

Hội Tim Mạch Học Việt Nam
Vietnam National Heart Association



Tap chí

Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of
Vietnamese Cardiology

Trong số này:

Thư toà soạn

Tin tức hoạt động của Hội Tim mạch

Các nghiên cứu lâm sàng

Chuyên đề đào tạo liên tục

Giáo dục bệnh nhân

Hướng dẫn viết bài.

Số 48, Tháng 10 năm 2007



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

Tập chí
Tim Mạch Học Việt Nam

Journal of Vietnamese Cardiology

(Xuất bản định kỳ 3 tháng 1 lần)

Số 48, tháng 10 năm 2007

Tạp chí
TIM MẠCH HỌC VIỆT NAM
Số 47-2007

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) 8688488

Fax: (04) 8688488

Email: info@vnha.org.vn

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

Tổng biên tập:

GS. TS. NGUYỄN LÂN VIỆT

Phó tổng biên tập:

THS. PHẠM MẠNH HÙNG

Thư ký tòa soạn:

THS. TRẦN VĂN ĐỒNG

TS. NGUYỄN QUANG TUẤN

THS. PHẠM THÁI SƠN

THS. NGUYỄN LÂN HIẾU

THS. NGUYỄN NGỌC QUANG

Ban biên tập:

GS.TS. PHẠM GIA KHẢI

GS.TS. NGUYỄN MẠNH PHAN

GS.TS. ĐẶNG VĂN PHƯỚC

PGS.TS. PHẠM NGUYỄN VINH

PGS.TS. HUỖNH VĂN MINH

TS. ĐỖ DOÃN LỢI

TS. PHẠM QUỐC KHÁNH

TS. VÕ THÀNH NHÂN

Giấy phép xuất bản số: 528/GP-BVHTT

Cấp ngày: 03-12-2002

In tại Công ty cổ phần in 15

MỤC LỤC

THƯ TÒA SOẠN	1
TIN TỨC HOẠT ĐỘNG CỦA HỘI TIM MẠCH	
• Thông báo chính thức về việc tổ chức Đại hội tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam và thư mời góp ý kiến tổ chức	2
• Kế hoạch tổ chức và dự kiến chương trình Đại hội tim mạch Đông Nam Á lần thứ 17	4
• Thông báo về việc tổ chức Đại hội tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam và thư mời tài trợ cho hội nghị	7
• Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần thứ IV thành công tốt đẹp	8
NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG	
• Sử dụng động mạch quay trong bắc cầu chủ vành <i>Bs. Dương Đức Hùng</i>	9
• Phẫu thuật bắc cầu chủ vành sử dụng gây tê ngoài màng cứng. Nhân một trường hợp <i>Bs. Dương Đức Hùng và cộng sự</i>	13
• Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật triệt để chứng Fallot tại Bệnh viện Tim Hà Nội <i>Bs. Nguyễn Sinh Hiền, GS. Đặng Ngọc Hùng</i>	16
• Dự báo tiến triển đột quỵ bằng thang điểm NIHSS <i>Vĩnh Phương, Trần Văn Huy</i>	24
• Hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp <i>TS Hồ Huỳnh Quang Trí, PGS TS Phạm Nguyễn Vinh</i>	32
• So sánh kết quả điều trị nhồi máu não bằng phương pháp xoa bóp - vận động hỗ trợ điện châm với xoa bóp - vận động đơn thuần <i>Vương Thị Kim Chi, Huỳnh Văn Minh</i>	40
• Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động bệnh nhân nhồi máu não bằng điện châm kết hợp thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn dựa trên thang điểm Orgogozo <i>Vương Thị Kim Chi, Huỳnh Văn Minh, Lê Đức Hình, Lê Thị Hiền, Lê Thị Bích Thuận</i>	46

● Nghiên cứu tần suất và ảnh hưởng của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Khánh Hòa <i>Trần Văn Huy, Huỳnh Việt Khang</i>	52
● Vai trò Holter trong các phân độ BNP <i>Trần Minh Trí</i>	63
CHUYÊN ĐỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC	
● Bệnh tim và đời sống tình dục <i>TS. Phạm Mạnh Hùng, BS. Đinh Huỳnh Linh</i>	69
GIÁO DỤC BỆNH NHÂN	
● Xử trí tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường <i>GS. TS. Nguyễn Lân Việt, TS. Phạm Mạnh Hùng</i>	76
HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI	85

Thư tòa soạn

*Kính gửi các quý đồng nghiệp,
Thưa các độc giả rất quý mến,*

Trong Tạp chí Tim mạch học số này, các bạn sẽ được thông báo lại một số chi tiết liên quan đến Hội Nghị Tim mạch Đông Nam Á vào năm 2008. Sau những cuộc họp quan trọng của Ban chấp hành Liên đoàn Tim mạch Đông Nam Á và được sự đồng ý của Bộ Y tế, chúng tôi chính thức thông báo tới toàn thể các quý vị đại biểu là Đại Hội Tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 sẽ được tổ chức tại Trung Tâm Hội Nghị Quốc Gia, Hà Nội vào ngày 18 đến 21, tháng 10 năm 2008. Chúng tôi có thay đổi về thời gian đôi chút so với dự định để phù hợp với tình hình thực tế và tránh gần quá với một số Hội nghị Tim mạch quan trọng khác trên thế giới. Nhân dịp này, chúng tôi kêu gọi sự đóng góp của các hội viên và đặc biệt là các thành viên trong Ban chấp hành cho công tác tổ chức được tốt nhất.

Vừa qua, Hội nghị Tim Mạch miền Trung mở rộng đã thành công tốt đẹp và để lại nhiều ấn tượng. Nhân dịp này, chúng tôi cũng ấn hành một số đặc biệt cho đại hội. Tuy nhiên, do kinh phí hạn chế để in ấn nên chúng tôi chỉ xin gửi kèm theo đây một đĩa CD về nội dung của cuốn tạp chí đó.

Quay trở lại nội dung của số này (số 48), các bạn sẽ nhận được nhiều thông tin bổ ích qua một loạt các nghiên cứu lâm sàng. Đồng thời, các bạn cũng sẽ tìm thấy những kiến thức quan trọng về thái độ điều trị tăng huyết áp ở bệnh nhân bị đái tháo đường trong chuyên mục Đào tạo liên tục. Một vấn đề khá "nóng" mà rất nhiều bạn quan tâm là những hiểu biết về Đời sống Tình dục và bệnh nhân Tim mạch cũng được trao đổi thông qua Chuyên đề giành cho người bệnh.

Thay mặt Hội Tim mạch Việt Nam, chúng tôi luôn đánh giá cao và mong muốn sự hợp tác liên tục của các quý độc giả.

Chúc các đồng nghiệp và các bạn sức khoẻ và hạnh phúc.

Thay mặt Ban biên tập
Tổng Biên tập
GS.TS. Nguyễn Lân Việt

TIN TỨC HOẠT ĐỘNG

Thông báo chính thức về việc tổ chức Đại hội tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam và thư mời đóng góp ý kiến tổ chức

Hà Nội, ngày 8 tháng 10 năm 2007

*Kính gửi: - Các Thành viên Ban chấp hành Hội Tim mạch Học Việt Nam,
- Các Hội Viên Hội Tim mạch Học Việt Nam,*

Trong thời gian vừa qua, ngành Tim mạch Việt Nam đã có những bước tiến đáng kể và đang hội nhập tích cực với các nước trong khu vực và trên thế giới. Sau nhiều lần thảo luận cũng như khảo sát thực tế tại Hà Nội, Liên đoàn Tim mạch Đông Nam Á đã tin tưởng và đề nghị tổ chức Đại Hội Tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam vào năm 2008. Hội Tim mạch Việt Nam cũng đã lấy ý kiến của các thành viên trong Ban chấp hành Hội về việc nhất trí đăng cai tổ chức Hội nghị Tim mạch Đông Nam Á 2008 tại Hà Nội, Việt Nam. Thời gian dự kiến là từ 18 đến 21 tháng 10/2008. Trên cơ sở đó, chúng tôi đã báo cáo lên Bộ Y tế, Tổng Hội Y Dược và đã được sự chấp thuận của Bộ Y tế về tổ chức Đại hội này.

Chúng tôi xin vui mừng thông báo chính thức tin này tới toàn thể các thành viên ban chấp hành cũng như toàn thể các Hội viên của Hội Tim mạch học Việt Nam.

Để tổ chức đại hội quan trọng này, Hội Tim mạch học Việt Nam sẽ phối hợp với Viện Tim mạch Việt Nam, là những đơn vị chủ chốt, đứng ra đăng cai và tổ chức. Chúng tôi nhận thức được rằng, đây là lần đầu tiên chúng ta tổ chức một đại hội tầm cỡ khu vực, do vậy, đây là một cơ hội lớn và cũng là nhiệm vụ nặng nề mà Hội Tim mạch Việt Nam phải hoàn thành để chứng tỏ khả năng hội nhập của ngành cũng như tạo bước phát triển mạnh mẽ cho tương lai.

Để đại hội có thể được tổ chức thành công tốt đẹp, thay mặt ban tổ chức, chúng tôi kêu gọi sự đóng góp và cũng là giao trách nhiệm cho tất cả các thành viên trong ban chấp hành cũng như tất cả các hội viên trong công tác tổ chức đại hội.

Trong thời gian vừa qua, chúng tôi đã có những cuộc họp quan trọng với Liên đoàn Tim mạch Đông Nam Á và đã có những xúc tiến thực tế trong việc chuẩn bị cơ sở cho tổ chức Đại hội lần này. Trên cơ sở tham khảo kinh nghiệm tổ chức đại hội tương tự ở các nước ASEAN cũng như dựa trên hoàn cảnh thực tế, chúng tôi đã có những phác thảo về kế hoạch tổ chức cũng như sự phân công công việc. (Chúng tôi xin gửi theo đây toàn bộ các văn bản liên quan).

Để có thể đảm bảo đúng tiến độ tổ chức, chúng tôi đề nghị các thành viên trong Ban chấp hành và những hội viên Hội Tim mạch Việt Nam đóng góp ý kiến và tham gia cho công tác tổ chức. Mọi ý kiến xin gửi bằng văn bản theo địa chỉ:

BAN THƯ KÝ HỘI TIM MẠCH ASEAN LẦN THỨ 17

Địa chỉ: Phòng 8 Tầng 5, toà nhà International Center, 17 Ngô Quyền, Hà Nội

ĐT: (84-4) 9365743 Fax: (84-4) 9365743

Người liên hệ: Cô Nguyễn Thị Bình

Email: 17thACC@gmail.com

Chúng tôi rất mong sự đóng góp tích cực của các thành viên và hội viên. Chúng tôi sẽ tổng hợp các ý kiến đóng góp để xây dựng kế hoạch tổ chức tối ưu nhất và sẽ thông báo công khai đến từng thành viên. Mọi đóng góp xin gửi về Ban thư ký trước ngày 30 tháng 11 năm 2007. Sau ngày trên, chúng tôi không đảm bảo những ý kiến đóng góp sẽ được cập nhật.

Một lần nữa, vì sự phát triển của ngành tim mạch nước nhà, chúng tôi rất mong sự đóng góp về mọi mặt của các thành viên và hội viên.

Xin trân trọng cảm ơn và mong nhận được hồi âm sớm nhất.

T/M HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM

Chủ tịch

(Đã ký)

GS.TS. Phạm Gia Khải

T/M VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Viện trưởng

(Đã ký)

GS.TS. Nguyễn Lâm Việt

Kế hoạch tổ chức và dự kiến chương trình Đại hội tim mạch Đông Nam Á lần thứ 17 (17th Asean congress of cardiology)

1. *Đơn vị đăng cai:* Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam phối hợp Viện Tim mạch học Việt Nam

2. *Ngày dự kiến:* 4 ngày, 18 - 21 tháng 10 năm 2008; trong đó:

- Ngày 18 tháng 10 năm 2008 - Phiên tiền Hội nghị (pre Congress) bao gồm 2 chuyên đề

(1) Chuyên đề Tim mạch học can thiệp (tiến bộ trong can thiệp bệnh Động mạch vành và Các bệnh Tim bẩm sinh) và

(2) Dịch tễ học các bệnh Tim mạch và các yếu tố nguy cơ (WHO tài trợ).

- Ngày 19 - 21 tháng 10, năm 2008 - Hội nghị chính thức

3. *Địa điểm:* Trung tâm Hội nghị Quốc gia Mỹ Đình, Hà Nội (National Convention Center, Mỹ Đình, Hanoi, Vietnam)

4. *Chủ tịch Ban Tổ Chức và Hội đồng Khoa học Hội nghị:* (người sẽ là Chủ tịch Liên Đoàn Tim mạch Đông Nam Á nhiệm kỳ 2008 -2010)

GS.TS. Phạm Gia Khải

5. *Các đồng Chủ tịch:*

- GS.TS. Nguyễn Lân Việt (Viện Tim mạch Việt Nam)

- GS.TS. Đặng Văn Phước (Trường Đại Học Y Dược TP. HCM)

- PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh (Viện Tim TP. HCM)

- GS. Thạch Nguyễn (Hoa kỳ)

- Prof. Prinya, MD. (Thailand)

- Prof. D. Quek, MD. (Malaysia)

6. *Các thành viên ban tổ chức khác:*

- Các nhà khoa học được lựa chọn trong Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam

- Các quan chức trong Liên Đoàn Tim mạch Đông Nam Á (AFC)

- Các khách mời khác

7. *Ban thư ký:*

Gồm các thành viên là Tổng thư ký và Phó tổng thư ký của Hội Tim mạch Học Việt Nam và các thành viên trong hội Tim mạch:

Tổng thư ký: BS. Phạm Mạnh Hùng (Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch Mai)

8. *Khẩu hiệu của hội nghị:*

“Chung sức chống lại gánh nặng bệnh tim mạch ở Đông Nam Á”

“*Together to Reduce the Burden of Cardiovascular Diseases in ASEAN*”

9. *Các thời điểm quan trọng dự kiến:*

- Tháng 4 năm 2007: Giới thiệu sơ bộ về Hội nghị (tờ rơi, đĩa CD) (tại 16th ACC at Bali - Indonesia) (đã thực hiện)

- 1, tháng 1, 2008: Mở Website về Hội nghị và Gọi các báo cáo tóm tắt: Tên web site: www.org.vnha.vn

- Tháng Giêng 2008: Giới thiệu Chương Trình Hội nghị Sơ khởi trên web site và trên các phương tiện (Preliminary Programme)

- 17, Tháng Tư 2008: Bắt đầu nhận đăng ký dự hội nghị (General registration and housing opens)
- 17, Tháng Sáu 2008: Thông báo Chương trình Đầy đủ (Advance Programme)
- 17, Tháng Bảy 2008: Hết hạn nộp bài tóm tắt (Abstract submission deadline)
- 17, Tháng Tám 2008: Thông báo Chương trình cuối cùng (Final Programme)
- 17, Tháng Chín 2008: Hết hạn việc huỷ đăng ký hội nghị

10. Chương trình Hội Nghị (dự kiến):

- Chương trình tiền Hội thảo (pre - Congress): (2 hội trường)
 - + Tiến bộ trong can thiệp bệnh động mạch vành và bệnh tim bẩm sinh (hội trường lớn): Dự kiến có 10 báo cáo tổng quan và 5 trường hợp can thiệp được truyền hình trực tiếp, trong đó có 3 bệnh nhân là can thiệp tim bẩm sinh hoặc cấu trúc tim.
 - + Dịch tễ học các bệnh tim mạch (do WHO tổ chức và tài trợ).
- Các Chương trình Khoa học của Hội nghị: (Báo cáo miệng, Poster)
 - + Khoa học cơ bản
 - + Phòng ngừa bệnh Tim mạch
 - + Lâm sàng
 - + Tim mạch Can thiệp
 - + Đánh giá Chức năng tim và Suy tim
 - + Rối loạn nhịp tim
 - + Tăng Huyết áp
 - + Các thăm dò hình ảnh tim mạch không chảy máu

- + Tim mạch Nhi khoa và Tim bẩm sinh
- + Bệnh Động mạch vành
- + Bệnh van tim
- + Một số chủ đề khác

- Phiên khai mạc, bế mạc, tiệc chiêu đãi tối;
- Giải thưởng các nhà khoa học trẻ (YIA).

11. Kế hoạch tổ chức:

- Đã ký hợp đồng thuê công ty chuyên tổ chức hội nghị Thiên Ngân (Galaxy) sau khi tuyển chọn từ các công ty tổ chức sự kiện trong nước.
- Ký hợp đồng với Công ty IBOSS để xây dựng nền tảng dữ liệu, web site và các dịch vụ liên quan đến công nghệ thông tin phục vụ Đại hội.
- Ban tổ chức chịu trách nhiệm tổ chức và giám sát công việc do các đơn vị được thuê tiến hành về mặt hậu cần.
- Phần chương trình hội nghị và các vấn đề chuyên môn do Hội đồng khoa học đảm nhiệm.

12. Đại biểu tham dự và Kinh phí cho tổ chức (ước tính):

- Số lượng đại biểu ước tính: 1500 đại biểu (trong đó nước ngoài khoảng 600); có khoảng 100 là khách mời, chủ toạ đoàn, báo cáo viên (không thu phí).
- Kinh phí để tổ chức (ước tính): khoảng 800 000 USD (Tám trăm ngàn Đôla Mỹ) (tham khảo các hội nghị đã tổ chức trong khu vực), trong đó:
 - + Từ nguồn thu phí tham dự hội nghị: 300 000 USD

- + Từ nguồn tài trợ của các công ty, tổ chức: 400 000 USD
 - + Từ các nguồn khác: hỗ trợ của nhà nước, cơ quan chủ quản,
- các tổ chức khác (quy ra): 100 000 USD

13. Lệ phí đăng ký Hội nghị (Registration Fee):

Lệ phí cho người nước ngoài

	Up to Jun 30, 2008	From Jul 1, 2008	On-site Registration
Pre Congress	US\$ 120	US\$ 150	US\$ 150
ASEAN Members	US\$ 400	US\$ 450	US\$ 500
Non- Members	US\$ 450	US\$ 500	US\$ 550
Non MD	US\$ 300	US\$ 350	US\$ 350
Accompanying	US\$ 200	US\$ 250	US\$ 250

Lệ phí đăng ký của đại biểu trong nước hoặc đại biểu Lào, Campuchia

	Trước ngày 30/6/2008 (VNĐ)	Từ ngày 1/7/2008 (VNĐ)	Đăng ký tại chỗ (VNĐ)
Tiền Hội nghị			
Hội viên Hội Tim mạch Việt Nam	1.600.000	1.800.000	2.000.000
Không phải hội viên	2.000.000	2.200.000	2.500.000
Người đi kèm	800.000	900.000	1.000.000

14. Kế hoạch mời các chuyên gia, báo cáo viên:

- Đã ký hợp đồng với Trường Môn Tim mạch Hoa Kỳ về cử một phái đoàn đến Việt Nam. Chi phí dự kiến US\$: 30,000
- Các Chuyên gia trong khu vực và các nước ASEAN, chi phí dự kiến khoảng 200 000 USD cho khách mời (đi lại, ăn ở, báo cáo).

15. Những vấn đề khác:

- Thông báo chính thức và xin phép tổ chức về Hội nghị tới Chính phủ; Bộ Y Tế; Tổng Hội Y Dược, các Bộ, cơ quan có liên quan...

6/2007: Đã có công văn của Bộ Y tế ngày 15 tháng 8 năm 2007 cho phép Hội Tim mạch tổ chức Đại Hội Tim mạch ASEAN lần thứ 17 tại Hà Nội.

- Thông báo và kêu gọi tài trợ tới các công ty, tổ chức: 11/2007

Hà Nội, ngày 27, tháng 6 năm 2007

TRƯỞNG BAN TỔ CHỨC

(Đã ký)

GS.TS. Phạm Gia Khải

Thông báo về việc tổ chức Đại hội tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam và thư mời tài trợ cho hội nghị

Kính gửi:

Trong thời gian vừa qua, ngành Tim mạch Việt Nam đã có những bước tiến đáng kể và đang hội nhập tích cực với các nước trong khu vực và trên thế giới. Liên đoàn Tim mạch Đông Nam Á đã tin tưởng và đề nghị tổ chức Hội nghị Tim mạch các nước Đông Nam Á lần thứ 17 tại Việt Nam vào năm 2008. **Hội Tim mạch Việt Nam đã lấy ý kiến của các thành viên trong ban chấp hành Hội và đã nhất trí là sẽ đăng cai tổ chức Hội nghị Tim mạch Đông Nam Á 2008 tại Hà Nội, Việt Nam. Thời gian dự kiến khoảng tháng 10/2008.**

Chúng tôi xin vui mừng thông báo tin này tới các quý hãng/công ty.

Hội Tim mạch học Việt Nam phối hợp với Viện Tim mạch Việt Nam là những đơn vị chủ chốt tổ chức Đại hội lần này. Chúng tôi nhận thức được rằng, đây là một cơ hội lớn và cũng là nhiệm vụ nặng nề của Hội Tim mạch Việt Nam phải hoàn thành để chứng tỏ khả năng hội nhập của ngành cũng như tạo bước phát triển mạnh mẽ cho tương lai.

Để Hội nghị có thể tổ chức được thành công tốt đẹp, sự giúp đỡ về tài chính và các nguồn nhân - vật lực khác của các quý hãng/công ty là một trong những đóng góp rất quan trọng và không thể thiếu được. Đây cũng là cơ hội tốt để quý hãng, công ty có thể đóng góp công sức và vật chất của mình trong việc phát triển đào tạo, giáo dục cũng như phát triển ngành tim mạch và cũng là dịp tốt để quý hãng/công ty có thể quảng bá, phát triển các sản phẩm của mình.

Do vậy, chúng tôi rất mong quý hãng/công ty tham gia hợp tác với Hội Tim mạch Việt Nam vì sự phát triển chung của ngành Tim mạch nước nhà và chúng tôi đánh giá rất cao mọi sự ủng hộ của quý hãng/công ty. Về phía mình, chắc chắn quý hãng/công ty sẽ nhận được những quyền lợi tương ứng trong việc quảng bá tại hội nghị (xin xem dự kiến các mức tài trợ và quyền lợi đi kèm).

Mọi thông tin khác và sự hồi âm xin liên hệ với: **BS. Phạm Mạnh Hùng** (Tổng thư ký Hội Tim mạch, Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai, đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội; ĐT: 0913519417; email: hungphammanh@gmail.com).

Xin trân trọng cảm ơn.

T/M HỘI TIM MẠCH VIỆT NAM

Chủ tịch

(Đã ký)

GS.TS. Phạm Gia Khải

T/M VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

Viện trưởng

(Đã ký)

GS.TS. Nguyễn Lân Việt

Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần thứ IV thành công tốt đẹp

Vừa qua, trong 2 ngày 24, 25 tháng 8 năm 2007, Hội nghị Tim mạch miền Trung mở rộng lần thứ IV đã diễn ra tại thành phố Vinh tỉnh Nghệ An.

Đến dự Hội nghị có đồng chí Hoàng Ky-Phó chủ tịch UBND tỉnh Nghệ An, GS.TS Phạm Gia Khải- Chủ tịch Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam, GS.TS Nguyễn Lân Việt- Hiệu trưởng Trường Đại học Y khoa Hà Nội, PGS.TS Huỳnh Văn Minh - Chủ tịch Phân hội Tăng huyết áp Việt Nam, các Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ trong BCH Hội Tim mạch Việt Nam. Đặc biệt Hội nghị đã thu hút hơn 1000 đại biểu là các Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ chuyên khoa Tim mạch và các Bác sỹ Nội, Ngoại, Nhi khoa và nhiều đồng nghiệp yêu thích chuyên ngành này đến từ các bệnh viện Trung ương, học viện, đại học, các trung tâm Tim mạch, các bệnh viện tỉnh, huyện, thành thị trong cả nước.

Tham gia phục vụ Hội nghị có hơn 50 cán bộ của Sở Y tế, Trường Cao đẳng Y tế Nghệ An và gần 100 em sinh viên tình nguyện của trường.

Nét đặc trưng của Hội nghị lần này là Ban tổ chức đã cùng Hội đồng khoa học dâng hương báo công về hoạt động của Hội với Bác tại Quảng trường Hồ Chí Minh và GS.TS Phạm Gia Khải - Chủ tịch Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam đã ghi cảm tưởng tại nhà lưu niệm vào chiều 24 tháng 8 năm 2007.

Hội nghị đã có 54 đề tài được báo cáo với các chủ đề: Tim mạch can thiệp, bệnh chuyển hoá, rối loạn lipid máu, tăng huyết áp và đột quỵ, suy tim, bệnh mạch vành, rối loạn nhịp tim và cấp cứu tim mạch, phẫu thuật tim mạch - lồng ngực. Trong đó có 7 đề tài tham gia "Giải thưởng nhà khoa học Tim mạch trẻ". Hội nghị thực sự đã trở thành nơi trao đổi kinh nghiệm chẩn đoán, điều trị, dự phòng các bệnh tim mạch và công tác nghiên cứu khoa học trong lĩnh vực này.

Ban Tổ chức trân trọng cảm ơn sự quan tâm giúp đỡ của Tỉnh uỷ, UBND, các Sở, Ngành tỉnh Nghệ An, sự hiện diện của các Giáo sư, Tiến sỹ, Bác sỹ trong Hội đồng khoa học và Ban chấp hành Hội Tim mạch Việt Nam, các đồng nghiệp yêu thích chuyên ngành Tim mạch trong toàn quốc, các cơ quan thông tấn báo chí đã đưa tin cho Hội nghị.

Đặc biệt xin trân trọng cảm ơn các Công ty Dược phẩm và Thiết bị Y tế đã ủng hộ vật chất và tinh thần giúp cho Hội nghị thành công tốt đẹp.

T/M BAN TỔ CHỨC
BSCKII. Cao Trường Sinh

NGHIÊN CỨU LÂM SÀNG

Sử dụng động mạch quay trong bắc cầu chủ vành

Bs. Dương Đức Hùng

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng đoạn mạch ghép tự thân làm cầu nối trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành luôn là một trong các yếu tố ảnh hưởng trực tiếp đến kết quả của phẫu thuật. Do tuổi thọ của cầu nối bằng động mạch tốt hơn nhiều so với cầu nối bằng tĩnh mạch nên đoạn ghép bằng động mạch thường được ưu tiên sử dụng.

Động mạch quay được Carpentier sử dụng lần đầu tiên trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành vào năm 1973. Do ưu điểm là đoạn ghép động mạch, dễ lấy, có thể sử dụng cho nhiều cầu nối nên động mạch quay được sử dụng ngày càng rộng rãi.

Chúng tôi đã sử dụng đoạn mạch ghép là động mạch quay cho 72 bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu chủ vành tại khoa Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Việt Đức nhằm đánh giá kết quả của việc sử dụng chất liệu này làm cầu nối.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Từ 10/2004 đến 5/2006 chúng tôi sử dụng động mạch quay làm đoạn mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành cho 72 bệnh nhân tại khoa Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Việt Đức.

1. Lựa chọn bệnh nhân:

Tất cả các bệnh nhân đều không có chống chỉ định của việc lấy động mạch quay như: bệnh Raynaud, suy thận mãn.

Các bệnh nhân đều được làm test d'Allen để đánh giá sự cấp máu của bàn tay sau khi lấy động mạch quay. Tất cả các bệnh nhân đều có test d'Allen âm tính.

2. Chuẩn bị bệnh nhân trước mổ

Các bệnh nhân đều được điều trị bằng Betaloc 50mg/ngày, thuốc hạ huyết áp nhóm chẹn canxi, thuốc giãn mạch vành nếu cơ đạu ngực không ổn định. Thuốc chống đông được ngừng 1 tuần trước mổ.

3. Kỹ thuật lấy động mạch quay

Tư thế bệnh nhân nằm ngửa hai tay dọc thân. Chúng tôi chọn lấy động mạch quay bên tay không thuận của bệnh nhân.

Đường mổ rạch dọc mặt trước ngoài của cẳng tay, lấy điểm mốc là điểm sờ thấy động mạch quay ở ngang mức mỏm trâm quay đến giữa dưới nếp khuỷu 2cm. Qua tổ chức dưới da bóc tách vén nhánh cảm giác của động mạch quay, nhánh này thường nằm ngay dưới da. Chúng tôi cố gắng bảo tồn nhánh này để tránh cảm giác tê bì cẳng tay sau mổ.

Tách cơ ngửa dài để bộc lộ động mạch

quay. Chúng tôi lấy cả bó động mạch quay (monoblock) bao gồm động mạch quay, 2 tĩnh mạch tùy hành và mỡ cũng như tổ chức bạch huyết xung quanh. Các nhánh bên được phẫu tích kỹ lưỡng và cặp bằng các clip kim loại. Động mạch quay được phẫu tích và cặp cắt dưới chỗ chia nhánh động mạch quạt ngược quay.

4. Đánh giá đoạn ghép

Đoạn ghép động mạch quay sau khi cắt ra sẽ được bơm thử kiểm tra độ kín của động mạch sau đó ngâm vào dung dịch huyết thanh mặn đẳng trương. Vết mổ sẽ được cầm máu kỹ và đóng lại theo các lớp giải phẫu. Chúng tôi đánh giá chất lượng động mạch quay sau khi cắt rời dựa vào độ dài, đường kính động mạch, có hay không mảng xơ vữa, tình trạng thành mạch mỏng, mềm mại hay dày.

5. Kỹ thuật làm cầu nối

Miệng nối giữa động mạch vành và đoạn ghép động mạch quay được khâu vắt với chỉ Premilene 8/0. Trong suốt quá trình phẫu tích cũng như làm miệng nối chúng tôi hết sức tránh không cặp vào mạch nhằm tránh các thương tổn nội mạc của động mạch.

Miệng nối giữa động mạch chủ và đoạn ghép động mạch: nếu thành động mạch chủ mềm mại, không xơ vữa, không vôi hóa, chúng tôi tiến hành làm miệng nối trực tiếp giữa động mạch chủ và động mạch quay bằng đường khâu vắt chỉ Premilene 6/0. Ngược lại nếu thành động mạch chủ bị tổn thương xơ vữa, vôi hóa nhiều, thì chúng tôi sẽ nối đoạn ghép động mạch quay với một đoạn ghép tĩnh mạch khác (đoạn ghép Y).

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tuổi: 22 bệnh nhân trên 70 tuổi; 50 bệnh nhân dưới 70 tuổi. Tuổi trung bình 63,4 (trẻ nhất 42; già nhất 75)

Giới: nam 55 bệnh nhân (76,4%); nữ 17 bệnh nhân (23,6%)

Chiều dài của động mạch quay phẫu tích được là từ 15-20cm, trung bình là 18cm; đường kính từ 1,5mm đến 2mm, trung bình là 1,56mm.

Tất cả các động mạch quay lấy thành mạch đều mềm mại, không có mảng xơ vữa và đều đủ tiêu chuẩn được sử dụng làm cầu nối.

Tất cả bệnh nhân đều không có biểu hiện rối loạn cấp máu của bàn tay sau khi lấy động mạch quay. 3 bệnh nhân có biểu hiện tê bì ở 1/3 trước ngoài của cẳng tay do nhánh cảm giác của động mạch quay bị tổn thương trong quá trình phẫu tích.

Kết quả sớm sau mổ: 68 bệnh nhân có kết quả tốt sau mổ (94,4%), 4 bệnh nhân tử vong (5,5%). Cả 4 bệnh nhân này đều tử vong không phải do tắc cầu nối (1 trường hợp do viêm phúc mạc, 1 trường hợp do suy hô hấp, 2 trường hợp do chảy máu).

Kết quả lâu dài: Các bệnh nhân theo dõi dài nhất 24 tháng ít nhất 4 tháng:

3/68 bệnh nhân (4,5%) không liên lạc được.

65/68 bệnh nhân (95,5%) có cải thiện tốt về lâm sàng: hết đau ngực.

Khả năng gắng sức cải thiện rõ rệt so với trước mổ.

Không có trường hợp nào phải chỉ định chụp động mạch vành (vì nghi ngờ tắc cầu nối).

15 trường hợp được làm xạ đồ tưới máu cơ tim với Tc99m đều có hình ảnh tưới máu

tốt tại vùng cấp máu của đoạn ghép động mạch quay.

BÀN LUẬN

Việc sử dụng động mạch tự thân làm đoạn mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu vành thường được ưu tiên sử dụng do tuổi thọ của loại vật liệu này. Người ta có thể dùng nhiều động mạch khác nhau: động mạch quay, động mạch vú trong, động mạch thượng vị...

Năm 1973, Carpentier đã sử dụng thành công động mạch quay làm đoạn mạch ghép tự thân. Tuy nhiên sau 2 năm, do tỷ lệ tắc cầu nối cao nên tác giả này không sử dụng động mạch quay nữa. Do tình cờ kiểm tra một bệnh nhân sau 15 năm được sử dụng động mạch quay làm cầu nối có kết quả rất tốt nên Carpentier và cộng sự đã quay lại nghiên cứu việc sử dụng động mạch quay [1]. Từ đó, việc dùng động mạch quay được áp dụng rộng rãi hơn, đặc biệt là sau khi Acar và cộng sự công bố việc sử dụng các thuốc chẹn canxi và thuốc giãn mạch để dự phòng co thắt của đoạn mạch ghép [2]. Tuy có ưu điểm là tuổi thọ kéo dài, chiều dài có thể sử dụng cho nhiều cầu nối, nhưng động mạch quay thường hay bị co thắt, gây tắc cầu nối sau mổ. Đây có lẽ cũng chính là lý do khiến nhiều phẫu thuật viên không thích sử dụng chất liệu này.

Massa và cộng sự trong nghiên cứu của mình đã nhấn mạnh rằng sự co thắt và sau đó là quá sản của lớp nội mạc chính là nguyên nhân dẫn đến tắc cầu nối sau mổ [8]. Tại sao sau khi phẫu tích động mạch quay lại dễ co thắt như vậy? Massa, Chiu qua nghiên cứu đã tìm ra câu trả lời. Chính việc phẫu tích lấy bỏ các mạch nuôi của

động mạch (vasa vasorum) cũng như việc cắt bỏ các thần kinh vận mạch đi kèm với động mạch là nguyên nhân làm tăng tính nhạy cảm của mảnh ghép động mạch quay với noradrenaline dẫn đến sự co thắt của động mạch [8,9].

Để giảm bớt nguy cơ co thắt Acar và cộng sự đã thay đổi kỹ thuật phẫu tích động mạch quay. Thay vì phẫu tích riêng động mạch, tác giả phẫu tích cả bó mạch quay bao gồm động mạch quay kèm 2 tĩnh mạch tùy hành, và tổ chức mỡ xung quanh, tôn trọng tối đa các mạch nuôi (vaso vasorum). Kỹ thuật này được gọi là phẫu tích một khối (monoblock) [2]. Đây cũng chính là kỹ thuật mà chúng tôi đang sử dụng. Với kỹ thuật phẫu tích này, chúng tôi nhận thấy không có trường hợp nào bị tắc cầu nối trong nghiên cứu của chúng tôi. Có lẽ cũng chính nhờ những thay đổi về kỹ thuật phẫu tích mà tỷ lệ co thắt giảm một cách rõ rệt và do đó mà động mạch quay ngày càng được sử dụng rộng rãi trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành.

Một câu hỏi cũng được nhiều tác giả đặt ra đó là tình trạng tưới máu của bàn tay sau khi phẫu tích lấy động mạch quay sẽ như thế nào?

Lee đã sử dụng siêu âm Doppler để đánh giá tình trạng tưới máu bàn tay ở những bệnh nhân được phẫu tích lấy động mạch quay và thấy rằng trong giai đoạn đầu tưới máu bàn tay có giảm nhẹ. Tuy nhiên sự tưới máu sau đó trở về bình thường do có sự bù trừ từ động mạch trụ qua các nhánh bên [11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả 72 trường hợp được lấy động mạch quay không có trường hợp nào có biểu hiện thiếu máu bàn tay trên lâm sàng. Có 3 trường hợp có rối loạn cảm giác mặt trước ngoài cẳng tay do nguyên nhân thần kinh,

không phải vì thiếu máu. Tuy nhiên cả 3 trường hợp này đều hồi phục. Chúng tôi cũng nhận thấy rằng test d'Allen phản ánh khá trung thành sự cấp máu bù trừ của động mạch trụ cho bàn tay sau khi lấy động mạch quay [3,5,10].

Nhiều tác giả nhận thấy sử dụng đoạn ghép động mạch quay trong bắc cầu chủ vành có kết quả rất tốt. Theo một số nghiên cứu, tỷ lệ hoạt động tốt của cầu nối chủ vành bằng đoạn ghép động mạch quay sau 10 năm là 95%-97% [4,7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi tất cả các bệnh nhân được sử dụng động mạch quay làm cầu nối chủ vành đều không có dấu hiệu thiếu máu cơ tim sau mổ (điện tim không có dấu hiệu thiếu máu, men tim sau mổ trong giới hạn bình thường). Theo dõi lâu dài chúng tôi nhận thấy kết quả là hoàn toàn khả quan. Cả 15 bệnh nhân được làm xạ đồ tưới máu cơ tim đều có hình ảnh tưới máu tốt tại vùng cấp máu của đoạn ghép động mạch quay.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả trên thế giới [2,7].

KẾT LUẬN

Chúng tôi nhận thấy rằng việc sử dụng động mạch quay làm đoạn mạch ghép trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành bước đầu cho kết quả tốt và có thể được nghiên cứu để áp dụng rộng rãi hơn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Carpentier A, Guermonprez JL, Deloche A, Frechette C, DuBost C. The aorta-to-coronary radial artery bypass graft. A technique avoiding pathological changes in grafts. *Ann Thorac Surg* 1973;16:111-21.
2. Acar C, Jebara VA, Portoghesi M, et al. Revival of the radial artery for coronary artery bypass grafting. *Ann Thorac Surg* 1992;54:652-9.
3. Ejrup B, Fischer B, Wright IS. Clinical evaluation of blood flow to the hand: the false-positive Allen test. *Circulation* 1966;33:778-80.
4. Oscar R. Aguero, MD, José L. Navia, MD, José A. Navia, MD, and Esteban Mirtzouian, MD: A New Method of Myocardial Revascularization With the Radial Artery. *Ann Thorac Surg* 1999;67:1817- 8.
5. Borje Ejrup, B. Fischer and. Wright: Clinical Evaluation of Blood Flow to the Hand: The False-Positive Allen Test. *Circulation* 1966;33:778-780
6. ZS Meharwal, MCh, and Naresh Trehan, MD. Functional Status of the Hand After Radial Artery Harvesting: Results in 3,977 Cases. *Ann Thorac Surg* 2001;72:1557- 61.
7. Eric Manasse, MD, Giovanni Sperti, MD, Hisayoshi Suma, MD, Carlo Canosa, MD, Amir Kol, MD, Lorenzo Martinelli, MD, Rocco Schiavello, MD, Filippo Crea, MD, Attilio Maseri, MD, Gian Federico Possati, MD. Use of the Radial Artery for Myocardial Revascularization. *Ann Thorac Surg* 1996;62:1076-1082.
8. Massa G, Johansson S, Kimblad PO, Sj#berg T, Steen S. Might free arterial grafts fail due to spasm? *AnnThoracSurg* 1991;51:94-101.
9. Chiu CJ. Why do radial artery grafts for aortocoronary bypass fail? A reappraisal. *Ann Thorac Surg* 1976;22:520-3.
10. Jarvis MA, Jarvis CL, Jones PRM, Sypt JT. Reliability of Allen's test in selection of patients for radial artery harvest. *Ann Thorac Surg* 2000;70:1362-5.
11. Hyun-Sung Lee, MD, Byung-Chul Chang, MD, and Youn Jeong Heo, RN. Digital Blood Flow After Radial Artery Harvest for Coronary Artery Bypass Grafting. *Ann Thorac Surg* 2004;77: 2071-5.

Phẫu thuật bắc cầu chủ vành sử dụng gây tê ngoài màng cứng. Nhân một trường hợp.

BS. Dương Đức Hùng và cộng sự

ĐẶT VẤN ĐỀ

Việc sử dụng gây mê toàn thân và máy tim phổi nhân tạo ngày càng trở nên phổ biến trong phẫu thuật tim mạch nói chung và phẫu thuật bắc cầu chủ vành nói riêng. Tuy nhiên, đây cũng đồng thời lại chính là 2 yếu tố nguy cơ ảnh hưởng đến kết quả của phẫu thuật đặc biệt ở những bệnh nhân lớn tuổi, có nhiều bệnh phối hợp (tăng huyết áp, bệnh mạch máu toàn thân, đái đường, bệnh phổi mãn tính...) [1].

Rất nhiều cải tiến trong kỹ thuật mổ, gây mê, cũng như sử dụng máy tim phổi nhân tạo đã và đang được nghiên cứu áp dụng nhằm làm giảm tỷ lệ biến chứng của phẫu thuật bắc cầu chủ vành [2].

Chúng tôi đã sử dụng vô cảm bằng gây tê ngoài màng cứng trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành không sử dụng máy tim phổi nhân tạo tại khoa Phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Việt Đức và bước đầu cho kết quả tốt.

BỆNH ÁN

Bệnh nhân Nguyễn Văn L., nam, 53 tuổi vào viện vì đau ngực khi gắng sức.

Kết quả chụp động mạch vành cho thấy thương tổn hẹp 90% đoạn 2 động mạch vành phải và thương tổn cầu cơ của động mạch liên thất trước.

Các thăm dò cho thấy chức năng tim tốt.

Các xét nghiệm về huyết học và sinh hóa trong giới hạn bình thường.

Bệnh nhân được chỉ định mổ bắc cầu cho động mạch vành phải và cắt cầu cơ.

1. Chuẩn bị trước mổ:

- Bệnh nhân được dùng Betaloc 50mg/ngày tới ngày mổ.

- Ngừng thuốc chống đông 1 tuần trước mổ.

- Ngày hôm trước mổ bệnh nhân được đặt một Catheter ngoài màng cứng (Perifix 420- B Braun Germany) ở vị trí ngang đốt sống D5- D6.

2. Vô cảm tại phòng mổ

- Chúng tôi sử dụng tiền mê bằng hỗn hợp Hypnovel 5mg và Ketamine liều ngắt quãng 25mg-50mg (tổng liều 200mg/3h).

- Vô cảm bằng hỗn hợp Marcaine 0,5% - 15ml bơm trực tiếp vào catheter ngoài màng cứng, sau đó duy trì bằng hỗn hợp Macaine 0,125% và Fentanyl 5mcg/ml bằng bơm tiêm điện tốc độ 5ml/h trong suốt quá trình mổ.

- Bệnh nhân được thở Oxy qua masque với thể tích 5l/phút.

3. Phẫu thuật

- Đường mổ mở dọc giữa xương ức, mở dọc màng tim, không làm thủng màng phổi. Heparine toàn thân liều 1mg /kg cân nặng.

- Tiến hành bộc lộ động mạch vành phải dưới chỗ hẹp. Sử dụng dụng cụ cố định tim (Octopus2 Medtronic). Chúng tôi làm cầu nối bằng đoạn ghép tĩnh mạch hiến. Miệng nối rộng 2mm, được khâu vắt với chỉ Premilene 8/0. Miệng nối giữa động mạch chủ và đoạn ghép được tiến hành nhờ một clamp bên động mạch chủ. Sau khi bỏ kẹp động mạch chủ kiểm tra thấy các miệng nối kín, thông, không chảy máu.

- Tiến hành cắt cầu cơ của đoạn 2 động mạch liên thất trước.

- Trung hòa Heparine bằng Protamine sulfate. Phẫu thuật kết thúc bằng việc đặt các ống dẫn lưu và đóng ngực. Thời gian mổ là 180 phút. Không có biến chứng chảy máu.

4. Theo dõi trong mổ

- Trong suốt thời gian phẫu thuật huyết áp động mạch dao động từ 100/60 mmHg đến 140/90 mmHg.

- Bệnh nhân tỉnh táo, làm theo lệnh và trả lời đúng các câu hỏi của bác sĩ gây mê, tự thở hoàn toàn, không có cảm giác đau, nhất là trong giai đoạn rạch da và cưa xương ức. SaO₂ dao động 95%-99%. PCO₂ 40mmHg.

5. Sau mổ

- Diễn biến sau mổ thuận lợi. Bệnh nhân tiếp tục được theo dõi liên tục các thông số về huyết động cũng như hô hấp. Bệnh nhân được phép uống nước sau 3 giờ và ăn cháo sau 6 giờ. Cử động chân tay hoàn toàn bình thường. Chúng tôi lưu catheter 36 giờ sau mổ để giảm đau bằng hỗn hợp Macaine 0,125% và Fentanyl 5mcg/ml tốc độ 3ml-5ml/h tùy theo mức độ đau.

- Bệnh nhân ra viện sau 6 ngày.

BÀN LUẬN

- Gây tê ngoài màng cứng được sử dụng rộng rãi trong các phẫu thuật sản phụ khoa, phẫu thuật tiết niệu, các phẫu thuật chi dưới... Đây cũng là một phương pháp giảm đau sau mổ có hiệu quả. Việc sử dụng kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng cho phép loại bỏ các biến chứng của gây mê toàn thân cũng như các biến chứng của việc đặt nội khí quản.

Theo nhiều nghiên cứu thì gây tê ngoài màng cứng đúng qui cách sẽ không làm ảnh hưởng đến các cơ hô hấp và có thể kiểm soát rất tốt cảm giác đau từ cổ trở xuống [4,5].

Tuy nhiên, trong phẫu thuật ngực đặc biệt là phẫu thuật tim mạch việc sử dụng kỹ thuật gây tê ngoài màng cứng còn dè dặt do những lo ngại về suy hô hấp và kiểm soát đau trong mổ. Biến chứng chảy máu ngoài màng cứng do việc đặt catheter trên những bệnh nhân mổ tim có sử dụng thuốc chống đông (Heparine) càng làm cho việc vô cảm bằng gây tê ngoài màng cứng ít được áp dụng trong phẫu thuật này.

Vandermeulen [6] cho rằng tỷ lệ biến chứng chảy máu do đặt catheter rất thấp, khoảng 1/150.000 [23]. Theo tác giả này, catheter ngoài màng cứng phải được đặt tối thiểu 2 giờ trước khi cho Heparine toàn thân nhằm làm giảm tối đa nguy cơ chảy máu [6].

Chúng tôi nhận thấy rằng, với những phẫu thuật tim mạch không cần sử dụng máy tim phổi nhân tạo thì việc vô cảm bằng catheter ngoài màng cứng là rất khả thi. Đặc biệt trong phẫu thuật mạch vành không dùng máy tim phổi nhân tạo, việc sử dụng liều thấp (Heparine 1mg/kg) sẽ góp

phần làm giảm tỷ lệ biến chứng chảy máu do đặt catheter.

Ngoài việc tránh được các biến chứng về hô hấp do gây mê toàn thân, việc lưu catheter ngoài màng cứng để giảm đau sau mổ sẽ giúp bệnh nhân sớm vận động, tránh được các biến chứng do nằm lâu, điều rất thường gặp ở các bệnh nhân sau mổ tim mạch.

KẾT LUẬN:

Phẫu thuật bắc cầu chủ vành không dùng máy tuần hoàn ngoài cơ thể sử dụng vô cảm bằng gây tê ngoài màng cứng bước đầu cho kết quả rất khả quan. Tuy nhiên, đây là phương pháp mới cần được tiếp tục theo dõi và nghiên cứu [3].

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lytle BW. Minimally invasive cardiac surgery. *J Thorac Cardiovasc Surg* 1996; 111:554-5.
2. Bonchek LI, Ulliyot DJ. Minimally invasive coronary bypass: a dissenting opinion. *Circulation* 1998;98:495-7.
3. Karagoz HY, Sonmez B, Bakkaloglu B, Kurtoglu M, Erdine M, Turkeli A, Bayazit K. Coronary artery bypass grafting in the conscious patient without endotracheal general anesthesia. *Ann Thorac Surg* 2000;70:91±96.
4. Tomas Vaneka,, Zbynek Strakaa, Petr Bruceka, Petr Widimskyb
Thoracic epidural anesthesia for off-pump coronary artery bypass without intubationq
Eur J Cardiovas Surg 20 (2001) 858-860
5. M.B. Anderson, K.F. Kwong, A.J. Furst, T.A. Salerno. Thoracic epidural anesthesia for coronary bypass via left anterior thoracotomy in the conscious patient *Eur J Cardiovas Surg* 20 (2001) 415±417
6. Vandermeulen EP, Aken HV, Vermeylen J. Anticoagulants and spinepidural anesthesia. *Anesth Analg* 1994;79:1165±1177.

Nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật triệt để chứng Fallot tại Bệnh viện Tim Hà Nội

BS. Nguyễn Sinh Hiền, GS. Đặng Ngọc Hùng

TÓM TẮT

Mục đích: Đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để tứ chứng Fallot tại Bệnh viện Tim Hà Nội giai đoạn từ tháng 10/2004 tới tháng 3/2007. **Phương pháp:** Phân tích đánh giá dựa trên số liệu thu được từ 120 bệnh nhân đã được phẫu thuật cũng như từ kết quả tái khám cho 116 bệnh nhân sống sau mổ. **Kết quả:** Tuổi phẫu thuật trung bình là 10,4 (0,8- 44 tuổi). Thời gian theo dõi sau mổ trung bình là 18 tháng (6- 35 tháng). Phẫu thuật sửa chữa thì đầu cho 93 trường hợp (77,5%); thứ phát sau khi bệnh nhân được làm cầu nối chủ phổi là 27 trường hợp (22,5%). 27 trường hợp (22,5%) biến chứng trong và ngay sau mổ. 12 trường hợp (10%) mổ lại sớm; không có trường hợp nào mổ lại muộn. 4 trường hợp (3,3%) tử vong trong khi nằm viện; không có tử vong muộn. 116 trường hợp ra viện, hầu hết có cuộc sống sinh hoạt bình thường. 14 bệnh nhân còn dùng lasix hoặc digoxin sau 6 tháng ra viện. Phương pháp phẫu thuật có mổ thất phải làm tăng nguy cơ hở van động mạch phổi nặng ($p = 0,001$), hở van ba lá nặng ($p = 0,028$), và suy thất phải ($p = 0,017$). Miếng vá qua vòng van động mạch phổi làm tăng nguy cơ hở van động mạch phổi nặng ($p = 0,03$), tăng nguy cơ suy thất phải và tràn dịch màng phổi kéo dài sau mổ ($p = 0,04$). **Kết luận:** Kết quả phẫu thuật sửa chữa triệt để tứ chứng Fallot tại Bệnh viện Tim Hà Nội là khả quan với tỷ lệ tử vong tại viện 3,3%; không có tử vong muộn với thời gian theo dõi trung bình là 18 tháng. Hầu hết những bệnh nhân ra viện có cuộc sống bình thường.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tứ chứng Fallot (viết tắt là TOF Tetralogy of Fallot) là bệnh tim bẩm sinh tim thường gặp nhất chiếm xấp xỉ 1% trẻ sinh ra còn sống. Bệnh đặc trưng bởi 4 tổn thương chính: hẹp động mạch phổi, thông liên thất, động mạch chủ cưỡi ngựa trên vách liên thất và phì đại thất phải. Nếu không được phẫu thuật, 25% trẻ mắc bệnh chết trong năm đầu, 40% chết dưới 3 tuổi và 70% chết trước 10 tuổi. Nếu được phẫu thuật triệt để, người bệnh sẽ có trái tim và cuộc sống gần như bình thường.

Phẫu thuật sửa chữa triệt để TOF bao gồm đóng lỗ thông liên thất và mở rộng đường ra thất phải. Thao tác được thực hiện qua chỗ mổ thất phải (phương pháp kinh điển) hoặc qua đường tự nhiên là van 3 lá và van động mạch phổi. Trong 10 năm lại đây, phương pháp thứ hai trở thành một xu thế mới do giảm đáng kể tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ.

Tại Việt Nam, theo ước tính mỗi năm có gần 1.000 trẻ sinh ra mắc TOF cần được điều trị. Bệnh viện Tim Hà Nội đã phẫu thuật thành công cho hàng trăm trường hợp TOF. Tuy nhiên, tới thời điểm hiện

nay vẫn chưa có một nghiên cứu nào về vấn đề này. Vì vậy, mục đích của nhóm nghiên cứu là đánh giá kết quả phẫu thuật triệt để TOF tại Bệnh viện Tim Hà Nội, đặc biệt là phương pháp không mở thất phải, từ đó rút ra những kết luận khách quan nhằm nâng cao hiệu quả điều trị loại bệnh lý này.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu

- Tất cả các bệnh nhân Tứ chứng Fallot hẹp động mạch phổi được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10/2004 đến tháng 3/2007 nằm trong nhóm nghiên cứu.

- Những trường hợp teo van động mạch phổi hoặc có các bệnh lý nặng phổi hợp khác (kênh nhĩ thất chung, Ebstein) bị loại khỏi nhóm nghiên cứu.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Đặc điểm bệnh nhân

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
- Tuổi (năm)	10,40 ± 7,50 (0,8 - 44)	
- Giới: Nam	77	64,2 %
Nữ	43	35,8 %
- Cân nặng (kg)	23,06 ± 12,41 (0,8 - 55)	
- Shunt trước mổ	27	22,5 %
- Biến chứng trước mổ	12	10 %
- Thời gian điều trị sau mổ (ngày)	12,75 ± 10,46 (7 - 102)	
- Thời gian theo dõi sau mổ (tháng)	18 ± 7,8 (6 - 35)	

Thu nhập số liệu

- Các dữ liệu được lấy trực tiếp từ phòng lưu trữ hồ sơ của bệnh viện hoặc qua điện thoại với bệnh nhân hoặc cha mẹ bệnh nhân.

- Bệnh nhân sau khi ra viện được tái khám vào các thời điểm: tuần đầu, 1 tháng đầu, 3 tháng, 6 tháng và mỗi năm sau đó.

- Các thông tin thu thập bao gồm khám lâm sàng: hoạt động thể lực, các thuốc đang dùng; điện tim và siêu âm tim.

Phương pháp nghiên cứu

- Đây là phương pháp nghiên cứu mô tả, tiền cứu và hồi cứu.

- Phân tích thống kê dựa trên chương trình phần mềm SPSS 12.0

- $p < 0,05$ được coi là có ý nghĩa.

- Tử vong tại viện được qui định là tử vong trong thời gian nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày sau mổ.

Bảng 2. Một số đặc điểm kỹ thuật.

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
- Phương pháp:		
+ Có mở thất phải	22	18,5 %
+ Không mở thất phải	97	81,5 %
- Patch qua vòng van động mạch phổi	70	58,3 %
- Sửa khác:		
+ Sửa van 2 lá	1	0,8 %
+ Thay van chủ	2	1,7 %
+ Mở rộng nhánh ĐM phổi	10	8,3 %
+ Sửa 3 lá	22	18,3 %

Bảng 3. Biến chứng trong và sau mổ.

Biến chứng	n	Tỷ lệ %
- Chảy máu	7	5,8 %
- Nhiễm trùng xương ức	2	1,7 %
- Suy thất phải	8	6,7 %
- Suy thận	1	0,8 %
- Cơ loạn nhịp	4	3,3 %
- Viêm phổi	5	4,2 %
Cộng	27	22,5%

Bảng 4. Nguyên nhân mổ lại.

Nguyên nhân	n	Tỷ lệ %
- Chảy máu	5	4,2 %
- Nhiễm trùng xương ức	2	1,7 %
- Thông liên thất tồn lưu	2	1,7 %
- Mở xương ức	3	2,4 %
Cộng	12	10 %

Bảng 5. Kết quả siêu âm tim sau 3 tháng ra viện.

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
- Hở phổi Nhẹ - vừa *	102	88 %
Nặng	14	12%
- Hở 3 lá Nhẹ - vừa	102	88 %
Nặng	14	12%
- Thông liên thất tồn lưu Có **	12	10,3 %
Không	104	89,7%

(*): Phân độ hở van: Nhẹ = 1/4; Vừa = 2/4; Nặng = 3/4, 4/4.

(**): Có khi lỗ thông > 2 mm nhưng không ảnh hưởng tới huyết động

- Qua hơn 2 năm, đã có 120 bệnh nhân Tứ chứng Fallot được phẫu thuật triệt để tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

- 12 trường hợp có biến chứng trước mổ bao gồm: 4 áp xe não, viêm màng não mủ, 3 có cơn tim ngất trước mổ, 1 động kinh toàn thể, 1 suy tim nặng EF = 30 %, 1 viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn Osler, 1 ho máu, 1 loạn nhịp tim.

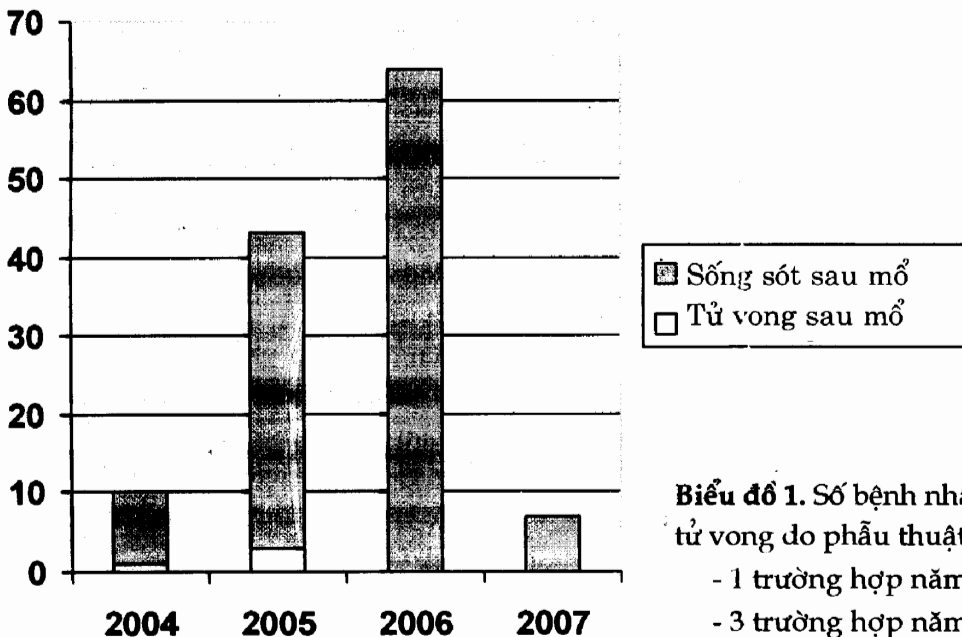
- Miếng vá qua vòng van động mạch

phổi có 70 trường hợp chiếm 58,3 %. Trong đó có 10 trường hợp được làm monocusp (chiếm 14,3 % các trường hợp có miếng vá qua vòng van).

- Có 4 trường hợp tử vong sau mổ;

- 1 trường hợp chết trên bàn mổ do rách tuần hoàn phụ, chảy máu không cầm được.

- 3 trường hợp khác chết do suy thất phải, dẫn đến suy đa tạng, loạn nhịp.



Biểu đồ 1. Số bệnh nhân sống sót và tử vong do phẫu thuật qua các năm:

- 1 trường hợp năm 2004.

- 3 trường hợp năm 2005.

- Có 116 bệnh nhân sống: Trong đó 87 bệnh nhân trên 5 tuổi với tỷ lệ phân loại suy tim theo NYHA sau 3 tháng ra viện là:

NYHA I 74,7%; NYHA II 25,3%

29 trẻ dưới 5 tuổi phát triển thể chất bình thường.

- 80% bệnh nhân khi ra viện cần dùng Digoxin và lợi tiểu, tỷ lệ này chỉ còn 23% sau 3 tháng và 14% sau 6 tháng ra viện.

- Các yếu tố liên quan tới nguy cơ hở van động mạch phổi nặng sau mổ là:

+ Phương pháp phẫu thuật có mở thất phải

($p = 0,001$).

+ Có miếng vá qua vòng van

($p = 0,03$).

- Yếu tố nguy cơ của hở 3 lá nặng là:

+ Phương pháp phẫu thuật có mở thất phải ($p = 0,028$).

+ Có miếng vá qua vòng van không làm tăng nguy cơ hở 3 lá nặng ($p = 0,051$).

- Phương pháp mở thất phải cũng làm tăng nguy cơ suy tim phải sau mổ ($p = 0,017$).

- Miếng vá qua vòng van làm tăng nguy cơ suy thất phải và tràn dịch màng phổi kéo dài sau mổ ($p = 0,040$).

BÀN LUẬN

Về đặc điểm bệnh nhân

Hầu hết các bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu lớn hơn 1 tuổi (98,4%), cân nặng trên 10kg (93,4%). Có tới 15% bệnh nhân trên 20 tuổi, cá biệt có trường hợp 44 tuổi. Đây cũng là đặc điểm chung về bệnh lý tim bẩm sinh ở các nước đang phát triển khi điều kiện về chẩn đoán và điều trị còn chưa đầy đủ. Bệnh nhân phẫu thuật muộn có nhiều bất lợi về phát triển tinh thần và

thể chất do thiếu oxy máu kéo dài. Những biến chứng đã gặp trong số 120 bệnh nhân là: áp xe não và viêm màng não mủ (3,3%), cơn tím ngắt (2,5%), các biến chứng khác: động kinh toàn thể, suy tim, loạn nhịp, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn, ho máu.

Gần đây, nhờ những tiến bộ về gây mê, hồi sức, tuần hoàn ngoài cơ thể, cân nặng bệnh nhân giảm dần và những trẻ dưới 10 kg đã được phẫu thuật.

Về kỹ thuật

Trong thời gian đầu, khi bệnh viện mới triển khai phẫu thuật sửa chữa triệt để TOF, các bệnh nhân đều được áp dụng phương pháp kinh điển. Từ đầu năm 2005, phẫu thuật theo phương pháp mới không mở thất phải đã được áp dụng một cách hệ thống. Trong số 120 bệnh nhân, có tới 97 trường hợp (81,5%) được phẫu thuật theo phương pháp mới. Qua thực tế, chúng tôi nhận thấy diễn biến hậu phẫu của các bệnh nhân này thuận lợi hơn rất nhiều so với bệnh nhân áp dụng phương pháp kinh điển.

Phân tích đơn nhân tố cho thấy, phương pháp kinh điển đã làm tăng nguy cơ hở van động mạch phổi nặng sau mổ ($p = 0,001$), tăng nguy cơ hở van ba lá nặng ($p = 0,028$), đồng thời làm tăng nguy cơ suy thất phải ($p = 0,017$), một trong những nguyên nhân chính dẫn đến tử vong sau sửa toàn bộ TOF.

Theo nhiều nghiên cứu, chính việc mở thất phải đã buộc phẫu thuật viên cắt bỏ khối cơ thất quá nhiều, nhưng quan trọng hơn là làm mất sự toàn vẹn của thất phải, từ đó làm giảm đột ngột độ đàn hồi buồng tim, đặc biệt ở những bệnh nhân TOF "già" khi mà cơ thất phải đã phì đại quá mức, xơ hoá và giảm đàn hồi nhiều trước mổ do thiếu oxy kéo dài. Hậu quả sẽ nặng nề hơn

nếu có mở vòng van động mạch phổi dẫn tới hiện tượng trào ngược từ động mạch phổi về thất phải. Mất toàn vẹn thất phải gây ra giảm khả năng tống máu, tăng thể tích cuối tâm trương quá mức cũng làm giảm khả năng tống máu (luật Starling).

Việc khâu miếng vá vào chỗ mở thất phải dẫn đến hiện tượng di động nghịch thường của miếng vá so với thành thất, từ đó làm giảm khả năng tống máu thất phải, khi miếng vá càng lớn thì ảnh hưởng càng nặng nề.

Tất cả những nguyên nhân trên tạo điều kiện gây suy thất phải nặng và tăng tỷ lệ tử vong sớm sau mổ. Về lâu dài, giãn thất phải dẫn tới rối loạn nhịp thất, là nguyên nhân gây đột tử trên bệnh nhân đã sửa trị để TOF.

Theo Kirklin, Karl TR, Dietl, phương pháp mới cho phép các thao tác thực hiện qua đường tự nhiên là van 3 lá và van động mạch phổi. Nhờ đó, khả năng cơ bóp của thất được bảo tồn, giảm nguy cơ trào ngược động mạch phổi - thất phải, giảm rối loạn nhịp tim ảnh hưởng đến hoạt động thể lực của bệnh nhân sau này.

Trong nghiên cứu, 58,3% bệnh nhân có miếng vá qua vòng van (patch trans annulaire). Tỷ lệ này là khá cao so với các tác giả khác (từ 1/3 tới 1/2 các trường hợp).

Qua thực tế chúng tôi nhận thấy, do việc cắt bỏ các bè cơ phi đại trên đường ra thất phải chưa được tốt, khi đo áp lực các buồng tim (lúc đã ngừng tuần hoàn ngoài cơ thể), nếu thấy chênh áp thất phải - động mạch phổi lớn ($> 30\text{mmHg}$), các phẫu thuật viên thường có xu hướng xẻ vòng van động mạch phổi về phía phế thất phải, chính điều đó đã làm tăng tỷ lệ miếng vá qua vòng van.

Theo thống kê, miếng vá qua vòng van góp phần làm tăng nguy cơ hở van động mạch phổi nặng ($p = 0,03$), cũng như làm tăng tỷ lệ suy thất phải và tràn dịch màng phổi sau mổ ($p = 0,04$). Điều này có thể được khắc phục nếu phẫu thuật viên có kinh nghiệm và làm theo đúng qui trình kỹ thuật. Đây cũng chính là kết luận của Martin Margaard và nhiều tác giả khác.

Từ năm 2006 chúng tôi đã tiến hành làm một cách hệ thống van 1 cánh (monocusp) bằng PTFE hoặc màng tim tự thân cho những trường hợp mở qua vòng van trên 5 mm về phía phế thất phải.

Siêu âm đánh giá sau mổ những trường hợp có monocusp cho thấy hầu hết không còn hở hoặc hở van động mạch phổi rất nhẹ. Tuy nhiên, về lâu dài cần có thêm thời gian để đánh giá kết quả.

VỀ BIẾN CHỨNG, MỔ LẠI VÀ TỬ VONG

27 bệnh nhân trên tổng số 120 trường hợp (22,5%) có biến chứng trong và sau mổ, chủ yếu là chảy máu, suy thất phải và nhiễm trùng. 14 bệnh nhân tràn dịch màng phổi trong quá trình điều trị cần chọc hút nhiều lần.

12 trường hợp mổ lại chiếm 10% tổng số. Đáng chú ý có 2 bệnh nhân thông liên thất tồn lưu gây suy tim phải nặng cần mổ.

Với những bệnh nhân đã ra viện, chưa thấy có trường hợp nào cần phẫu thuật sửa chữa lại. Theo Christopher J.Knott-Craig, hầu hết các trường hợp mổ lại muộn là do hẹp tồn lưu đường ra thất phải, hoặc trào ngược động mạch phổi - thất phải gây suy tim phải, loạn nhịp. Tuy nhiên, do thời gian theo dõi sau mổ trong nghiên cứu này còn ngắn (18 tháng so với 10,6 năm của tác giả Christopher) nên những diễn biến bất lợi

của bệnh nhân sau mổ cần phải được theo dõi lâu dài hơn.

Điện tim sau khi ra viện cho thấy, có tới 74/116 trường hợp (63,8%) có bloc nhánh phải hoàn toàn hoặc không hoàn toàn. Qua theo dõi chúng tôi nhận thấy đây là biểu hiện lành tính, chưa thấy gây loạn nhịp hay khó chịu cho bệnh nhân.

4 trường hợp tử vong chiếm 3,3% tổng số. Trong đó 1 trường hợp chảy máu do rách tuần hoàn phụ, chưa sửa chữa gì; 3 trường hợp còn lại đều liên quan đến suy thất phải sau mổ dẫn tới suy đa tạng và loạn nhịp. Tử vong ngoại viện tính tới thời điểm này là 0%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu này là thấp so với một số tác giả khác: Martin A. Norgaard là 30% (giai đoạn 1960-1970), Christopher J. Knott-Craig là 11,1% (giai đoạn 1970-1997), Nguyễn Hữu Ước là 12,5% (giai đoạn 1990-1999).

Những báo cáo gần đây cho thấy, tỷ lệ tử vong tại viện ở những trường hợp sửa toàn bộ TOF theo phương pháp mới là dưới 3%. Những tiến bộ về gây mê, hồi sức, tuần hoàn ngoài cơ thể đã góp phần làm giảm đáng kể tỷ lệ tử vong sau mổ. Ngoài ra phải kể đến kinh nghiệm của nhóm phẫu thuật cũng là một nhân tố rất quan trọng. Theo biểu đồ 1, các trường hợp tử vong đều xảy ra vào hai năm đầu mới triển khai phẫu thuật TOF. Tuy vậy, do số tử vong ít nên chúng tôi chưa đủ dữ liệu để phân tích các yếu tố liên quan tới tử vong sau mổ.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 120 trường hợp phẫu thuật triệt để tứ chứng Fallot tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ tháng 10 năm 2004 đến tháng 3 năm 2007, nhóm nghiên cứu xin đưa ra những kết luận sau:

Kết quả phẫu thuật sửa toàn bộ TOF tại Bệnh viện Tim Hà Nội là hết sức khả quan với tỷ lệ tử vong tại viện là 3,3%, tử vong ngoại viện là 0% qua thời gian theo dõi trung bình 18 tháng. Tử vong sau mổ có xu hướng giảm dần.

Việc áp dụng phương pháp phẫu thuật không mở thất phải đã làm giảm tỷ lệ hở van động mạch phổi nặng, hở ba lá nặng và suy thất phải sau mổ. Do đó, đây chính là một hướng phát triển mới cho phẫu thuật sửa chữa TOF tại Bệnh viện Tim Hà Nội.

Bệnh nhân sau mổ đã có cuộc sống sinh hoạt và lao động bình thường. Điều này đã đem đến một hy vọng lớn lao và một tương lai tốt đẹp cho bệnh nhân tứ chứng Fallot.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hữu Ước, Đặng Hanh Đệ. *Kết quả ban đầu của phẫu thuật sửa toàn bộ Fallot 4 ở trẻ em lớn*. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam số 28, 12-1999; 46-54
2. Christopher J. Knott-Craig et al. A 26- Years Experience with Surgical Management of Tetralogy of Fallot: Risk Analysis for Mortality or Late Reintervention. *Ann Thorac Surg* 1998; 66:506-11
3. Dietl CA et al. Life-threatening arrhythmias and RV dysfunction after surgical repair of tetralogy of fallot. Comparison between transventricular and transatrial approaches. *Circulation*. 2004 Nov;90(5 Pt 2); II7-12
4. Jenifer C.Hirsch; Edward L.Bove. Tetralogy of Fallot. *Pediatric Cardiac Surgery*. Mosby 2003; 383- 397
5. Karl TR, Sano S; Porniviliwan S; Mee RBB. Tetralogy of Fallot: Favorable Outcome of Neonatal Transatrial, Transpulmonary repair. *Ann Thorac Surg* 2002; 54-90
6. Kirklin JW; Boyes B; Kouchoukos NT. Ventricular Septal Defect and Pulmonary

Stenosis or Atresia. Cardiac Surgery.
Churchill Livingstone 2003; 946- 1074
7. Martin A Norgaard et al. Twenty-to-thirty-

seven- year follow-up after repair for
Tetralogy of Fallot. European Journal of
Cardio- thoracic Surgery 16 (1999) 125-130

ANALYSIS AND ASSESSMENT OF RESULTS OF COMPLETE REPAIR OF TETRALOGY OF FALLOT AT HANOI HEART HOSPITAL

Objective: Assessment of the results of complete repair of tetralogy of Fallot conducted at Hanoi Heart Hospital in the period Oct. 2004 - Mar. 2007. **Methods:** Analysis and Assessment was made on the basis of data obtained from clinical records of the 120 patients operated also from results of regular re-examinations of the 116 of them discharged from hospital. **Results:** Average age of patients operated on: 10,4 (years) (range 0,8 - 4,4 years), average follow - up time: 18 months (range 6 - 35 months), percentage of primary complete repair: 77,55% (93 of 120 patients), percentage of staged repair: 22,5% (27 of 120 patients), percentage of on - operative and post - operative complications: 22,5% (27 of 120 patients), percentage of early re-intervention: 10% (12 of 120 patients), percentage of late re-intervention: 0%, percentage of hospital mortality: 3,3% (4 of 120 patients), percentage of late cardiac deaths: 0%. State of discharged patients: 116 of 120 patients have been leading a normal life, of whom 14 used lasix or digoxin for 6 months after discharge. Trans ventricular approach proved to lead to severe tricuspid, pulmonary valve insufficiency and right ventricular disfunction ($p = 0,001$; 0,028 and 0,017 respectively). Used of trans annular patching proved to lead severe pulmonary valva insufficiency, right ventricular disfunction and hydrothorac ($p = 0,030$; 0,040 respectively). **Conclusion:** The result of complete repair of tetralogy of Fallot at Hanoi Heart Hospital is satisfactory with clinical mortality being 3,3%, and post - discharge mortality naught in an average 18 months of observation, and most of discharged patients leading a normal life.

Dự báo tiến triển đột quỵ bằng thang điểm NIHSS

Vĩnh Phương; Trần Văn Huy

Khoa Tim mạch Lão học

Bệnh viện tỉnh Khánh Hòa

GIỚI THIỆU

Trong vòng 48 giờ đầu sau đột quỵ, tình trạng bệnh nhân thường bất ổn và diễn biến có thể xấu đi [5,6,7,8]. Các nghiên cứu trong lĩnh vực thần kinh đã cho thấy tế bào não chết do một loạt các sự kiện sinh hóa phức tạp (được mệnh danh là "dòng thác thiếu máu") thường xảy ra trong nhiều giờ hoặc nhiều ngày sau đột quỵ [9,10,11]. Ngoài ra, các quá trình viêm (thường được xem là thủ phạm gây nên tổn thương tái tưới máu) cũng có thể tạo nên các thương tổn thứ phát trên tế bào và làm ảnh hưởng đến mạch máu [12,13,14].

Để đánh giá suy giảm chức năng thần kinh ban đầu và chung cuộc ở mọi nghiên cứu đột quỵ cấp, hiện nay người ta thường dùng thang điểm NIHSS. Thang điểm này là một trong nhiều biến số được dùng để phân tích khả năng dự báo mức độ trầm trọng của đột quỵ.

Mục đích của nghiên cứu này là để xác định đặc trưng của các bệnh nhân có các thay đổi thần kinh học xảy ra trong 48 giờ đầu bằng thang điểm NIHSS trong bối cảnh một khoa thu dung điều trị bệnh nhân đột quỵ.

ĐỐI TƯỢNG & PHƯƠNG PHÁP

Bệnh nhân

Mọi bệnh nhân > 18 tuổi được thu dung

điều trị tại Khoa Tim mạch Lão học Bệnh viện Khánh Hòa từ 6/2005 đến 9/2006 với chẩn đoán đột quỵ do thiếu máu não cấp. Điểm số NIHSS được đánh giá lúc vào khoa và mỗi 8 giờ trong 48 giờ đầu cho mọi bệnh nhân.

Các tiêu chuẩn chọn lựa

- Đột quỵ do thiếu máu não cấp xảy ra trong vòng 24 giờ;
- Thời gian khởi phát có thể xác định được;
- Suy giảm chức năng thần kinh không cải thiện nhanh trong vòng 1 giờ kể từ lúc khởi phát.

Các tiêu chuẩn loại trừ

- Đột quỵ do xuất huyết;
- Tiền sử đã bị đột quỵ để lại di chứng làm cho việc khám thần kinh để phát hiện nhồi máu trở nên khó khăn;
- Hôn mê.

Thang điểm NIHSS

Là thang điểm đột quỵ của Viện Y tế Quốc gia Mỹ (NIHSS: National Institutes of Health Stroke Scale) dùng để đánh giá suy giảm chức năng thần kinh dựa vào đĩa hình DVD "NIH Stroke Scale Training" của Viện Y tế Quốc gia Bệnh lý Thần kinh & Đột quỵ của Mỹ. Thang điểm gồm 11 mục, mỗi mục

có nhiều mức độ, tổng số điểm là 42 (xem chi tiết thang điểm ở phần phụ lục).

Phân loại hình ảnh tổn thương

Mọi bệnh nhân đều được chụp cắt lớp điện toán sọ não để xác định vị trí và kích thước của vùng nhồi máu. Hình ảnh đột quy được phân thành 5 loại:

- Tổn thương khuyết não (lacunar: tổn thương dưới vỏ não 1cm);
- Tổn thương vỏ/dưới vỏ từ nhỏ đến vừa ($>1\text{cm}$ & $<1/3$ vùng tưới máu của động mạch não giữa)
- Tổn thương vỏ/dưới vỏ từ vừa đến lớn ($>1/3$ vùng tưới máu của động mạch não giữa);
- Tổn thương thân não;
- Bình thường.

Theo dõi

Các bệnh nhân được theo dõi các biến đổi lâm sàng:

- Chức năng thần kinh xấu đi khi điểm số NIHSS tăng 3 điểm trong 48 giờ đầu.

- Các bệnh nhân được xếp loại "cải thiện" nếu khám thần kinh trở lại bình thường sau 48 giờ (điểm số NIHSS = 0 hoặc 1).

Phân tích thống kê

Qui tắc Bayes [16] được áp dụng để xác định điểm số NIHSS ngưỡng ban đầu. Các bệnh nhân được dự báo chức năng thần kinh cải thiện nếu điểm số NIHSS dưới trị số ngưỡng và xấu đi nếu điểm số trên trị số ngưỡng trong 48 giờ đầu. Sự khác biệt của tỉ lệ các nhóm bệnh nhân có điểm số NIHSS trên hoặc dưới điểm số ngưỡng được kiểm định bằng test 2. Sự kết hợp của các biến số với tiến triển của đột quy được đánh giá bằng phân tích hồi quy logistic từng bước (stepwise logistic regression). Các dữ liệu nhân chủng học, các đặc trưng ban đầu, và các yếu tố nguy cơ đột quy đều được so sánh giữa nhóm bệnh nhân tiến triển xấu và nhóm bệnh nhân không tiến triển bằng test Student t hoặc test Mann-Whitney (rank sum Mann-Whitney) tùy trường hợp.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Các đặc trưng ban đầu của các BN nghiên cứu

Đặc trưng	Tần suất	%
- Giới tính:		
+ Nam	44	65
+ Nữ	24	35
- Số BN tiến triển xấu	19	28
- Số BN không tiến triển	49	72
- Tuổi bình quân	66,2	
- Thời gian BQ từ lúc khởi phát đến khi vào viện	15giờ	
- Thời gian tiến triển TB	34.9 g ± 13.2	
- Điểm số NIHSS BQ ban đầu	6,5	

Từ tháng 6/04 đến tháng 9/2005, 68 bệnh nhân được đưa vào nghiên cứu, trong số đó 44 (65%) nam giới và 24 (35%) nữ giới. Tuổi bình quân của bệnh nhân là 66.2. Thời gian trung bình từ lúc bắt đầu có triệu

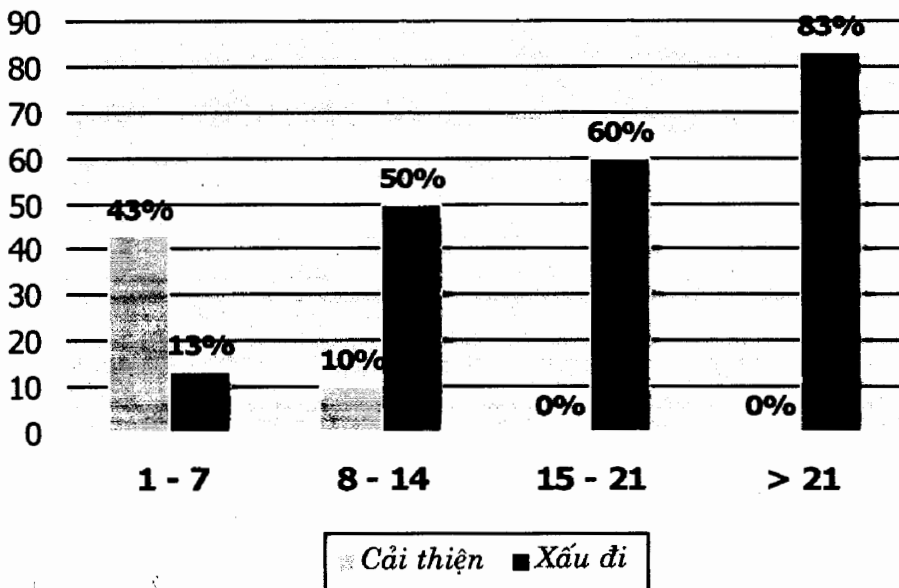
chứng đột quỵ cho đến khi vào viện là 15 giờ, và điểm số NIHSS bình quân ban đầu là 6.5. Nhìn chung, tiến triển suy giảm chức năng thần kinh xảy ra ở 19 trong số 68 trường hợp (28%).

Bảng 2. Tiến triển chức năng thần kinh theo từng nhóm điểm số NIHSS

Chức năng thần kinh	1-7 điểm	8-14 điểm	15-21 điểm	>21 điểm	Cộng
Cải thiện	20 (43%)	1 (10%)	0 (0%)	0 (%)	21 (31%)
Không tiến triển	21 (45%)	4 (40%)	2 (40%)	1 (17%)	28 (41%)
Tiến triển xấu	6 (13%)	5 (50%)	3 (60%)	5 (83%)	19 (28%)
Cộng	47	10	5	6	68 (100%)

Trong số 21 BN có điểm số NIHSS > 7, chúng tôi nhận thấy có 13 trường hợp (62%) tiến triển xấu đi; trong khi đó tiến triển xấu đi chỉ thấy trong 6/47 (13%) trường hợp có điểm số ban đầu # 7 $\chi^2 = 8,790, P < 0.01$. Ngoài ra, 20/47 BN (42.5%)

có điểm số NIHSS ban đầu # 7 đã hồi phục bình thường (nghĩa là điểm số NIHSS = 0 hoặc 1) sau 48 giờ; trong khi đó chỉ 1/21 (4,7%) BN có điểm số NIHSS ban đầu > 7 trở lại bình thường ở cùng thời điểm $\chi^2 = 5.883, P < 0.05$ (Hình 1).



Hình 1. Biểu đồ tiến triển chức năng thần kinh theo điểm số NIHSS

Để kiểm định yếu tố nào kết hợp với tiến triển của đột quy, chúng tôi dùng hồi quy logistic từng bước để phân tích các dữ liệu nhân chủng học (tuổi tác, giới tính), các đặc trưng ban đầu (công thức máu, rung nhĩ, điểm số NIHSS ban đầu, HATB) và các

yếu tố nguy cơ đột quy (cao huyết áp, hút thuốc lá, tăng cholesterol máu, tiểu đường). Kết quả cho thấy chỉ có điểm số thần kinh ban đầu, HATB và rung nhĩ tỏ ra hữu ích trong việc dự báo tình trạng bệnh nhân xấu đi (Bảng 3).

Bảng 3. Các yếu tố kết hợp với tiến triển của đột quy

Số	Yếu tố	Tiến triển xấu n=19	Không tiến triển n=49	P
1	Tuổi ^{1,2}	67.6	66.0	0.237
2	Giới, Nam/Nữ	13/6	31/18	0.690
3	Cao HA	16(84.2%)	31(63.2%)	0.093
4	Hút thuốc lá	11(57.9%)	18(36.7%)	0.113
5	Tăng LDL- cholesterol	9 (47.3%)	12 (24.5%)	0.067
6	Tiểu đường	3 (15.8%)	9 (18.4%)	0.802
7	Rung nhĩ ¹	6(31.5%)	4 (8.2%)	0.014
8	NIHSS ban đầu ^{1,2}	8.95	5.57	<0.001
9	Bạch cầu ^{1,2}	9.105	9.285	0.724
10	Tiểu cầu ^{1,2}	198.9	207.3	0.303
11	HATB ¹	114.2	108.2	0.012

Rung nhĩ và huyết áp trung bình trong 48 giờ đầu là các yếu tố kết hợp có ý nghĩa với tiến triển xấu của đột quy ($P=0.014$ & $p=0.012$). Riêng điểm số NIHSS ban đầu có xu hướng kết hợp mạnh mẽ với tiến triển xấu đi của các bệnh nhân ($P<0.001$). Không có kết hợp có ý nghĩa đối với các yếu tố khác như tuổi, giới, CTM lúc nhập viện. Sự kết hợp cũng không tìm thấy đối với các yếu tố nguy cơ như tăng HA, hút thuốc, tiểu đường, và tăng cholesterol máu.

Phân tích đột quy bằng chụp cắt lớp điện toán đã cho thấy khả năng tiến triển xảy ra nhiều hơn rõ rệt ở các BN bị nhồi máu vỏ não và dưới vỏ từ rộng đến vừa, trong khi các BN khuyết não và nhồi máu ổ nhỏ ở dưới vỏ hoặc các BN nhồi máu mà phim chụp cắt lớp bình thường đều ít có diễn tiến xấu đi về mặt thần kinh học (Bảng 4).

¹ Các hệ số dùng trong phân tích hồi quy.

² Mann-Whitney rank-sum test.

Bảng 4. Tiến triển của đột quy theo nhóm thương tổn trên hình chụp cắt lớp

Nhóm thương tổn	Tiến triển (n=19)	Không tiến triển (n=49)	P
(I) Nhồi máu khuyết não / ổ nhỏ dưới vỏ	1 (5.3%)	21 (42.9%)	<0.05
(II) Nhồi máu vỏ não / dưới vỏ từ vừa đến rộng (>1/3 ĐMNG)	12 (63.2%)	7 (14.3%)	<0.01
(III) Nhồi máu vỏ não / dưới vỏ từ nhỏ đến vừa (<1/3 ĐMNG)	2 (10.5%)	5 (10.2%)	0.61
(IV) Nhồi máu thân não	1 (5.3%)	5 (10.2%)	0.32
(V) Bình thường	3 (15.8%)	11 (22.4%)	0.30

BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy điểm số NIHSS ban đầu có khả năng dự báo tiến triển của đột quy trong vòng 48 giờ đầu. Chúng tôi cũng nhận thấy sự kiện cải thiện được phân định rõ rệt ở điểm số NIHSS ngưỡng = 7 điểm. Khi điểm số NIHSS ban đầu > 7, tỉ lệ bệnh nhân có diễn tiến lâm sàng xấu (62%) cao hơn gần 5 lần so với khi điểm số bằng # 7 (13%). Với điểm số # 7 lúc nhập viện, tỉ lệ chức năng thần kinh trở lại bình thường trong 48 giờ đầu, cao gấp 9 lần so với các bệnh nhân có điểm số > 7.

Các nghiên cứu gần đây về tiến triển của đột quy cấp đã cho thấy diễn biến thần kinh xấu đi có thể xảy ra với tần suất cao trong vòng từ vài giờ đến vài ngày đầu và tình trạng phù nề xảy ra chậm có thể đóng một vai trò trong tiến triển của triệu chứng [7,8,17,18,19,20,21]. Các tác giả cũng đã nhận thấy trong vòng 48 giờ đầu, 22% - 40% BN thường có biểu hiện thần kinh xấu đi [7,8], và 22% - 28% bệnh nhân có chức năng thần kinh được cải thiện rõ rệt [8,18,20]. Điều này cho thấy các liệu pháp

nhắm vào vùng nửa tối (penumbra) của thiếu máu cục bộ nên được tiến hành trong giai đoạn tổn thương lan rộng ở nhóm BN có nhiều khả năng tiến triển.

Các biến đổi sớm của tình trạng lâm sàng sau đột quy cấp có giá trị dự báo trên kết quả dài hạn. Một số nghiên cứu [7,8] đã cho thấy tình trạng thần kinh xấu đi sớm có thể làm tỉ lệ tử vong tăng từ 35% - 50%. Ngược lại, đa số các bệnh nhân cải thiện sớm về mặt thần kinh sẽ có kết quả dài hạn tốt (79%) vào ngày thứ 30 [8]. Ngoài ra, diễn tiến hồi phục trên lâm sàng thường ổn định sau ngày thứ 4, và kể từ đó trở đi cải thiện trở nên tuyến tính hơn [7].

Chúng tôi nhận thấy kích thước ổ nhồi máu kết hợp chặt chẽ với các biến đổi chức năng thần kinh như đã được ghi nhận trước đây [8,9]. Bệnh nhân bị nhồi máu khuyết não có tỉ lệ cải thiện về mặt thần kinh cao gấp 10 lần so với tỉ lệ thần kinh xấu đi. Ngược lại, các bệnh nhân nhồi máu vỏ não và dưới vỏ từ vừa đến rộng (>1/3 vùng chi phối của động mạch não giữa) có tỉ lệ xấu đi nhiều hơn rõ rệt so với các nhóm khác.

Ngoài ra, chúng tôi nhận thấy rằng đột

quy xảy ra ở các bệnh nhân bị rung nhĩ thường có nhiều khả năng tiến triển hơn. Điều này có thể là vì thiếu máu nghẽn mạch do tim thường kết hợp với các đột quy có diện rộng. Trong số 6 bệnh nhân tiến triển bị rung nhĩ của chúng tôi, có 5 bệnh nhân bị nhồi máu vỏ hoặc dưới vỏ từ vừa đến rộng.

KẾT LUẬN

Diễn biến suy giảm chức năng thần kinh

sau đột quy do thiếu máu não cấp tùy thuộc vào độ trầm trọng ban đầu của đột quy và việc phân loại bệnh nhân dựa vào điểm số NIHSS ngưỡng ban đầu bằng 7 sẽ cho phép dự báo sớm kết quả.

Ngoài điểm số thần kinh ban đầu, HATB và rung nhĩ tỏ ra hữu ích trong việc dự báo tình trạng thần kinh bệnh nhân xấu đi.

Các phát hiện này có thể giúp thiết kế và phân tầng bệnh nhân trong các đề cương nghiên cứu về đột quy cấp.

PHỤ LỤC: THANG ĐIỂM ĐỘT QUY NIHSS

Số	Mục đánh giá	Điểm số	Cách kiểm tra
1A.	Mức độ tri giác	0-3 điểm	2-3 câu hỏi chung
1B.	Định hướng: Câu hỏi	0-2 điểm	Ngày tháng, tuổi?
1C.	Động lệnh	0-2 điểm	Mở mắt, xòe tay
2.	Vận nhãn	0-2 điểm	Đổi mắt theo ngón tay
3.	Thị trường	0-3 điểm	Đếm ngón tay hoặc đe dọa thị giác
4.	Vận động mặt	0-3 điểm	Nhe răng, nhắm mắt, nhướng mày.
5.	Vận động tay (P)	0-4 điểm	Duỗi tay 45 độ, (bàn tay úp) trong 10 giây
	Vận động tay (T)	0-4 điểm	
6.	Vận động chân (P)	0-4 điểm	Nhấc chân 30 độ trong 5 giây
	Vận động chân (T)	0-4 điểm	
7.	Mất điều vận chi	0-2 điểm	Ngón tay-mũi-ngón tay; gót-cẳng chân
8.	Cảm giác	0-2 điểm	Châm kim ở mặt, tay, chân.
9.	Ngôn ngữ	0-2 điểm	Gọi tên đồ vật & mô tả tranh vẽ, đọc các câu
10.	Loạn vận ngôn	0-3 điểm	Đọc các từ ở thẻ từ ngữ đính kèm
11.	Không nhận biết (extinction) & không chú ý (inattention)	0-2 điểm	Kích thích đồng thời 2 bên (xúc giác & thị giác)
Tổng cộng		0-42 điểm	

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. del Zoppo GJ, Higashida RT, Furlan AJ, Pessin MS, Rowley HA, Gent M, and the PROACT Investigators. PROACT: a phase II randomized trial of recombinant pro-urokinase by direct arterial delivery in acute middle cerebral artery stroke. *Stroke*. 1998;29:4-11.
2. The RANTTAS Investigators. A randomized trial of tirilazad mesylate in patients with acute stroke (RANTTAS). *Stroke*. 1996;27:1453-1458.
3. Major Ongoing Stroke Trials. European and Australian Cooperative Stroke Study II (ECASS-II). *Stroke*. 1998;29:551.
4. The National Institute of Neurological Disorders and Stroke rt-PA Stroke Study Group. Tissue plasminogen activator for acute ischemic stroke. *N Engl J Med*. 1995;333:1581-1587.
5. Johnston KC, Li JY, Lyden PD, Hanson SK, Feasby TE, Adams RJ, Faught RE Jr, Haley EC Jr, for the RANTTAS Investigators. Medical and neurological complications of ischemic stroke: experience from the RANTTAS trial. *Stroke*. 1998;29:447-453.
6. Davalos A, Cendra E, Teruel J, Martinez M, Genis D. Deteriorating ischemic stroke: risk factors and prognosis. *Neurology*. 1990;40:1865-1869.
7. Toni D, Fiorelli M, Bastianello S, Falcou A, Sette G, Ceschin V, Sacchetti ML, Argentino C. Acute ischemic strokes improving during the first 48 hours of onset: predictability, outcome, and possible mechanisms. *Stroke*. 1997;22:10-14.
8. Loyke HF. The three phases of blood pressure in stroke. *South Med J*. 1990;83:660-663.
9. Choi D. Cerebral hypoxia: some new approaches and unanswered questions. *J Neurosci*. 1990;10:2493-2501.
10. Kuroda S, Siesjö BK. Reperfusion damage following focal ischemia: pathophysiology and therapeutic windows. *Clin Neurosci*. 1997;4:199-212.
11. Chalmers-Redman RME, Fraser AD, Ju WYH, Wadia J, Tatton NA, Tatton WG. Mechanisms of nerve cell death: apoptosis or necrosis after cerebral ischemia. *Int Rev Neurobiol*. 1997:1-25.
12. Hallenbeck JM. Inflammatory reactions at the blood-endothelial interface in acute stroke. *Adv Neurol*. 1996;281-300.
13. DeGraba TJ. The role of inflammation following acute stroke: utility of pursuing anti-adhesion molecule therapy. *Neurology*. 1998;51(suppl 3):S62-S68.
14. Bjork J, Hedqvist P, Arfors KE. Increase in vascular permeability induced by leukotriene B₄ and the role of polymorphonuclear leukocytes. *Inflammation*. 1982;6:189-200.
15. Goldstein LB, Bertels C, PA-C, Davis JN. Interrater reliability of the NIH Stroke Scale. *Arch Neurol*. 1989;46:660-662.
16. Rao CR. *Linear Statistical Inference and Its Applications*. New York, NY: John Wiley & Sons; 1965: 413-419, 487-493.
17. Biller J, Love BB, Marsh EE, Jones MP, Knepper LE, Jiang D, Adams HP, Gordon DL. Spontaneous improvement after acute ischemic stroke. *Stroke*. 1990;21:1008-1012.
18. Toni D, Fiorelli M, Zanette EM, Sacchetti ML, Salerno A, Argentino C, Solaro M, Fieschi C. Early spontaneous improvement and deterioration of ischemic stroke patients. *Stroke*. 1998;29:1144-1148.
19. Toni D, Fiorelli M, Gentile M, Bastianello S, Sacchetti ML, Argentino C, Pozzilla C, Fieschi C. Progressing neurological deficit secondary to acute ischemic stroke. *Arch Neurol*. 1995;52:670-675.
20. Wityk RJ, Pessin MS, Kaplan RF, Caplan LR. Serial assessment of acute stroke using the NIH Stroke Scale. *Stroke*. 1994;25:362-365.

21. Fiorelli M, Alperovitch A, Argentino C, Sacchetti ML, Toni D, Sette G, Cavalletti C, Gori C, Fieschi C, for the Italian Acute Stroke Study Group. Prediction of long-term outcome in the early hours following acute ischemic stroke. *Arch Neurol.* 1995;52:250-255.
22. International Stroke Trial Collaborative Group. The International Stroke Trial (IST): a randomized trial of aspirin, subacute heparin, both, or neither among 19435 patients with acute ischaemic stroke. *Lancet.* 1997;349:1569-1581.
23. Jones HR, Millikan CH. Temporal profile (clinical course) of acute carotid system cerebral infarction. *Stroke.* 1976;7:64-71.
24. Jones HR Jr, Millikan CH, Sandok BA. Temporal profile (clinical course) of acute vertebrobasilar system cerebral infarction. *Stroke.* 1980;11:173-177.

ABSTRAC

Prediction of acute stroke progression by National Institutes of Health Stroke Scale

Background and Purpose: The objective was to determine the occurrence of neurological changes during the first 48 hours after acute stroke as it relates to initial stroke severity. **Methods:** The National Institutes of Health Stroke Scale (NIHSS) was performed serially for the first 48 hours on 68 consecutive ischemic stroke patients admitted to the department of CVD at The Khanh Hoa General Hospital. Incidence of stroke progression (a 3-point increase on the NIHSS) was recorded and analysis performed to determine its association with initial stroke severity and other demographic and physiological variables. Deficit resolution by 48 hours, defined as an NIHSS score of 0 or 1, measured the frequency of functional recovery predicted by the initial deficit. **Results:** Overall progression was noted in 28% of events (19/68). Applying Bayes' solution to the observed frequency of worsening, the greatest likelihood of predicting future patient progression occurs with stratification at NIHSS scores of #7 and >7. Patients with an initial NIHSS of #7 experienced a 13% (6/47) worsening rate versus a those with a score of >7 with a 62% (13/21) worsening rate ($P < 0.01$). 42.5% (20/47) of those with an initial score of #7 were functionally normal at 48 hours, whereas only 4.7% (1/21) of those with scores of >7 returned to a normal examination within this period (χ^2 , $P < 0.05$). **Conclusions:** This study suggests that the early clinical course of the neurological deficit after acute stroke is dependent on the initial stroke severity and that a dichotomy in early outcome exists surrounding an initial NIHSS score of 7. These findings may have significant implications for the design and patient stratification in treatment protocols with respect to primary clinical outcome.

Hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp

ThS. Hồ Huỳnh Quang Trí, PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh
Viện Tim TP HCM

ĐẶT VẤN ĐỀ

Khi theo dõi những bệnh nhân được mổ sửa hoặc thay van 2 lá, nhiều tác giả ghi nhận có một số bệnh nhân không có hở van 3 lá nặng trước mổ bị hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ [1, 3]. Trong một nghiên cứu từ đầu thập niên 1990, những bệnh nhân có hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật van 2 lá có khả năng gắng sức giảm đáng kể do rối loạn đáp ứng tăng cung lượng tim với gắng sức [4]. Một số nghiên cứu gần đây cũng cho thấy hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá làm tăng nguy cơ suy tim và chết do suy tim [5, 7]. Hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ có thể do nhiều nguyên nhân khác nhau. Riêng trong trường hợp sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp, tái hẹp/hở van 2 lá (thường là do thấp tim tái phát) dẫn đến tăng áp động mạch phổi là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến hở van 3 lá cơ năng nặng sau mổ [8].

Tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh, phẫu thuật sửa van 2 lá thường được thực hiện cho người bệnh hẹp và/hoặc hở van 2 lá hậu thấp có giải phẫu van thích hợp. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu dưới đây nhằm xác định tần suất và thời điểm xuất hiện của hở van 3 lá nặng sau phẫu thuật sửa van 2 lá và đánh giá ảnh hưởng của hở van 3 lá nặng trên tình trạng chức năng sau mổ của bệnh nhân. Nghiên cứu này còn có

mục tiêu tìm hiểu ảnh hưởng của tái hẹp/hở van 2 lá trên tần suất hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ.

BỆNH NHÂN VÀ PHƯƠNG PHÁP

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu đoàn hệ.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Dân số nghiên cứu là những người bệnh van tim hậu thấp được sửa van 2 lá không kèm sửa van 3 lá tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh trong các năm 1995-2005. Tổn thương van 2 lá hậu thấp được xác định bởi siêu âm tim trước mổ và biên bản phẫu thuật. Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu nếu không có hở van 3 lá nặng (mức độ $\geq 3/4$ dựa trên siêu âm tim) trước mổ và được theo dõi sau mổ ít nhất 1 năm.

Quy trình theo dõi và chăm sóc sau mổ: Sau khi xuất viện bệnh nhân được hẹn tái khám sau 1 tháng, sau đó mỗi 2 tháng. Nếu bệnh nhân phải uống thuốc chống đông dài hạn (có thay van động mạch chủ cơ học hoặc rung nhĩ mạn), mỗi lần tái khám bệnh nhân được kiểm tra INR (International Normalized Ratio) để điều chỉnh liều thuốc chống đông. Tất cả bệnh nhân được phòng thấp thứ cấp với phenoxymethylpenicillin uống 1 triệu đơn vị/ngày. Các thuốc điều trị suy tim như ức chế men chuyển, lợi tiểu và digoxin được dùng tùy theo tình trạng chức năng của

bệnh nhân. Siêu âm tim kiểm tra được thực hiện sau mổ 1 tháng, 6 tháng, 12 tháng, sau đó mỗi năm một lần. Đối với bệnh nhân không được theo dõi đủ 1 năm sau mổ, chúng tôi gửi thư về địa chỉ nhà để mời đến tái khám và siêu âm tim.

Thu thập số liệu: Các số liệu được thu thập ở mỗi bệnh nhân gồm:

- Trước mổ: tuổi, giới, diện tích cơ thể, dạng tổn thương van 2 lá (hẹp đơn thuần hoặc chủ yếu, hở đơn thuần hoặc chủ yếu, hẹp khít kèm hở vừa-nặng), các tổn thương tim khác kèm theo, phân độ suy tim theo NYHA, chỉ số tim/ngực trên phim X-quang ngực thẳng, nhịp tim (nhịp xoang hay rung nhĩ). Các số liệu siêu âm tim được ghi nhận gồm diện tích lỗ van 2 lá, mức độ hở van 2 lá, kích thước nhĩ trái đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, kích thước cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, phân suất tống máu thất trái, kích thước thất phải đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, áp lực động mạch phổi tâm thu, mức độ hở van 3 lá (từ 1/4 đến 4/4) và kích thước vòng van 3 lá đo ở mặt cắt 4 buồng từ mỏm.

- Phẫu thuật: sửa van 2 lá có đặt vòng van hay không, có kèm phẫu thuật khác (như thay van động mạch chủ) hay không.

- Các lần tái khám sau mổ: phân độ chức năng theo NYHA, các triệu chứng suy tim phải (phù chân, gan to), các thuốc tim mạch bệnh nhân đang dùng (ức chế men chuyển, lợi tiểu, digoxin). Các số liệu siêu âm tim được ghi nhận gồm kết quả sửa van 2 lá (có hở hoặc hẹp van tái phát hay không), độ chênh áp qua van 2 lá, kích thước nhĩ trái đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, kích thước cuối tâm trương và cuối tâm thu thất trái đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, phân suất

tống máu thất trái, kích thước thất phải đo ở mặt cắt cạnh ức trực dọc, áp lực động mạch phổi tâm thu và mức độ hở van 3 lá. Hở van 3 lá nặng được định nghĩa là hở van 3 lá $\geq 3/4$ dựa vào siêu âm tim.

Phương pháp thống kê: Các biến liên tục được biểu thị ở dạng trung bình \pm độ lệch chuẩn. So sánh biến liên tục bằng phép kiểm t. So sánh tỉ lệ bằng phép kiểm chi bình phương. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ được ước tính bằng phương pháp Kaplan-Meier. So sánh tần suất dồn hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ của 2 nhóm bằng phép kiểm log rank. Trong tất cả các phép kiểm thống kê ngưỡng có ý nghĩa được chọn là $p < 0,05$. Phân tích thống kê được thực hiện với phần mềm thống kê SPSS 10.0 for Windows.

KẾT QUẢ

Trong các năm 1995-2005 tại Viện Tim có 1037 người bệnh van tim hậu thấp được phẫu thuật van 2 lá (sửa hoặc thay van) không kèm sửa van 3 lá, có hở van 3 lá $< 3/4$ trước mổ và được theo dõi sau mổ ít nhất 1 năm. 1037 người này gồm 597 người được sửa van 2 lá và 440 người được thay van 2 lá nhân tạo. 597 người được sửa van 2 lá là đối tượng của nghiên cứu. Thời gian theo dõi trung vị của những người này là 78 tháng (ngắn nhất: 12 tháng; dài nhất: 151 tháng) và tổng số bệnh nhân-năm theo dõi là 3861.

Đặc điểm trước mổ và phẫu thuật của bệnh nhân

Đặc điểm của 597 bệnh nhân được nêu trên bảng 1. Các thông số siêu âm tim trước mổ được nêu trên bảng 2. Về mặt phẫu

thuật, có 311 người (52,1%) được sửa van 2 lá có đặt vòng van và 286 người (47,9%) được sửa van 2 lá không kèm đặt vòng van. 64 người được thay van động mạch chủ nhân tạo (van cơ học Bicarbon: 32; van cơ

học Allcarbon: 26; van sinh học: 6). Các phẫu thuật kèm theo khác gồm: sửa van động mạch chủ (n = 7), đóng lỗ thông liên nhĩ (n = 4) và khâu dính tiểu nhĩ trái sau khi lấy huyết khối (n = 13).

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân (n = 597).

Giới (%)	
Nam	158 (26,5)
Nữ	439 (73,5)
Tuổi (năm)	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	31,9 ± 10,6
Nhỏ nhất - Lớn nhất	8 - 66
Độ NYHA (%)	
I	10 (1,7)
II	551 (92,3)
III	34 (5,7)
IV	2 (0,3)
Nhịp tim (%)	
Nhịp xoang	453 (75,9)
Rung nhĩ	144 (24,1)
Chỉ số tim/ngực (%)	
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	56,7 ± 5,6
Nhỏ nhất - Lớn nhất	50 - 78
Tổn thương van 2 lá (%)	
Hẹp đơn thuần/chủ yếu	373 (62,5)
Hở đơn thuần/chủ yếu	168 (28,1)
Hẹp hở	56 (9,4)
Tổn thương kèm theo	
Hẹp van động mạch chủ	2
Hở van động mạch chủ	46
Hẹp hở van động mạch chủ	23
Thông liên nhĩ	4

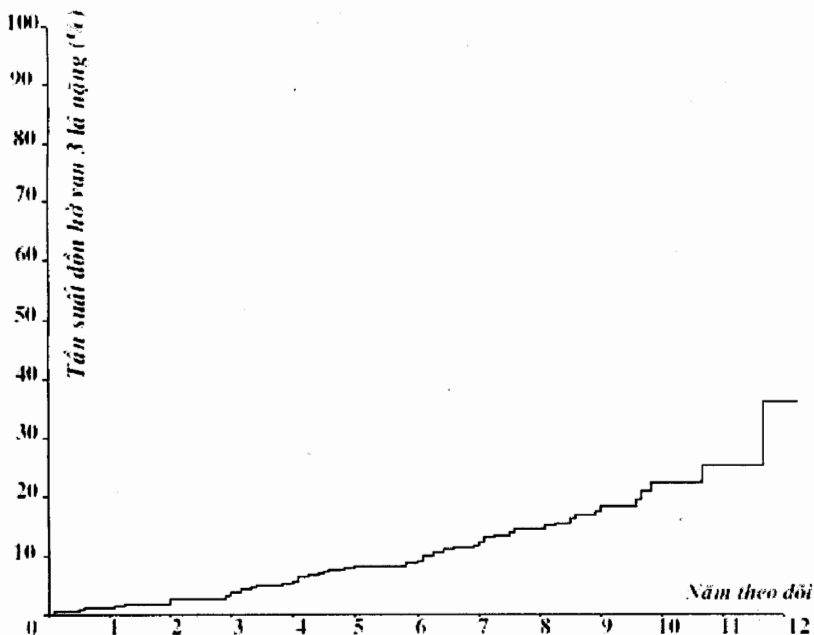
Bảng 2. Kết quả siêu âm tim trước mổ.

Diện tích lỗ van 2 lá (cm ² - Bệnh nhân hẹp van 2 lá)	0,86 ± 0,26 (0,5 - 1,5)
Kích thước thất trái cuối tâm trương (mm)	51,1 ± 11,4 (27 - 99,5)
Kích thước thất trái cuối tâm thu (mm)	32,5 ± 8,2 (14 - 82,5)
Phân suất tổng máu thất trái (%)	65,2 ± 6,6 (34 - 87)
Kích thước nhĩ trái (mm)	48,9 ± 8,5 (24,5 - 85,5)
Kích thước thất phải (mm)	16,2 ± 4,0 (9 - 38,5)
Áp lực động mạch phổi tâm thu (mm Hg)	52,5 ± 15,1 (30 - 125)
Mức độ hở van 3 lá	
1/4	317 (53,1%)
1,5/4	92 (15,4%)
2/4	141 (23,6%)
2,5/4	47 (7,9%)
Kích thước vòng van 3 lá (mm)	28,9 ± 4,0 (14 - 43,5)

Ghi chú: Trong dấu ngoặc đơn là trị số nhỏ nhất - trị số lớn nhất.

Tần suất và thời điểm xuất hiện hở van 3 lá nặng sau mổ: Có 69 bệnh nhân (11,6%) bị hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ. Số trường hợp hở van 3 lá nặng mới xuất

hiện được phân bố đều trong suốt thời gian theo dõi. Trên hình 1 là đường Kaplan-Meier biểu diễn tần suất dồn của hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ.



Hình 1. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau sửa van 2 lá.

Ảnh hưởng của hở van 3 lá nặng đối với tình trạng chức năng và triệu chứng suy tim phải: Ở lần tái khám gần nhất nhóm hở van 3 lá nặng có tỉ lệ NYHA II và gan to cao hơn có ý nghĩa so với nhóm

không hở van nặng. Tỉ lệ phải dùng thuốc tim mạch, đặc biệt là lợi tiểu, của nhóm hở van 3 lá nặng cũng cao hơn (bảng 3). Không có ca tử vong trễ trong suốt thời gian theo dõi.

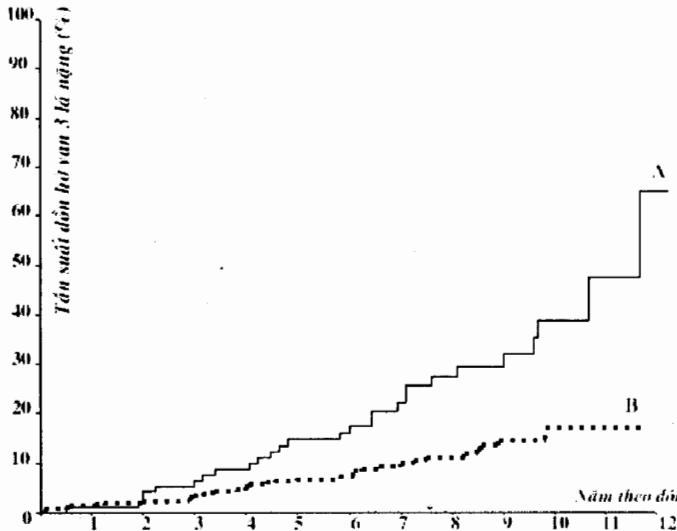
Bảng 3. So sánh tình trạng chức năng và suy tim phải ở lần tái khám gần nhất của bệnh nhân có/không có hở van 3 lá nặng.

	Hở van 3 lá nặng (n = 69)	Không hở van nặng (n = 528)	P
NYHA			< 0,001
I	60 (86,9%)	519 (98,3%)	
II	9 (13,1%)	9 (1,7%)	
Gan to	3 (4,3%)	1 (0,9%)	0,005
Có dùng thuốc tim mạch	57 (82,6%)	207 (39,2%)	< 0,001
Có dùng lợi tiểu	40 (58%)	94 (17,8%)	< 0,001
Số thuốc tim mạch	1,49 ± 1,06	0,51 ± 0,72	< 0,001

Liên quan giữa tái hẹp/hở van 2 lá với hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ: Có 94 bệnh nhân bị tái hẹp van 2 lá (diện tích lỗ van < 1,5 cm²) và/hoặc hở van 2 lá tăng nặng (≥ 3/4) sau mổ. 3 bệnh nhân được mổ lại (2 người thay van nhân tạo cơ học, 1 người sửa van lại), các bệnh nhân còn lại có

triệu chứng được kiểm soát bởi điều trị nội khoa. So với bệnh nhân không tái hẹp/hở van 2 lá, bệnh nhân tái hẹp/hở van 2 lá nhỏ tuổi hơn (26,9 ± 10,3 so với 32,9 ± 10,4, p < 0,001). Tỉ lệ tái hẹp/hở van 2 lá là 21,8% ở bệnh nhân dưới 30 tuổi và 11,7% ở bệnh nhân ≥ 30 tuổi (p = 0,001).

Tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau 11 năm tính theo phương pháp Kaplan-Meier là 65% ± 15,8% ở nhóm tái hẹp/hở van 2 lá và 17% ± 3,4% ở nhóm không tái hẹp/hở van (phép kiểm log rank: p < 0,001). Trên hình 2 là các đường biểu diễn tần suất dồn hở van 3 lá nặng sau mổ của 2 nhóm.



Hình 2. Tần suất dồn hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau mổ của bệnh nhân có tái hẹp/hở van 2 lá (đường A) và bệnh nhân không tái hẹp/hở van (đường B).

Kết quả siêu âm tim gần nhất: Thời gian trung vị giữa cuộc mổ với lần siêu âm tim gần nhất là 74 tháng (ngắn nhất: 12 tháng; dài nhất: 147 tháng). Kết quả siêu âm tim cho thấy bệnh nhân hở van 3 lá nặng có độ chênh áp qua van 2 lá cao hơn, hở van 2 lá nặng nhiều hơn, nhĩ trái và thất

phải dẫn hơn và áp lực động mạch phổi cao hơn có ý nghĩa so với bệnh nhân không hở van 3 lá nặng (bảng 4). Siêu âm tim ở các bệnh nhân hở van 3 lá nặng không ghi nhận các hình ảnh gợi ý sang thương hậu thất của van 3 lá như co rút lá van, dày lá van, hẹp van.

Bảng 4. Kết quả siêu âm tim gần nhất.

	Hở van 3 lá nặng (n = 69)	Không hở van nặng (n = 528)	P
Chênh áp tối đa qua van 2 lá (mm Hg)	16,8 ± 8,1	12,6 ± 5,7	< 0,001
Chênh áp trung bình qua van 2 lá (mm Hg)	8,0 ± 5,3	5,8 ± 3,4	0,001
Hở van 2 lá ≥ 3/4	14 (20,3%)	20 (3,8%)	< 0,001
Kích thước nhĩ trái (mm)	47,9 ± 10,4	42,3 ± 7,4	< 0,001
Kích thước thất trái cuối tâm trương (mm)	46,1 ± 6,1	46,1 ± 5,7	0,99
Kích thước thất trái cuối tâm thu (mm)	29,5 ± 4,9	29,2 ± 5,5	0,62
Phân suất tổng máu thất trái (%)	64,4 ± 7,7	66,2 ± 7,6	0,08
Kích thước thất phải (mm)	19,2 ± 4,8	17,2 ± 3,2	< 0,001
Áp lực động mạch phổi tâm thu (mm Hg)	41,1 ± 15,3	31,6 ± 6,8	0,002

BÀN LUẬN

Trong các nghiên cứu ở nước ngoài đã được công bố, tần suất hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật van 2 lá trong khoảng từ 14% đến 43% [1, 3]. Các nghiên cứu này có cỡ mẫu tương đối nhỏ (lớn nhất là nghiên cứu của Izumi có 208 người) và bao gồm cả bệnh nhân được sửa van 2 lá lẫn bệnh nhân được thay van 2 lá, riêng trong nghiên cứu của Matsuyama có cả những bệnh nhân bị tổn thương van 2 lá do

những nguyên nhân khác ngoài thấp tim. So với các nghiên cứu vừa kể, nghiên cứu của chúng tôi vừa có cỡ mẫu lớn nhất vừa có thời gian theo dõi dài và đặc biệt là chỉ khảo sát tiến triển của hở van 3 lá sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp. Chúng tôi ghi nhận hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp có tần suất là 11,6% và được phân bố đều trong suốt thời gian theo dõi.

Về nguyên nhân hở van 3 lá nặng mới

xuất hiện sau mổ, một số tác giả nước ngoài ghi nhận tổn thương trực tiếp của van 3 lá do thấp tim là một nguyên nhân thường gặp [9, 10], tuy nhiên ở các trường hợp hở van 3 lá nặng trong lô bệnh nhân của chúng tôi siêu âm tim không phát hiện các hình ảnh gợi ý sang thương hậu thấp của van 3 lá như cơ rút lá van, dày lá van hay hẹp van. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy tái hẹp/hở van 2 lá (nhiều khả năng là do thấp tim tái phát) là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến hở van 3 lá nặng. Điều này được thể hiện qua tần suất độn hở van 3 lá nặng ở những người tái hẹp/hở van 2 lá cao hơn có ý nghĩa so với người không tái hẹp/hở van và qua kết quả siêu âm tim gần nhất cho thấy những người hở van 3 lá nặng có độ chênh áp qua van 2 lá cao hơn và hở van 2 lá nặng nhiều hơn so với những người không hở van 3 lá nặng (bảng 4). Tái hẹp/hở van 2 lá dẫn đến hở van 3 lá cơ năng thông qua cơ chế gây tăng áp động mạch phổi và dẫn thất phải (Kết quả siêu âm tim gần nhất cho thấy bệnh nhân hở van 3 lá nặng có áp lực động mạch phổi tâm thu cao hơn và thất phải dãn hơn so với bệnh nhân không hở van nặng).

Về mặt chức năng, bệnh nhân hở van 3 lá nặng trong nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ suy tim NYHA II cao hơn và phải dùng thuốc tim mạch nhiều hơn so với bệnh nhân không hở van nặng. Tỉ lệ gan to của bệnh nhân hở van 3 lá nặng cũng cao hơn. Tuy nhiên đa số bệnh nhân hở van 3 lá nặng (60 trong số 69 người) có tình trạng chức năng được xếp ở mức NYHA I. Tử vong về dài hạn của bệnh nhân hở van 3 lá nặng cũng không cao hơn so với bệnh nhân không hở van nặng như một số tác giả nước ngoài báo cáo [5, 7]. Trong suốt thời gian theo dõi phẫu thuật sửa van 3 lá

chỉ được thực hiện cho 1 bệnh nhân hở van 3 lá nặng nhân lúc mổ lại để thay van 2 lá nhân tạo.

Nói tóm lại, từ nghiên cứu này chúng tôi rút ra được một số kết luận hữu ích đối với thực hành lâm sàng như sau. Kết luận thứ nhất là sau phẫu thuật sửa van 2 lá ở người bệnh van tim hậu thấp, hở van 3 lá nặng xuất hiện một cách đều đặn (tần suất khoảng 1,8%/năm) chứ không tập trung vào một khoảng thời gian nào, do đó để phát hiện biến cố này cần kiểm tra siêu âm tim một cách định kỳ. Kết luận thứ hai là tái hẹp/hở van 2 lá là một nguyên nhân quan trọng dẫn đến hở van 3 lá nặng. Vì tái hẹp/hở van 2 lá thường là do thấp tim tái phát, việc phòng thấp thứ cấp đóng vai trò quan trọng trong việc ngừa tái hẹp/hở van 2 lá và hở van 3 lá nặng. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu này đều được phòng thấp thứ cấp bằng penicillin uống, mặc dù vậy tỉ lệ tái hẹp/hở van 2 lá ở người dưới 30 tuổi vẫn cao gấp 2 so với người ≥ 30 tuổi. Chúng tôi cho rằng đối với người bệnh van tim hậu thấp dưới 30 tuổi được sửa van 2 lá, việc phòng thấp thứ cấp có thể phải tích cực hơn, ví dụ bằng benzathine penicillin G 1,2 triệu đơn vị tiêm bắp mỗi 3 tuần như theo hướng dẫn của Trường Môn Tim mạch/Hội Tim Hoa Kỳ [11]. Kết luận cuối cùng là đa số bệnh nhân hở van 3 lá nặng có tình trạng chức năng khá tốt tuy phải dùng thuốc tim mạch nhiều hơn so với người không hở van nặng. Điều trị hở van 3 lá nặng mới xuất hiện sau sửa van 2 lá chủ yếu là điều trị nội khoa, phẫu thuật sửa van 3 lá được chỉ định trong trường hợp bệnh nhân phải mổ lại để giải quyết tổn thương tái hẹp/hở của van 2 lá.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Matsuyama K, Matsumoto M, Sugita T, et al. Predictors of residual tricuspid regurgitation after mitral valve surgery. *Ann Thorac Surg* 2003; 75: 1826-1828.
2. Porter A, Shapira Y, Wurzel M, et al. Tricuspid regurgitation late after mitral valve replacement: Clinical and echocardiographic evaluation. *J Heart Valve Dis* 1999; 8: 57-62.
3. Izumi C, Iga K, Konishi T. Progression of isolated tricuspid regurgitation late after mitral valve surgery for rheumatic mitral valve disease. *J Heart Valve Dis* 2002; 11: 353-356.
4. Groves PH, Hall RJ. Late tricuspid regurgitation following mitral valve surgery. *J Heart Valve Dis* 1992; 1: 80-86.
5. Ruel M, Rubens FD, Masters RG, et al. Late incidence and predictors of persistent or recurrent heart failure in patients with mitral prosthetic valves. *J Thorac Cardiovasc Surg* 2004; 128: 278-283.
6. Kirali K, Omeroglu SN, Uzun K, et al. Evolution of repaired and non-repaired tricuspid regurgitation in rheumatic mitral valve surgery without severe pulmonary hypertension. *Asian Cardiovasc Thorac Ann* 2004; 12: 239-245.
7. Moon JY, Shim CY, Ha JW, et al. Tricuspid regurgitation late after mitral valve replacement for rheumatic mitral valve disease. *J Am Coll Cardiol* 2005; 45 (supplA): 356A.
8. Groves P. Surgery of valve disease: late results and late complications. *Heart* 2001; 86: 715-721.
9. Henein MY, O'Sullivan CA, Li W, et al. Evidence for rheumatic valve disease in patients with severe tricuspid regurgitation long after mitral valve surgery: the role of 3D echo reconstruction. *J Heart Valve Dis* 2003; 12: 566-572.
10. Xiao XJ, Huang HL, Zhang JF, et al. Surgical treatment of late tricuspid regurgitation after left cardiac valve replacement. *Heart Lung and Circulation* 2004; 13: 65-69.
11. Bonow RO, Carabello BA, Chatterjee K, et al. ACC/AHA guidelines for the management of patients with valvular heart disease. *J Am Coll Cardiol* 2006; 48:e1-e148.

So sánh hiệu quả điều trị nhồi máu não bằng phương pháp xoa bóp-vận động hỗ trợ điện châm với xoa bóp-vận động đơn thuần

Vương Thị Kim Chi, Huỳnh Văn Minh

TÓM TẮT

So sánh Phương pháp xoa bóp-vận động hỗ trợ điện châm với xoa bóp-vận động đơn thuần phục hồi chức năng vận động bệnh nhân nhồi máu não có hiệu quả tốt, được đánh giá dựa trên tiến triển độ liệt của thang điểm Rankin:

- Số bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp xoa bóp-vận động, hỗ trợ điện châm có độ liệt Rankin tiến triển từ độ IV xuống độ I, II là 93,47%, độ III là 8,7%. Thật sự có ý nghĩa thống kê, với $P < 0,001$.

- Số bệnh nhân được phục hồi chức năng theo phương pháp xoa bóp-vận động y học cổ truyền đạt được hiệu quả tốt và khá là 83,34%, độ III là 12,5% với $P < 0,01$.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là một nguyên nhân gây tử vong và tàn tật phổ biến khắp nơi trên Thế giới. Theo Mac Donal và cộng sự (2000), cho biết: trung bình mỗi năm có 200 trường hợp mới xảy ra đối với 100.000 người dân và ước tính có tới năm triệu người tử vong mỗi năm [3]. Tổ chức Y tế Thế giới (TCYTGG) (1989), đã thông báo: nhìn chung tỷ lệ tử vong do TBMMN đứng hàng thứ ba sau bệnh Tim và bệnh ung thư, đứng hàng thứ nhất trong các bệnh lý Thần kinh [3].

Ở Việt Nam và trên Thế giới đã có nhiều phương pháp điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân nhồi máu não như: vật lý trị liệu, xoa bóp bấm huyệt, châm cứu... đã có hiệu quả tốt, nhưng cho đến nay, những nghiên cứu về hiệu quả giữa phương pháp xoa bóp-vận động Y

học Cổ truyền (YHCT) so với xoa bóp-vận động cho bệnh nhân nhồi máu não còn rất ít và chưa toàn diện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

So sánh hiệu quả điều trị nhồi máu não bằng phương pháp xoa bóp-vận động hỗ trợ điện châm với xoa bóp-vận động đơn thuần theo Y học cổ truyền.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân: Các bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu này phải đảm bảo các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân bị tai biến mạch máu não lần thứ nhất. Đã có chẩn đoán xác định là nhồi máu não dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của Tổ chức Y tế thế giới (1989). (Có hình ảnh tổn thương giảm tỷ trọng trên phim chụp cắt lớp vi

tính não) [1]. Bệnh đã được điều trị giai đoạn cấp tại Bệnh viện Đại học Y khoa Huế hoặc Bệnh viện Trung ương Huế. Các bệnh nhân nói trên đều đã được điều trị ổn định các chức năng thần kinh, tim mạch, hô hấp sau tai biến, trước khi bắt đầu thực hiện các phương pháp xoa bóp - vận động. Chỉ chọn các bệnh nhân bị rối loạn vận động (liệt nửa người) còn nếu các rối loạn khác như: rối loạn ngôn ngữ, cảm giác thị giác, nhận thức thì chỉ chọn ở mức độ nhẹ, bệnh nhân vẫn giao tiếp, hợp tác với người tập. Các bệnh nhân tự nguyện tham gia điều trị bằng phương pháp nghiên cứu này.

Tiêu chuẩn loại trừ: Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu này những bệnh nhân sau: Nhồi máu não từ lần thứ 2 trở lên. Bệnh nhân bị liệt nửa người do các bệnh khác: bệnh tim mạch, chấn thương sọ não, viêm não màng não, u não, di chứng bại não... Các bệnh nhân có kèm viêm loét dạ dày-tá tràng, hội chứng thận hư, đái tháo đường, Phụ nữ có thai. Các bệnh nhân bỏ cuộc hoặc không tuân thủ theo đúng quy trình điều trị.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Y học Cổ truyền: Về phương diện Y học cổ truyền, liệt nửa người do nhồi máu não được nhiều nhà nghiên cứu lâm sàng quan niệm là chứng bán thân bất toại, dựa theo tứ chẩn (vọng, văn, vấn, thiết) [4].

Phương pháp nghiên cứu

Chia nhóm nghiên cứu: Nghiên cứu trên 94 đối tượng về chẩn đoán: liệt nửa người do nhồi máu não nằm điều trị tại: Bệnh viện Đại học Y khoa Huế và Bệnh viện Trung ương Huế, Bệnh viện quân Y 268 (như phần tuyển chọn bệnh nhân). Tất

cả 110 đối tượng được chia thành 2 nhóm: **Nhóm A** (46 bệnh nhân): phục hồi chức năng bằng phương pháp xoa bóp - vận động Y học Cổ truyền. **Nhóm B** (48 bệnh nhân) làm nhóm chứng: được phục hồi chức năng bằng phương pháp xoa bóp - vận động đơn thuần. Không được phục hồi chức năng bằng phương pháp xoa bóp - vận động Y học Cổ truyền.

Phương pháp điều trị

1. Phương pháp xoa bóp-vận động Y học cổ truyền: Theo bài tập của Khoa Y học cổ truyền - Đại học Y Hà Nội. Cụ thể gồm các phần sau: thực hiện đối với những bệnh nhân có huyết áp đã ổn định nhưng chưa vận động tự chủ. Người thầy thuốc áp dụng phương pháp xoa bóp vận động thụ động cho bệnh nhân và bấm huyết. - Chi trên: Bên liệt thực hiện các thủ thuật: xoa, xát, day, lăn, bóp, vê - vận động khớp từ gốc chi đến các kẽ bàn-ngón tay sau đó bấm các huyết: Kiên ngưng, Khúc trì, Thủ tam lý, Ngoại quan, Bát tà, Hợp cốc. Chi dưới: Bên liệt thực hiện các thủ thuật: xoa, day, lăn, bóp từ gốc chi đến bàn ngón chân. Sau đó day bấm huyết: Phong thị, Huyết hải, Phong long, Túc tam lý, Giải khê, Tam âm giao, Bát phong, kết hợp vận động khớp háng, gối, cổ chân, và vê các khớp ngón chân [4].

Quy trình xoa bóp-vận động: Làm cho bệnh nhân một lần mỗi ngày vào buổi sáng, thời gian: 30 phút/lần. Một liệu trình điều trị là 20 ngày.

Phương pháp và kỹ thuật điện châm: Theo Nguyễn Tài Thu [6] trong châm cứu phải kích thích liệt vận động: Kích thích mạnh liên tục đối với liệt mềm. Châm đúng vị trí liệt, đạt cảm giác đặc khí. *Cụ*

thể: Điều trị liệt chi trên châm 01 số huyết trên kinh Thủ Dương Minh Đại trường như: Kiên tĩnh. Kiên ngưng Tý nhu. Khúc trì, Thủ tam lý. Ngoại quan, Bát tà, Hợp cốc. Liệt chi dưới: châm 01 số huyết trên kinh Túc dương minh vị: Phong thị, Giải khô, Dương lăng tuyền, Huyền trung, Phong long, Bát phong.

**Quy trình:* Châm 01 lần/ngày. Thời

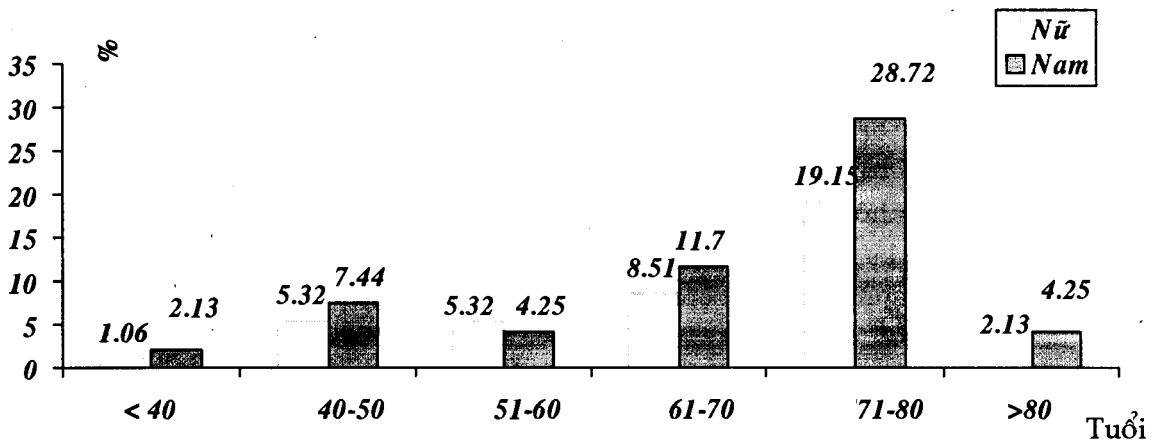
gian 01 lần châm là 20phút. 01 liệu trình châm là 20 ngày.

4. Xử lý số liệu: Theo chương trình EPINFO 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1. Phân bố bệnh nhân theo tuổi và giới



Biểu đồ 1. Tỷ lệ bệnh nhân theo tuổi và giới

Biểu đồ 1 cho thấy: Tỷ lệ bệnh nhân nghiên cứu trong lứa tuổi từ 40-80 chiếm nhiều nhất. Cụ thể là: Nhóm A có 46 bệnh nhân (48,93%). Lứa tuổi > 80 chiếm tỷ lệ thấp hơn nhiều. Đặc điểm nghiên cứu của

chúng tôi phù hợp với nhiều tác giả khác trong các Nghiên cứu dịch tễ học của TBMMN.

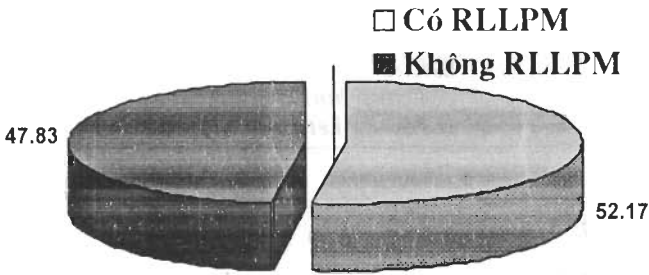
2. Đặc điểm của bệnh nhân:

Bảng 1. Đặc điểm của bệnh nhân

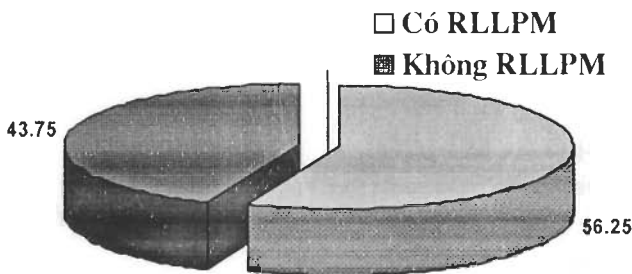
Nhóm bệnh		Số bệnh nhân (n)(%)		Tổng số n(%)	P
Triệu chứng		A(n=46)	B(n=48)	94	>0,05
Phía Liệt	T	32(34,04)	16(17,02)	48(51,06)	
	P	12(12,77)	34(36,17)	46(48,94)	
LiệtVIITW		44(46,81)	41(43,61)	44(46,81)	
RLN ²		12(12,77)	14(14,89)	12(12,77)	
Cảm giác(↓)		46(48,93)	48(51,06)	46(48,93)	
PXGX tăng		18(19,15)	15(15,96)	18(19,15)	

Phía bán cầu (P) bị tổn thương là 51,06%.
 Phía bán cầu (T) bị tổn thương là 48,94%.
 Giữa 2 nhóm không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Đặc điểm nghiên cứu này của chúng tôi tương đương so với một số tác giả khác trong các công trình Nghiên cứu về tai biến mạch máu não.

6. Đặc điểm rối loạn lipid máu:
1. Tình trạng bệnh nhân nhồi máu não có rối loạn lipid máu (RLLPM).

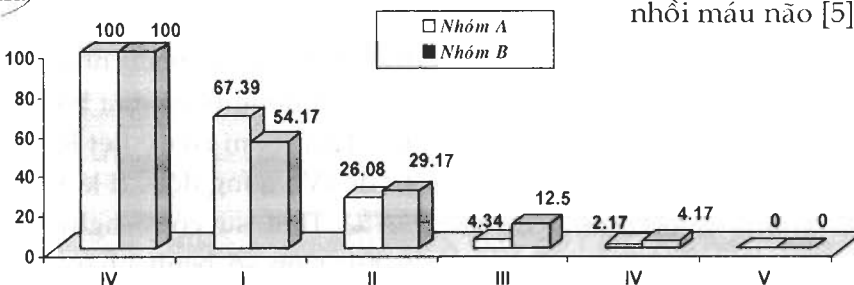


Biểu đồ 2. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não có RLLPM của nhóm A.



Biểu đồ 3. Tỷ lệ bệnh nhân nhồi máu não có RLLPM của nhóm B.

2. So sánh kết quả điều trị trên thang điểm Rankin giữa 2 nhóm.



Biểu đồ 4. Tiến triển độ liệt Rankin.

Biểu đồ 2 và Biểu đồ 3 cho thấy: Nhóm A có 24/46 bệnh nhân nhồi máu não kèm RLLPM (52,17%). cho thấy: Nhóm B có 27/48 bệnh nhân nhồi máu não kèm RLLPM (56,25%).

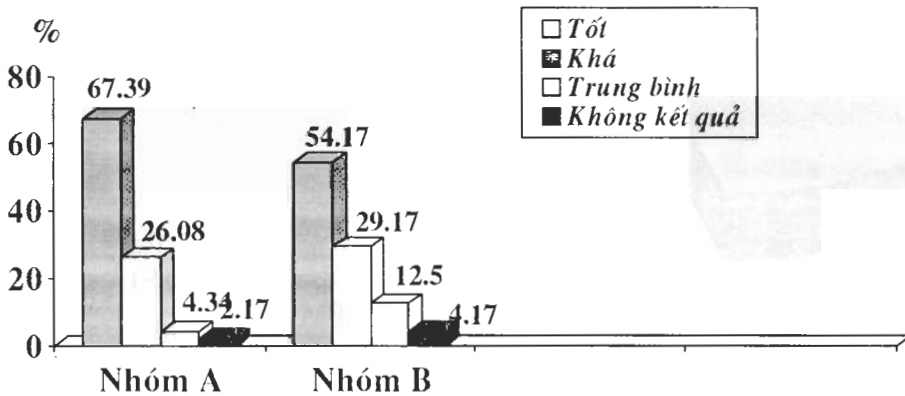
Đặc điểm RLLPM ở bệnh nhân nhồi máu não trong nghiên cứu của chúng tôi cũng hoàn toàn phù hợp với nghiên cứu của Phạm Tử Dũng (2007), Hoàng Khánh (2007), Huỳnh Văn Minh (2005) [5]

Cho đến nay, nhiều công trình nghiên cứu trong và ngoài nước đã đi đến một khẳng định rằng: Tăng HA là bạn đồng hành của VXĐM và là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây tai biến nhồi máu não [5]

3. So sánh hiệu quả điều trị của hai nhóm A và B.

Nhóm A: Trước điều trị (tại thời điểm D_0) có 100% bệnh nhân liệt độ IV, sau điều trị (D_{20}) có 43 bệnh nhân (93,47%) chuyển xuống độ I-II. Có 2 bệnh nhân (4,34%) chuyển xuống độ III. Thật sự có ý nghĩa

thống kê với $P < 0,001$. *Nhóm B:* Trước điều trị (tại thời điểm D_0) có 48 bệnh nhân (100%) liệt độ IV, sau điều trị (tại thời điểm D_{20}) có 40 bệnh nhân (83,34%) chuyển xuống độ I-II. Có 6 bệnh nhân (12,5%) chuyển xuống độ III. Có ý nghĩa thống kê $P < 0,01$.



Biểu đồ 5. Hiệu quả điều trị giữa hai nhóm (A và B).

Biểu đồ 5, cho thấy: *Nhóm A:* Kết quả tốt có tỷ lệ 67,39%, khá 26,08%, trung bình có 4,34%. *Nhóm B:* Kết quả tốt đạt tỷ lệ 54,17%, khá 29,17%, trung bình có 12,5%. Vậy, Kết quả điều trị của nhóm A tốt hơn so với nhóm B.

4. Điều trị không hiệu quả: Nhóm A có 1 bệnh nhân (1,06%) là điều trị kém hiệu quả. Nhóm B có 2 bệnh nhân (4,17%), là điều trị kém hiệu quả. Về phương diện Y học cổ truyền cho rằng: Người có tuổi tác cao thì các công năng hoạt động của các tạng, phủ dễ bị rối loạn như: Tâm huyết hư không chủ được huyết mạch, can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, tỳ hư không vận hóa được thủy cốc và chủ cơ nhục kém, thận hư không chủ được cốt tủy [4].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này chúng tôi xin rút ra kết luận sau:

So sánh Phương pháp xoa bóp-vận động hỗ trợ điện châm với xoa bóp-vận động đơn thuần đã phục hồi chức năng vận động bệnh nhân nhồi máu não có hiệu quả tốt, được đánh giá dựa trên tiến triển độ liệt của thang điểm Rankin. Cụ thể như sau: Số bệnh nhân được điều trị bằng phương pháp xoa bóp-vận động, hỗ trợ điện châm có độ liệt Rankin tiến triển từ độ IV xuống độ I, II là 93,47%, độ III là 8,7%. Thật sự có ý nghĩa thống kê $P < 0,001$. Còn số bệnh nhân được phục hồi chức năng theo phương pháp xoa bóp-vận động y học cổ truyền đạt được hiệu quả

tốt và khá là 83,34%, độ III là 8,7%, với $P < 0,01$.

Chính vì vậy, việc điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do di chứng nhồi máu não bằng phương pháp xoa bóp-vận động hỗ trợ điện châm của Y học cổ truyền là điều hết sức cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn chẩn đoán hình ảnh Trường Đại học Y Hà Nội (2005), *Chụp cắt lớp vi tính và tạo ảnh bằng cộng hưởng từ*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 52-73.
2. Trần Văn Chương (2003), *Nghiên cứu phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do tai biến mạch máu não*, Luận án tiến sĩ Y học, Đại học Y Hà Nội.
3. Lê Đức Hình (2007), "Chẩn đoán, xử trí tai biến mạch máu não", *Hội thảo chuyên đề liên khoa*, Khoa Thần kinh, Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội, tr.19-35.
4. Khoa Y học cổ truyền, Đại học Y Hà Nội (2003), *Bài giảng Y học cổ truyền*, tập I-II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 20-29, 117-124.
5. Hoàng Khánh (2007), "Các yếu tố nguy cơ gây tai biến mạch máu não", *Tai biến mạch máu não, hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.84-108.
6. Nguyễn Tài Thu (2007), "Điều trị chứng liệt nửa người do tai biến mạch máu não bằng tân châm", *Tai biến mạch máu não, hướng dẫn chẩn đoán và xử trí*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr.607-617.
7. Rankin J. (1998), "Cerebrovascular accident in patients over the age 60; 2 prognosis", *Neurological*, 3 J. of EASIA, 31.

SUMMARY

Evaluation of treatment of movement rehabilitation in patients with cerebral infarction by traditional massage and combining electric acupuncture with pure traditional massage.

- The following conclusions were drawn from the study: The treatment for rehabilitation in patients with encephalic infarction by using massage and combining electric acupuncture mechanotherapy proved to be effective with 93,47%, of the patient with Rankin's fourth and fifth degree turning to first and second degrees, and 8,7% to third degree. The difference is statistically significant with $P < 0,001$.

- The treatment for rehabilitation in patients with encephalic infarction by pure traditional massage mechanotherapy proved to be effective with 83,34% of the patient with Rankin's fourth and fifth degree turning to first and second degrees, and 12,5% to third degree. The difference is statistically significant with $P < 0,01$.

Đánh giá hiệu quả phục hồi chức năng vận động Bệnh nhân nhồi máu não bằng điện châm kết hợp thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn dựa trên thang điểm Orgogozo

Vương Thị Kim Chi, Huỳnh Văn Minh, Lê Đức Hình,
Lê Thị Hiền, Lê Thị Bích Thuận

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tai biến mạch máu não (TBMMN) là các thiếu sót thần kinh xảy ra đột ngột với các triệu chứng khu trú lan toả. Các triệu chứng TBMMN tồn tại 24 giờ hoặc tử vong trong 24 giờ, loại trừ nguyên nhân sang chấn. Theo Orgogozo (1995): chảy máu não chiếm tỷ lệ 20-25%, còn nhồi máu não khoảng 75-80% [2, 4]. Bệnh do nhiều nguyên nhân khác nhau, gây tử vong nhanh chóng hoặc để lại di chứng tàn phế suốt đời. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (năm 1989): ước tính có tới 2.100.000 người bị tử vong vì TBMMN tại Châu Á, trong đó 1.300.000 người ở Trung quốc, 118.000.000 người ở Ấn Độ (7).

Hiện nay ở Việt Nam và trên Thế giới đã có nhiều công trình nghiên cứu phục hồi cho Bệnh nhân liệt nửa người do TBMMN, với nhiều phương pháp điều trị khác nhau như: Vật lý trị liệu, xoa bóp vận động, châm cứu, thuốc Y học Cổ truyền... Tại Bệnh viện Y học Cổ truyền Thừa Thiên-Huế đã tiến hành phương pháp điều trị phục hồi cho Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não bằng điện châm kết hợp thuốc Hoa đà tái tạo hoàn có hiệu quả tốt, nhưng cho đến nay chúng tôi chưa thấy một nghiên cứu nào một cách chi tiết và

toàn diện. Chính vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài này với mục tiêu:

Đánh giá kết quả điều trị phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não bằng điện châm kết hợp thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn dựa trên thang điểm Orgogozo.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tiêu chuẩn chọn Bệnh nhân:

Các Bệnh nhân được chọn vào nghiên cứu này phải đảm bảo các tiêu chuẩn sau: Bệnh nhân liệt nửa người là người lớn 40 tuổi bị nhồi máu não lần thứ nhất, được chẩn đoán xác định là nhồi máu não dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO (1989) (7) (có hình ảnh tổn thương giảm tỷ trọng trên phim chụp cắt lớp vi tính não). Bệnh nhân đã được điều trị giai đoạn cấp tại Bệnh viện Trung ương Huế. Các Bệnh nhân này đều đã được điều trị ổn định các chức năng Thần kinh, Tim mạch sau tai biến, trước khi bắt đầu thực hiện các phương pháp điều trị mới và tự nguyện tham gia vào nghiên cứu này.

Tiêu chuẩn loại trừ

Chúng tôi loại khỏi nghiên cứu này

những bệnh nhân sau: nhồi máu não từ lần thứ 2 trở lên, nhồi máu não kèm theo các rối loạn thị giác, nhận thức cảm giác ở mức không giao tiếp và hợp tác được với người điều trị. Bệnh nhân bị liệt nửa người do các bệnh khác: bệnh van tim, chấn thương sọ não, viêm não màng não, u não, di chứng bại não, dị dạng động mạch. Các bệnh nhân có hội chứng thận hư, đái tháo đường, suy tuyến giáp trạng, các bệnh nhiễm trùng hay bệnh cấp tính kèm theo. Các bệnh nhân trong quá trình luyện tập có áp dụng phương pháp khác. Các bệnh nhân bỏ cuộc hoặc không tuân thủ đúng quy trình điều trị.

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Y học Cổ truyền

Về phương diện Y học Cổ truyền, liệt nửa người do nhồi máu não được nhiều nhà nghiên cứu lâm sàng quan niệm là chứng bán thân bất toại. Dựa theo tứ chẩn (vọng, vấn, vấn, thiết) để phân loại hai chứng hậu (Thực chứng và hư chứng) [1].

- Thực chứng: Chất lưỡi đỏ, rêu vàng, đại tiện táo, nước tiểu vàng, mạch phù huyền hữu lực.

- Hư chứng: Chất lưỡi nhợt, rêu trắng, đại tiện lỏng, chân tay lạnh, mạch huyền vô lực.

Phương pháp nghiên cứu

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu trên 114 đối tượng từ tháng 8/2002 đến tháng 6/2006 đã được chẩn đoán: liệt nửa người do nhồi máu não nằm điều trị tại Bệnh viện Y học Cổ truyền tỉnh Thừa Thiên-Huế (như phần tuyển chọn bệnh nhân).

1. Chia nhóm nghiên cứu: Tất cả 114 đối tượng được chia thành 2 nhóm: *Nhóm*

A (58 bệnh nhân): điều trị bằng phương pháp điện châm kết hợp với thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn. *Nhóm B* (56 bệnh nhân) làm nhóm chứng: điều trị phương pháp điện châm, không được điều trị bằng thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn.

2. Phương pháp điều trị: a/ Phương pháp và kỹ thuật điện châm: Theo Nguyễn Tài Thu [5] trong châm cứu phải kích thích liệt vận động: Kích thích mạnh liên tục đối với liệt mềm. Châm đúng vị trí liệt, đạt cảm giác đặc khí. Thể hư dùng phương pháp bổ, thể thực thì tả. *Cụ thể:* Điều trị liệt chi trên châm 01 số huyết trên kinh Thủ Dương Minh Đại trường như: Kiên tĩnh. Kiên ngưng Tý nhu. Khúc tri, Thủ tam lý. Ngoại quan, Bát tà, Hợp cốc. Liệt chi dưới: châm 01 số huyết trên kinh Túc dương minh vị: Phong thị, Giải Khê, Túc tam lý, Dương lăng tuyền, Huyền trung, Phong long, Bát phong.

***Quy trình:** Châm 01 lần/ngày. Thời gian 01 lần châm là 20 phút. 01 liệu trình châm là 20 ngày.

b/ Thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn: Sản phẩm tại Viện Y học Cổ truyền Trung Hoa (Năm 1996) [6].

- Cấu tạo và thành phần thuốc: Xuyên khung, đương quy, hồng sâm, ngũ vị tử, tần giao, mạch môn, ngô thù du, băng phiến, bạch chỉ.

- Tác dụng dược lý: Tăng lưu lượng máu não. Tăng một cách có chọn lọc lưu lượng máu động mạch cảnh gốc và động mạch cảnh trong.

- Liều lượng và cách dùng: 8g/lần (khoảng 48-50 viên). Mỗi ngày uống 02 lần vào buổi sáng và buổi tối. Một đợt điều trị 30 ngày, có thể uống 03 đợt liên tục.

Chỉ tiêu đánh giá

Dựa vào thang điểm Orgogozo: khởi: 90-100 điểm; đờ nhiều: > 50 điểm; đờ ít: < 50 điểm; không đờ: Các triệu chứng không đổi. Theo dõi: Mạch, HA 1 ngày/ 1 lần và các triệu chứng lâm sàng các xét nghiệm cơ bản, điện tâm đồ... Các triệu chứng của YHCT (Phân loại theo trạng thái hư, thực của bệnh)

Xử lý số liệu

Theo chương trình EPIINO 6.0.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu

1. Phân bố Bệnh nhân theo tuổi và giới

Tỷ lệ bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi: lứa tuổi từ 40-60 chiếm nhiều nhất. Lứa tuổi >60 chiếm tỷ lệ ít. Tỷ lệ nam cao hơn nữ. Tỷ lệ này phù hợp với nghiên cứu của Tôn Chi Nhân(2004) [5].

2. Đặc điểm của Bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não của hai nhóm.

Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Số bệnh nhân(%)		Tổng số n(%)	P
		A(n=58)	B(n=56)		
Phía Liệt	T	37(32,46)	34(29,82)	71(62,28)	>0,05
	P	21(18,42)	22(19,30)	43(37,72)	
LiệtVIITW		51(44,74)	48(42,10)	99(100)	
RLN ²		14(12,28)	12(10,53)	26(22,81)	
Cảm giác(↓)		58(50,89)	56(49,11)	114(100)	
PXGX tăng		18(15,79)	15(13,16)	33(28,95)	

Những đặc điểm này phù hợp với các nghiên cứu của Nguyễn Văn Đăng, Lê Đức Hình, Huỳnh Văn Minh (1998), trong các

công trình nghiên cứu về Dịch tễ học TBMMN [2, 3].

Tiến triển độ hồi phục vận động tay chân qua điểm Orgogozo (nhóm A).**Bảng 2.** Tiến triển độ hồi phục vận động tay chân dựa trên điểm Orgogozo (nhóm A).

Vận động chi liệt	Điểm	D ₀ (n)	Tỷ lệ% (n=58)	D ₂₀ (n)	Tỷ lệ% (n=58)	P
1. Nâng cánh tay	10 5 0	58	100	41	56,67	< 0,01
2. Vận động bàn tay	15 10 5 0	53	91,38	35	60,34	< 0,01
3. Nâng chân	15 10 5 0	55	94,82	40	66,56	< 0,001
4. Gấp bàn chân	5 0	51	87,93	33	56,89	< 0,01

Số bệnh nhân lúc vào viện không nâng được cánh tay chiếm 100%, lúc ra viện nâng được cánh tay trong giới hạn bình thường là 41 bệnh nhân (56,67%). Số bệnh nhân lúc ra viện vận động được bàn tay trong giới hạn bình thường 35 bệnh nhân (60,34%). Số bệnh nhân lúc ra viện nâng được bàn chân bình thường là 40 bệnh nhân (66,56%). Số bệnh nhân lúc ra gấp được bàn chân là 33 (56,89%).

Qua thang điểm Orgogozo cho thấy kết quả của phương pháp điện châm, kết hợp với điều trị thuốc Hoa đà tái tạo hoàn

(Nhóm A) có tác dụng lên co duỗi bàn tay tương đối tốt. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đương với kết quả nghiên cứu của Tôn Chi Nhân (2004) [5]. Chúng tôi nhận thấy sau khi liệt, các ngón tay chân có khuynh hướng co vào, động tác duỗi khó khăn hơn, bởi yếu tố co cứng một phần ảnh hưởng các khớp ngón tay do ít cử động dễ bị cứng khớp. Vận động bàn tay và bàn chân phải có thời gian dài điều trị tiếp để bàn tay và bàn chân sẽ gấp được tốt hơn [8].

Hiệu quả điều trị nhồi máu não trên thang điểm Orgogozo.

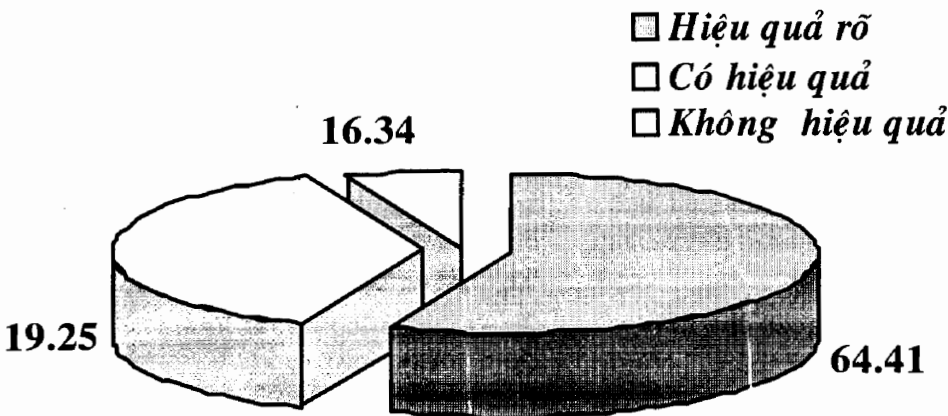
Bảng 3. Kết quả điều trị nhồi máu não trên thang điểm Orgogozo.

Kết quả	$D_0(\bar{X} \pm SD)$	$D_{20}(\bar{X} \pm SD)$	Mức độ (Tăng)	<i>P</i>
<i>Nhóm A (n=58)</i>	30,8 ± 2,8	50,4 ± 4,1	19,6 (63,64%)	< 0,01
<i>Nhóm B (n=54)</i>	30,5 ± 3,2	41,2 ± 4,4	10,7 (35,08)	< 0,01

Nhóm A: Lúc ra viện (D_{20}) điểm bình quân Orgogozo là $50,4 \pm 4,1$ tăng được 63,64%, có tăng hơn nhưng không nhiều so với **Nhóm B**, với $P < 0,01$.

Hiệu quả điều trị: Trong số 58 bệnh nhân nhóm A mà chúng tôi nghiên cứu thì chỉ có 6 bệnh nhân điều trị kém hiệu quả 16,34%; đều là những bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não >6 tháng, theo YHCT, điều đó có lẽ rằng: phương pháp phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân nhồi máu não chỉ có hiệu quả tốt ở

những bệnh nhân trúng phong kinh lạc. Còn những bệnh nhân bị trúng phong tạng phủ, bệnh đã lâu có tổn thương đến các tạng như: can, tỳ, thận thì các phương pháp này đều kém hiệu quả, vì: can huyết hư không nuôi dưỡng được cân, tỳ hư không vận hóa được thủy cốc và chức năng chủ cơ nhục kém, thận hư không chủ được cốt tủy [1]. Hơn nữa não là phủ kỳ hằng bị tổn thương nhiều (trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính não có ổ giảm tỷ trọng >2cm), nên điều trị kém hiệu quả chăng?



Biểu đồ 2. Hiệu quả điều trị của nhóm A.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu này, chúng tôi sơ bộ rút ra một số kết luận sau:

- Hiệu quả của phương pháp điện châm kết hợp với thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn được đánh giá trên thang điểm Orgogozo, đã góp phần phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhồi máu não với hiệu quả tốt - Phương pháp điện châm kết hợp với thuốc Hoa Đà tái tạo hoàn góp phần phục hồi cho bệnh nhân liệt nửa người do nhồi máu não có hiệu quả tốt hơn nhưng không nhiều so với phương pháp điện châm đơn thuần.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ môn Y học Cổ truyền, Đại học Y Hà Nội (2003), Bài giảng Y học cổ truyền, tập I- II, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, tr. 20-29, 117-124.
2. Nguyễn Văn Đăng (1997), *Tai biến mạch máu não*, Nhà xuất bản Y học, 11-18, 9-52, 66-73, 76, 113.
3. Hoàng Khánh, Huỳnh Văn Minh, Hoàng Thị Quý (1996), "Tăng huyết áp và tai biến mạch máu não ở người lớn tại Bệnh viện Trung ương Huế", *Kỷ yếu công trình khoa học thần kinh*, Nhà xuất bản Y học, Hà Nội, 86-89.
4. Tôn Chi Nhân (2004), *Nghiên cứu phục hồi chức năng vận động cho bệnh nhân tai biến mạch máu não bằng điện châm kết hợp thuốc Y học cổ truyền nghiệm phương*, Luận án tiến sĩ, Đại học Y Hà Nội.
5. Nguyễn Tài Thu (2003), *Châm cứu chữa bệnh*, Nhà xuất bản Y học, tr. 21-28, 126-128.
6. Hoa Đà tái tạo hoàn (1996), *Công ty dược phẩm Đông Á*, Thành phố Hồ Chí Minh.
7. Đặng Quốc Tuấn (1991), "Dự phòng, chẩn đoán và điều trị TBMMN", Dịch báo cáo của Tổ chức Y tế thế giới 10/1989.
8. Belova A.N (1993), "The effect of different physical loads on the central and cerebral hemodynamics of patients with a history of stroke", *Vopr-Kurortol Fizioter Lech Fiz Kult*, 20(1), 16-21.

SUMMARY

Method of study: The study was initially carried out in 114 patients with hemiplegia hospitalized in Thua Thien-Hue Traditional Medicine Hospital (from August 2002 to June 2006). These patients had previously been treated in their acute stages in Hue Central Hospital and Hue Medical College Hospital. The patients were divided into two groups: Group A with 58 people were treated by a combination of electric acupuncture with reproduced Hua Da pills, and group B with 54 people were treated with only electric acupuncture without administering reproduced Hua Da restore pills. Criteria for assing the treatment results: recovery: 90-100 pts; moderate recovery > 50 pts; partial recovery < 50 pts; no recovery unchangeable. **Results:** The treatment combining electric acupuncture with reproduced Hua Da restore pills applied to patients with hemiplegia caused by encephalic infarction has proved to be more effective than treatment with solely electric acupuncture. The difference is statistically significant with $P < 0.01$. For example, in Group A the average score obtained on being discharged from the hospital (D_{20}) was 50.4 ± 4.1 , with a gain of 63.64%, which is statistically significant with $P < 0.01$. And in Group B: the average score obtained on being discharged from the hospital (D_{20}) was 41.2

Nghiên cứu tần suất và ảnh hưởng của hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp tại Khánh Hòa

Trần Văn Huy MD PhD FACC FESC*, Huỳnh Việt Khang MD**

Mục đích: 1/ Nghiên cứu về tần suất Hội chứng chuyển hoá (HCCH) ở người lớn tăng huyết áp và so sánh với tần suất HCCH chung trong cộng đồng tại Nha Trang - Khánh Hoà. 2/ Tìm hiểu sự khác biệt về các tổn thương cơ quan đích, bệnh cảnh lâm sàng tim mạch hiện diện ở nhóm tăng huyết áp có HCCH và tăng huyết áp không có HCCH. **Phương pháp.** Nghiên cứu 204 đối tượng tăng huyết áp (THA) phát hiện trong điều tra dịch tễ THA trong cộng đồng năm 2004 và chia làm hai nhóm: Nhóm THA có HCCH và Nhóm THA không có HCCH. HCCH chẩn đoán theo tiêu chuẩn ATP III điều chỉnh của Châu á Thái Bình Dương yếu tố vòng eo > 90 cm ở nam và > 80 cm ở nữ. Xét nghiệm đường máu và lipid máu bao gồm cholesterol toàn phần (CT), HDL-C, Triglyceride (TRI), LDL-C và creatinine. khảo sát siêu âm tim, điện tâm đồ, nước tiểu và khám lâm sàng. **Kết quả:** Tần suất HCCH ở bệnh nhân THA trong cộng đồng tại Nha Trang - Khánh Hoà là 38,2% theo ATP III chuẩn và tiêu chuẩn điều chỉnh là 47,5% trong đó nữ là 67%, nam là 33% ($P < 0,0001$). Không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Về các thành phần cấu trúc của HCCH, ghi nhận yếu tố HDL-C có tỷ lệ cao nhất 71,1 %, triglyceride cao 69,1%, rối loạn đường huyết lúc đói 46,4%, yếu tố vòng eo chuẩn là 12,4%, vòng eo điều chỉnh là 53,6% và có sự khác biệt có ý nghĩa với nhóm không có HCCH với các tỷ lệ này lần lượt là 37,4%, 18,7%, 13,1%, 0% và 2,8%. Chỉ có 16,7% bệnh nhân THA có yếu tố THA đơn thuần, 35,8% có 2 yếu tố, 37,2%, 3 yếu tố, 9,3% có 4 yếu tố và 1% có 5 yếu tố. HCCH ở bệnh nhân THA có ảnh hưởng lên tổn thương các cơ quan đích và bệnh cảnh lâm sàng tim mạch, đái tháo đường và chức năng thận so với THA không có HCCH. Trong đó có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ Đái tháo đường ở nhóm THA có HCCH 25,8% so với THA không có HCCH, 4%, và chỉ số creatinin cao hơn cũng như hệ số thanh thải creatinin giảm hơn có ý nghĩa ở nhóm THA có HCCH so với THA không có HCCH ($P < 0,05$), cũng như tổng các bệnh cảnh lâm sàng tim mạch giữa hai nhóm có sự khác biệt 22% so với 44% ($P < 0,002$). **Kết luận:** Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân THA tại địa phương là cao và ảnh hưởng lên tổn thương các cơ quan đích, bệnh cảnh lâm sàng tim mạch, đái tháo đường và chức năng thận có tỷ lệ cao hơn so với THA không có HCCH.

* Bệnh viện Khánh Hòa

** Quân Y Viện 87; email. tshuynt@gmail.com

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim mạch (BTM) đang là nguyên nhân hàng đầu của tử suất và bệnh suất, không những ở các quốc gia phát triển mà ngay cả các quốc gia đang phát triển. Những yếu tố nguy cơ (YTNC) kinh điển chính đã được khẳng định là tăng huyết áp (THA), rối loạn lipid máu (RLLM), đái tháo đường (ĐTĐ), tuổi và tiểu sử gia đình có BTM sớm [1,2,9]. Ngày nay ngoài những yếu tố nguy cơ tim mạch kể trên, người ta nhận thấy tập hợp một nhóm yếu tố nguy cơ mà thường có liên quan với sự đề kháng insulin được gọi hội chứng chuyển hóa (HCCH), bao gồm THA, béo phì thể bụng, RLLM, rối loạn đường huyết lúc đói, đái tháo đường và đề kháng insulin [11,16]. Nhiều nghiên cứu cho thấy người có HCCH thì tỷ lệ phát triển bệnh đái tháo đường và bệnh tim mạch tăng lên từ 2 đến 4 lần so với người không có HCCH [11,16,21]. Tỷ lệ HCCH trên thế giới từ 15-30% tùy theo định nghĩa và phương pháp nghiên cứu trong đó: tại Mỹ HCCH gây ảnh hưởng trên 25% người lớn [11]. Tại Ấn Độ là 23%, Israel là 15%, Iran là 33%, Indonesia là 17% [6,16]. Tại Việt Nam chưa có một khảo sát dịch tễ về HCCH trong cộng đồng trên phạm vi toàn quốc, mà chỉ có nghiên cứu dịch tễ về các yếu tố nguy cơ tim mạch riêng rẽ cho thấy: THA là 10-20% ở người lớn, ĐTĐ 4,47-7%, RLLM 21-50% [1,6]. Đối với THA là một yếu tố nguy cơ tim mạch quan trọng, theo báo cáo của TCYTTC thì tỷ lệ THA trên thế giới là 20% (năm 2003) và dự báo tỷ lệ này sẽ tăng lên 26% trong 10 năm tới [12]. Tại Việt Nam tỷ lệ THA từ 15-23% ở người lớn trên 18 tuổi, nhưng đối với người trên 50 tuổi tỷ lệ này là 40-50% [1,6]. 85-90% bệnh nhân THA có

các yếu tố nguy cơ tim mạch khác kết hợp nên chiến lược điều trị THA là phải phát hiện và điều trị tổng thể các yếu tố nguy cơ. Vậy tần suất THA có cùng các yếu tố HCCH và tổn thương cơ quan đích và bệnh cảnh lâm sàng tim mạch hiện diện ở bệnh nhân THA có HCCH và không có HCCH có sự khác biệt như thế nào cũng chưa được nghiên cứu nhiều tại khu vực miền Trung nói riêng và Việt Nam nói chung. Chính vì vậy, chúng tôi nghiên cứu vấn đề này tại Nha Trang - Khánh Hoà nhằm mục tiêu: 1/ Tìm hiểu nghiên cứu về tần suất hội chứng chuyển hoá ở người lớn tăng huyết áp và so sánh với tần suất hội chứng chuyển hóa chung trong cộng đồng tại Nha Trang - Khánh Hoà. 2/ Tìm hiểu sự khác biệt về các tổn thương cơ quan đích, bệnh cảnh lâm sàng tim mạch hiện diện ở nhóm tăng huyết áp có hội chứng chuyển hoá và tăng huyết áp không có hội chứng chuyển hoá.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

Đối tượng: Đối tượng là nam và nữ tuổi từ 18 trở lên sống tại Nha Trang, Khánh Hoà

Phương pháp:

Tiến cứu: ở đối tượng tham gia nghiên cứu điều tra dịch tễ các yếu tố nguy cơ tim mạch tại Khánh Hoà năm 2004.

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: kiểu thuận tiện.

Dựa vào kết quả điều tra dịch tễ các yếu tố nguy cơ tim mạch tại tỉnh Khánh Hoà 2004, chúng tôi phát hiện và nghiên cứu các đối tượng được chẩn đoán THA gồm 204 đối tượng và chia làm hai nhóm: Nhóm THA có HCCH, Nhóm THA không có HCCH.

Tiêu chuẩn chẩn đoán:

Tăng huyết áp: Chẩn đoán xác định

dựa theo tiêu chuẩn và độ THA của WHO/ISH 2003.

Hội chứng chuyển hóa: Theo NCEP ATP III chuẩn 2001 khi có 3 tiêu chuẩn sau trở lên [9,12]. Vòng eo: nam >102cm; nữ >88cm, TG máu =150mg/dL, HDL-C < 40mg/dL (nam); <50mg/dL (nữ); HA động mạch = 130/85 mmHg; Glucoze huyết tương lúc đói = 110mg/dL. Trong đó vòng eo có điều chỉnh theo Châu Á Thái Bình Dương với > 90cm ở nam và > 80cm ở nữ.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp THA thứ phát được loại trừ. Địa điểm nghiên cứu: Điều tra tại cộng đồng ở các trạm y tế địa phương theo các biểu mẫu nghiên cứu. Tất cả các đối tượng THA đều được phỏng vấn theo bảng câu hỏi và khám lâm sàng. Huyết áp được đo bằng huyết áp kế thủy ngân mới hiệu ALPK2 Nhật Bản. Huyết áp được đo sàng lọc hai lần lấy trị số trung bình cộng, nếu phát hiện huyết áp bằng hoặc trên 140/90mmHg được mời khám lần II cách một tuần sau. THA được xác định khi trị số trung bình sau hai lần khám bằng hoặc trên 140/90 mmHg. Tất cả các đối tượng nghiên cứu đều được xét nghiệm đường máu và lipid máu bao gồm cholesterol toàn phần (CT), HDL-C, Triglyceride (TRI), LDL-C và creatinine cho tất cả các đối tượng sau khi được thông báo nhện đói trước 12 giờ và ngưng tất cả các thuốc đang sử dụng nếu có từ 1 - 2 ngày trước. Máu xét nghiệm được lấy máu tĩnh mạch và bảo quản đưa về xét nghiệm ngay tại viện Pasteur Nha Trang. Khi các thông số sinh hóa trên mức bình thường sẽ được mời xét nghiệm lần 2. Kết quả chính thức

là trị số trung bình của 2 lần xét nghiệm. Khảo sát siêu âm tim, điện tâm đồ, nước tiểu tại Viện Quân Y 87 cho 60 đối tượng nghiên cứu bao gồm 30 người THA có HCCH và 30 người THA không có HCCH. Điện tâm đồ chuẩn 12 chuyển đạo được đo ở tốc độ 25mm/giây và biên độ 1mV/cm. Dày thất trái được chẩn đoán bằng chỉ số Sokolow-Lyon SV1-2+RV5-6=>/> 35mm. Khối lượng thất trái được đo và tính theo quy ước Peen. $LVM(g) = 1,04[(LVIDd+IVSd+LVPWd)^3-LVIDd^3]-13,6$.

Các đặc điểm khảo sát: Nghiên cứu phân tích tìm hiểu về tỉ lệ HCCH ở bệnh nhân THA. Khảo sát các đặc điểm THA có HCCH và nhóm THA không có HCCH. Khảo sát các tổn thương cơ quan đích, bệnh cảnh lâm sàng tim mạch hiện diện ở nhóm THA có HCCH và THA không có HCCH.

Phương pháp thống kê: Các thống kê nghiên cứu được tiến hành phân tích bằng dùng phần mềm thống kê hoàn chỉnh do khoa học xã hội SPSS 10 và chương trình Epi calcul 2004, tính trị số trung bình và độ lệch chuẩn so sánh giữa các nhóm dùng test T, Giá trị có ý nghĩa thống kê $P < 0,05$.

KẾT QUẢ:

Qua nghiên cứu 204 trường hợp THA được phát hiện trong đợt điều tra dịch tễ các yếu tố nguy cơ tim mạch tại Khánh Hòa chúng tôi khảo sát phân tích qua các bảng và biểu đồ sau :

Bảng 1. Các đặc điểm khảo sát

Đặc điểm	Chung n=204 TB ± ĐLC	THA KHCCH n=107 TB ± ĐLC	THA HCCH n=97 TB ± ĐLC	P (2- đuôi)
Tuổi	65.13±11.36	64.86±11.36	65.42±11.40	.725
BMI (kg/m ²)	21.56±3.70	20.14±2.77	23.10±3.97	.000
Vòng eo (cm)	78.21±10.43	74.13±8.88	82.68±10.22	.000
Tỷ lệ eo/mông	0.87±0.08	.85±0.08	.88±0.07	.004
HA TT (mmHg)	160.57±21.22	161.58±22.31	159.45±20.0	.476
HA TTr (mmHg)	92.71±12.61	92.88±12.01	92.51±13.31	.832
HA TB (mmHg)	114.68±12.23	114.99±11.41	114.34±13.12	.706
Cr máu (mg/dL)	74.37±16.35	72.00±13.12	79.89±21.61	.004
HSTT creatinin	59.33±15.35	68.76±17.84	55.86±19.34	0.05
Đường máu (mg/dL)	109.21±37.74	97.98±16.64	121.60±49.06	.000
CT (mg/dL)	213.48±47.55	203.88±49.06	223.87±43.16	.003
HDL - C (mg/dL)	49.92±3.17	49.85±3.13	50.00±3.22	.737
LDL -C (mg/dL)	129.47±39.64	125.99±40.01	133.30±39.06	.189

Tỷ lệ HCCH theo tiêu chuẩn ATP III chuẩn trên bệnh nhân THA ghi nhận 38,2% (78/204), khi áp dụng tiêu chuẩn vòng eo

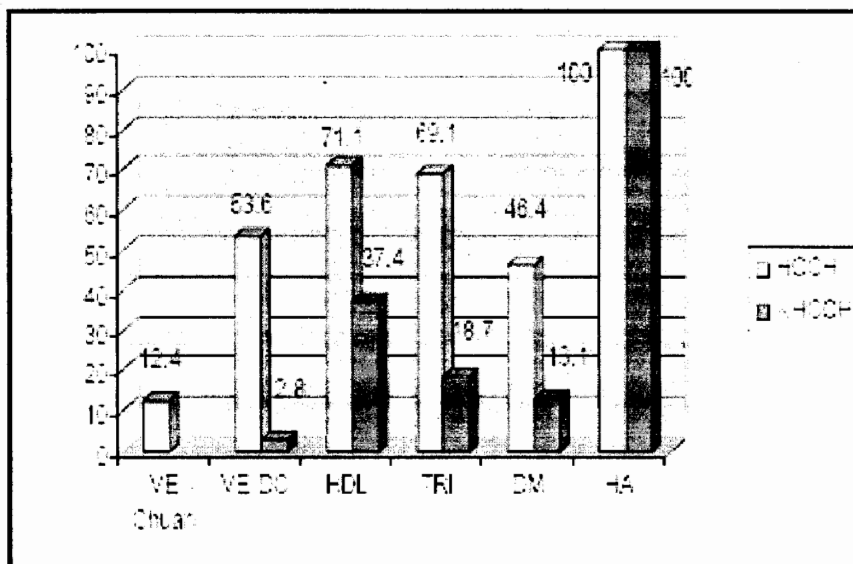
điều chỉnh thì tỷ lệ HCCH là 47,5% (97/204). Không có sự khác biệt về tỷ lệ độ THA giữa hai nhóm.

Bảng 2. Tỷ lệ các yếu tố trong cấu hình chẩn đoán HCCH giữa hai nhóm THA có HCCH và không có HCCH.

	HCCH	%	KHCCH	%	P
VE chuẩn	12	12,4	0	0	
VE đ/c	52	53,6	3	2,8	0.0001
HDL	69	71,1	40	37,4	0.0001
TRI	67	69,1	20	18,7	0.0001
ĐM	45	46,4	14	13,1	0.0001
HA	97	100	107	100	

Áp dụng tiêu chuẩn vòng eo điều chỉnh có sự gia tăng gấp trên 4 lần tiêu chuẩn vòng eo chuẩn, trong các tiêu chuẩn của cấu hình chẩn đoán HCCH, RLLM có tỷ lệ cao nhất rồi đến vòng eo và đường huyết ngoài tiêu chuẩn huyết áp tăng đã khẳng định, và tất cả các yếu tố này điều có sự

khác biệt có ý nghĩa so với THA không có HCCH. Tỷ lệ HCCH ở nữ 67% nam 33%, và tăng theo nhóm tuổi, 18-34: 2%, 35-54: 11%, và > 54 84%. Chỉ có 16,7% bệnh nhân THA có yếu tố THA đơn thuần, 35,8% có 2 yếu tố, 37,2%, 3 yếu tố, 9,3% có 4 yếu tố và 1% có 5 yếu tố.



Hình 1. Tỷ lệ các yếu tố trong cấu hình chẩn đoán HCCH giữa hai nhóm THA có HCCH và không có HCCH

Bảng 3. Tiền sử có bệnh tim ở bệnh nhân THA có HCCH và không có HCCH.

Tiền sử bệnh tim	KHCCH	%	HCCH	%	P	Tổng số
Đột quy	4	3,7	7	7,2	0.4	11
BMV	2	1,9	3	3,1	0.9	5
Suy tim	2	1,9	4	4,1	0.5	6
RLNT	3	2,8	2	2,1	0.9	5
Khác	6	5,6	9	9,3	0.4	15
Không	87	81,3	74	76,3	0.6	161
Tổng số	107	100	97	100		204

Bảng 4. Biểu hiện trên diện tâm đồ của hai nhóm qua khảo sát 30 trường hợp THA có HCCH và 30 trường hợp THA không có HCCH

ECG	KHCCH N=30	HCCH N=30	P
Sokolow-Lyon TB	19.23± 10.42	21± 11.54	0.47
Dày thất trái	2	3	0.63
Rối loạn nhịp	1	2	0.91

Bảng 5. Biểu hiện trên siêu âm tim qua khảo sát 30 trường hợp THA có HCCH và 30 trường hợp THA không có HCCH

Siêu âm tim	KHCCH N=30	HCCH N=30	P
Chỉ số khối TT (g)	128,23±34,32	132,68± 54,42	0.04
EF	65.45± 24.65	61.43±32.23	0.32
E/A	0.97±0,12	1.01±1,32	0.45
IVRT (ms)	96,12 ±11,32	94,32 ±12,42	0.54

Bảng 6. Biểu hiện albumin niệu qua khảo sát 30 trường hợp THA có HCCH và 30 trường hợp không có HCCH

Không có HCCH	%	HCCH	%	P	Tổng số	%	
Microalbumin niệu	1	3.3	4	13.3	0.3	5	8.33
Macroalbumine	0	0	1	3.3	0.5	1	1.6

Sự khác biệt giữa hai nhóm chưa có ý nghĩa thống kê $P > 0.05$.

Bảng 7. Biểu hiện lâm sàng trên 204 trường hợp THA

KHCCH	%	HCCH	%	P	TS	%	
BMV	3	2.8	5	5.15	0.6	8	3.9
BMN	4	3.7	7	9.3	0.4	11	5.4
BMNV	1	0.9	2	2.1	0.9	3	1.5
ĐTĐ	7	6.5	25	25.8	0.001	32	15.7
ST	3	2.8	5	5.15	0.6	8	3.9
SThan	2	1.9	3	3.1	0.9	5	2.5
TS	26	24.3	43	44.3	0.002	67	32.8

BMV: bệnh mạch vành; BMN bệnh mạch não; BMNV bệnh mạch ngoại vi, ĐTĐ: đái tháo đường; ST suy tim; SThan suy thận, TS tổng số

Tỷ số chênh OR giữa hai nhóm THA có HCCH và không HCCH làm gia tăng tỷ lệ ĐTĐ là 5 và tổng các biến cố chung là 2,4. $P < 0.001$. Tỷ lệ các biến cố tim mạch lâm sàng có tỷ lệ cao hơn nhưng không có sự khác biệt trong từng loại, nhưng tổng số

các ảnh hưởng lên tim thận não có sự khác biệt 24,3% so với nhóm HCCH 44,3% với $P < 0,002$

BÀN LUẬN

Tần suất HCCH ở bệnh nhân THA. THA là một trong những YTNC chính gây xơ vữa động mạch dẫn đến những bệnh cảnh lâm sàng. Bên cạnh THA, một vấn đề thời sự hiện nay là HCCH mà được mô tả lần đầu tiên năm 1980 bởi Reaven, và được Scheen viết lại năm 1997. Nó bao gồm một nhóm yếu tố nguy cơ gốc chuyển hoá gắn liền sự đề kháng insulin và làm gia tăng bệnh tim mạch. Những người có HCCH thường phát triển bệnh tim mạch gấp hai lần và ĐTD gấp bốn lần so với người không có HCCH [9,16]. Hiện nay trên thế giới có những bảng tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH của WHO 1998- 1999, của nhóm DESIR Châu Âu 1999, của NCEP-ATP III Hoa Kỳ 2001 và mới đây ATP III được cập nhật 2005 [9,12] và của Liên Đoàn đái tháo đường 2005 [14], có điều chỉnh một số điểm so với tiêu chuẩn chẩn đoán của ATP III năm 2001, tuy vậy chúng tôi vẫn chọn tiêu chuẩn của ATP III 2001 là đơn giản, dễ áp dụng nhất và tiện so sánh để nghiên cứu, trong đó có sự điều chỉnh yếu tố vòng eo cho phù hợp với người á Đông. Qua nghiên cứu 204 bệnh nhân THA chúng tôi nghi nhận có 38,2% bệnh nhân THA có HCCH theo tiêu chuẩn của ATP III chuẩn của Mỹ, tuy nhiên dùng tiêu chuẩn điều chỉnh vòng eo thì có tỷ lệ là 48,5%. Theo nghiên cứu của Trần Văn Huy việc áp dụng tiêu chuẩn điều chỉnh vòng eo là phù hợp với đặc điểm người Việt Nam [58]. Theo nhiều nghiên cứu lớn trên thế giới gần đây như INTERHEART, IDEA thì vòng eo có giá trị dự đoán bệnh tim mạch cao hơn BMI [33,35,57,77]. Theo Wai DCH và cộng sự nghiên cứu tại Singapore ghi nhận nếu dùng tiêu chuẩn ATP III với yếu

tố vòng eo >102cm ở nam và >88 cm ở nữ thì độ nhạy cảm 8,4% đến 12,2% đối với nam và từ 21% đến 33% đối với nữ trong sự hiện diện HCCH [8], và qua nghiên cứu của chúng tôi cũng ghi nhận tiêu chuẩn vòng eo 12,04%. Tại các quốc gia phát triển vòng eo được ghi nhận là yếu tố quan trọng để xác định tần suất HCCH [16]; như những nghiên cứu của Hoa Kỳ và Tây Ban Nha, ý, Pháp có đến 50-96% có yếu tố vòng eo trong HCCH [18]. Béo phì vùng bụng được xem như thành phần khởi xướng của sự đề kháng insuline kéo dài mà kết quả là tăng huyết áp và những bất thường chuyển hoá ở cùng một cá nhân. Sự khu trú mỡ ở vùng trung tâm và phóng thích những acid béo và các cytokine từ những tế bào mỡ phì đại khu trú trong mô mỡ bụng tạo nên những tác nhân chính tác động thành hội chứng này [16,17]. Chính vì vậy theo tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH mới của Liên đoàn đái tháo đường Quốc tế, trong các thành phần của HCCH, thì yếu tố thừa cân/béo phì, đặc biệt là béo phì vùng bụng đang được xem xét coi là nguyên nhân trọng tâm, là tiêu chuẩn bắt buộc [14]. Chính vì vậy tiêu chuẩn vòng eo có giá trị quan trọng và cần phải được khảo sát phù hợp với từng chủng tộc như vùng Châu Á - Thái Bình Dương. Qua nghiên cứu cho thấy người THA có tỷ lệ HCCH đi kèm là khá cao 47,5% với tiêu chuẩn ATP III chuẩn và 57,5% khi điều chỉnh yếu tố vòng eo, nên trong chẩn đoán THA ngoài khảo sát các yếu tố nguy cơ tim mạch chính đi kèm, thì cũng cần chú ý có sự hiện diện HCCH như một mục tiêu chẩn đoán và điều trị tổng thể các yếu tố nguy cơ trong đó có HCCH chứ không xét trên khía cạnh THA đơn thuần. Tần suất HCCH chung trên thế giới theo tiêu chuẩn ATP III ở tại Hoa Kỳ là 24%,

Phần Lan là 17%, Pháp là 16%, Ý là 17% [19]. Tại Việt Nam trong cộng đồng, tỷ lệ HCCH ở người lớn từ 18 tuổi trở lên trong cộng đồng dân cư tỉnh Khánh Hoà là 15,7%, trong đó ở nhóm tuổi >54 tuổi có tỷ lệ 29,27%, cho thấy HCCH ở nước ta cũng gần tương tự với một trong những quốc gia phát triển [16]. Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân THA không có sự khác biệt giữa các giai đoạn THA và nhóm tuổi, chủ yếu gặp nhiều ở THA giai đoạn I. Điều này cũng phù hợp vì HCCH phát triển ngay từ giai đoạn sớm của THA. Tuy nhiên cũng cần nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để khẳng định thêm vì số đối tượng THA của chúng tôi phát hiện trong cộng đồng ở nhóm tuổi thanh và trung niên còn ít nên không có giá trị so sánh. **Về tỷ lệ các yếu tố của HCCH ở bệnh nhân THA.** Về vòng eo theo tiêu chuẩn ATP III chuẩn là 12,4% và tiêu chuẩn điều chỉnh là 53,6% so với nghiên cứu của Lê Hoài Nam tỷ lệ này là 75,9%, trong đó vòng eo gặp nhiều ở phụ nữ là 45% so với nam giới 25,7%. So với nghiên cứu Trần Văn Huy HCCH tỷ lệ vòng eo trong cộng đồng chung là 4,3% và khi dùng điều chỉnh Châu á TBD là 8,02% [16], thấp hơn nhiều so với nghiên cứu của chúng tôi, điều này cho thấy ở đối tượng THA có HCCH đi kèm có tình trạng béo phì vùng bụng tăng.

Yếu tố rối loạn lipid máu: HDL, TRI: Đây là những yếu tố có tỷ lệ cao nhất, với HDL-C 59% và TRI 50% ở những bệnh nhân THA có HCCH. So sánh với tỷ lệ các yếu tố này ở người có HCCH chung trong cộng đồng cùng địa phương có tỷ lệ lần lượt là 48,24%, và 27,33% [16], thấp hơn nhiều điều này cho thấy giữa THA có HCCH có một sự gia tăng RLLPM so với HCCH đơn thuần, tuy nhiên nó tương tự với nghiên cứu của Lê Hoài Nam, ở đối

tượng THA có HCCH tỷ lệ này lần lượt 60,3% và 84,7%; nên những bệnh nhân THA có HCCH cần chú ý về rối loạn lipid đi kèm và điều trị đạt mục tiêu...

Yếu tố tăng đường huyết lúc đói: RLDM lúc đói và ĐTĐ ở bệnh nhân THA có HCCH là 46,4% cao hơn nhiều so với THA không có HCCH chỉ có 14% cũng như tỷ lệ yếu tố này trong cộng đồng của tỉnh Khánh Hoà là 19,62% [16]. Điều này cho thấy có một sự liên đới giữa THA, HCCH và rối loạn đường huyết lúc đói và đái tháo đường. Đó là một sinh bệnh lý mà ngày nay nhiều giả thuyết cho rằng xuất phát từ phản ứng viêm, HCCH gắn liền với béo phì và đề kháng insuline từ đó nó làm phát sinh rối loạn đường huyết lúc đói và đái tháo đường, theo tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân.

Tỷ lệ các yếu tố phối hợp: Chúng tôi ghi nhận chỉ có 14% có yếu tố THA đơn thuần, có 33% có kết hợp thêm một yếu tố khác, 38% có thêm 2 yếu tố khác đủ để chẩn đoán HCCH, 12,7% có thêm 3 yếu tố khác và 1,3% có 4 yếu tố khác. Qua những điểm trên cho thấy rằng, ở bệnh nhân THA có HCCH đều có các yếu tố trong cấu hình chẩn đoán HCCH của ATP III là cao hơn hẳn so với tỷ lệ từng yếu tố trong chẩn đoán HCCH ở cùng địa phương. Điều này cho thấy có một sự liên đới giữa THA và HCCH và RLLM cũng như ĐTĐ và làm cho tần suất HCCH ở bệnh nhân THA rất cao. So sánh với tỷ lệ HCCH chung của Khánh Hoà theo tiêu chuẩn điều chỉnh thì tỷ lệ HCCH của cỡ mẫu nghiên cứu là 15,7% (CI 95%: 13,4-18,4) nam 13,5% và nữ 17,3% và có tỷ lệ HCCH theo các nhóm tuổi 4,0%, 12,5% và 21,5% lần lượt [38]. Cho thấy ở đối tượng THA có tỷ lệ HCCH cùng địa phương tăng lên gấp trên 3 lần so với tỷ lệ HCCH chung (47,5% vs 15,7%) và

nam nữ cũng đều tăng rất cao: 33% và 67% lần lượt. Qua nghiên cứu điều tra sự THA trong cộng đồng cho thấy khi THA gặp chủ yếu trên 54 tuổi và qua đó tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân THA cũng tăng cao gấp gần 3 lần so với tỷ lệ HCCH trong cộng đồng ở nhóm tuổi này. Chính vì vậy khi lớn tuổi cho thấy THA thường đi kèm với HCCH nên cần chú ý chẩn đoán và điều trị tích cực.

Sự khác biệt về các các tổn thương cơ quan đích, bệnh cảnh lâm sàng tim mạch hiện diện ở nhóm THA có HCCH và THA không có HCCH. Qua nghiên cứu cho thấy bệnh nhân THA có HCCH, mặc dù có tiền sử các bệnh lý tim mạch có tỷ lệ cao hơn nhưng không có sự khác biệt có ý nghĩa. Về tổn thương cơ quan đích và bệnh cảnh lâm sàng cũng không có sự khác biệt lớn mặc dù tỷ lệ so sánh có cao hơn ở nhóm THA có HCCH nhưng không có sự khác biệt có nghĩa, chỉ có yếu tố creatinin máu và tỷ lệ đái tháo đường có sự khác biệt có ý nghĩa rõ rệt khi khảo sát số lượng lớn ($P < 0.001$). Qua nghiên cứu của chúng tôi mặc dù có tỷ lệ tổn thương ảnh hưởng lên từng biến cố tim mạch cao hơn nhưng chưa có ý nghĩa thống kê, điều này một phần do khảo sát toàn bộ cận lâm sàng chưa thực hiện đầy đủ nên cần tiếp tục nghiên cứu với số lượng lớn bệnh nhân cũng như theo dõi lâu dài để xác định ảnh hưởng của HCCH ở bệnh nhân THA cũng như HCCH chung ở người Việt Nam, tuy vậy tổng các biểu hiện lâm sàng thì cũng có sự khác biệt cho thấy THA có HCCH có biểu hiện lâm sàng tim mạch nhiều hơn 24% so với 44%. Hiện nay theo nghiên cứu của Lakka 2002 cho thấy HCCH làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch lên 3 lần [13]. Theo Ford qua phân tích tổng hợp 10 nghiên cứu về ảnh

hưởng của HCCH đều khẳng định vai trò của HCCH tác động lên các biến cố tim mạch 1.72 lần [13]. =ối với đái tháo đường theo nghiên cứu của Laaksonen, 2002 HCCH có nguy cơ phát triển đái tháo đường lên đến 6 lần và qua nghiên cứu tổng hợp gộp 4 nghiên cứu thì có tỷ lệ nguy cơ đái tháo đường tăng 3 lần [3,13], ở đây chúng tôi ghi nhận bệnh nhân THA có HCCH thì tỷ lệ đái tháo đường cao hơn hẳn với tỷ số chênh lên 3 lần là cũng phù hợp. Chính vì vậy ở bệnh nhân THA cần chú ý phát hiện HCCH và đái tháo đường.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu tần suất HCCH ở người lớn THA theo tiêu chuẩn của ATP III chuẩn và điều chỉnh chúng tôi có kết luận sau:

1/ Tần suất HCCH ở bệnh nhân THA trong cộng đồng tại Nha Trang - Khánh Hoà là 38,2% theo ATP III chuẩn và tiêu chuẩn điều chỉnh là 47,5% trong đó nữ là 67%, nam là 33% ($P < 0,0001$). Tỷ lệ HCCH ở bệnh nhân THA không có sự khác biệt giữa các nhóm tuổi. Về các thành phần cấu trúc của HCCH thì ngoài yếu tố HA tăng chúng tôi ghi nhận yếu tố HDL-C cao nhất 71,1%, triglyceride cao 69,1%, rối loạn đường huyết lúc đói 46,4%, yếu tố vòng eo chuẩn là 12,4%, nhưng khi dùng tiêu chuẩn vòng eo điều chỉnh là 53,6% và có sự khác biệt có ý nghĩa với nhóm không có HCCH với các tỷ lệ này lần lượt là 37,4%, 18,7%, 13,1%, 0% và 2,8%. Có 16,7% bệnh nhân THA có yếu tố THA đơn thuần, có 35,8% có kết hợp thêm một yếu tố khác, 37,2% có thêm 2 yếu tố khác đủ để chẩn đoán HCCH, 9,3% có thêm 3 yếu tố khác và 1% có 4 yếu tố khác.

2/ HCCH bệnh nhân THA ghi nhận có ảnh hưởng lên tổn thương các cơ quan đích

và bệnh cảnh lâm sàng tim mạch, đái tháo đường và chức năng thận so với THA không có HCCH. Trong đó có sự khác biệt có ý nghĩa về tỷ lệ Đái tháo đường ở nhóm THA có HCCH 25,8% so với THA không có HCCH 2,4%, và chỉ số creatinin cao hơn cũng như hệ số thanh thải creatinin giảm hơn có ý nghĩa ở nhóm THA có HCCH so với THA không có HCCH ($P < 0.05$), cũng như tổng các bệnh cảnh lâm sàng tim mạch giữa hai nhóm có sự khác biệt 22% so với 44% ($P < 0.002$). Tỷ số chênh OR giữa hai nhóm THA có HCCH và không HCCH làm gia tăng tỷ lệ ĐTD là 5 và tổng các biến cố chung là 2,4.

Cho nên, cần có những chương trình khám sàng lọc phát hiện các yếu tố nguy cơ tim mạch và HCCH trong cộng đồng để phát hiện chẩn đoán và điều trị theo dõi sớm tránh các biến cố tim mạch nhằm cải thiện chất lượng cuộc sống cho người dân. Nhận biết sớm để hành động sớm nhằm hạn chế bệnh tim mạch và đái tháo đường.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Trần Văn Huy và cs (1990), "Điều tra dịch tễ THA trên toàn tỉnh Khánh Hòa", *Nội khoa* số 2, trang 3-8.
2. Phạm Gia Khải và cs (2003), "Tần suất THA và các yếu tố nguy cơ ở các tỉnh phía bắc Việt Nam 2001-2002", *Vietnames cardiology journal*, trang 9-34.
3. Đỗ Thị Mỹ Hạnh. "Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 tại bệnh viện C Đà Nẵng", *Y học thực hành* 2006.507-08;356-60.
4. Trương Tấn Minh, Trần Văn Huy: "Nghiên cứu các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người lớn trong cộng đồng tại Khánh Hòa". *Y học thực hành* 2005. 496; 326-30
5. Quách Hữu Trung: "Nghiên cứu Hội chứng chuyển hóa ở bệnh nhân tăng huyết áp". *Y học thực hành* 2006.507-08;3427-431
6. Al-Shayji IA, Akanji AO: "Obesity Indices and Major Components of Metabolic Syndrome in Young Adult Arab Subjects". *Ann Nutr Metab*, 2004 [Epub ahead of print]. Epub 2003 Nov 20.
7. Ahram V Chobanian et al: "The Seven Report of the National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. JAMA May 2003 289 2560-2572
8. DCH Wai, ES tai, S Ma, SK Chew, Jeffery cutter, CE Tan. What cut off points should we use for obesity in asian patients?" Lessons from the 1998 singapore National Health Survey. JAFES. Vol 21. No =. 2003. 108
9. Executive summary of the Third Report of the National Cholesterol Education Program (NCEP) Expert Panel on Detection, Evaluation and Treatment of High Blood Cholesterol in Adults (Adult Treatment Panel III) JAMA 2001 285 2486-97
10. Ford ES, Giles WH, Dietz WH. Prevalence of the metabolic syndrome among US adults: findings from the third National Health and Nutrition Examination Survey. JAMA 2002;287(3):356-9.
11. Fereidom Aziz, Payam Salehi, Arash Etemadi, Saleh Zahedi-Asl. Prevalence of metabolic syndrome in an urban population: Tehran Lipid and Glucose Study. Diabetes Research and Clinical Practice 61 (2003) 29-37.
12. Grundy SM. Metabolic Syndrome Scientific Statement by the American Heart Association and the National Heart, Lung, and Blood Institute. Arterioscler Thromb Vasc Biol 2005 25: 2243 - 2244
13. 2003 World Health Organization (WHO)/ International Society of Hypertension (ISH) statement on management of hypertension

- World Health Organization, International Society of Hypertension Writing Group J Hypertens 21:1983 - 1992 & 2003
14. International Diabetes Federation: The IDF consensus worldwide definition of the metabolic syndrome [article online], 2005.
 15. Haffner SM, Despres J-P, Balkau B, et al. Waist circumference and body mass index are both independently associated with cardiovascular disease: The International Day for the Evaluation of Abdominal Obesity (IDEA) survey. *J Am Coll Cardiol.* 2006;47(4 suppl A):358A. Abstract 842-6.
 16. Huy V Tran, M.T. Truong, Thach Nguyen. Prevalence of metabolic syndrome in adults in Khanh Hoa, Viet Nam. *J Geriatr Cardiol* 2004;1(2):9-100
 17. Rosengren A, Hawken S, Ounpuu S, et al, for the INTERHEART investigators. Association of psychosocial risk factors with risk of acute myocardial infarction in 11 119 cases and 13 648 controls from 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:953-962.
 18. Suasika K, IGP Suka Arynna. Epidemiology study of metabloic syndrome in rural population, Bali. *JAFES.* Vol 21 2003 107
 19. Sorkhou EI, Al-Qallaf B, Al-Namash HA, Ben-Nakhi A, Al-Batish MM, Habiba SA. Prevalence of metabolic syndrome among hypertensive patients attending a primary care clinic in Kuwait. *Med Princ Pract.* 2004 Jan-Feb;13(1):39-42.
 20. Scheen AJ, Luyckx FH. Metabolic syndrome: definitions and epidemiological data *Rev Med Liege.* 2003 Jul-Aug;58(7-8):479-84.
 21. Yusuf S, Hawken S, Ounpuu S, on behalf of the INTERHEART Study Investigators. Effect of potentially modifiable risk factors associated with myocardial infarction in 52 countries (the INTERHEART study): case-control study. *Lancet.* 2004;364:937-952.

Vai trò Holter trong các phân độ BNP

Thạc sĩ - Bác sĩ Trần Minh Trí

Bệnh viện Nguyễn Trãi

ĐẶT VẤN ĐỀ

Suy tim là vấn đề dịch tễ lớn trên toàn thế giới. Số bệnh nhân mắc bệnh, mới mắc và tử vong vì suy tim ngày càng tăng. Chi phí dành cho chẩn đoán và điều trị suy tim rất lớn trong ngân sách của ngành y tế. Với sự tiến bộ của Y học, như thuốc điều trị, thiết bị trợ giúp như máy tạo nhịp tim, thì số bệnh nhân sống còn sau sự kiện tim mạch như nhồi máu cơ tim cấp, bệnh lý van tim... cũng như dân số lớn tuổi ngày càng tăng. Như vậy tuân suất mới mắc ngày càng gia tăng. Suy tim tự bản thân là một hội chứng của nhiều bệnh căn nguyên, diễn tiến lâm sàng thay đổi, đã có nhiều tiêu chuẩn, phương pháp về lâm sàng, cận lâm sàng (phân độ NYHA, siêu âm tim đánh giá chức năng tâm thất, điện tim holter 24 giờ, huyết áp 24 giờ...) giúp ích cho chẩn đoán và điều trị, nhất là trong giai đoạn sớm của suy tim. Rối loạn nhịp tim, là một trong những bệnh cảnh lâm sàng tim mạch, là một trong chuỗi diễn tiến về sinh lý bệnh từ bệnh căn nguyên đến bệnh cảnh suy tim giai đoạn cuối, có thể gây đột tử do tim, đặc biệt ở NYHA thấp II - III. Với phương pháp ghi điện tim liên tục 24 giờ không xâm lấn, đã giúp phát hiện các rối loạn nhịp nguy hiểm. Tuy vậy, chưa có phương pháp nào hoàn chỉnh, đặc biệt trong bệnh cảnh lâm sàng cấp cứu. Xét nghiệm BNP được FDA công nhận vào 11/2000 là xét nghiệm đầu

tiên có giá trị giúp chẩn đoán sớm suy tim. Do đó, nhằm tìm hiểu xem các rối loạn nhịp tim cùng mức độ rối loạn nhịp bằng holter 24 giờ xảy ra trên bệnh nhân suy tim, đặc biệt ở giai đoạn sớm qua xét nghiệm BNP như thế nào? Chúng tôi tiến hành nghiên cứu tìm hiểu xem có tương quan giữa các phân độ BNP và rối loạn nhịp tim bằng ghi điện tim 24 giờ, góp phần trong đánh giá, phân loại và điều trị suy tim.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu Tổng quát: Khảo sát mức độ rối loạn nhịp tim trên holter 24 giờ và thử so sánh có sự tương quan giữa BNP và Rối loạn nhịp tim được phát hiện trên holter ở bệnh nhân suy tim.

Mục tiêu chuyên biệt:

- Đánh giá lâm sàng mức độ suy tim dựa vào phân độ NYHA;
- Khảo sát tất cả các loại rối loạn nhịp tim được phát hiện trên holter;
- Định lượng BNP khi bệnh nhân vừa nhập khoa;
- Tìm có sự tương quan giữa các rối loạn nhịp tim được phát hiện trên holter với các phân độ BNP;

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang

Đối tượng nghiên cứu: Các đối tượng có các bệnh tim: THA, TMCT, NMCT-C... và nằm điều trị tại khoa Tim mạch II – Bệnh viện Nguyễn Trãi.

Tiêu chuẩn chọn đối tượng nghiên cứu: Các đối tượng bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn lựa không có tiêu chuẩn loại trừ được đưa vào nghiên cứu, từ tháng 7/2006 đến 11/2006.

Tiêu chuẩn loại trừ:

1. Suy tim có phân độ NYHA IV, EF < 40%
2. Suy thận (creatinin > 1.5mg%)
3. Xơ gan
4. Hội chứng Cushing
5. Nhồi máu cơ tim cấp
6. Bệnh lý phổi: Viêm phổi, bệnh phế quản phổi tắc nghẽn mãn.

Các bước tiến hành nghiên cứu

1. Thăm khám lâm sàng và làm các xét nghiệm ECG khi nhập viện, Siêu âm tim, chụp X quang lồng ngực thẳng, chức năng thận, chức năng gan...

2. Thực hiện lấy máu định lượng BNP ngay lúc nhập viện tại Labo Hoà Hảo, theo quy trình sau:

Lấy 2ml máu cho vào lọ EDTA để làm xét nghiệm;

Xét nghiệm làm trên máy AXSYM và thuốc thử của hãng Abbott.

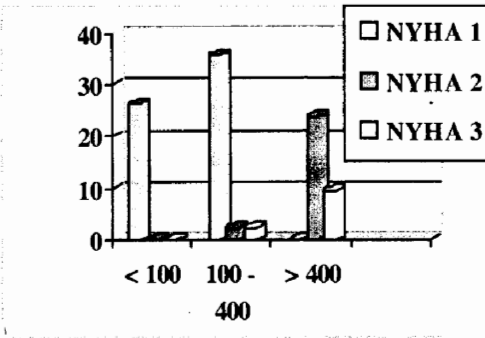
3. Gắn holter trong thời gian 24 giờ, hiệu Zymed 1810 của hãng Phillip, phân tích số liệu bằng phần mềm của chính hãng. BN không nghe điện thoại di động, radio, không dùng thuốc dẫn vành, chống loạn nhịp tim 24 giờ trước khi gắn máy và trong khi gắn máy. Thực hiện gắn Holter vào ngày thứ 3-5 của bệnh.

4. Xử lý số liệu: bằng phần mềm SPSS 13.0 for Window. Các phép so sánh, hệ số tương quan... có ý nghĩa thống kê khi giá trị $p < 0,05$.

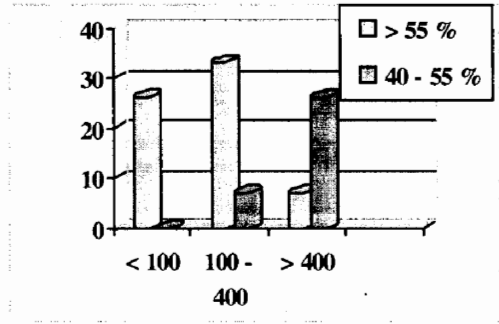
KẾT QUẢ

Đặc điểm bệnh nhân

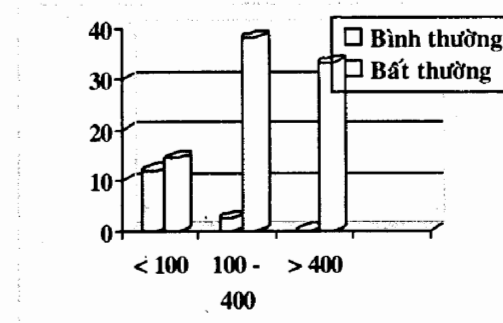
		Số bệnh nhân (n=42)	Tỷ lệ %
Giới	Nữ / Nam	33 / 9	78.6 / 21.4
Tuổi	> 60 / ≤ 60	28 / 14	66.7 / 33.3
Tiền căn	THA: Có/Không	34/8	81/19
	NMCT-C: Có/Không	10/32	23.8/76.2
	TMCT: Có/Không	12/30	28.6/71.4
	ĐTĐ type 2: Có/Không	14/28	33.3/66.7
	RLCH-Lipid: Có/Không	3/39	7.1/92.9
Phân độ NYHA	NYHA I	26	61.9
	NYHA II	11	21.2
	NYHA III	5	11.9
ECG nhập viện	Bình thường / Bất thường	6 / 36	14.3 / 85.7
Holter 24 giờ	Bình thường / Bất thường	2 / 40	4.8 / 95.2
Phân độ BNP	< 100	19	45.2
	100 – 400	9	21.4
	> 400	14	33.3
EF	> 55%	28	66.7
	40 – 55%	14	33.3



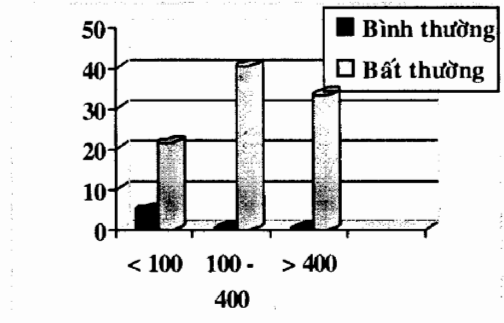
Phân độ BNP - Phân độ NYHA



Phân độ BNP - EF



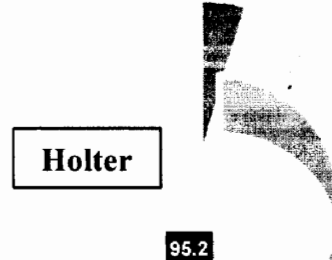
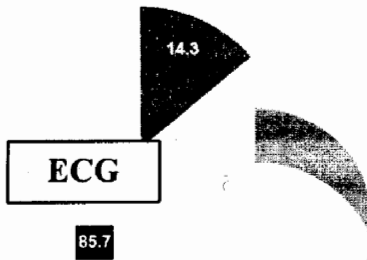
Phân độ BNP - ECG nhập viện



Phân độ BNP - HOLTER

Bình thường
 Bất thường

Các rối loạn nhịp và dẫn truyền được phát hiện trên ECG lúc nhập viện và khi làm Holter 24 giờ?



- Nhịp chậm xoang
- Nhịp nhanh xoang
- Ngoại tâm thu trên thất
- Rung nhĩ
- Blocc Nhĩ thất độ I
- Ngoại tâm thu thất I ổ thừa
- Thiếu máu cơ tim
- Nhồi máu cơ tim

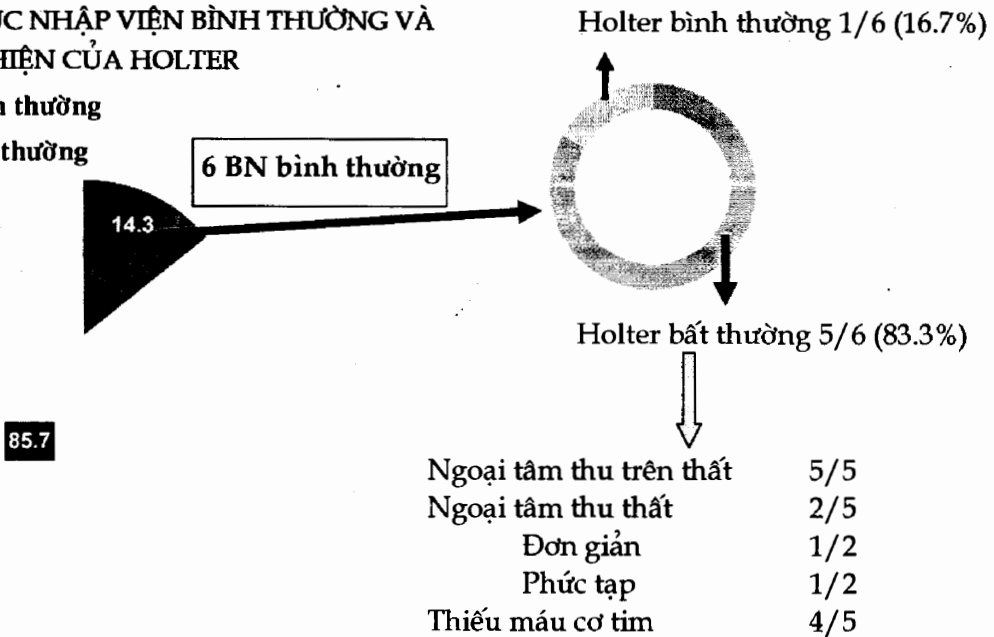
- Blocc xoang nhĩ
- Ngoại tâm thu trên thất
- Cơn Rung nhĩ
- Blocc Nhĩ thất (độ 1 - độ 2 Mobitz 1, độ 3)
- Ngoại tâm thu thất (Đơn giản, Phức tạp)
- Thiếu máu cơ tim (T âm)

- ST ↗
- ST ↘ * nằm ngang
- * up slopping
- * down slopping

ECG LÚC NHẬP VIỆN BÌNH THƯỜNG VÀ PHÁT HIỆN CỦA HOLTER

■ Bình thường

■ Bất thường



BÀN LUẬN

1. Đặc điểm bệnh nhân trong mẫu nghiên cứu: Qua khảo sát, chúng tôi ghi nhận mẫu nghiên cứu có đặc điểm sau: bệnh nhân nữ nhiều hơn nam và tỉ lệ tuổi > 60 chiếm cao hơn. Gần như tiền căn bệnh nhân đều có các bệnh lý có nguy cơ cao phát triển suy tim sau này theo thời gian nếu không được kiểm soát và điều trị tốt. Phân độ NYHA 1 chiếm tỉ lệ cao nhất (NYHA IV đã loại). Chức năng tâm thu thất trái giảm nhẹ chiếm tỉ lệ 33.3%. Tỉ lệ phát hiện bất thường về rối loạn phát xung và dẫn truyền, cũng như tình trạng thiếu máu cơ tim khi đo ECG lúc nhập viện khá cao (36-85.7%), 6 trường hợp bình thường nhưng khi làm holter 24 giờ phát hiện thêm 5 ca có bất thường. Holter 24 giờ phát hiện

bất thường chiếm 95.2%, quan trọng là phát hiện thêm nhiều hình ảnh mà ECG thường quy không ghi nhận được: Rối loạn nhịp thất nguy hiểm, 3 dạng thay đổi ST chênh xuống,... giúp giải thích phần nào nguy cơ đột tử do tim ở các phân độ NYHA thấp. Trong các phân độ BNP

2. Mối tương quan giữa các phân độ BNP và phân độ NYHA: Phân độ NYHA có tính chủ quan, vẫn được áp dụng rộng rãi. Với xét nghiệm BNP, đã góp phần vào sự đánh giá độ nặng chính xác hơn và khách quan hơn. Nhiều công trình nghiên cứu cho thấy có tính tương quan giữa độ nặng NYHA và nồng độ BNP trong máu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, với phân độ BNP < 100pg/ml chỉ có ở NYHA 1, trong phân độ BNP > 400 pg/ml chỉ gặp NYHA 2 - 3 thì sự đánh giá suy tim cũng rõ

ràng, còn phân độ BNP 100 - 400 pg/ml gặp cả 3 phân độ NYHA 1 - 2 - 3. Chính trong khoảng này đòi hỏi việc chẩn đoán suy tim cần phải dựa thêm các phương tiện chẩn đoán khác. Mặt khác, trong khoảng này phần trăm NYHA 1 chiếm cao nhất trong nghiên cứu này, rất dễ làm cho người thầy thuốc ít chú ý, mà một trong các sự kiện tim mạch là rối loạn nhịp hay xảy ra làm đột tử do tim tăng lên, trong khi mục tiêu của ACC/AHA là làm sao phát hiện - quản lý bệnh nhân nguy cơ cao suy tim trong giai đoạn sớm (giai đoạn A - giai đoạn B)

3. Mối tương quan giữa các phân độ BNP và ECG lúc nhập viện: ECG - phương tiện cận lâm sàng không xâm lấn, rẽ tiền, nhanh chóng đã được ứng dụng rộng rãi đến ngày hôm nay. Trong nghiên cứu này, với mức BNP < 100pg/ml thì tỉ lệ ECG nhập viện bình thường và bất thường gần tương đương nhau. Khi BNP 100 - 400 pg/ml thì tỉ lệ bất thường phát hiện ECG nhập viện cao hẳn (2.4% và 38.1%). Và khi BNP > 400 pg/ml thì chỉ có bất thường trên ECG. Như vậy, với mức BNP < 400 pg/ml ta thấy các bất thường trên ECG vẫn chiếm khá cao, giải thích được tại sao tỉ lệ đột tử do tim cao ở các phân độ NYHA thấp.

4. Mối tương quan giữa các phân độ BNP và EF: Đánh giá chức năng thất trái (tâm thu và tâm trương) bằng siêu âm là phương tiện không thể thiếu của bác sĩ tim mạch. Mặc dù lẽ xét nghiệm cận lâm sàng có thể làm tại giường, tại phòng cấp cứu. Nhưng cũng có các giới hạn như: cần chuyên gia, một số bệnh nhân có bệnh phổi không thể làm được, hay lồng ngực quá đầy khó quan sát... Xét nghiệm BNP, khắc phục được các nhược điểm trên, còn giúp phân biệt và chẩn đoán xác định có suy tim

chưa? Cũng như đánh giá độ nặng suy tim. Nhiều công trình nghiên cứu đã đưa ra kết luận có mối tương quan nghịch giữa độ nặng suy tim qua EF và mức độ tăng BNP trong máu. Trong nghiên cứu này, BNP càng tăng thì EF càng giảm. Do đó, khi kết hợp 2 phương pháp này sẽ làm tăng độ chính xác đánh giá suy tim.

5. Mối tương quan giữa các phân độ BNP và Holter 24 giờ: Với Holter 24 giờ, phương pháp giúp phát hiện rối loạn nhịp tim, khắc phục được nhược điểm ECG thường quy. Trong chuỗi diễn tiến từ bệnh căn nguyên đến suy tim giai đoạn cuối, 1 bệnh cảnh lâm sàng thường xuất hiện trong bất cứ giai đoạn nào của bệnh, đó là rối loạn nhịp tim. Trong nghiên cứu này, tần suất xuất hiện rối loạn nhịp được phát hiện bằng Holter rất cao. Với mức BNP > 100pg/ml, tỉ lệ phát hiện là 100%, Với mức BNP < 100pg/ml, tỉ lệ phát hiện rối loạn nhịp vẫn cao hơn (bất thường 21.4% và bình thường 4.8%). Ngoại tâm thu thất phức tạp (nhịp đôi, cặp đôi, đa ổ, R/T), tình trạng thiếu máu cơ tim được phát hiện trên holter không thấp. Điều này giải thích tại sao nguy cơ đột tử do tim xảy ra ở các phân độ NYHA thấp.

KẾT LUẬN

Việc định lượng BNP đã giúp cho nhận định, đánh giá những bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao suy tim, cũng như lượng giá mức độ nặng suy tim (phân độ NYHA thấp), từ đó có phương hướng điều trị.

Thực hiện theo dõi điện tim 24 giờ ở các bệnh nhân có nguy cơ cao suy tim, cũng như suy tim giai đoạn sớm, phát hiện và điều trị sớm các rối loạn nhịp tim, góp phần giảm biến cố tim mạch và tử vong.

Phối hợp BNP và điện tim 24 giờ cùng với các xét nghiệm khác (EF), đánh giá chính xác hơn, lượng giá, phân loại các bệnh nhân có nguy cơ cao suy tim và suy tim, từ đó có chiến lược - quản lý - điều trị sớm, làm giảm tử vong, giảm chi phí y tế, nâng cao chất lượng cuộc sống.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cao Huy Thông (2003), "Khảo sát nồng độ peptide bài Natrie (BNP) ở bệnh nhân suy tim", Luận văn nội trú nội tổng quát.
2. Nguyễn Hữu Cảnh, Nguyễn Thị Dụ (2004), "Khảo sát sự thay đổi nồng độ B-type Natriuretic Peptide (BNP) huyết tương ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp", Kỷ yếu toàn văn các đề tài nghiên cứu khoa học, *Tạp chí Tim mạch học* số 37, Tr 31-38.
3. Nguyễn Tá Đông, Lê Thị Bích Thuận (2004), "Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 qua Holter điện tim 24 giờ", Kỷ yếu toàn văn các đề tài nghiên cứu khoa học, *Tạp chí Tim mạch học* số 37, Tr 30-36.
4. Trần Quốc Anh, Huỳnh Văn Minh (2004), "Nghiên cứu Holter liên tục 24 giờ và biến thiên nhịp tim ở người bình thường lứa tuổi 21-40", Tóm tắt các đề tài nghiên cứu khoa học, *Tạp chí Tim mạch học* số 37, Tr 66.
5. Trần Thuỳ Ngân (2004), "Khảo sát nồng độ Brain Natriuretic Peptide ở trên nhóm bệnh nhân có yếu tố nguy cơ cao suy tim", Luận văn Thạc sĩ Y học.
1. CLELAND JG, GEMELL I, KHAND A, BODDY. Is the prognosis of heart failure improving? *Eur Heart Failure* 1999; 1: 229-241.
2. COWIE MR, STRUDERS AD, WOOD DA, ET AL. Value of natriuretic peptides in assessment of patients with possible new heart failure in primary care. *Lancet* 1997; 350: 1349-1353.
3. DAO Q, KRISHNASWAMY P, KAŽANEGRA R, ET AL. Utility of B-type natriuretic peptide in the diagnosis of congestive heart failure in an urgent care setting. *J Am Coll Cardiol* 2001; 37: 379-385.
4. GUIDELINES for the diagnosis and treatment of chronic heart failure. *Eur Heart J* 2001; 22: 1527-1560.
5. JAMES LJ. Natriuretic peptide testing: A window into the diagnosis and prognosis of heart failure 2006. *Clev Clin J of Med* 2006; 73: 149-157.
6. MAISEL AS, ET AL. Rapid measurement of B-type natriuretic peptide in the emergency diagnosis of heart failure. *N Engl J Med* 2002; 347: 161-167.
7. MAISEL AS. B-type natriuretic peptide measurement in diagnosing congestive heart failure in the dyspneic emergency department patient. *Rev Cardiovasc Med* 2002; 3 (Suppl 4): S10-S17.
8. MC KEE PA, CASTELLI WP, MC NAMARA PM, KANNEL WB. The natural history of congestive heart failure: The Framingham study. *N Engl J Med* 1971; 285: 1441-1446.

ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Bệnh tim và đời sống tình dục

TS. Phạm Mạnh Hùng

BS. Đinh Huỳnh Linh

Lời giới thiệu

Vấn đề đời sống tình dục tuy rất quan trọng trong cuộc sống nhưng khá tế nhị và nhiều người (trong đó cả người bệnh và thầy thuốc tim mạch) còn e ngại khi đề cập đến. Trong thực tế, đây là vấn đề không chỉ mang tính tâm lý xã hội mà còn mang tính chuyên môn, nhất là đối với những bệnh nhân bị bệnh tim mạch. Khá nhiều băn khoăn và bối rối đối với cả thầy thuốc và bệnh nhân là liệu người bị bệnh tim có được sinh hoạt tình dục không? Hay sinh hoạt tình dục ảnh hưởng gì đến bệnh tim?...

Bạn có thể còn nhiều băn khoăn khác về đời sống tình dục của mình. Tuy vậy, chúng tôi báo cho bạn một tin vui - bạn vẫn có thể tiếp tục sinh hoạt tình dục với một số lưu ý.

Chúng tôi hy vọng một số thông tin trong bài viết này sẽ có ích đối với một số thắc mắc của bạn

Chuyện tình dục và quả tim của bạn

Hầu hết mọi người coi *hoạt động tình dục* chỉ là những hành vi giao hợp. Nhưng tình dục có ý nghĩa nhiều hơn thế. Bạn có thể thể hiện ham muốn tình dục của mình theo nhiều cách. Có thể chỉ là muốn bạn

tình ở gần mình, hoặc muốn chạm vào, hay ôm lấy anh ấy/cô ấy.

Có một số biến đổi sinh lý trong lúc quan hệ tình dục. Ví dụ như:

- Khi bạn được kích thích, nhịp thở của bạn sẽ tăng dần. Da sẽ đỏ lên. Cả nhịp tim và huyết áp đều tăng nhẹ.
- Khi bạn ở trạng thái hưng phấn, người bạn sẽ căng lại. Cả nhịp tim và huyết áp đều tăng cao
- Vào thời điểm cực khoái, bạn sẽ giải phóng những năng lượng bị dồn nén. Sau đó, nhịp tim, huyết áp, và nhịp thở sẽ giảm dần về mức bình thường.

Tất cả những đáp ứng trên là bình thường trong lúc sinh hoạt tình dục. Thực tế, ít người để ý đến chúng. Những bệnh nhân tim mạch cũng có các biến đổi sinh lý tương tự người bình thường.

Đời sống tình dục sau cơn đau tim hay sau phẫu thuật tim và các thủ thuật can thiệp tim mạch.

Bạn gần như có thể tiếp tục sinh hoạt tình dục ngay khi bạn cảm thấy sẵn sàng. Tuy nhiên cần trao đổi trước với bác sĩ.

Nói chung, cả phụ nữ lẫn đàn ông đều bắt đầu sinh hoạt tình dục trở lại khoảng vài tuần sau cơn đau tim hay sau phẫu

thuật tim. Nhiều người duy trì thói quen tình dục như trước. Tuy nhiên một số có giảm sút hoạt động tình dục. Có thể do lo lắng, do trầm cảm, hay giảm ham muốn. Các chăm sóc và tư vấn y tế, cùng với thời gian, sẽ giúp giải quyết vấn đề này.

Khi đã hồi phục sau một cơn đau tim, bạn sẽ hay để ý hơn về nhịp tim, nhịp thở, cũng như tình trạng căng cơ. Điều này hoàn toàn bình thường, đừng lo lắng gì cả.

Bạn có thể ôm ấp hay vuốt ve bạn tình mà không nhằm mục đích đạt cực khoái. Các bạn vẫn có cảm giác được yêu thương và che chở mà không phải gắng sức về thể lực quá nhiều. Chẳng cần quá nhiều năng lượng cho những cử chỉ ôm ấp vuốt ve, và việc ấy hoàn toàn có thể diễn ra ngay khi bạn xuất viện. Bạn có thể quay lại chuyện sinh hoạt tình dục một cách từ từ. Khi tự tin hơn, bạn sẽ thấy thư giãn hơn với bản thân và với bạn tình của mình.

Hoạt động giao hợp đòi hỏi nhiều năng lượng hơn đôi chút. Bác sĩ có thể yêu cầu bạn đợi đến khi sức khoẻ khá lên. Đa số bắt đầu lại chuyện giao hợp khoảng 4 đến 6 tuần sau cơn đau ngực. Những bệnh nhân không có biến chứng có thể sớm hơn, sau 7 đến 10 ngày. Đối với phẫu thuật tim mạch, khoảng thời gian này thường là 2 đến 3 tuần.

Nếu bạn không chắc chắn về tình trạng sức khoẻ của mình, bác sĩ có thể cho bạn làm nghiệm pháp gắng sức để đánh giá khả năng gắng sức của bạn. Dựa trên nhịp tim và huyết áp, thầy thuốc sẽ quyết định bạn đã có thể sinh hoạt tình dục hay chưa. Nếu các triệu chứng xuất hiện khi bạn quan hệ tình dục, hãy ngừng lại và nằm nghỉ. Sau đó đến khám bác sĩ.

Vài yếu tố tâm lý có thể giảm khả năng

và ham muốn tình dục. Sau đợt bệnh, bạn có thể gặp một số vấn đề sau:

- Trầm cảm, buồn bã, và lo âu;
- Mất ngủ, hoặc ngủ quá nhiều, đặc biệt là ngủ nhiều trong ngày;
- Ăn nhiều hoặc ít hơn bình thường;
- Tăng hoặc sút cân, và ít quan tâm đến cuộc sống;
- Luôn cảm thấy kiệt sức (đặc biệt sau khi vận động).

Những trạng thái trên rất phổ biến. Nói chung, chúng sẽ mất đi trong vòng vài tháng sau khi bạn hồi phục. Các vấn đề liên quan đời sống tình dục có thể trầm trọng hơn nếu bạn vẫn trầm cảm. Ham muốn sút giảm thường xuất phát từ nỗi sợ sai lầm rằng bệnh sẽ nặng lên khi quan hệ tình dục. Đó là lý do nhiều đôi ngừng hẳn sinh hoạt tình dục trong nhiều tháng, thậm chí nhiều năm.

Không nhất thiết phải như thế. Tham khảo ý kiến bác sĩ. Nếu bị trầm cảm quá 3 đến 6 tháng thì ham muốn và đời sống tình dục sẽ sút giảm nhiều hơn nhiều so với sớm thoát khỏi trạng thái trầm cảm.

Thuốc có ảnh hưởng đến đời sống tình dục hay không?

Rất nhiều thuốc điều trị bệnh tim sẽ ảnh hưởng tới ham muốn và hành vi tình dục của bạn. Đó có thể là:

- Thuốc hạ huyết áp;
- Các viên nang;
- Thuốc an thần và thuốc chống trầm cảm;
- Một vài thuốc chống đau ngực, thuốc chống loạn nhịp tim.

Những thuốc trên có thể tác động tới hành vi và chức năng tình dục. Nam giới có thể gặp hoặc vẫn bị rối loạn cương (bất lực).

Một số người có thể mắc chứng xuất tinh sớm hoặc không thể xuất tinh.

Nữ giới có thể giảm dịch âm đạo, gây đau đớn khi giao hợp. Một số phụ nữ không thể có hưng phấn, hoặc không thể đạt được cực khoái (rối loạn khoái cảm).

Tuy nhiên, các biến đổi trên có thể do một nguyên nhân nào đó khác. Vì thế không nên dùng thuốc. Đừng thẹn hay ngại hỏi bác sĩ về chuyện này. Thường thì một điều chỉnh về loại thuốc hay liều dùng sẽ giúp giải quyết vấn đề.

Hai người cùng đương đầu với bệnh tật

Thường thì bệnh nhân tim mạch không phải là người duy nhất phải đối đầu với bệnh tật. Vợ/chồng, hay người yêu của họ cũng có thể lo lắng hay trầm cảm. Những suy nghĩ của bạn - cũng như của bạn tình - có thể làm tăng sức ép lên quan hệ giữa hai người. Cả hai bạn cần quan tâm, tôn trọng, và cố gắng hiểu những tâm tư của người kia.

Nói chung, vợ/chồng hay người yêu của bệnh nhân tim mạch sẽ cố gắng để cân bằng, không tỏ ra che chở quá mức, nhưng cũng không phải là không giúp đỡ chút gì. Họ không muốn đòi hỏi quá nhiều và làm phiền lòng người bệnh. Hoặc họ không để cho người bệnh quay lại với những hoạt động thường ngày. Đôi khi họ sẽ có cảm giác áy náy về bệnh tình của người yêu và tự dằn vặt bản thân rằng đó có thể là lỗi của họ.

Bệnh tim có thể làm thay đổi vĩnh viễn vai trò của bạn và bạn đời, hoặc là không thay đổi gì. Dù thế nào thì vợ/chồng, hay người yêu sẽ đóng một vai trò to lớn trong cuộc chiến chống lại bệnh tật của bạn.

Thường thì người bạn tình sẽ băn khoăn về nguy cơ xuất hiện triệu chứng trong lúc

đang sinh hoạt tình dục. Anh ta/cô ta có thể lo ngại về đời sống tình dục của hai người, cũng những quan hệ khác. Anh ta/cô ta có thể tức giận hoặc nản chí.

Nếu một cặp đã gặp vấn đề trong sinh hoạt tình dục trước khi phát bệnh tim, sự việc có thể càng tồi tệ hơn sau một cơn đau tim hay phẫu thuật tim. Hãy cùng trao đổi những suy nghĩ của bạn, các căn nguyên của vấn đề, và hướng giải quyết. Những vấn đề không được giải quyết có thể dẫn tới các hậu quả nặng nề hơn về thể chất, tâm lý, xã hội. Những đôi cùng nhau trao đổi về nhu cầu tình dục và các mối lo ngại sẽ đương đầu tốt hơn với bệnh tật. Sự gần gũi và thẳng thắn sẽ giúp cả hai sớm bắt đầu lại đời sống tình dục và có cảm giác dễ chịu hơn. Hai người cũng có thể trò chuyện với nhân viên y tế về những lo lắng chung.

Tiếp tục đời sống tình dục

Thường thì tiếp tục quan hệ tình dục sẽ giúp hai bạn cảm thấy gần gũi nhau hơn. Nó giúp khơi gợi lại những cảm xúc dịu dàng và lãng mạn. Sau một cơn đau tim hay phẫu thuật tim, quan hệ tình dục sẽ giúp giải toả stress và làm bạn thấy tự tin hơn. Có vài cách để việc quay lại đời sống tình dục trở nên dễ dàng hơn:

- Duy trì những thói quen giữ gìn sức khoẻ như ăn uống điều độ, tập thể dục, nghỉ ngơi, dùng thuốc.
- Tập thể dục để cảm thấy khoẻ mạnh và tự tin hơn. Các hoạt động thể chất bao gồm đi bộ, chạy bộ, bơi, đạp xe, và khiêu vũ. Chúng giúp giảm nguy cơ tăng nhịp, khó thở, hay đau ngực trong lúc quan hệ tình dục. Cần trao đổi trước với bác sĩ.
- Nếu đang hút thuốc lá, hãy ngừng hút

- Kiên nhẫn với bản thân. Cố gắng hiểu suy nghĩ của cả hai bạn. Người bệnh có thể cảm thấy dễ tổn thương sau một đợt bệnh tim; và cảm xúc có thể thay đổi nhanh chóng, thoát vui thoát buồn, dễ sung sướng, dễ cáu giận. Những biến đổi xúc cảm đột ngột ấy chỉ là tạm thời. Cả hai cần kiên nhẫn với nhau. Sự hài hước sẽ giúp ích trong trường hợp này.
- Tránh vội vã sinh hoạt tình dục chỉ để chứng tỏ mọi việc đã "hoàn toàn trở lại bình thường". Quan hệ tình dục trước khi thực sự sẵn sàng không phải là một cách để xua đi lo sợ, mà còn khiến các bạn cảm thấy lo lắng hơn.
- Ban đầu, đừng kì vọng quá nhiều. Phần lớn mọi người đều phải điều chỉnh đời sống tình dục sau đợt bệnh tim. Hãy quay trở lại một cách từ từ và để mọi chuyện diễn tiến tự nhiên.
- Lựa chọn thời điểm cả hai đều cảm thấy thoải mái và thư giãn.
- Đừng quan hệ tình dục quá sớm sau khi ăn, hãy đợi hai hoặc ba tiếng đồng hồ để bạn có thời gian tiêu hoá thức ăn. Tương tự những hoạt động thể chất khác, việc tiêu hoá thức ăn cũng đòi hỏi được cấp máu, và tim bạn sẽ phải hoạt động nhiều hơn.
- Chọn một nơi quen thuộc kín đáo mà hai bạn sẽ không thể bị làm phiền.
- Uống thuốc theo đơn của bác sĩ trước khi quan hệ tình dục.

Sau một đợt bệnh tim, hầu như mọi người sẽ không thay đổi các tư thế quan hệ tình dục hay những động tác kích thích. Tuy nhiên, có thể thay đổi đôi chút sẽ tốt hơn.

Lấy ví dụ, người có bệnh tim mạch sẽ cảm thấy thoải mái hơn khi nằm dưới. Tuy

nhiên với tư thế này, vết rạch da sau phẫu thuật tim có thể gây khó chịu cho hai bạn. Trong trường hợp ấy, hãy nằm nghiêng người. Tư thế này giúp giảm áp lực đè lên thành ngực và giúp người bệnh dễ thở hơn.

Nếu khó thở, hai người sẽ ưa thích tư thế ngồi trên ghế, quay mặt vào nhau. Tốt nhất là chọn ghế có chân đế rộng và đủ thấp để cả hai đều có thể thả chân thoải mái trên sàn nhà.

Nhân viên y tế sẽ giúp bạn và bạn tình lựa chọn những biện pháp tình dục thay thế. Với một số người, thủ dâm có tác dụng phục hồi sự tự tin và giúp quay lại với đời sống tình dục dễ dàng hơn. Thủ dâm ít gây đáp ứng ở tim hơn và đỡ mất sức hơn. Quan hệ tình dục đường miệng không làm tim phải hoạt động quá nhiều, nhưng quan hệ qua đường hậu môn có thể gây loạn nhịp tim.

Nếu bạn xuất hiện các triệu chứng tim mạch trong lúc đang quan hệ tình dục.

Trong lúc quan hệ tình dục, tim bạn đập nhanh hơn và mạnh hơn, da bạn sẽ đỏ lên và ẩm hơn. Đó là những biểu hiện bình thường, không phải triệu chứng của tăng gánh tim. Bạn có thể gặp các triệu chứng của cơn đau thắt ngực (tương tự đau ngực do bệnh mạch vành).

Những triệu chứng đau thắt ngực cho thấy tim bạn đang phải hoạt động quá tải bao gồm:

- Cảm giác nặng, đau, tức ở hàm, cổ, tay, ngực, hoặc bụng.
- Khó thở rõ rệt.
- Nhịp tim rất nhanh hoặc không đều.

Nếu gặp bất kì triệu chứng nào kể trên khi đang quan hệ tình dục, hãy nói cho bạn tình biết. Giảm các hoạt động, nghỉ ngơi, và

uống thuốc theo chỉ dẫn của bác sĩ. Viên nitroglycerin, uống ba lần trong 12-15 phút, có thể có tác dụng. Khi các triệu chứng mất đi, bạn có thể tiếp tục quan hệ tình dục.

Nếu thuốc không làm giảm triệu chứng, hoặc triệu chứng lại xuất hiện khi tiếp tục quan hệ tình dục, hãy đi khám bác sĩ.

Báo với bác sĩ nếu như:

- Bạn khó ngủ, hoặc khó nghỉ ngơi sau khi quan hệ tình dục.
- Bạn nhận thấy một thay đổi về vị trí đau ngực, tần số xuất hiện cơn đau, hoặc mức độ nặng của cơn đau.
- Bạn rất mệt mỏi.

Có thể bạn sẽ cần thay đổi một số thói quen thường ngày, hoặc đổi thuốc. Bác sĩ có thể cho bạn sử dụng nitroglycerin (hoặc một chất tương tự) ngâm dưới lưỡi 15-20 phút trước khi sinh hoạt tình dục.

Các vấn đề liên quan đến thuốc Viagra®

Nam giới mắc bệnh mạch vành, hoặc những người từng có cơn đau tim thường gặp các rối loạn về tình dục. Thường là do lo lắng vì những nguyên nhân khác, nhưng tối thiểu 15-20% trường hợp là do vấn đề của cơ quan sinh dục.

Sildenafil (biệt dược: Viagra) là thuốc điều trị chứng bất lực ở nam giới. Nó có thể hiệu quả với những người có vấn đề ở cơ quan sinh dục; tuy nhiên, bệnh nhân tim mạch cần trao đổi với bác sĩ về các lợi ích và nguy cơ khi dùng thuốc.

Một số trường hợp không nên sử dụng Viagra, ví dụ các bệnh nhân đang dùng nitrate. Sử dụng đồng thời hai thuốc này có thể gây tụt huyết áp và nguy hiểm tới tính mạng.

Dùng Viagra cũng nguy hiểm với những đối tượng sau:

- Có suy vành.
- Có suy tim và huyết áp thấp.
- Đang dùng đồng thời nhiều thuốc điều trị tăng huyết áp.
- Đang sử dụng các thuốc có thể ảnh hưởng tới chuyển hóa và thải trừ của Viagra.

Những thông tin trên có ý nghĩa cảnh báo, không phải là chống chỉ định. Viagra chưa được thử nghiệm rộng rãi ở các bệnh nhân tim mạch, do đó đừng sử dụng thuốc nếu không có hướng dẫn của bác sĩ.

Ngay cả những người không có bệnh tim mạch cũng có thể có các vấn đề về tình dục. Nếu bạn gặp tình trạng này, hãy thảo luận những suy nghĩ của bạn, các căn nguyên có thể, và hướng giải quyết. Nếu không thể giải quyết, bạn sẽ gặp các vấn đề nghiêm trọng hơn về thể chất, tâm lý, xã hội. Ngoài ra, bạn cũng hoàn toàn có thể quyết định ngừng sinh hoạt tình dục.

Khi nào bạn cần được tư vấn

Nếu những câu hỏi về đời sống tình dục trở thành mối quan tâm lớn, bạn và bạn tình cần hỏi ý kiến các nhân viên y tế. Hai bạn có thể cùng đến bác sĩ, hoặc đến gặp bác sĩ riêng rẽ.

Có những cặp không thích thảo luận với nhau hay với bác sĩ hay về ham muốn tình dục hay các mối lo lắng về tình dục. Tuy nhiên, việc thảo luận sẽ có ích cho cả hai bạn.

Những hiểu biết sai lầm

Có quá nhiều "giai thoại" về tình dục và bệnh tim mạch có thể gây ra nỗi sợ hãi và làm bạn chậm bình phục. Những nhầm lẫn thường gặp nhất bao gồm:

Nhầm lẫn	Đàn ông và phụ nữ sẽ trở nên bất lực khi về già. Bất lực và mất động lực tình dục luôn luôn xuất hiện khi họ có bệnh tim mạch.
Sự thật	Đàn ông cao tuổi có thể đạt sự cương cứng chậm hơn, nhưng họ thường có thời gian quan hệ tình dục dài hơn và kiểm soát sự phóng tinh tốt hơn người trẻ tuổi. Phụ nữ sau mãn kinh vẫn còn các ham muốn tình dục. Cả nam lẫn nữ đều có thể tiếp tục sinh hoạt tình dục bình thường sau cơn đau tim, hoặc sau phẫu thuật tim.
Nhầm lẫn	Quan hệ tình dục sau khi bị đau tim thường gây đột tử.
Sự thật	Chuyện này rất hiếm gặp. Một bạn tình mới hoặc ngoại tình có thể đem đến nhiều stress hơn.
Nhầm lẫn	Rượu là một chất kích thích tốt đối với chuyện chăn gối.
Sự thật	Một lượng rượu nhỏ có thể giúp giảm căng thẳng. Nó có thể có ích. Nhưng rượu là chất gây trầm cảm nặng. Nó thậm chí có thể gây hại cho bạn nhiều hơn. Tác động lâu dài của rượu rất nghiêm trọng. Người nghiện rượu bị bất lực có thể không thể phục hồi ngay cả khi đã ngừng uống.
Nhầm lẫn	Các hormon sinh dục nam luôn giúp tăng cường khả năng tình dục.
Sự thật	Chúng có thể hiệu quả ở những đàn ông có giảm lượng hormon sinh dục nam. Sự tăng khả năng tình dục xuất hiện sau khi họ dùng một thuốc gọi là testosterone. Tuy nhiên thuốc này không có tác dụng ở những người có nồng độ hormon trong máu bình thường.
Nhầm lẫn	Hormon sinh dục nữ (liệu pháp estrogen) sẽ tăng khả năng tình dục ở phụ nữ giới mãn kinh hoặc thiếu hormon.
Sự thật	Chưa có nghiên cứu nào cho thấy hiệu quả này của estrogen. Tuy nhiên hormon sinh dục nữ (cũng như các loại dầu trơn) có thể làm trơn âm đạo và giúp dương vật đi vào dễ dàng hơn. Nhờ đó, phụ nữ cảm thấy việc giao hợp dễ chịu hơn. Tuy nhiên, Hội Tim mạch Hoa Kỳ không khuyến cáo sử dụng estrogen hoặc liệu pháp hormon thay thế để phòng bệnh tim mạch.
Nhầm lẫn	Khi giao hợp, sẽ tốt nhất nếu người có bệnh tim nằm phía dưới.
Sự thật	Các nghiên cứu cho thấy không có sự khác biệt giữa nằm trên hay nằm giữa.
Nhầm lẫn	Nhịp tim ít tăng hơn nhiều khi thủ dâm, so với lúc quan hệ tình dục.
Sự thật	Nhịp tim ít tăng hơn khi thủ dâm, tuy nhiên không ít hơn quá nhiều.
Nhầm lẫn	Suy giảm khả năng tình dục sau đợt bệnh tim là do tim không đáp ứng được chức năng bơm máu cho các hoạt động thể lực khi sinh hoạt tình dục.
Sự thật	Trừ vài ngoại lệ, ảnh hưởng của cơn đau tim đối với khả năng tình dục là ở yếu tố tâm lý, hơn là thể chất.
Nhầm lẫn	Nếu xuất hiện cơn đau thắt ngực khi đang quan hệ tình dục, không nên tiếp tục hoạt động tình dục (xem trang 55)
Sự thật	Đau ngực khi đang quan hệ tình dục hiếm khi trầm trọng đến mức ngăn không cho người bệnh tiếp tục quan hệ. Bác sĩ có thể yêu cầu bạn uống thuốc đều đặn để chống đau ngực. Thấy thuốc cũng sẽ bắt bạn tập thể dục thường xuyên hơn hoặc tập những bài tập đặc biệt để hạn chế các vấn đề thể chất khác.

Kết luận

Khi bạn và bạn tình có đời sống tình dục thoải mái hơn, cuộc sống của bạn cũng dễ chịu hơn về nhiều mặt. Bệnh tim có thể làm thay đổi cuộc sống theo hướng bạn không mong muốn. Nhưng cũng nhờ nó mà bạn nhận ra điều gì là quan trọng. Hãy nghĩ đến khía cạnh tích cực đó. Các mối quan hệ giữa bạn với gia đình và bạn bè có thể sẽ tốt đẹp hơn.

Thông tin thêm về Hội Tim mạch Việt Nam

Hội Tim mạch Việt Nam ấn hành rất nhiều sổ tay giáo dục sức khoẻ nhằm giúp bạn giảm nguy cơ bệnh tật, kiểm soát tình trạng bệnh, hoặc chăm sóc người thân của bạn. Các chủ đề giáo dục bao gồm:

- Dinh dưỡng và kiểm soát cân nặng
- Thuốc lá

- Cholesterol
- Tăng huyết áp
- Hoạt động thể chất
- Kiểm soát các yếu tố nguy cơ
- Các bệnh lý tim mạch
- Những phương pháp điều trị
- Các thủ thuật
- Bệnh tai biến mạch não

Thông tin chi tiết xin liên hệ theo số điện thoại 04-8688488, hoặc văn phòng Hội Tim mạch Việt Nam - Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai đường Giải Phóng - Đống Đa - Hà Nội. Bạn có thể truy cập trang web của chúng tôi theo địa chỉ www.vnha.org.vn

Tri thức là sức mạnh. Vì thế, *Hãy hiểu biết để có cuộc sống tốt đẹp hơn!*

Chúc các bạn hạnh phúc.

GIÁO DỤC BỆNH NHÂN

Xử trí tăng huyết áp ở bệnh nhân đái tháo đường

- GS. TS. Nguyễn Lâm Việt

- TS. Phạm Mạnh Hùng

MỞ ĐẦU

Tăng huyết áp (THA) là vấn đề rất thường gặp ở bệnh nhân đái tháo đường (ĐTĐ). Đây có thể được coi là hai trong số các yếu tố nguy cơ quan trọng nhất của các bệnh tim mạch và bản thân chúng lại là yếu tố nguy cơ của nhau và tương tác nhau để làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch. Một số nghiên cứu cho thấy, tỷ lệ THA ở bệnh nhân ĐTĐ là khoảng 40 - 60%. Tỷ lệ THA ở bệnh nhân ĐTĐ thường gấp 1,5 đến 3 lần so với bệnh nhân không bị ĐTĐ. Việc phối hợp hai nguy cơ tim mạch này đã làm tỷ lệ biến chứng tim mạch tăng lên rất nhiều lần. Chẩn đoán sớm và điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ là một chiến lược quan trọng nhằm ngăn ngừa các biến cố tim mạch (một nguyên nhân gây tử vong và tàn phế hàng đầu) ở bệnh nhân ĐTĐ. Những nghiên cứu cho thấy, ở bệnh nhân ĐTĐ có THA hoặc ngược lại, các biến chứng tim mạch tăng gấp hai lần so với bệnh nhân THA không có ĐTĐ. Theo chiến lược điều trị hiện nay, ĐTĐ được coi là một nguy cơ rất mạnh ở bệnh nhân THA và việc điều trị THA ở bệnh nhân ĐTĐ phải rất tích cực với mục tiêu cũng tích cực hơn so với điều trị THA thông thường. THA ở bệnh nhân ĐTĐ rõ ràng làm tăng nguy cơ các biến chứng mạch máu lớn, bên cạnh đó nó còn làm

tăng nguy cơ bệnh lý thận, bệnh võng mạc, biến chứng thần kinh... Trong nghiên cứu nổi tiếng là United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) người ta thấy, cứ hạ được mỗi 10 mmHg của huyết áp trung bình là làm giảm được 12% các biến chứng nói chung của ĐTĐ, giảm được 15% tử vong nói chung liên quan đến ĐTĐ, giảm 11% nhồi máu cơ tim và giảm 13% biến chứng vi mạch. Theo một điều tra của ủy ban đánh giá Sức khỏe và Dinh dưỡng Hoa Kỳ lần thứ ba (The Third National Health and Nutrition Evaluation Survey (1988-1994) (NHANES III), đã cho thấy tình trạng rất đáng báo động giữa THA và ĐTĐ:

- 71% bệnh nhân ĐTĐ có THA.
- 29% bệnh nhân ĐTĐ có THA mà không được chẩn đoán.
- 43% bệnh nhân ĐTĐ có THA mà không được điều trị.
- 55% bệnh nhân ĐTĐ đang được điều trị THA mà số huyết áp vẫn $\geq 140/90$ mmHg.
- Chỉ 12% bệnh nhân ĐTĐ có THA được điều trị đạt số HA $< 130/85$ mmHg.

Tại Việt Nam, trước những thay đổi về lối sống và các yếu tố nguy cơ, tỷ lệ bệnh nhân bị ĐTĐ và THA đã phát triển đáng báo động. Điều tra gần đây nhất cho thấy tỷ lệ THA ở người lớn ở thành phố đã là

trên 23% và tỷ lệ ĐTD là khoảng 4%. Trong bối cảnh đó, chúng ta cần có những biện pháp hữu hiệu và tích cực để chống lại gánh nặng bệnh tật đang gia tăng này.

TIẾP CẬN ĐIỀU TRỊ THA Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

Đánh giá THA ở bệnh nhân ĐTD

- Việc đo huyết áp cần được tiến hành một cách thường quy khi thăm khám cho bệnh nhân ĐTD. Khi huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 80 mmHg thì bệnh nhân cần được kiểm tra lại huyết áp vào ngày khác.

Vấn đề đầu tiên của đánh giá THA ở bệnh nhân ĐTD là phải xem bệnh nhân ĐTD có bị THA hay không. Tất cả bệnh nhân bị ĐTD cần được đo huyết áp khi lần đầu được phát hiện là ĐTD và những lần thăm khám tiếp theo. Việc đo huyết áp theo quy định chuẩn tốt nhất là ở tư thế ngồi và nên đo thêm ở cả tư thế đứng. Đo ít nhất 2 lần với kích cỡ của bao đo phù hợp (tham khảo phần khuyến cáo xử trí THA của Hội Tim Mạch Học Việt Nam, 2006). Chẩn đoán là THA ở bệnh nhân ĐTD có ngưỡng thấp hơn thông thường, tức là khi bệnh nhân có con số huyết áp qua 2 lần đo cách biệt (ít nhất 1 tuần) mà huyết áp tâm thu ≥ 130 và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 80 mmHg. Sở dĩ có ngưỡng huyết áp này ở bệnh nhân ĐTD là vì các nghiên cứu cho thấy các biến chứng tim mạch gia tăng nhanh chóng ở những bệnh nhân ĐTD có mức huyết áp từ ngưỡng này trở lên. Việc đánh giá ban đầu THA ở bệnh nhân ĐTD còn bao gồm việc đánh giá toàn diện bệnh sử của bệnh nhân, trong đó cần chú ý các yếu tố nguy cơ tim mạch khác, các biến chứng của ĐTD cũng

như các bệnh tim mạch hoặc biến chứng tim mạch đi kèm. Vấn đề thăm khám thực thể bao gồm việc đo đặc kỹ trọng lượng và chiều cao cơ thể để có thể tính toán các thông số về chỉ số khối cơ thể. Cần khám đáy mắt, thăm khám kỹ hệ tim mạch, đặc biệt là các mạch máu. Các xét nghiệm cận lâm sàng (bên cạnh đường huyết và HbA1C) cần được làm là: creatinine huyết thanh, điện giải đồ, hệ thống lipid máu, xét nghiệm nước tiểu và lượng albumin trong nước tiểu cũng như tính toán độ thải albumin theo ngày.

Điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD

Đích điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD

- Bệnh nhân ĐTD cần được điều trị cho huyết áp tâm thu < 130 mmHg.
- Và huyết áp tâm trương < 80 mmHg.

Xuất phát từ các nghiên cứu lâm sàng cho thấy, tỷ lệ biến chứng tim mạch sẽ tăng vọt lên ở bệnh nhân ĐTD khi huyết áp $> 130/80$ mmHg và điều trị bệnh nhân ĐTD với mức huyết áp dưới con số này sẽ mang lại lợi ích đáng kể.

Chiến lược điều trị ban đầu THA ở bệnh nhân ĐTD.

Bảng 1. Chiến lược điều trị ban đầu THA ở bệnh nhân ĐTD

Mục tiêu	Huyết áp (mmHg)	
	Tâm thu	Tâm trương
	< 130	< 80
Thay đổi lối sống (tới tối đa 3 tháng), sau đó thêm thuốc điều trị.	130 - 139	80 - 89
Thay đổi lối sống đồng thời cho thuốc điều trị.	≥ 140	≥ 90

Biện pháp điều trị không dùng thuốc để điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD

Vấn đề điều trị không dùng thuốc (hay là thay đổi lối sống) là một biện pháp bắt buộc cho mọi bệnh nhân dù đã phải dùng thuốc hay chưa. Đối với những bệnh nhân có huyết áp tâm thu từ 130 - 139 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 80 - 89 mmHg, biện pháp thay đổi lối sống này nên được áp dụng đầu tiên cho tới tối đa 3 tháng, nếu không đạt được đích điều trị thì cần cho thêm thuốc. Biện pháp điều trị không dùng thuốc bao gồm những vấn đề chính như sau:

1. Chế độ ăn hạn chế muối.
2. Giảm cân (nếu thừa cân).
3. Tăng cường tập luyện thể dục.
4. Bỏ hút thuốc lá ngay.
5. Không uống rượu nhiều.

Chế độ ăn giảm muối đã được chứng minh là làm giảm được tới khoảng 5 mmHg cho huyết áp tâm thu và từ 2-3 mmHg cho huyết áp tâm trương. Thêm vào đó, nếu phải dùng thuốc điều trị THA thì chế độ ăn giảm muối làm cho thuốc có hiệu lực toàn vẹn hơn trong việc khống chế huyết áp.

Vấn đề giảm cân (nếu thừa cân) cũng là một chiến lược quan trọng trong điều trị bệnh. Một số nghiên cứu cũng cho thấy

việc giảm cân cũng làm giảm huyết áp một cách độc lập với giảm muối. Cứ mỗi 1 kg cân nặng được giảm có thể làm giảm được khoảng 1 mmHg huyết áp trung bình.

Việc tập thể lực (vận động thể lực) với cường độ vừa phải, phù hợp cũng làm giảm được huyết áp một cách đáng kể. Tập thể dục phải được tiến hành đều đặn hàng ngày và mỗi ngày ít nhất là 30 - 45 phút.

Bỏ ngay hút thuốc lá là một biện pháp quan trọng để loại một yếu tố nguy cơ có ảnh hưởng rất nhiều đến bệnh tim mạch ở bệnh nhân ĐTD. Bên cạnh đó, bệnh nhân ĐTD có THA cũng không được khuyến khích uống nhiều rượu. Lượng rượu uống cho phép mỗi ngày không nên quá 60 ml rượu vang đỏ.

Một khi các biện pháp trên đã được áp dụng một cách tích cực trong ba tháng mà không mang lại hiệu quả như mong muốn (con số huyết áp vẫn > 130/80 mmHg) thì cần thêm thuốc điều trị.

Các thuốc điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD (bảng 2)

Những bệnh nhân ĐTD mà huyết áp tâm thu từ 130 -139 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương từ 80 - 89 mmHg, sau khi đã điều chỉnh lối sống tích cực mà không hiệu quả thì có chỉ định cho thêm thuốc. Đối với

những bệnh nhân có huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg thì cần cho thuốc điều trị ngay đồng thời với biện pháp thay đổi lối sống. Đối với những thuốc điều trị THA thông thường, liều điều trị thường làm giảm từ 5 - 10% số huyết áp. Do vậy, để đạt được huyết áp mục tiêu ở bệnh nhân ĐTD thì thường cần đến ít nhất 2 loại thuốc điều trị THA. Việc lựa chọn thuốc THA cho bệnh nhân ĐTD không chỉ nhằm mục đích hạ huyết áp đơn thuần mà cần chú ý tới những tác dụng bảo vệ khác của thuốc, đặc biệt là bảo vệ các biến chứng mạch máu.

Các thuốc điều trị THA được lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân ĐTD là: thuốc ức

chế men chuyển, thuốc chẹn thụ thể angiotensin, lợi tiểu thiazide liều thấp phối hợp, chẹn beta giao cảm và có thể thuốc chẹn kênh calci thế hệ mới loại tác dụng kéo dài. Tác dụng của các thuốc giảm huyết áp ở bệnh nhân ĐTD được tóm tắt ở bảng 2. Một vấn đề quan trọng cần lưu ý là việc đạt được đích điều trị thì quan trọng hơn việc chú ý vào đặc điểm của từng loại thuốc cụ thể. Vấn đề cuối cùng là, quyết định điều trị cần phải dựa trên thực tế của từng cá thể bệnh nhân ĐTD, trong đó chú ý đến các tình trạng bệnh lý, biến chứng đi kèm; khả năng dung nạp thuốc; kinh nghiệm của cá nhân với loại thuốc đó và cả vấn đề giá thành cho điều trị.

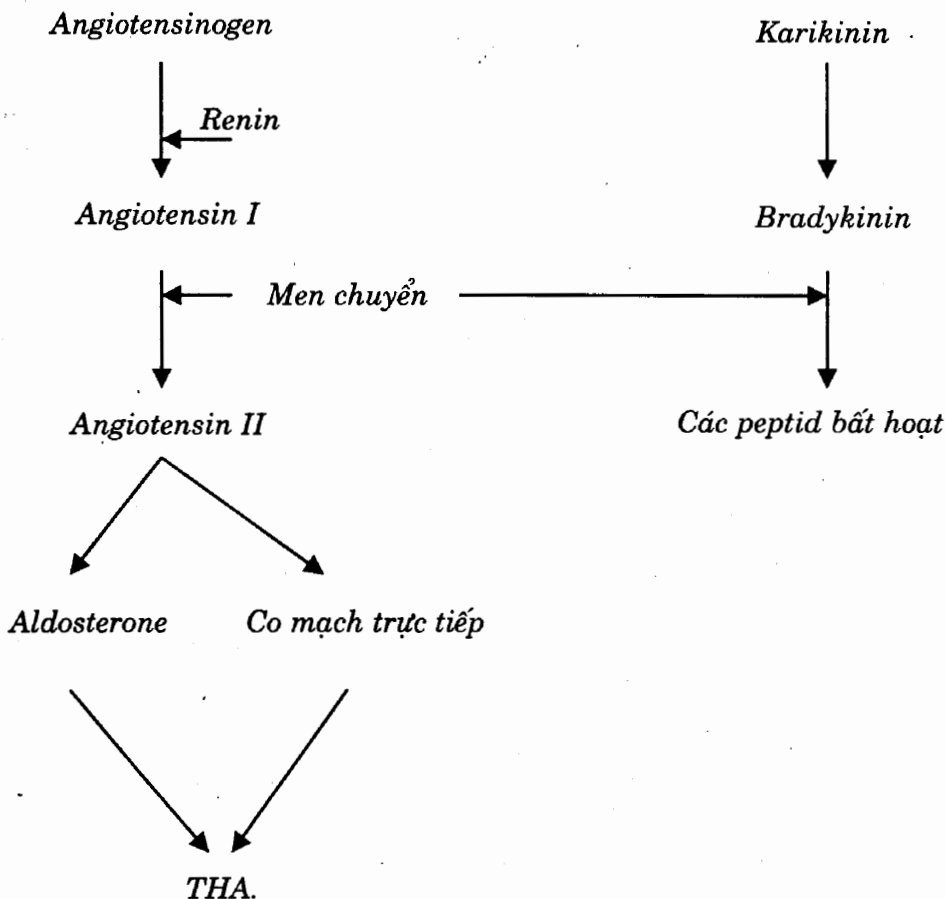
Bảng 2. Các thuốc thường dùng trong điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD và các tác dụng bảo vệ chính

Nhóm thuốc	Tác dụng trên sự tiến triển của bệnh thận	Tác dụng trên các biến cố động mạch vành	Tác dụng trên tai biến mạch não
Các thuốc lựa chọn hàng đầu			
<i>Ức chế men chuyển</i>	Có lợi	Có lợi	Có lợi
<i>Ức chế thụ thể angiotensin</i>	Có lợi	Chưa rõ	Chưa rõ
<i>Chẹn beta giao cảm</i>	Có lợi	Có lợi	Có lợi
<i>Lợi tiểu thiazid liều thấp</i>	Không rõ	Có lợi	Có lợi
Các thuốc lựa chọn tiếp theo			
<i>Chẹn kênh calci loại Non DHP</i>	Có lợi	Không rõ	Không rõ
<i>Chẹn kênh calci loại DHP tác dụng kéo dài</i>	Còn bàn cãi	Còn bàn cãi	Có lợi
<i>Chẹn alpha giao cảm</i>	Không rõ	Bàn cãi	Không rõ
<i>Lợi tiểu quai</i>	Không rõ	Không rõ	Không rõ
<i>Thuốc tác động thần kinh trung ương</i>	Không rõ	Không rõ	Không rõ

• **Thuốc ức chế men chuyển (ÚCMC).**

- Cơ chế tác dụng (hình 1): ức chế men chuyển từ angiotensin I thành angiotensin II, do đó làm giãn mạch, giảm tiết aldosterone gây hạ huyết áp và các tác dụng

khác liên quan đến angiotensin II. Thuốc này còn ức chế con đường thoái giáng của Bradykinin làm chất này ứ đọng nhiều và cũng gây ra giãn mạch hạ huyết áp.



Hình 1. Sơ đồ cơ chế tác dụng của hệ thống RAS.

- Đặc điểm: Các thuốc ÚCMC có tác dụng hạ huyết áp khá ổn định, bên cạnh đó còn tác dụng bảo vệ chức năng thận, bảo vệ chức năng thất trái, bảo vệ chức năng nội mạc mạch máu... Thuốc nhóm này ít ảnh hưởng đến nhịp tim, không gây rối loạn mỡ máu, đường máu, acid uric khi dùng kéo dài...

- Tác dụng phụ khó chịu hay gặp của

ÚCMC là gây ho khan, nhiều khi phải cho ngưng thuốc vì tác dụng phụ này.

- Vì các thuốc ÚCMC gây giãn ưu tiên tiểu động mạch đi ở cầu thận nên có thể gây suy thận đột ngột do giảm dòng máu tới thận ở những bệnh nhân bị hẹp ĐM thận 2 bên. Chống chỉ định tuyệt đối của ÚCMC là bệnh nhân có hẹp động mạch

thận 2 bên. UCMC cũng không được dùng ở phụ nữ có thai vì nguy cơ gây quái thai. Vì làm tăng kali máu nên cần thận trọng ở bệnh nhân suy thận nặng có tăng kali máu, đang dùng thuốc lợi tiểu giữ kali, hoặc chế độ bồi phụ kali.

- Các thuốc UCMC đã được rất nhiều các nghiên cứu lớn chứng minh có lợi ích rõ rệt ở bệnh nhân ĐTD chưa có microalbumin niệu, cải thiện được tiên lượng chung cho bệnh nhân ĐTD có THA thông qua các tác dụng bảo vệ chức năng thận, giảm các biến cố tim mạch, giảm tỷ lệ tử vong. Đối với bệnh nhân ĐTD có THA và đã có microalbumin niệu, UCMC làm giảm sự tiến triển của bệnh thận. Tác dụng hạ huyết áp của UCMC xuất hiện rõ sau 4 - 6 tuần điều trị. Tác dụng làm giảm lượng protein nước tiểu được thấy sau khoảng 3 tháng điều trị. Nghiên cứu lớn UKPDS đã chứng minh được tác dụng của captopril đối với cải thiện tỷ lệ tử vong và các biến cố tim mạch ở bệnh nhân ĐTD typ 2. UCMC cũng được chứng minh là có hiệu quả rõ rệt trong việc làm giảm tử suất và bệnh suất ở những bệnh nhân suy tim sau nhồi máu cơ tim. Trong nghiên cứu Heart Outcomes Prevention Evaluation (HOPE) về tác dụng của ramipril, đã cho thấy thuốc này làm giảm tất cả các nguyên nhân gây tử vong và tử vong do nguyên nhân tim mạch bao gồm cả nhồi máu cơ tim và tai biến mạch máu não. Các lợi ích bảo vệ tim mạch của UCMC được quan sát một cách độc lập với tác dụng hạ huyết áp, điều này gợi ý là UCMC có tác dụng bảo vệ ở bệnh nhân ĐTD không phải chỉ thông qua tác dụng hạ huyết áp.

• Thuốc chẹn thụ thể angiotensin (ARBs)

Thuốc ARBs chẹn thụ thể AT1 nơi mà Angiotensin tác động không có lợi trên các

tổ chức đích (thành mạch, tuyến thượng thận, hệ thần kinh giao cảm...). Do không thông qua con đường men chuyển dạng nên nó không tác động lên hệ thống bradykinin và do vậy không gây ho khan.

Các thuốc ARBs, bên cạnh tác dụng hạ huyết áp, đã làm giảm protein niệu và đã có một loạt các nghiên cứu gần đây đã chứng minh tác dụng bảo vệ thận ở bệnh nhân ĐTD có THA, ngay cả ở những bệnh nhân đã có microalbumine niệu hoặc suy thận độ cao. Tuy vậy, những nghiên cứu và các số liệu chứng minh sự cải thiện tiên lượng của ARBs liên quan đến các biến cố tim mạch còn hạn chế. Một lợi điểm lớn nhất của các thuốc nhóm này có lẽ là tỷ lệ bệnh nhân bị ho khan ít hơn hẳn so với dùng UCMC. Vấn đề kết hợp giữa UCMC và ARBs cũng đang được nghiên cứu. Một nghiên cứu nhỏ là (the Candesartan and Lisinopril Microalbuminuria [CALM] study) đã chứng minh được lợi ích hơn hẳn khi phối hợp giữa candesartan và lisinopril trong việc làm giảm bài xuất albinine niệu so với dung mỗi loại đơn độc.

• Thuốc chẹn beta giao cảm (β -Blockers)

Một số nghiên cứu với thuốc chẹn beta giao cảm loại atenolol đã chứng minh được tác dụng làm giảm protein niệu của thuốc và làm chậm sự suy giảm mức lọc cầu thận ở bệnh nhân ĐTD có THA và mức cải thiện này được ghi nhận như đối với dùng UCMC. Trong nghiên cứu UKPDS, atenolol có tác dụng như UCMC loại captopril trong việc làm giảm các kết cục liên quan đến ĐTD (các biến chứng vi mạch và mạch máu lớn). Chẹn beta giao cảm cũng được chứng minh là làm giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim cấp tới 25%. Trước đây, người ta quan niệm về khả năng gây

hạ đường huyết và kém phục hồi sau hạ đường huyết của thuốc chẹn beta giao cảm ở bệnh nhân ĐTĐ. Tuy vậy, lợi ích chúng mang lại vượt trội hơn so với nguy cơ gây ra và nhất là khi chúng ta có kế hoạch kiểm soát tốt đường huyết. Nghiên cứu UKPDS đã không cho thấy nguy cơ gây hạ đường huyết ở nhóm dùng β -blockers. Tuy nhiên, thực tế chúng ta cần cẩn thận khi chỉ định thuốc này ở bệnh nhân có tiền sử hạ đường huyết nặng khi đang dùng insulin. Trước khi dùng các thuốc chẹn beta giao cảm, các chống chỉ định cần được tìm hiểu rõ để tránh những tai biến đáng tiếc liên quan đến thuốc này.

• Lợi tiểu Thiazide

Lợi tiểu nhóm Thiazide có thể được coi là thuốc điều trị THA được lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân ĐTĐ chưa có các biến chứng tim mạch và protein niệu. Hiệu quả trên thận của thuốc này so với các thuốc khác chưa rõ. Tuy nhiên, những nghiên cứu lớn đã chứng minh được hiệu quả của nhóm thuốc này trong việc giảm nguy cơ tai biến mạch não và suy tim ứ huyết ở những bệnh nhân có THA nhẹ đến vừa. Trong nghiên cứu *Systolic Hypertension in the Elderly Program (SHEP)*, liều thấp lợi tiểu thiazide đã làm giảm các biến cố tim mạch tới 34% so với giả dược và mức giảm nguy cơ tuyệt đối (absolute risk reduction) đạt được gấp 2 lần ở nhóm ĐTĐ so với nhóm bệnh nhân không có ĐTĐ.

• Các thuốc lựa chọn tiếp theo (bảng 2)

Khi đích điều trị không đạt được với các thuốc lựa chọn hàng đầu nói trên, việc tăng liều và phối hợp thuốc là cần thiết. Tuy nhiên, nhiều trường hợp không dung nạp với thuốc thuộc nhóm ưu tiên hoặc đã phối

hợp các thuốc nhóm ưu tiên mà chưa đạt được đích điều trị thì cũng nên cho thêm thuốc nhóm khác.

Các thuốc chẹn kênh calci thuộc nhóm (Non-dihydropyridine) có thể là lựa chọn thêm vào hoặc khi các thuốc nhóm ưu tiên (ÚCMC, ARBs, chẹn beta giao cảm) là chống chỉ định hoặc dung nạp không tốt. Một nghiên cứu đã cho thấy thuốc nhóm này hiệu quả trên tiên lượng bệnh (ngăn ngừa nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh thận) kém hơn so với thuốc thuộc nhóm ưu tiên. Tuy vậy, các nghiên cứu cũng thừa nhận việc đạt được huyết áp mục tiêu trong điều trị đã làm giảm đáng kể các biến cố và các nghiên cứu thường cho thấy có sự kết hợp giữa các nhóm thuốc trong đó có mặt của chẹn kênh calci. Một nghiên cứu gần đây (International Verapamil - Trandolapril Study - INVEST) so sánh giữa hiệu quả của verapamil trên 22.000 bệnh nhân có bệnh động mạch vành và THA, cho thấy verapamil cũng có tác dụng làm giảm tỷ lệ tử vong do tim mạch tương tự như chẹn beta giao cảm và đặc biệt rõ ở bệnh nhân ĐTĐ.

Các thuốc chẹn kênh calci nhóm dihydropyridine loại tác dụng kéo dài có thể có tác dụng trên THA ở bệnh nhân ĐTĐ. Nghiên cứu ALLHAT (Antihypertensive and Lipid Lowering Treatment to Prevent Heart Attack Trial) đã cho thấy amlodipine có tác dụng gần tương tự như lisinopril và chlorthalidone trong việc làm giảm các biến cố tim mạch. Một số nghiên cứu khác với các thuốc chẹn kênh calci tác dụng kéo dài và ái mỡ như lercanidipine, lacidipine bước đầu cho thấy chúng có hứa hẹn ở bệnh nhân ĐTĐ có THA và có tác dụng bảo vệ thận.

Các thuốc khác như chẹn alpha giao cảm, thuốc tác động lên hệ thần kinh trung

ương chưa được chứng minh rõ tác dụng trong việc bảo vệ các cơ quan đích ở bệnh nhân ĐTD có THA. Tuy vậy, trong thực tế lâm sàng, các thuốc này có thể được lựa chọn trong một số tình huống như: 1) khi bệnh nhân không dung nạp được các thuốc khác; 2) khi có những chỉ định đặc biệt cần dùng các thuốc nhóm này như (bệnh nhân có bệnh phì đại tuyến tiền liệt cần dùng loại chẹn alpha giao cảm, hoặc khi nhịp tim bệnh nhân quá nhanh hoặc rung nhĩ cần dùng diltiazem); hoặc 3) khi cần thêm các thuốc này vào để đạt được huyết áp mục tiêu điều trị.

e. Vấn đề THA tâm thu đơn độc ở người lớn tuổi

Đối với những bệnh nhân ĐTD tuổi trên 65 thường bị THA tâm thu đơn độc. THA tâm thu đơn độc được định nghĩa là khi con số huyết áp tâm thu > 140 mmHg và huyết áp tâm trương < 90 mmHg. Những nghiên cứu trước đây đã cho thấy việc điều trị THA tâm thu đơn độc và làm giảm huyết áp tâm thu < 160 mmHg đã làm giảm đáng kể các biến chứng tim mạch, đặc biệt là tai biến mạch não. Nghiên cứu SHEP cho thấy lợi ích của việc làm hạ huyết áp tâm thu xuống 144 mmHg mang lại lợi ích rõ rệt. Riêng với bệnh nhân ĐTD, huyết áp tâm thu tăng đơn độc > 140 mmHg là đã cần phải được điều trị tích cực.

f. Vấn đề hạ huyết áp ở bệnh nhân ĐTD có THA

Các nghiên cứu cho thấy, ở bệnh nhân ĐTD có thai và có THA, mục tiêu hạ huyết áp ở những bệnh nhân này là làm sao cho huyết áp tâm thu trong khoảng 110 - 129 và huyết áp tâm trương từ 65 - 79 mmHg là hợp lý nhất. Nếu huyết áp bị hạ quá thấp

có thể ảnh hưởng đến phát triển của thai nhi. Trong khi mang thai, các thuốc ÚCMC và ARBs là chống chỉ định. Các thuốc hạ huyết áp có thể dùng tương đối an toàn cho thai là: methyldopa, labetalol, diltiazem, clonodin và prazosin. Thuốc lợi tiểu dùng lâu dài có thể làm giảm khối lượng tuần hoàn và giảm tưới máu rau thai.

TÓM TẮT KHUYẾN CÁO VỀ XỬ TRÍ THA Ở BỆNH NHÂN ĐTD

- Bệnh nhân ĐTD phải được đo huyết áp ngay lần đầu và cho mọi lần thăm khám một cách thường quy. Những bệnh nhân có số đo huyết áp tâm thu > 130 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương > 80 mmHg cần được đo huyết áp những lần tiếp theo để xác định bệnh nhân bị THA. Cần đo cả huyết áp tư thế đứng để xác định vấn đề hạ huyết áp tư thế đứng do rối loạn thần kinh tự động, rất hay gặp ở bệnh nhân ĐTD.

- Bệnh nhân ĐTD cần được điều trị sao cho huyết áp < 130/80 mmHg.

- Bệnh nhân ĐTD có huyết áp tâm thu từ 130-139 mmHg hoặc huyết áp tâm trương từ 80-89 mmHg cần được điều chỉnh lối sống tích cực cho tới 3 tháng, nếu không đạt được huyết áp mục tiêu như trên thì cần cho thêm thuốc. Các thuốc lựa chọn hàng đầu cho những bệnh nhân này là các nhóm thuốc tác động lên hệ rennin - angiotensin.

- Bệnh nhân ĐTD có huyết áp tâm thu \geq 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương \geq 90 mmHg cần được cho ngay thuốc bên cạnh việc điều chỉnh lối sống. Những thuốc được lựa chọn đầu tiên để điều trị THA ở bệnh nhân ĐTD này là: ÚCMC; chẹn thụ thể angiotensin; chẹn beta giao cảm; lợi

tiểu thiazid liều thấp hoặc có thể là chẹn kênh calci phù hợp.

- Thường cần dùng phối hợp nhiều loại thuốc THA để có thể đạt được mục tiêu điều trị ở những bệnh nhân ĐTD.

- Với mọi bệnh nhân ĐTD có THA, thuốc lựa chọn hàng đầu vẫn là UCMC hoặc ARBs. Nếu một trong hai loại không được dung nạp tốt thì thay bằng loại kia. Trong trường hợp cần phối hợp thì nên cho thêm lợi tiểu thiazide liều thấp.

- Khi dùng các thuốc UCMC, ARBs, lợi tiểu thì cần theo dõi chức năng thận và kali máu.

- Bệnh nhân ĐTD typ I có albumin niệu thì thuốc UCMC có tác dụng làm giảm tiến triển bệnh thận.

- Bệnh nhân ĐTD typ II có microalbumine niệu thì cả UCMC hay thuốc ARBs đều có tác dụng làm giảm tiến triển bệnh thận.

- Bệnh nhân ĐTD có thai và THA thì nên điều trị để đạt mức huyết áp hợp lý là 110-129/65-79 mmHg. Chống chỉ định dùng UCMC và ARBs cho các bệnh nhân này.

- Bệnh nhân lớn tuổi, việc hạ huyết áp cần thực hiện để huyết áp giảm một cách từ từ.

- Bệnh nhân mới bị nhồi máu cơ tim thì nên cho thêm chẹn beta giao cảm.

- Nếu bệnh nhân có microalbumine niệu mà không thể dùng được UCMC hoặc ARBs thì nên chọn chẹn kênh calci loại non-DHP hoặc chẹn kênh calci loại DHP có tác dụng kéo dài.

- Trong những trường hợp đã điều trị tối ưu và kết hợp nhiều loại thuốc mà không đạt được huyết áp mục tiêu thì cần tham khảo thêm ý kiến của các chuyên gia về THA./.

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

(Ban Biên tập - Tạp chí *Tim mạch học*)

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.

Các chuyên đề giáo dục thường xuyên

Là các bài cơ bản trong thực hành nội khoa tim 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 hoạ 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 cách 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 giã 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 9 cm. 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) 8688488;

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