầng động mạch chủ - chậu: thường gây ra chứng đau cách hồi vùng mông, hoặc vùng đùi.

Nếu tổn thương ở vị trí chia đôi của động mạch chậu, hay tại động mạch chậu trong, có thể gây ra rối loạn về cương dương đối với nam giới.

b, Tầng động mạch đùi – khoeo: chỉ những tổn thương hẹp tắc từ động mạch đùi chung tới trước vị trí chia của thân chày mác. Trong đó, hẹp/tắc động mạch đùi nông là tổn thương phổ biến nhất, thường gây ra triệu chứng đau cách hồi vùng bắp chân điển hình. Tuy nhiên, do động mạch đùi sâu đóng vai trò động mạch bàng hệ quan trọng nối với động mạch khoeo, tắc động mạch đùi nông đơn độc hiếm khi gây ra tình trạng thiếu máu chi dưới trầm trọng.

c, Tầng động mạch vùng cẳng chân: chỉ những tổn thương của động mạch chày trước, chày sau, mác và các động mạch vùng bàn chân. Do tuần hoàn bàng hệ vùng này tương đối nghèo nàn, tắc nghẽn các động mạch vùng cẳng chân thường gây ra thiếu máu chi dưới trầm trọng. Nhưng chỉ tổn thương đơn độc một động mạch ít khi gây ra triệu chứng đau cách hồi.

1.5.4. Phương pháp phẫu thuật

Đối với bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi, chiến lược tái tưới máu đầu tiên được lựa chọn là can thiệp động mạch qua da, do nguy cơ thấp hơn. Phẫu thuật bắc cầu thường chỉ đặt ra khi tổn thương giải phẫu không phù hợp với điều trị can thiệp động mạch. Sau khi đã phân tích các hình ảnh cận lâm sàng của tổn thương động mạch, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật còn phải cân nhắc trên cơ sở tuổi, giới của bệnh nhân, các can thiệp động mạch trước đó. Mục đích điều trị là cải thiện tưới máu ở xa, hay cải thiện khoảng cách đi bộ. Nếu bệnh nhân có bệnh lý động mạch ở cả tầng chủ - chậu, và đùi - khoeo, thì các tổn thương động mạch tầng chủ - chậu được ưu tiên phẫu thuật trước.

1.5.4.1. Phẫu thuật với BDMCD tầng chủ - chậu

Khuyến cáo

Nhóm I

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM chủ - ĐM

đùi hai bên được chỉ định cho những BN có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, nhưng không đáp ứng với điều trị nội khoa và tập luyện PHCN, với tổn thương giải phẫu không phù hợp cho can thiệp động mạch qua da (mức độ bằng chứng B).

- Chỉ định phẫu thuật lấy mảng xơ vữa ĐM chậu và bắc cầu nối chủ - chậu hay chậu - đùi đối với tắc một bên động mạch chậu, hoặc phối hợp với cầu nối ĐM đùi - đùi trong trường hợp có tắc nghẽn động mạch chậu hai bên, và không thể làm cầu nối động mạch chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi có thể được cân nhắc chỉ định với tổn thương tắc nghẽn động mạch chủ bụng dưới chỗ chia động mạch thận với triệu chứng đau cách hồi làm suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống, nhưng không thể làm phẫu thuật bắc cầu ĐM chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi không được chỉ định đối với tổn thương tắc nghẽn động mạch chủ bụng dưới chỗ chia động mạch thận nhưng không gây triệu chứng đau cách hồi rõ rệt (mức độ bằng chứng B).

1.5.4.2. BDMCD tầng đùi - khoeo:

Khuyến cáo

Nhóm I

- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía trên gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng A).
- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIa

- Đối với phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối, chỉ nên sử dụng

cầu nối nhân tạo khi không thể lấy được tĩnh mạch tự thân từ hai chân hoặc tay (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIb

- Cầu nối động mạch đùi – động mạch chày bằng tĩnh mạch tự thân hiếm khi được chỉ định cho bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (do nguy cơ cao cắt cụt chi, và tắc lại cầu nối) (mức độ bằng chứng B).

- Cầu nối nhân tạo tới động mạch khoeo phía trên gối hiếm khi được chỉ định do tuổi thọ thấp (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III

- Cầu nối động mạch đùi – động mạch chày bằng vật liệu nhân tạo không được chỉ định trong phẫu thuật điều trị đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng C).

1.5.4.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ bụng – động mạch đùi hai bên cần được theo dõi định kỳ về sự tái phát hay tiến triển của triệu chứng đau cách hồi, bắt mạch đùi hai bên, đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng tĩnh mạch hiển tự thân cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cầu nối, mạch phía hạ lưu), siêu âm Doppler toàn bộ mạch chi dưới với đo vận tốc tâm thu tối đa trong cầu nối, tỷ số vận tốc tại các vị trí tổn thương (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng mạch nhân tạo cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cầu nối, mạch phía hạ lưu), đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng C).

2. Điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng

2.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa thiếu máu chi dưới trầm trọng chủ yếu là giảm đau, chăm sóc để làm liền vết loét hay hoại tử, giảm nguy cơ bị cắt cụt chi. Prostaglandins là nhóm thuốc duy nhất được chứng minh là có hiệu quả cải thiện vi tuần hoàn, tăng cường tuần hoàn bàng hệ tưới máu cho chi bị tổn thương.

Cilostazol và Pentoxifylline

Khuyến cáo

Nhóm III:

- Pentoxifylline không có hiệu quả điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng (mức độ bằng chứng B).

Cilostazol chưa được nghiên cứu đầy đủ và cũng chưa chứng minh được hiệu quả điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng.

Prostaglandins

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Điều trị PGE – 1 hoặc iloprost đường tĩnh mạch từ 7 – 28 ngày có thể làm giảm triệu chứng đau khi nghỉ, làm vết loét chi dưới của BN TMCDTT chóng lành hơn, nhưng hiệu quả điều trị vẫn còn giới hạn trong các nghiên cứu nhỏ có số lượng bệnh nhân hạn chế (mức độ bằng chứng A).

Nhóm III:

- Iloprost đường uống không làm giảm nguy cơ cắt cụt chi hay tử vong ở BN TMCDTT (mức độ bằng chứng B).

Các yếu tố tân tạo mạch máu

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Các yếu tố tân tạo mạch máu chưa chứng minh được hiệu quả điều trị với BN TMCDTT và cần được nghiên cứu thêm bằng các thử nghiệm lâm sàng bệnh - chứng (mức độ bằng chứng C).

2.2. Điều trị can thiệp qua da với bệnh nhân TMCDDT

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Bệnh nhân TMCDDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, cần được ưu tiên điều trị tầng động mạch chủ - chậu trước (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân TMCDDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, nếu sau can thiệp tái tưới máu tầng chủ - chậu vẫn còn triệu chứng của TMCDDT hoặc nhiễm trùng, cần chỉ định các biện pháp tái tưới máu điều trị tổn thương tầng đùi - khoeo (mức độ bằng chứng B).

Chỉ định điều trị kinh điển của TMCDDT là phẫu thuật bắc cầu động mạch, hoặc cắt cụt chi hoại tử. Nhưng các tiến bộ trong lĩnh vực can thiệp động mạch qua da đã giúp phương pháp này được chỉ định ngày càng phổ biến trong TMCDDT, ngay cả đối với những trường hợp phức tạp như tắc động mạch chậu, động mạch đùi hay động mạch chày trên đoạn dài.

Yêu cầu đặt ra trước điều trị can thiệp/phẫu thuật là xác định (a) tính chất cấp tính, hay mạn tính của thiếu máu chi dưới trầm trọng; (b) các bệnh lý phối hợp; (c) đặc điểm giải phẫu động mạch. Những bệnh nhân có TMCD trầm trọng với hoại tử chi, nhiễm trùng toàn thân cần phải được chỉ định cắt cụt phần chi hoại tử sớm, tránh sốc nhiễm khuẩn. Chỉ định can thiệp động mạch phụ thuộc vào việc tưới máu móm cụt có đủ để liền vết mổ hay không. Với bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo nặng nề như thiếu máu cục bộ cơ tim, TBMN, suy tim, suy thận, bệnh phổi mạn, can thiệp động mạch qua da nếu có thể, được ưu tiên hơn phẫu thuật bắc cầu, do những nguy cơ quanh phẫu thuật cao.

2.3. Điều trị lấy huyết khối/tiêu huyết khối đối với thiếu máu chi dưới trầm trọng cấp và mạn tính

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Điều trị tiêu huyết khối qua catheter là phương pháp hiệu quả để điều trị bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới (Rutherford độ I và IIa) trong vòng 14 ngày (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIa:

- Hút huyết khối bằng dụng cụ thường xuyên được chỉ định như là điều trị bổ sung với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới do tắc nghẽn động mạch ngoại biên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb:

- Tiêu huyết khối qua đường catheter và hút huyết khối có thể cân nhắc chỉ định với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới (Rutherford độ IIb) có thời gian trên 14 ngày (mức độ bằng chứng B).

2.4. Điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng bằng phẫu thuật

Khuyến cáo

Nhóm I:

- Bệnh nhân TMCDDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, cần được ưu tiên phẫu thuật điều trị tầng động mạch chủ - chậu trước (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân TMCDDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, nếu sau điều trị tái tưới máu tầng chủ - chậu vẫn còn triệu chứng của TMCDDT hoặc nhiễm trùng, cần chỉ định các biện pháp tái tưới máu điều trị tổn thương tầng đùi - khoeo (mức độ bằng chứng B).

- Bệnh nhân có hoại tử nặng vùng tỷ đè, không thể co duỗi được bàn chân, mất cảm giác đầu chi, đau khi nghỉ dai dẳng, nhiễm trùng, hoặc tuổi thọ hạn chế do bệnh lý phối hợp cần được đánh giá để phẫu thuật cắt cụt chi (mức độ bằng chứng C).

Nhóm III:

- Phẫu thuật hay can thiệp tái tưới máu không được chỉ định cho bệnh nhân có giảm cấp máu chi dưới trầm trọng với ABI < 0,4 nhưng không có triệu chứng lâm sàng của TMCDDT.

2.4.1. Phẫu thuật với BDMCD tầng chủ - chậu

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM chủ - ĐM đùi hai bên được chỉ định cho những BN tổn thương tầng động mạch chủ bụng - 2 động mạch chậu có triệu chứng lâm sàng rõ rệt gây ảnh hưởng huyết động (mức độ bằng chứng A).

- Chỉ định phẫu thuật lấy mảng xơ vữa ĐM chậu và bắc cầu nối chủ - chậu hay chậu - đùi đối với tắc một bên động mạch chậu, hoặc phối hợp với cầu nối ĐM đùi - đùi trong trường hợp có tắc nghẽn động mạch chậu hai bên, và không thể làm cầu nối động mạch chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi được chỉ định cho BN tổn thương tầng động mạch chủ bụng - động mạch chậu gây TMCDTT nhưng không thực hiện được các can thiệp tái tưới máu khác (mức độ bằng chứng B).

2.4.2. Phẫu thuật với BDMCD tầng đùi - khoeo

Khuyến cáo

Nhóm I

- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía trên gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng A).

- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng B).

- Động mạch ở phía xa nhất vẫn ghi được dòng chảy liên tục, và mức độ hẹp dưới 20% được sử dụng làm vị trí miệng nối đầu tiên của cầu nối động mạch (mức độ bằng chứng B).

- Động mạch chày hoặc mu chân vẫn còn ghi được dòng chảy liên tục, được sử dụng để làm miệng nối xa của cầu nối động mạch (mức độ bằng chứng B).

- Cầu nối động mạch đùi - chày nên được sử dụng bằng tĩnh mạch hiển lớn tự thân cùng bên, hoặc bằng các tĩnh mạch chi dưới hoặc chi trên khác (mức độ bằng chứng B).

- Cầu nối composite đùi - khoeo - chày, hoặc tới ĐM khoeo đơn độc nhưng có tuần hoàn bàng hệ tới bàn chân, là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn khi không tìm được cầu nối tự thân phù hợp (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIa:

- Đối với phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối, chỉ nên sử dụng cầu nối nhân tạo khi không thể lấy được tĩnh mạch tự thân từ chi dưới hoặc chi trên (mức độ bằng chứng B).

2.4.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Trừ khi có chống chỉ định, tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật tái tưới máu chi dưới do TMCDTT đều phải được điều trị chống ngưng tập tiểu cầu, và việc điều trị này cần thiết phải duy trì cả đời (mức độ bằng chứng A).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ bụng - động mạch đùi hai bên cần được theo dõi định kỳ về sự tái phát hay tiến triển của triệu chứng đau cách hồi, bắt mạch đùi hai bên, đo ABI (mức độ bằng chứng B).

- Nếu sau điều trị tái tưới máu tầng động mạch chủ - chậu, vẫn còn tồn tại nhiễm trùng, loét hay hoại tử chi với ABI > 0,8 thì cần phải chỉ định điều trị tái tưới máu cho tất cả các tổn thương tắc nghẽn hay hẹp có ý nghĩa của tầng động mạch đùi - khoeo (mức độ bằng chứng A).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng tĩnh mạch hiển tự thân cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát hoặc tiến triển của chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gân, cầu nối, mạch phía hạ lưu), siêu âm Doppler toàn bộ mạch chi dưới với đo vận tốc tâm thu tối đa trong cầu nối, tỷ số vận tốc tại các vị trí tổn thương (mức độ bằng chứng A).

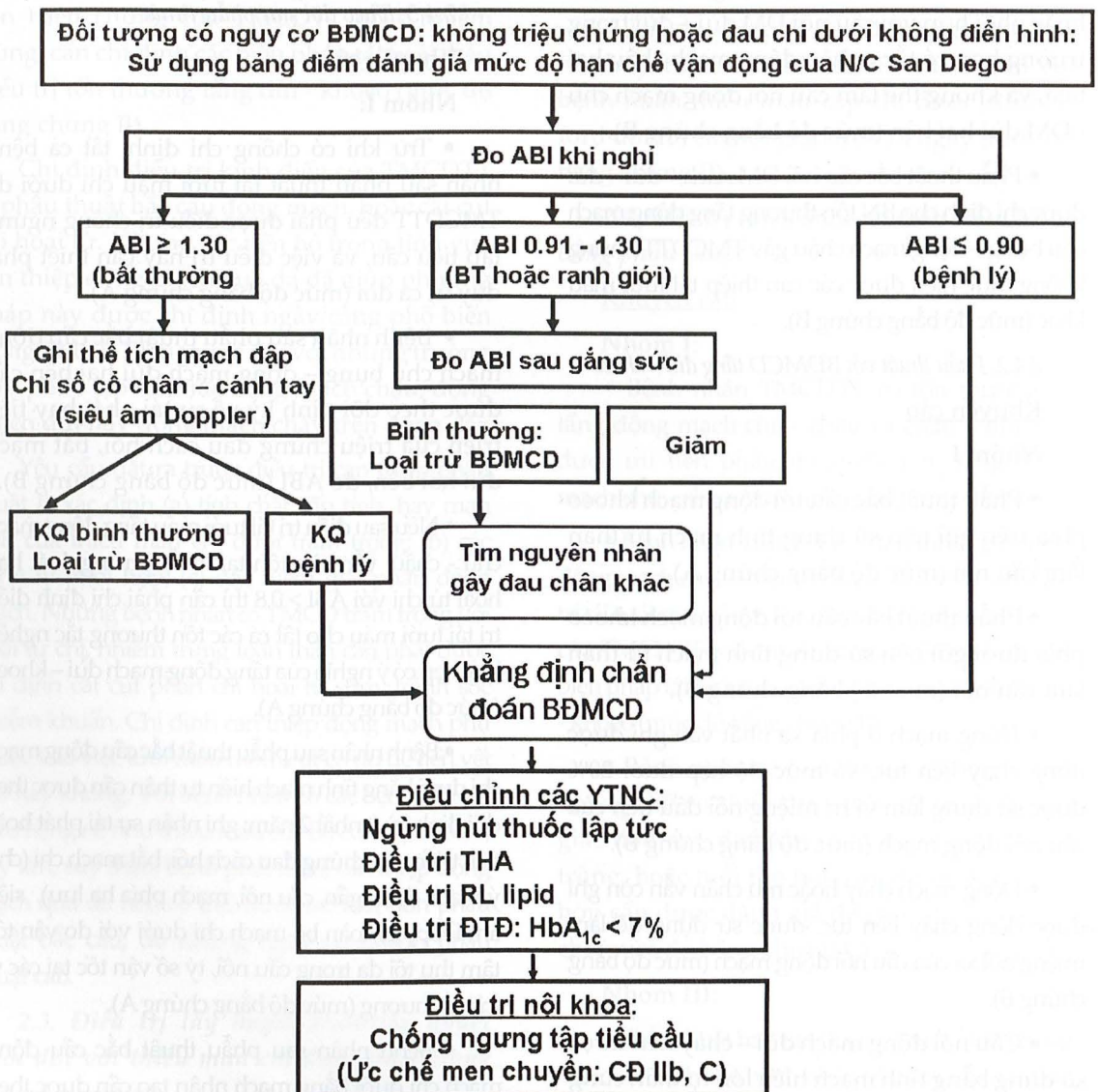
- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng mạch nhân tạo cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát

chúng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gân, cầu nối, mạch phía hạ lưu), đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng A).

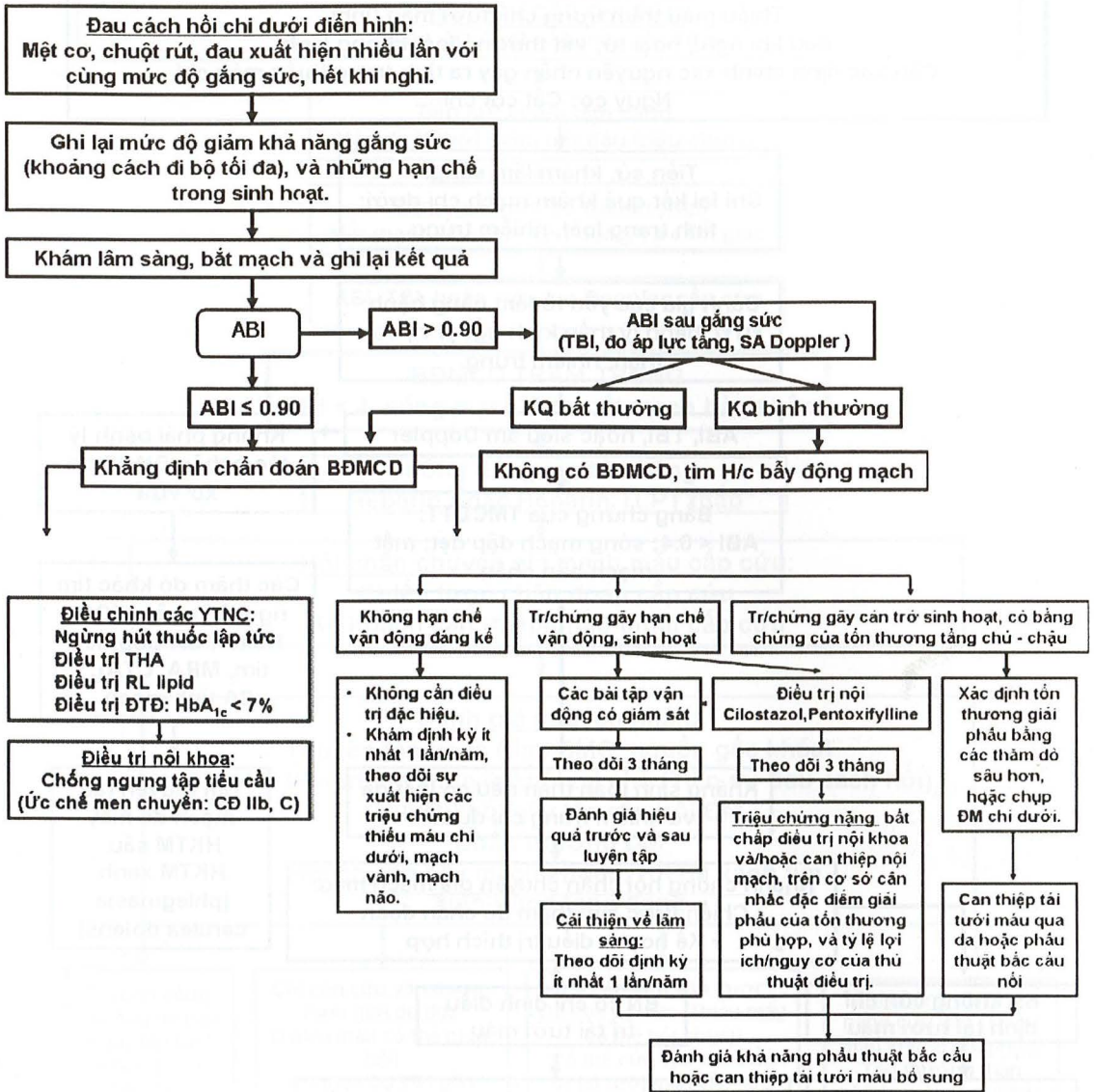
Để đảm bảo kết quả tái tưới máu tối ưu, và giảm tối thiểu nguy cơ bị các biến cố tim mạch (NMCT, đột quy), bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch cần tiếp tục được điều trị duy trì chống ngưng tập tiểu cầu với aspirin hoặc clopidogrel, phối hợp điều trị các yếu tố nguy cơ tim

mạch và bệnh lý kèm theo. Việc theo dõi định kỳ được tiến hành ít nhất 2 năm, siêu âm Doppler được chỉ định theo dõi cầu nối tĩnh mạch, đánh giá dòng chảy, các miệng nối, phát hiện hẹp tái phát... Vai trò của siêu âm trong theo dõi cầu nối động mạch nhân tạo chưa rõ ràng, trong trường hợp này, đánh giá định kỳ ABI lúc nghỉ và sau gắng sức là cần thiết.

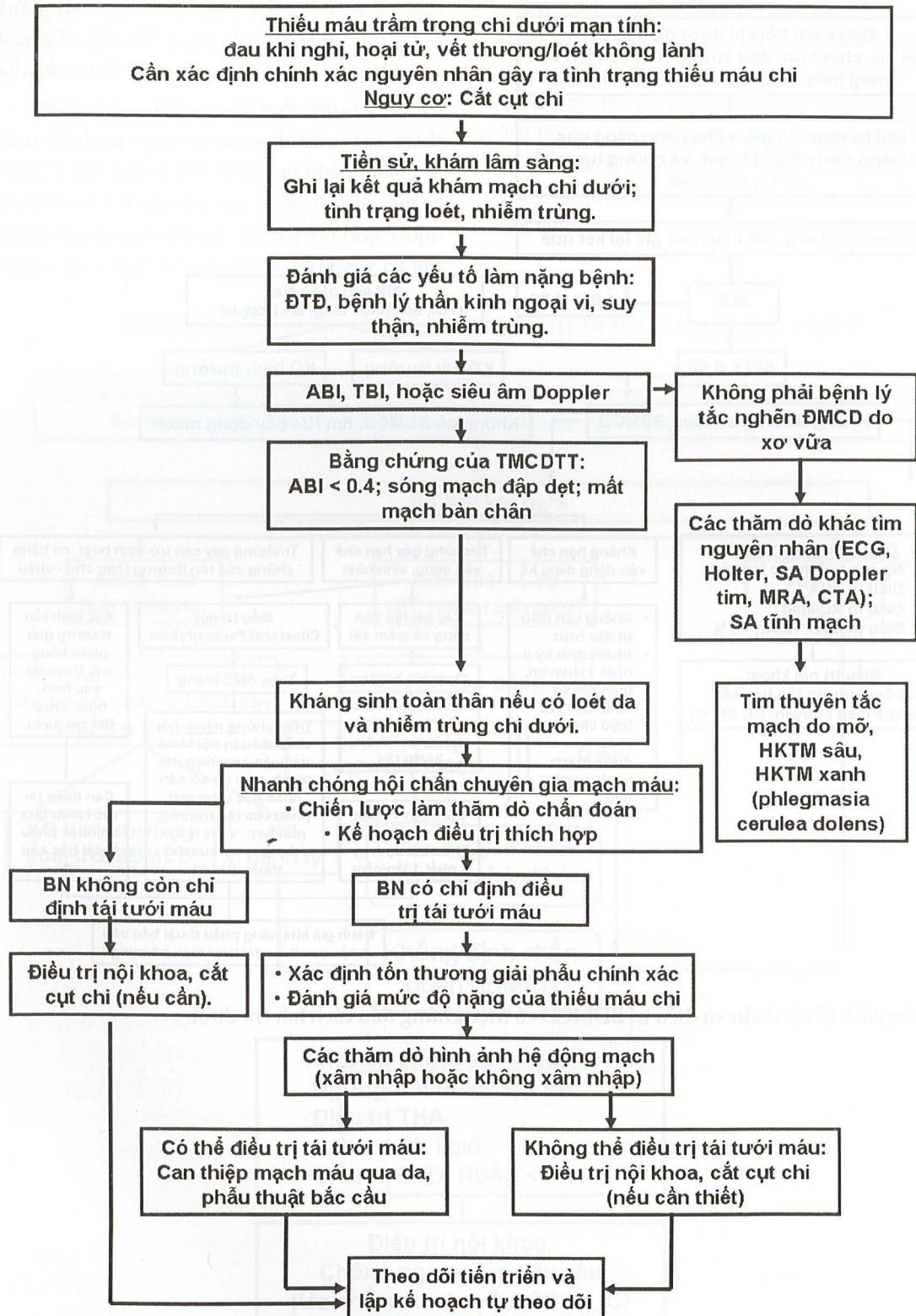
SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI



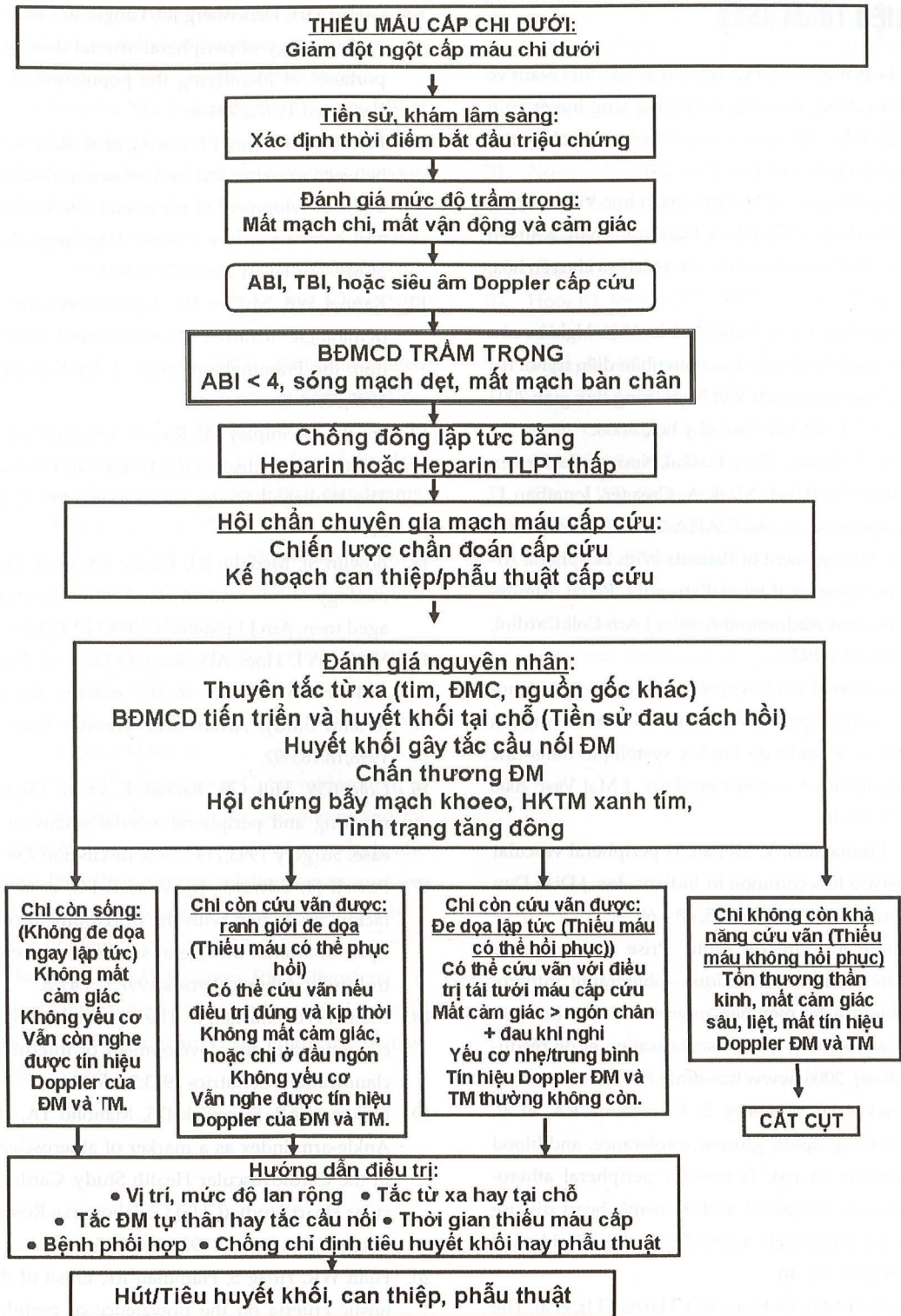
Sơ đồ 1: Chẩn đoán và điều trị BDMCD không có triệu chứng hoặc triệu chứng không điển hình.



Sơ đồ 2: Chẩn đoán và điều trị BDMCD có triệu chứng đau cách hồi chi dưới.



Sơ đồ 3: Chẩn đoán và điều trị BDMCD có triệu chứng thiếu máu chi dưới trầm trọng



Sơ đồ 5: Chẩn đoán và điều trị BĐMCD có triệu chứng thiếu máu chi dưới cấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, 235 – 291.
2. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị rối loạn lipid máu. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, 476 – 497.
3. Phạm Việt Tuấn, Nguyễn Lân Việt. Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003 – 2007. Luận văn thạc sỹ y học, 2008.
4. Alan T. Hirsch, Ziv J. Haskal, Norman R. Hertzler, Curtis W. Bakal, Mark A. Creager, Jonathan L. Halperin et al. ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic) *J Am Coll Cardiol*, 2006; 47:1-192.
5. Boccalon H et al. Appréciation de la prévalence de l'artériopathie des membres inférieurs en France à l'aide de l'index systolique dans une population à risque vasculaire. *J Mal Vasc* 2000 ; 25 : 38-46.
6. G. Premalatha, V. Mohan. Is peripheral vascular disease less common in Indians. *Ins. J.Diab.Dev. Countries* (1995), Vol.15, 68 – 69.
7. Haute autorité de santé. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indication médicamenteuse, de revascularisation et de rééducation). 2006. www.has-sante.fr.
8. Fowkes FG, Housley E, Riemersma RA, et al. Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. *Am J Epidemiol* 1992;135:331-40.
9. Taylor LM Jr, DeFrang RD, Harris EJ Jr, et al. The association of elevated plasma homocyst(e)ine with progression of symptomatic peripheral arterial disease. *J Vasc Surg* 1991;13:128-36.
10. Criqui MH, Denenberg JO, Langer RD, et al. The epidemiology of peripheral arterial disease: importance of identifying the population at risk. *Vasc Med* 1997;2:221-6.
11. Price JF, Mowbray PI, Lee AJ, et al. Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease: Edinburgh Artery Study. *Eur Heart J* 1999;20:344-53.
12. Kannel WB, McGee DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study. *J Am Geriatr Soc* 1985;33:13-8.
13. Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Intermittent claudication, heart disease risk factors, and mortality. The Whitehall Study. *Circulation* 1990;82:1925-31.
14. Bowlin SJ, Medalie JH, Flocke SA, et al. Epidemiology of intermittent claudication in middle-aged men. *Am J Epidemiol* 1994;140:418-30.
15. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, et al. Peripheral arterial disease in the elderly: the Rotterdam Study. *Arterioscler Thromb Vasc Biol* 1998;18:185-92.
16. Cole CW, Hill GB, Farzad E, et al. Cigarette smoking and peripheral arterial occlusive disease. *Surgery* 1993;114:753-6; discussion 756-7.
17. Powell JT, Edwards RJ, Worrell PC, et al. Risk factors associated with the development of peripheral arterial disease in smokers: a case-control study. *Atherosclerosis* 1997;129:41-8.
18. Kannel WB, Shurtleff D. The Framingham Study: cigarettes and the development of intermittent claudication. *Geriatrics* 1973;28: 61-8.
19. Newman AB, Siscovick DS, Manolio TA, et al. Ankle-arm index as a marker of atherosclerosis in the Cardiovascular Health Study. Cardiovascular Health Study (CHS) Collaborative Research Group. *Circulation* 1993;88:837-45.
20. Hiatt WR, Hoag S, Hamman RF. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease. The San Luis Valley Diabetes Study. *Circulation* 1995;91:1472-9.
21. Beks PJ, Mackaay AJ, de Neeling JN, et al. Pe-

- ripheral arterial disease in relation to glycaemic level in an elderly Caucasian population: the Hoorn study. *Diabetologia* 1995;38:86-96.
22. Katsilambros NL, Tsapogas PC, Arvanitis MP, et al. Risk factors for lower extremity arterial disease in non-insulin-dependent diabetic persons. *Diabet Med* 1996;13:243-6.
 23. Bowers BL, Valentine RJ, Myers SI, et al. The natural history of patients with claudication with toe pressures of 40 mm Hg or less. *J Vasc Surg* 1993;18:506-11.
 24. McDaniel MD, Cronenwett JL. Basic data related to the natural history of intermittent claudication. *Ann Vasc Surg* 1989;3:273-7.
 25. Dormandy JA, Murray GD. The fate of the claudicant-a prospective study of 1969 claudicants. *Eur J Vasc Surg* 1991; 5:131-3.
 26. Most RS, Sinnock P. The epidemiology of lower extremity amputations in diabetic individuals. *Diabetes Care* 1983;6:87-91.
 27. Murabito JM, Evans JC, Nieto K, et al. Prevalence and clinical correlates of peripheral arterial disease in the Framingham Offspring Study. *Am Heart J* 2002;143:961-5.
 28. Ingolfsson IO, Sigurdsson G, Sigvaldason H, et al. A marked decline in the prevalence and incidence of intermittent claudication in Icelandic men 1968-1986: a strong relationship to smoking and serum cholesterol—the Reykjavik Study. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1237-43.
 29. Murabito JM, D'Agostino RB, Silbershatz H, et al. Intermittent claudication. A risk profile from The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997;96:44-9.
 30. Bainton D, Sweetnam P, Baker I, et al. Peripheral vascular disease: consequence for survival and association with risk factors in the Speedwell prospective heart disease study. *Br Heart J* 1994; 72:128-32.
 31. Novo S, Avellone G, Di Garbo V, et al. Prevalence of risk factors in patients with peripheral arterial disease: a clinical and epidemiological evaluation. *Int Angiol* 1992;11:218-29.
 32. Hooi JD, Stoffers HE, Kester AD, et al. Risk factors and cardiovascular diseases associated with asymptomatic peripheral arterial occlusive disease. The Limburg PAOD Study. *Peripheral Arterial Occlusive Disease. Scand J Prim Health Care* 1998;16:177-82.
 33. Kannel WB, Skinner JJ Jr, Schwartz MJ, et al. Intermittent claudication: incidence in the Framingham Study. *Circulation* 1970;41:875-83.
 34. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001;286:1317-24.

CHUYÊN ĐỀ CHO NGƯỜI BỆNH

Trầm Cảm Ở Bệnh Nhân Suy Tim: Một Thách Thức Lâm Sàng

Vân Đức Hạnh, Phạm Mạnh Hùng, Phạm Thị An, Phạm Gia Khải
Viện Tim Mạch Quốc Gia Việt Nam

TÓM TẮT:

Trầm cảm là một bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân suy tim, tỉ lệ bệnh nhân bị trầm cảm tăng lên rõ rệt theo mức độ nặng của suy tim, mặt khác trầm cảm là một yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy tim. Nhiều nghiên cứu kết luận trầm cảm làm tăng tỉ lệ tái nhập viện, tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim. Mặc dù thuốc chẹn beta giao cảm thường được cho là yếu tố làm phát triển và nặng lên tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân suy tim nhưng những bằng chứng cho mối liên quan này còn rất hạn chế, vì vậy không khuyến cáo ngừng điều trị thuốc chẹn beta giao cảm ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm. Hiện tại vẫn chưa có biện pháp điều trị trầm cảm nào được chứng minh cải thiện tiên lượng lâu dài ở những bệnh nhân suy tim, chúng ta cần thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn để tìm ra một liệu pháp điều trị trầm cảm tối ưu cho các bệnh nhân suy tim này. Mặt khác việc chẩn đoán sớm trầm cảm ở bệnh nhân suy tim còn là một thách thức không nhỏ đối với thầy thuốc lâm sàng.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM VÀ SUY TIM KHÔNG RÕ RÀNG NHƯ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM VÀ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH VÀNH. RẤT NHIỀU CÁC CÂU HỎI NGHIÊN CỨU ĐƯỢC ĐẶT RA:

- Tỉ lệ trầm cảm ở bệnh nhân suy tim là bao nhiêu phần trăm?
- Mức độ nặng của suy tim có ảnh hưởng đến trầm cảm không?
- Trầm cảm có phải là một yếu tố nguy cơ của suy tim? nếu có thì tại sao?
- Phương pháp nào giúp chẩn đoán được trầm cảm ở những bệnh nhân suy tim?
- Điều trị trầm cảm có giúp cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân suy tim không?

Phần khó khăn trong việc xác định mối quan hệ giữa trầm cảm và suy tim là ở chỗ suy tim là một bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi – những người hay gặp các rối loạn về cảm xúc lo âu sâu não và trầm cảm với tỉ lệ tương ứng là 22,3% và 13,3%. Tuy nhiên, từ lâu mối quan

hệ giữa trầm cảm và suy tim đã được quan tâm và rất nhiều nghiên cứu về mối quan hệ này đã được tiến hành. Nhưng hầu hết các nghiên cứu không được thực hiện một cách chuẩn hóa, do đó việc so sánh các kết quả của các nghiên cứu rất khó khăn.

Trầm cảm: vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim

Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng tỉ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân suy tim khá cao, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi, mắc bệnh nhiều năm. Hơn nữa, trầm cảm có mối quan hệ chặt chẽ với mức độ nặng của suy tim và làm nặng thêm tiên lượng bệnh. Một nghiên cứu của Jiang và cộng sự năm 2001 dùng bộ câu hỏi trầm cảm Beck để sàng lọc trầm cảm ở bệnh nhân suy tim, nghiên cứu này được tiến hành trong 374 bệnh viện. Kết quả của nghiên cứu cho thấy có khoảng 35% bệnh nhân suy tim có biểu hiện trầm cảm ít nhất ở mức độ nhẹ. Các thăm dò sâu hơn cho thấy có 14% các trường hợp phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm.

Một nghiên cứu cộng gộp dựa trên 27 nghiên cứu được Rutledge tiến hành năm 2006 phát hiện có 21% bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm. Tỷ lệ trầm cảm thay đổi theo các tiêu chuẩn khác nhau, ví dụ nếu áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm mở rộng thì tỷ lệ gặp trầm cảm chiếm đến 38% nhưng nếu chẩn đoán trầm cảm theo những tiêu chí nghiêm ngặt hơn thì tỷ lệ này chỉ khoảng 14%. Theo hiệp hội tim mạch New York, khả năng gắng sức có mối tương quan chặt chẽ với tỷ lệ trầm cảm: tỷ lệ này tăng đều từ 11% ở nhóm bệnh nhân suy tim NYHA I, đến 20% ở nhóm suy tim NYHA II, 38% ở nhóm suy tim NYHA III và 42% ở nhóm suy tim NYHA IV.

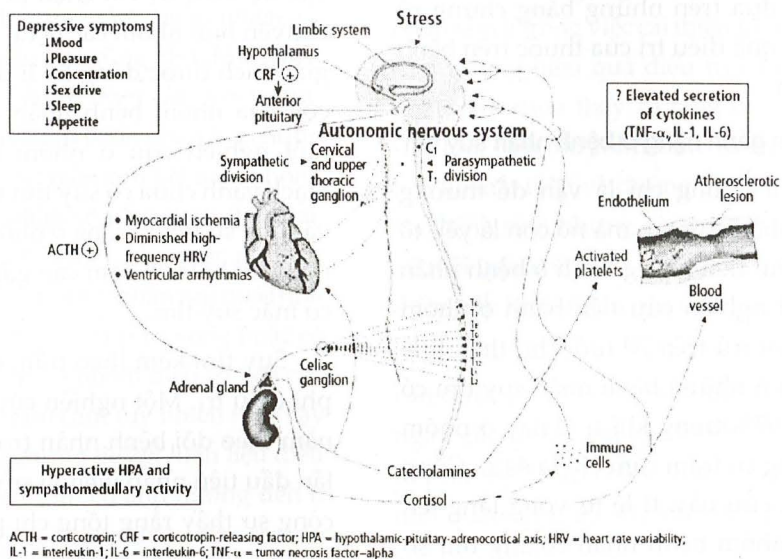
Trong một nghiên cứu trong phân tích gộp tiến hành trên các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú, Freedland và cộng sự đã kết luận rằng tỷ lệ trầm cảm có mối liên quan mật thiết với tuổi và khả năng hoạt động thể lực của họ. Ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, tỷ lệ mắc trầm cảm tăng đặc biệt rõ rệt theo mức độ nặng của suy tim. Trong thử nghiệm SCD-HeFT, các nhà nghiên cứu thấy có 36% bệnh nhân suy tim có kèm theo trầm cảm. Tương tự, theo dữ liệu chưa công bố của nghiên cứu HART thì có đến 1/3 số bệnh nhân suy tim trong cộng đồng bị trầm cảm.

Trầm cảm và suy tim có cùng một cơ sở sinh lý bệnh

Mối quan hệ giữa trầm cảm và bệnh lý tim mạch được mô tả chi tiết trong Hình 1. Hình này chỉ ra cơ chế sinh lý bệnh tương đồng nhau của 2 tình trạng bệnh. Hầu hết các cơ chế tâm lý và sinh lý học dẫn đến trầm cảm ở bệnh nhân suy tim đều đồng nhất với các cơ chế sinh lý bệnh của suy tim, bao gồm mất điều hòa hệ thống thần kinh thực vật, tăng sản xuất cortisol, cùng với tình trạng đông máu và tiền viêm toàn cơ thể. Một hướng nghiên cứu đáng lưu ý về tính đa hình của gen vận chuyển serotonin, chất có tác dụng kích thích bài tiết thứ phát catecholamine do stress ở chuột. Các gen vận chuyển serotonin cũng được tìm thấy là có liên quan đến trầm cảm do stress ở người. Đồng thời, norepinephrine cũng được cho là yếu tố nguy cơ làm nặng thêm tình trạng bệnh ở bệnh nhân suy tim và bệnh mạch vành.

Tóm lại, các bằng chứng cho thấy có một mối liên hệ chung giữa suy tim và trầm cảm, đồng thời những bằng chứng này cũng cho phép mở ra những hướng điều trị mới thống nhất cho cả 2 tình trạng bệnh.

The relationship between major depression and cardiovascular disease



Hình 1: Mối liên hệ giữa trầm cảm và suy tim

Thuốc chẹn beta giao cảm không làm tăng nguy cơ trầm cảm

Quan điểm trước đây cho rằng các biện pháp điều trị thuốc thông thường ở bệnh nhân suy tim đặc biệt là biện pháp điều trị thuốc chẹn beta giao cảm là một yếu tố làm tiến triển và làm nặng thêm mức độ trầm cảm ở bệnh nhân suy tim. Tuy nhiên, các bằng chứng mới lại cho chúng ta một cái nhìn khác biệt về vấn đề này. Một phân tích gộp được công bố năm 2002 dựa trên 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên ở 2 nhóm bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chẹn beta giao cảm và giả dược cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ trầm cảm ở 2 nhóm bệnh nhân cũng như số lượng bệnh nhân rút khỏi nghiên cứu giả định là do xuất hiện triệu chứng trầm cảm hay do nguyên nhân khác. Tương tự, một nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc trầm cảm ở các bệnh nhân tăng huyết áp điều trị bằng các nhóm thuốc khác nhau (ví dụ như chẹn beta, lợi tiểu, reserpine hay không điều trị thuốc).

Với những lí do trên, chúng ta hoàn toàn có thể tiến hành điều trị chẹn beta cho các bệnh nhân suy tim có trầm cảm như một điều trị nền tảng dựa trên những bằng chứng rõ ràng về hiệu quả điều trị của thuốc trên bệnh nhân suy tim.

Trầm cảm làm gánh nặng ở bệnh nhân suy tim

Trầm cảm không chỉ là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim mà nó còn là yếu tố làm nặng thêm tiên lượng bệnh ở bệnh nhân suy tim. Một nghiên cứu tiến hành ở nhóm bệnh nhân nội trú trên 70 tuổi cho thấy tỉ lệ tái nhập viện ở những bệnh nhân suy tim có trầm cảm là 67% trong khi tỉ lệ này ở nhóm suy tim không có trầm cảm chỉ là 44%. Cũng trong nghiên cứu này, tỉ lệ tử vong tăng lên gấp 3 lần ở nhóm bệnh nhân có suy tim so sánh với nhóm không có suy tim, và tỉ lệ tử

vong cũng tăng gấp 2 lần ở nhóm bệnh nhân trầm cảm so sánh với nhóm không trầm cảm. Tỉ lệ tử vong là 21% ở những bệnh nhân vừa có suy tim vừa trầm cảm trong khi tỉ lệ này ở nhóm suy tim không có trầm cảm là 15%.

Trầm cảm làm giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim. Gottlieb và cộng sự đã thấy rằng, điểm chất lượng cuộc sống giảm rõ rệt ở những bệnh nhân suy tim có triệu chứng trầm cảm xác định theo thang điểm trầm cảm Beck. Rutledge và cộng sự đã tiến hành một phân tích gộp trên 27 nghiên cứu với mục đích phát hiện sớm các triệu chứng trầm cảm nhằm dự đoán sớm tiên lượng nặng qua các thông số tỉ lệ tái nhập viện, khả năng gắng sức, thời gian đi bộ. Phân tích này cũng kết luận tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm cao gấp 2 lần so với bệnh nhân suy tim không có trầm cảm.

Trong một thử nghiệm ở nhóm bệnh nhân trong cộng đồng gồm 48000 bệnh nhân suy tim, Macchia và cộng sự cũng cho thấy tỉ lệ sống còn giảm đáng kể ở bệnh nhân có tiền sử trầm cảm. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng các bệnh nhân trầm cảm thường ít tuân thủ chế độ điều trị với chẹn beta và ức chế men chuyển hơn nhóm các bệnh nhân khác, do đó giải thích được đáng kể lí do giảm tỉ lệ sống còn của nhóm bệnh nhân trầm cảm. Trong một nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành chưa có suy tim và trầm cảm, May và cộng sự tìm ra rằng ở nhóm bệnh nhân này nguy cơ bị trầm cảm cao gấp trên 4 lần nguy cơ mắc suy tim.

Suy tim kèm theo trầm cảm làm tăng chi phí điều trị. Một nghiên cứu hồi cứu trong 3 năm theo dõi bệnh nhân trong cộng đồng từ lần đầu tiên nhập viện vì suy tim, Sullivan và cộng sự thấy rằng tổng chi phí đã được hiệu chỉnh hàng năm tăng hơn khoảng 30% ở các

bệnh nhân suy tim có kèm theo trầm cảm, và nhu cầu cần sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân trầm cảm.

Chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán trầm cảm ở bệnh nhân suy tim

Có nhiều phương pháp chẩn đoán trầm cảm nhưng để tìm ra một phương pháp thực sự hữu ích, phù hợp với các thầy thuốc lâm sàng, có khả năng áp dụng ở bệnh nhân suy tim thực sự là một thử thách không nhỏ. Đơn giản như việc hỏi "Anh/ chị có bị trầm cảm không?" có độ nhạy 55% và độ đặc hiệu 74% trong cho chẩn đoán trầm cảm. Một nghiên cứu tại Anh đã thay đổi câu hỏi thành "Bạn có cảm thấy cuộc sống của bạn trống rỗng không?" cho thấy là câu hỏi sàng lọc phù hợp hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Hiệu quả của các phương pháp điều trị trầm cảm trên suy tim chưa rõ ràng.

Hiện tại vẫn chưa có nhiều bằng chứng thuyết phục về phương pháp điều trị trầm cảm ở bệnh nhân suy tim. Một số hướng dẫn điều trị hiện đang được sử dụng dựa vào các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân bị bệnh mạch vành. Thử nghiệm SADHART là một thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên, có đối chứng về tính hiệu quả cũng như độ an toàn của phương pháp điều trị trầm cảm với sertraline trong 24 tuần ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp nằm viện. Nghiên cứu kết luận không có sự khác biệt về phân số tổng máu thất trái, huyết áp, điện tâm đồ khi nghỉ và các rối loạn nhịp tim giữa hai nhóm bệnh nhân sau quá trình điều trị, có một số trường hợp tử vong hoặc có biến cố tim mạch nặng ở nhóm điều trị tích cực bằng thuốc chống trầm cảm tuy nhiên như vậy cũng chưa đủ bằng chứng để kết luận liệu điều trị thuốc chống trầm cảm có ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong hay không. Một nghiên cứu sau đó đã được thực hiện đánh giá điều trị sertraline

sau 12 tuần ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm. Mặc dù triệu chứng trầm cảm có cải thiện sau điều trị nhưng không thấy có lợi ích trên suy tim. Nghiên cứu HART được tiến hành trên những bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên về các tiêu chí rối loạn chức năng tâm thu, tâm trương; khả năng gắng sức (NYHA II hoặc III); các bệnh nhân được chia làm hai nhóm, nhóm thứ nhất nhận được chương trình giáo dục suy tim, nhóm thứ 2 nhận được chương trình giáo dục suy tim kèm theo chiến lược tự chăm sóc bản thân. Sau theo dõi 3 năm, không thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỉ lệ cũng như thời gian sống, hoặc tái nhập viện do suy tim.

Như vậy, hiệu quả của chiến lược điều trị tối ưu trầm cảm ở bệnh nhân suy tim còn chưa rõ ràng và còn cần thêm nhiều nghiên cứu nữa. Mặc dù vẫn có những hướng dẫn trong kiểm soát trầm cảm ở bệnh nhân mạch vành nhưng những hướng dẫn này không thực sự được sử dụng ở các bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm.

KẾT LUẬN

Mặc dù có nhiều bằng chứng cho thấy vai trò điều trị bằng các thuốc cũng như các liệu pháp tâm lý trong việc cải thiện triệu chứng trầm cảm nhưng hiệu quả điều trị của các phương pháp này chưa thấy rõ ràng ở các bệnh nhân suy tim. Mặc dù trầm cảm và suy tim có mối liên hệ mật thiết và dường như có cùng một cơ chế bệnh sinh nhưng những hiểu biết sâu hơn về mối quan hệ giữa các giai đoạn suy tim cần được tiếp tục nghiên cứu thêm.

Bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm cần được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời từ ngay giai đoạn đầu của bệnh. Vì vậy việc tìm ra phương pháp chẩn đoán và nhận biết sớm mối quan hệ giữa suy tim và trầm cảm là hết sức cần thiết.

TRAO ĐỔI CỦA CÁC CHUYÊN GIA

Bệnh tim mạch ở phụ nữ. Một báo động đỏ!

PGS. TS. BS Trần Văn Huy FACC FESC

Theo báo cáo của Tổ chức Y Tế Thế Giới năm 2004 cho thấy bệnh tim mạch đang là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở người lớn trên toàn thế giới và chiếm nhiều nhất là ở các nước đang phát triển, đặc biệt ở nữ chết nhiều hơn nam giới. Mỗi năm, phụ nữ chết do bệnh tim và đột quỵ là nhiều hơn cả ung thư, bệnh lao, sốt rét và nhiễm HIV/AIDS cộng lại. Cứ mỗi phút có trên 16 phụ nữ tử vong do bệnh tim mạch. Nó cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, mất sức lao động ở phụ nữ đang tuổi làm việc ảnh hưởng lớn đến nền kinh tế quốc gia. Tuy nhiên mỗi quan tâm hàng ngày ở phụ nữ đều cho rằng ung thư là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ. Nhưng thực tế cứ mỗi hai phụ nữ thì 1 người sẽ chết vì bệnh tim mạch. Trong lúc đó cứ 25 người mới có 1 người chết vì ung thư vú.

Bệnh tim mạch mà hàng đầu là xơ vữa động mạch bao gồm mạch vành, mạch não và mạch máu ngoại vi là do một số yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển là rối loạn mỡ máu, huyết áp tăng, đường máu tăng, thuốc lá, béo phì... và một số yếu tố khác như tuổi, giới, tính di truyền v.v... làm tổn thương tăng sinh nội mạc mạch máu, qua nhiều năm tháng hình thành mảng vữa xơ gây hẹp tắc lòng động mạch vành tạo nên các biến cố ở tim là cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim gọi chung là bệnh mạch vành và ở mạch não gọi là đột quỵ. Ở phụ nữ còn có thêm yếu tố nguy cơ gây gia tăng bệnh tim mạch là mãn kinh và dùng thuốc ngừa thai trong khi đang hút thuốc.

Sở dĩ bệnh tim mạch ở phụ nữ chưa được quan tâm bởi sai lầm lớn nhất là quan niệm bệnh mạch vành là bệnh của đàn ông. Triệu chứng bệnh mạch vành cấp ở phụ nữ thường mơ hồ làm rất khó khăn trong chẩn đoán, gần 40% là không có triệu chứng đau ngực, và thường có thể có những biểu hiện của những cơn đau khác như đau ở cổ, vai, vùng dạ dày, nhịp thở gấp, nôn mửa, đổ mồ hôi, hoa mắt chóng mặt hoặc những sự mệt mỏi khác dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Mặt khác 2/3 bệnh mạch vành ở phụ nữ thường chết đột ngột không có dấu hiệu báo trước. Ngoài ra một đặc tính có tính cách truyền thống của phụ nữ Á Đông là luôn có tính chịu đựng, chịu thương, chịu khó, luôn hết mình lo cho chồng, cho con, cho gia đình hơn là cho chính bản thân mình nên dẫn đến khi phát hiện bệnh thì thường đã nặng. Đa số phụ nữ ngay cả khi lên cơn đau, vẫn có khuynh hướng lưỡng lự do dự chần chừ không đi cấp cứu sớm. Hậu quả là đến bệnh viện quá trễ. Một số không ít phụ nữ thường thích tự chọn chuyên khoa để đến khám bệnh dựa theo triệu chứng, nên nhiều người ít khi đến ngay thầy thuốc chuyên khoa tim mạch mà lòng vòng nhiều nơi, nên không can thiệp kịp thời. Ngày nay bệnh tim không chỉ gặp ở phụ nữ lớn tuổi với nhiều bệnh phối hợp mà còn gặp nhiều ở phụ nữ <50 tuổi và tử vong do nhồi máu cơ tim ở nhóm tuổi này thường gấp đôi so với nam giới. Chính vì vậy Đại hội Tim Mạch toàn quốc năm nay đã tập trung cảnh báo về nguy cơ bệnh tim mạch ở phụ nữ mà đã được thế giới đặc biệt chú ý

trong nhiều năm qua. Biểu tượng cảnh báo bệnh tim mạch ở phụ nữ là hình ảnh người phụ nữ với áo dài đỏ, đây không chỉ màu của truyền thống hào hùng dân tộc, màu của thủy chung trung hậu đảm đang của phụ nữ Việt Nam anh hùng qua các thời đại, mà còn bao hàm một ý nghĩa lớn là Nguy Cơ Bệnh Tim Mạch ở Phụ Nữ đang Báo Động Đỏ. Cộng đồng thầy thuốc tim mạch khẩn thiết kêu gọi tất cả phụ nữ Việt Nam ngay từ tuổi trung thiếu niên cho đến người lớn tuổi hãy cùng nhận thức để hành động, cùng chung tay vì một sức khỏe tim mạch cộng đồng, vì sức khỏe tim mạch của phụ nữ, hãy cùng nhau vì một trái tim khỏe để phục vụ xã hội, phục vụ cộng đồng, gia đình và cho chính bản thân của mình, làm cho xã hội phát triển tiến bộ bền vững bởi vì phụ nữ chính là nền tảng của gia đình và xã hội.

Phụ nữ khi nhận thức tốt về các yếu nguy cơ tim mạch sẽ là người bảo vệ phòng ngừa bệnh tim mạch tốt nhất không chỉ cho bản thân mà cho mọi người trong gia đình vì chính họ là người quyết định bữa ăn của gia đình, người cân nhắc chọn lựa thực phẩm thực hiện những bữa ăn có lợi cho sức khỏe tim mạch, như tránh ăn mặn, khẩu phần bữa cơm gia đình hài hòa ít chất béo động vật, dùng dầu thực vật để chế biến thức ăn, khẩu phần hàng ngày nhiều rau củ quả, ăn nhiều cá ít nhất 3 lần một tuần, ăn thịt gia cầm hơn là ăn thịt mỡ, thịt heo bò, hạn chế da động vật và các đồ ăn có chứa nhiều cholesterol như trứng, tim, gan, hạn chế chiên xào, hạn chế dùng các loại bánh kẹo thực phẩm đóng gói có sử dụng dầu thực vật sẽ có nhiều trans fat. Nếu chúng ta có một khẩu phần ăn uống hợp lý thường xuyên thì có thể làm giảm huyết áp, tránh béo phì, tránh tăng đường máu và mỡ máu.

Mỗi ngày nên uống nhiều nước, ít nhất 6 ly. Không lạm dụng rượu bia, mức cho phép

rượu bia có lợi cho sức khỏe tim mạch ở phụ nữ là không quá 2 đơn vị ngày, 1 đơn vị là 284ml bia 3,5% hoặc 125ml rượu vang 8%. Khi mang thai thì không nên uống rượu bia.

Cần tích cực vận động gắng sức, ít nhất 30 phút đi bộ mỗi ngày có thể giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim ở phụ nữ đến 50%. Luyện tập gắng sức hàng ngày có thể làm hạ huyết áp, hạ mỡ máu, giảm béo phì, giảm nguy cơ đái tháo đường và ngay cả giảm nguy cơ ung thư tử cung và ung thư vú. Hơn 50% nữ bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim bị béo phì từ lâu nhưng không cương quyết giảm cân. Chẳng những thế, hơn phân nửa số bệnh nhân may mắn qua cơn nguy kịch không chịu tìm cách giảm cân. Thậm chí, không dưới 1/3 trong số đó lại tiếp tục tăng cân. Chính vì vậy phụ nữ bị béo phì cần tích cực luyện tập giảm cân và duy trì cân nặng phù hợp với tập vận động cường độ từ mức trung bình đến mạnh ít nhất 60 -90phút/ ngày. Phát hiện béo phì, đặc biệt béo phì bụng là rất nguy hiểm cho bệnh tim mạch, bằng cách đo vòng eo với chỉ cần một thước dây, đứng thẳng đo ngang vùng hông từ mào chậu phải sang trái. Phụ nữ Á đông cần giữ vòng eo dưới 80cm. Hiện nay không có một biện pháp nào tối ưu cho giảm cân được tìm thấy ngoài luyện tập và tiết thực là cơ bản, giảm cân và duy trì cân nặng phải thực hiện thời gian dài, mỗi tháng giảm 2kg với tiêu chí giảm 10% so với cân nặng ban đầu, chứ không nên theo những quảng cáo giảm cân nhanh chưa có chứng cứ khoa học chứng minh.

50% bệnh tim mạch ở phụ nữ có liên quan đến thuốc lá, hoặc môi trường có khói thuốc gọi là nhiễm độc thuốc lá thì nguy cơ bệnh tim sớm hơn 10 năm so không nhiễm độc thuốc lá, và nếu vừa nhiễm độc thuốc lá, vừa dùng thuốc ngừa thai thì nguy cơ bệnh tim mạch tăng lên 30 lần. Ngừng hút thuốc

lá gắn liền với giảm 36% tử vong tim mạch ở người có bệnh mạch vành. Chính vì vậy, phụ nữ hãy cùng nhau thẳng thắn nói KHÔNG với khói thuốc ở mọi lúc mọi nơi, buộc tất cả mọi thành viên trong cộng đồng phải từ bỏ thuốc lá. Cùng nhau phòng chống những rào cản trong việc chống thuốc lá, động viên hỗ trợ tinh thần trong giai đoạn cai nghiện, cùng hiệp lực chống tăng cân tạm thời sau cai nghiện.

Phụ nữ thường có nhiều áp lực trong gia đình và công việc hơn so với đàn ông. Phụ nữ có những stress trong đời sống hôn nhân làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch tăng 3 lần. Một kết quả nghiên cứu ở phụ nữ cho thấy phiền muộn lo âu là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến bệnh tim mạch. Nên cần phòng chống các stress, hãy luôn yêu đời, sống hòa thuận, tránh xa những căng thẳng lo âu không cần thiết. Luyện tập gắng sức thường xuyên cũng sẽ giảm stress.

Tăng huyết áp thường gặp ở phụ nữ béo phì và dùng thuốc ngừa thai, Tăng huyết áp là một trong những mắc xích khởi đầu quan trọng của chuỗi bệnh lý của tim mạch. Sau 45 tuổi huyết áp tăng đều ở phụ nữ và ở tuổi 60 huyết áp tâm thu của phụ nữ cao hơn nam giới.

Đái tháo đường ở phụ nữ có nguy cơ tim mạch 5-7 lần so với nam giới chỉ 2-3 lần. Phụ nữ bị đái tháo đường có hút thuốc lá thì nguy cơ đột quỵ 84% cao hơn so với người không hút thuốc. Cứ 3 phụ nữ bị đái tháo đường sẽ có 2 người chết vì bệnh tim mạch.

Tỷ lệ rối loạn mỡ máu ở phụ nữ qua nghiên cứu trong cộng đồng của chúng tôi và trên thế giới đều cho thấy cao hơn nam giới chiếm >50%. Tiêu chí trong chẩn đoán và điều trị về mức cholesterol có hại là lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL) không khác biệt giữa nam và nữ nhưng mức cholesterol có lợi là lipo-

protein tỷ trọng cao (HDL) ở nữ cần phải đạt cao hơn so với nam giới.

Những thuốc không cần sử dụng ở phụ nữ cho mục đích dự phòng tim mạch là các hormone thay thế, các vitamine E, C, A, acid folic với hoặc không có bổ sung B12, B6.

Nói tóm lại chúng ta cần phải biết trị số huyết áp, vòng eo của mình như biết mình bao nhiêu tuổi, cần phải có chế độ kiểm tra sức khỏe định kỳ, cần kiểm tra các chỉ số đường máu, mỡ máu theo hướng dẫn của bác sĩ. Cần phải phát hiện sớm tất cả các yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch ở phụ nữ ngay khi chưa có biểu hiện bệnh tim mạch và can thiệp điều trị kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ này một cách bền vững lâu dài. Cũng như khi đã phát hiện có bệnh tim mạch rồi thì càng tích cực triệt để điều trị kiểm soát hơn. Một con số mà chúng ta cần nên nhớ để luôn có một trái tim khỏe cho những người chưa mắc bệnh tim mạch là 035140530. Thông điệp của những con số này bao gồm 0 là không hút thuốc, 3 đi bộ 3 km ngày, hay vận động gắng sức ít nhất 30 phút ngày, 5 là năm đơn vị rau củ quả ngày (1 đơn vị là một trái chuối, cam, lê, 1 đĩa rau...), 140 là giữ huyết áp tối đa của mình dưới 140mmHg, 5 là mức cholesterol máu toàn phần dưới 5mmol/l, 3 là lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL) dưới 3 mmol/l và 0 là không để tăng đường huyết, không thừa cân. Để đạt được những mục tiêu này, đó không chỉ là trách nhiệm của cộng đồng y tế, của ngành tim mạch, mà của toàn xã hội, của tất cả mọi người, đặc biệt tất cả phụ nữ đều có thể làm được, tất cả hãy cùng nhau nhận thức để hành động vì một một nếp sống văn minh lành mạnh, vì một xã hội tiến bộ thịnh vượng hạnh phúc cho mọi người mọi nhà

HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI

Hướng dẫn cho các tác giả Đăng bài trên Tạp chí *Tim mạch học Việt Nam*

(Ban Biên tập - *Tim Mạch Học Việt Nam*)

Tạp chí *Tim mạch học Việt Nam* sẽ xét đăng những bài viết phù hợp về các vấn đề liên quan đến nội và ngoại khoa *Tim mạch học*. Mục đích của tạp chí là nhằm mang đến độc giả những nghiên cứu quan trọng, những bài viết sâu sắc, những trường hợp lâm sàng và những quan điểm liên quan đến thực hành *tim mạch học*.

Quy định biên tập

Nội dung của các bài viết là thuộc về chính tác giả chứ không phải của ban biên tập hay nhà xuất bản. Ban biên tập và nhà xuất bản sẽ không chịu trách nhiệm về mặt pháp lý hay đạo đức nội dung các bài báo. Ban biên tập và nhà xuất bản cũng không chịu trách nhiệm về chất lượng của các sản phẩm hay dịch vụ nào được quảng cáo trên tạp chí. Khi gửi bài viết, các tác giả phải xác nhận trong bản thảo gửi cho toà soạn: "Tôi đồng ý chuyển toàn bộ bản quyền xuất bản bài báo này [tên bài báo] cho Hội *Tim Mạch học Việt Nam* và cam đoan bài viết là nguyên bản, không xâm phạm bất kỳ quyền xuất bản hay quyền sở hữu của một bên thứ ba, không gửi đến một tạp chí khác và chưa từng được đăng tải".

Tranh chấp về quyền lợi

Tác giả của các bài viết gửi tới Tạp chí *Tim mạch học Việt Nam* phải nêu rõ các nguồn tài trợ cho nghiên cứu (nếu có). Ban biên tập phải được biết về các tổ chức khác có thể có tranh chấp về bản quyền (như quyền đồng sở hữu, tư vấn...).

Đánh giá

Các bài viết sẽ được hai hay nhiều biên tập viên đánh giá. Bài viết được chấp nhận trên cơ sở

nội dung, tính sáng tạo và tính giá trị. Nếu được chấp nhận đăng, biên tập viên có thể chỉnh sửa để làm cho bài viết rõ ràng và dễ hiểu hơn mà không làm thay đổi ý nghĩa của nó. Bản thảo không được đăng sẽ không được hoàn lại, tuy nhiên những bản in công phu sẽ được gửi trả lại cho tác giả.

Các chuyên mục

Tạp chí sẽ bao gồm các chuyên mục dưới đây. Để đảm bảo bài viết của mình sẽ được xét đăng trong một chuyên mục nào đó tác giả phải viết tên của chuyên mục gửi bài lên phong bì.

Các nghiên cứu lâm sàng

Là các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mới, chuyên sâu.

Các bài tổng quan

Các bài phân tích tổng hợp và sâu sắc về các vấn đề chung có liên quan đến thực hành nội khoa *tim mạch* hay phẫu thuật lồng ngực.

Các chuyên đề thời sự *Tim mạch*

Các phân tích quan trọng và sâu sắc về những khía cạnh mới trong *tim mạch học*, đặc biệt là vai trò của các phương pháp chẩn đoán và điều trị mới trong thực hành *tim mạch học*.

Chuyên đề cho người bệnh

Là những chuyên đề mang tính chất giáo dục sức khỏe cộng đồng trong việc tìm hiểu, phòng, chống các bệnh *tim mạch* cũng như các chung sống với bệnh *tim mạch*. Một chuyên đề cho người bệnh phải được viết theo ngôn ngữ thông dụng, dễ hiểu và đối tượng đọc là đã rõ ràng. Mỗi chuyên đề không nên quá 8 trang bao gồm cả tài liệu tham khảo. Ban biên tập thường

có trách nhiệm liên hệ các chuyên gia đầu ngành viết các chủ đề theo yêu cầu. Tuy nhiên, ban biên tập cũng rất khuyến khích tất cả các tác giả khác gửi các bài tâm huyết để có thể xét đăng.

Chuyên đề Phản biện trao đổi của các chuyên gia

Đây là một chuyên đề mới, do ban biên tập tạp chí gửi tới các chuyên gia hàng đầu trong ngành để yêu cầu đọc và phản biện, trao đổi về các đề tài nghiên cứu khoa học. Ban biên tập sẽ chọn một phản biện tiêu biểu để đăng trong mỗi số.

Các chuyên đề giáo dục thường xuyên

Là các bài cơ bản trong thực hành nội khoa tên mạch hay phẫu thuật lồng ngực giành cho mọi đối tượng có quan tâm đến thực hành tim mạch.

Chuyên đề thiết kế nghiên cứu

Tóm tắt về các đề cương nghiên cứu, bao gồm những khái niệm, những giả thuyết cơ sở, phương pháp luận và kế hoạch nghiên cứu.

Ca lâm sàng

Những ca lâm sàng hay minh họa cho các nguyên lý nội và ngoại khoa tim mạch.

Chuẩn bị bản thảo

Tạp chí chỉ xét đăng những bản thảo gốc. Bản thảo được chế bản đúng sẽ tạo thuận lợi cho quá trình biên tập và xuất bản. Các yêu cầu bao gồm: 3 bản sao của bản thảo cùng với tất cả những tài liệu liên quan (bao gồm cả giấy uỷ quyền xuất bản).

Các bản sao phải được in trên một mặt giấy khổ A4, kích thước 210 x 297 mm hoặc tương đương, khoảng cách dòng ở chế độ double và đặt lề đủ rộng. Các bài viết phải có các đề mục như: Tóm tắt (có cả bản tiếng Anh), Đặt vấn đề, Phương pháp nghiên cứu, Kết quả, Bàn luận và Kết luận. Toà soạn khuyến khích các tác giả gửi bài theo đường thư điện tử.

Khi bài viết được nhận đăng, bản thảo cuối cùng phải được gửi đến bằng đĩa mềm hoặc đĩa CD cùng với 3 bản in trên giấy khác. Bài viết, bao gồm cả các bảng biểu, cần được soạn trên môi trường Microsoft Word, hoặc dưới dạng một file text-only. Tác giả phải đảm bảo nội dung trong

đĩa mềm hoặc đĩa CD phải hoàn toàn khớp với nội dung trên bản in của bản thảo cuối cùng.

Cách trình bày

Các bản thảo phải được trình bày bằng văn phạm Việt Nam được chấp nhận. Các chữ viết tắt cần được dùng nhất quán trong toàn bộ bài viết. Các cụm từ viết tắt cần được viết đầy đủ khi xuất hiện lần đầu tiên trong bài và sau đó là ký hiệu viết tắt được đặt trong dấu ngoặc đơn. Có thể tham khảo thêm cuốn "Scientific Style and Format" của Ban biên tập tạp chí Biology, cuốn "The Chicago Manual of Style" của Nhà xuất bản Trường Đại học Chicago, hoặc cuốn "Manual of Style" xuất bản lần thứ 9 của AMA để tham khảo thêm về quy định trình bày bản thảo.

Đánh số trang

Trang tiêu đề được đánh số là trang 1, trang đề mục tóm tắt là trang 2, và tiếp tục đến toàn bộ các trang tài liệu tham khảo, hình chú thích và các bảng biểu. Số của trang được đặt ở góc trên bên phải của từng trang.

Trang tiêu đề

Trang tiêu đề cần được đánh theo chế độ tách dòng là double, bao gồm tiêu đề, tên đầy đủ của tác giả, học hàm cao nhất đạt được, chức vụ tại nơi làm việc, và tên tiêu đề thu gọn trong khoảng tối đa 40 kí tự cần chọn ra một người trong các đồng tác giả (có đủ địa chỉ, số điện thoại, số fax, nơi công tác cũng như địa chỉ e-mail) để nhận thư hồi đáp, bản in thử, và các yêu cầu tái bản.

Phần tóm tắt

Mỗi bài viết phải có phần tóm tắt không quá 250 từ. Sử dụng các đề mục sau cho từng phần trong tóm tắt: Cơ sở nghiên cứu, Phương pháp, Kết quả, Kết luận. Phần tóm tắt này không được đưa ra những nội dung không có trong bản thảo.

Tài liệu tham khảo

Danh sách các tài liệu tham khảo phải được đánh số lần lượt theo trình tự mà tài liệu đó được trích dẫn trong bài viết và được liệt kê trên một bảng

riêng cũng với chế độ cách dòng như trên. Cách trình bày tài liệu tham khảo nên được viết theo hướng dẫn trong cuốn "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (Ann Intern Med 1997, 126: 36-47). Nếu tài liệu tham khảo là trích dẫn từ các ấn phẩm định kỳ thì nên bao gồm các thông tin theo trình tự sau: tên của 3 tác giả đầu tiên, tiêu đề bài báo, tên tạp chí, năm xuất bản, số tạp chí và trang; ví dụ: Figueras J, Monasterio Y, Lidón RM, Nieto E, Soler-Soler J. Thrombin formation and fibrinolytic activity in patients with acute myocardial infarction or unstable angina: in-hospital course and relationship with recurrent angina at rest. J Am Coll Cardio 2000; 36: 2036-43. Tên viết tắt của các tạp chí phải theo cách viết được dùng trong cuốn "Cumulated Index Medicus". Với các tài liệu tham khảo là sách thì nên bao gồm các thông tin theo trật tự sau: tên của 3 tác giả đầu tiên, tiêu đề của chương, (những) tác giả chủ biên, tên sách, tập (nếu có), xuất bản lần thứ mấy (nếu có), nhà xuất bản, thành phố, năm và số trang được trích dẫn (nếu có); ví dụ: Marelli AJ, Moodie DS, Adult congenital heart disease. In: Topol EJ, ed. Textbook of cardiovascular medicine. Lippincott-Raven, Philadelphia, PA, 1998: 769-96. Những số liệu chưa được công bố và những trao đổi thông tin cá nhân cũng có thể được trích dẫn trong bài viết nhưng không được coi là tài liệu tham khảo. Các tác giả phải chịu trách nhiệm về tính xác thực của các trích dẫn tham khảo.

Chú thích và hình minh họa

Cần gửi 3 bản sao rõ ràng được in trên giấy chất lượng cao để có thể quét vào máy tính. Để có được chất lượng bản in tốt nhất, tránh trình bày minh họa trên nền thẫm màu hoặc nền có chấm, trong trường

hợp không thể tránh được, nên gửi những hình minh họa bằng dạng ảnh để có chất lượng tốt nhất. Sử dụng những đường kẻ liền đậm nét và kiểu chữ đậm. Nên viết chữ trên nền trắng; tránh kiểu ngược lại (chữ trắng trên nền sẫm màu).

Các hình minh họa (gồm 3 bản in trên nền giàn có thể sẽ yêu cầu tác giả đóng thêm một khoản lệ phí để in các hình màu. Trước khi xuất bản, các tác giả gửi bài sẽ nhận được một bản dự trừ kinh phí in bài, sau đó tác giả bài viết có thể quyết định sẽ trả thêm khoản lệ phí trên hay chấp nhận in hình đen trắng. Chỉ những bức ảnh chụp các hình vẽ chất lượng tốt mới được sử dụng. Không gửi các hình vẽ nguyên bản, phim X-quang hay các bản ghi điện tâm đồ. Nên sử dụng ảnh in trên giấy bóng, có độ tương phản đen trắng cao. Kích thước phù hợp của một hình minh họa là 9 x 12 cm. Các chú thích cho hình nên được đánh theo chế độ cách dòng đã nêu trên một trang giấy riêng và được đưa vào cuối bản thảo. Nếu hình ảnh được lấy từ một bài xuất bản trước đó phần chú thích phải đưa đầy đủ thông tin về nguồn trích dẫn và phải gửi kèm thư chấp thuận của tác giả cùng bản thảo. Nhà xuất bản sẽ không hoàn lại các hình minh họa nhận được.

Các biểu đồ có thể được gửi theo dạng văn bản điện tử. Tất cả các hình phải có chiều rộng ít nhất là 9cm. Các hình nên được ghi dưới dạng .JPEG hoặc .TIF trong đĩa nén, đĩa CD hoặc đĩa mềm. Sử dụng các phần mềm đồ họa như Photoshop hay Illustrator để tạo hiệu ứng, không dùng các phần mềm trình chiếu như PowerPoint, CorelDraw hay Havard Graphics. Các hình màu nên đặt là CMYK, ít nhất bản dưới dạng in màu. Độ sáng tối của hình nên đặt ở mức ít nhất.

Địa chỉ liên hệ và gửi bài:

BAN BIÊN TẬP

Tạp chí *Tim Mạch Học Việt Nam*, Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

ĐT/ Fax: (844) 38688488;

Email: info@vnha.org.vn; Web: www.vnha.org.vn