



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

TÓM TẮT

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

ĐẠI HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM LẦN THỨ X
ABSTRACTS FROM THE 10th VIETNAM NATIONAL CONGRESS OF CARDIOLOGY
HÀ NỘI, 25-30 THÁNG 04 NĂM 2004



Hồ Gươm - Hà Nội



TẠP CHÍ TIM MẠCH HỌC SỐ 37/2004

Phụ san đặc biệt (1) phục vụ Đại Hội
Vietnamese Cardiology Journal No 37/2004 (Supplement 1)



HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM
VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION

TÓM TẮT

CÁC CÔNG TRÌNH NGHIÊN CỨU

ĐẠI HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM LẦN THỨ X
ABSTRACTS FROM THE 10th VIETNAM NATIONAL CONGRESS OF CARDIOLOGY
HÀ NỘI, 25 -30 THÁNG 04 NĂM 2004

TẠP CHÍ TIM MẠCH HỌC SỐ 37/2004
Phụ san đặc biệt (1) phục vụ Đại Hội
Vietnamese Cardiology Journal N^o 37/2004 (Supplement 1)

DANH SÁCH BAN CHẤP HÀNH HỘI TIM MẠCH HỌC QUỐC GIA VIỆT NAM (KHOÁ II)

THE EXECUTIVE COMMITTEE OF THE VIETNAM NATIONAL HEART ASSOCIATION



CHỦ TỊCH BCH:

Giáo Sư TS. Trần Đỗ Trinh
Viện Tim Mạch Việt Nam, Hà Nội

CÁC PHÓ CHỦ TỊCH:

- | | |
|------------------------------|---|
| 2. GS.TS. Phạm Tử Dương | Viện Quân Y 108, Hà Nội |
| 3. GS.TS. Phạm Gia Khải | Viện Tim Mạch Việt Nam, Hà Nội |
| 4. GS.TS. Đặng Hanh Đệ | Trường Đại Học Y Khoa, Hà Nội |
| 5. GS.TSKH. Nguyễn Mạnh Phan | Bệnh viện Thống Nhất, Tp. HCM |
| 6. GS.TS. Hoàng Trọng Kim | Trường ĐH Y và
Bệnh Viện Nhi Đồng I, Tp. HCM |

TỔNG THƯ KÝ:

- | | |
|-------------------------|--------------------------------|
| 7. TS. Nguyễn Ngọc Tước | Viện Tim Mạch Việt Nam, Hà Nội |
|-------------------------|--------------------------------|

PHÓ TỔNG THƯ KÝ:

- | | |
|--------------------------|----------------------------|
| 8. TS. Lê Thị Thanh Thái | Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp. HCM |
|--------------------------|----------------------------|

CÁC ỦY VIÊN THƯỜNG VỤ:

- | | |
|------------------------------|---------------------------------|
| 9. GS.TS. Nguyễn Huy Dung | Trường Đại Học Y - Dược Tp. HCM |
| 10. GS.TSKH. Nguyễn Khánh Dư | Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp. HCM |
| 11. GS. Vũ Đình Hải | Bệnh viện Hữu Nghị, Hà Nội |
| 12. PGS.TS. Huỳnh Văn Minh | Trường Đại Học Y Khoa, Huế |

- | | |
|------------------------------|--------------------------------|
| 13. GS.TS. Đặng Vạn Phước | Trường Đại Học Y Khoa, Tp. HCM |
| 14. GS.TS. Thái Hồng Quang | Trường Đại Học Y - Dược Tp.HCM |
| 15. GS. Nguyễn Thị Trúc | Trường Đại Học Y - Dược Tp.HCM |
| 16. GS.TS. Nguyễn Lâm Việt | Trường Đại Học Y, Hà Nội |
| 17. PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh | Viện Tim , Tp. HCM |

CÁC ỦY VIÊN CHẤP HÀNH KHÁC:

- | | |
|-------------------------------|--|
| 18. TS. Huỳnh Thị Hồng Anh | Bệnh Viện Nguyễn Tri Phương, TP.HCM |
| 19. TS. Hoàng Minh Châu | Viện Quân Y 108, Hà Nội |
| 20. GS. Phạm Văn Cự | Viện Quân Y 175, TP.HCM |
| 21. TS. Nguyễn Thị Dung | Trường Đại Học Y Khoa, Hải Phòng |
| 22. BS. Đỗ Hoàng Giao | Bệnh Viện Nhân Dân Gia Định, TP.HCM |
| 23. BS. Nguyễn Hồng Hạnh | Bệnh Viện Tỉnh Quảng Ninh |
| 24. GS.TSKH. Nguyễn Đoàn Hồng | Bệnh viện Chợ Rẫy, Tp. HCM |
| 25. TS. Trần Văn Huy | Bệnh Viện Đa Khoa Khánh Hoà |
| 26. BS. Nguyễn Đình Huy | Bệnh Viện Thống Nhất, Đồng Nai |
| 27. GS.TS. Nguyễn Phú Kháng | Viện Quân Y 103,
Học Viện Quân Y, Hà Đông |
| 28. BS. Nguyễn Tuyết Minh | Bệnh Viện Quốc Tế, Hà Nội |
| 29. TS. Đỗ Ý Na | Bệnh Viện 198, Hà Nội |
| 30. BS. Đinh Thị Nga | Bệnh Viện Việt Tiệp, Hải Phòng |
| 31. TS. Phạm Văn Phúc | Trung Tâm Tim Mạch An Giang |
| 32. BS. Phan Kim Phương | Viện Tim, Tp. HCM |
| 33. PGS.TS. Võ Quảng | Bệnh viện Thống Nhất, Tp. HCM |
| 34. TS. Đinh Minh Tân | Viện Quân Y 175, Tp. HCM |
| 35. PGS.TS. Nguyễn Ngọc Thắng | Viện Quân Y 108, Hà Nội |
| 36. BS. Nguyễn Hiếu Trung | Bệnh Viện Đa Khoa Cần Thơ |
| 37. BS. Ngô Văn Tường | Bệnh Viện C, Đà Nẵng |
| 38. BS. Trần Thị Vui | Bệnh Viện Trung ương Huế |
| 39. BS. Phạm Xuân | Bệnh Viện C, Đà Nẵng |

HỘI ĐỒNG KHOA HỌC ĐẠI HỘI

CONGRESS FACULTY

1. Rosli Mohd Ali, M.D.
Nationnal Heart Institute
Malaysia
2. PGS.TS. Viện sĩ Tôn Thất Bách, M.D.
Trường Đại học Y Hà Nội
Vietnam
3. TS. Trương Quang Bình, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM
Vietnam
4. Gerard Bonot, M.D.
Centre Hospitalier de Châteauroux
France
5. Sarana Boonbaichaiyapruck, M.D.
Ramathibodi Hospital
Thailand
6. Charles Chan, M.D.
Nationnal Heart Institute
Singapore
7. TS. Hoàng Minh Châu, M.D.
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Vietnam
8. Tan Huay Cheem, M.D.
National University Hospital
Singapore
9. John T. Coppola, M.D.
Saint Vincent Hospital & Medical Center
USA
10. GS. Phạm Văn Cự, M.D..
Viện Quân y 175, TP HCM
Vietnam
11. GS. TS. Nguyễn Huy Dung, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM
Vietnam
12. TS. Hồ Thượng Dũng, M.D.
Bệnh viện Thống Nhất, TP HCM
Vietnam
13. GS. TSKH. Nguyễn Khánh Dự, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM
Vietnam
14. GS. TS. Phạm Tử Dương, M.D.
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108
Vietnam
15. GS. TS. Đặng Hanh Đệ, M.D.
Bệnh viện Việt Đức Hà Nội
Vietnam
16. ThS. Trần Văn Đồng, M.D.
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam
17. GS. Vũ Đình Hải, M.D.
Bệnh viện Hữu Nghị Hà Nội
Vietnam
18. Jui-Sung Hung, M.D.
China Medical College Hospital
Taiwan
19. Ths. Phạm Mạnh Hùng, M.D.
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam

20. Ths. Nguyễn Lâm Hiếu, M.D.
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam
21. GS. TSKH. Nguyễn Đoàn Hồng, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TP HCM
Vietnam
22. TS. Trần Văn Huy, M.D.
Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Khánh Hoà
Vietnam
23. Mathew Samuel Kailarickal, M.D.
Apollo Hospitals, Chennai
India
24. GS. TS. Phạm Gia Khải, M.D.
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam
25. GS. TS. Nguyễn Phú Kháng, M.D.
Viện Quân y 103, Học viện Quân Y
Vietnam
26. TS. Phạm Quốc Khánh
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam
27. PGS. TS. Hoàng Trọng Kim
Trường Đại học y dược TPHCM
Vietnam
28. Moo Hyun Kim, M.D.
Dong-A University Hospital
Korea
29. Tian-Hai KOH, M.D.
Nationnal Heart Institute
Singapore
30. C.P. LAU, M.D.
Queen Mary Hospital
Hong Kong
31. Khoi Le, M.D.
Desert Cardiology Center
USA
32. Trong-Phi Lê, M.D.
University of Humburg
Germany
33. Yean Leng Lim, M.D.
University of Melbourne
Australia
34. TS. Tô Thanh Lịch, M.D.
Viện Tim mạch học Việt Nam
Vietnam
35. TS. Nguyễn Cửu Lợi, M.D.
Bệnh viện Trung ương Huế
Vietnam
36. Mario F. De Camargo Maranhao, M.D.
University of Rio de Janeiro, President WHF
Brazil
37. Andrew Micheal, M.D.
UCSF Cardiology
USA
38. PGS. TS. Huỳnh Văn Minh, M.D.
Trường Đại học y Huế
Vietnam
39. TS. Tôn Thất Minh, M.D.
Bệnh viện Thống Nhất TPHCM
Vietnam
40. Kazuaki Mitsudo, M.D.
Kurashiki Central Hospital
Japan

- | | | |
|-----|---|-----------|
| 41. | Richard Ng. , M.D.
Mount Elizabeth Hospital | Singapore |
| 42. | GS. Thach Nguyen, M.D. , F.A.C.C
St Mary Medical Center | USA |
| 43. | TS. Võ Thành Nhân, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TPHCM | Vietnam |
| 44. | GS. TSKH. Nguyễn Mạnh Phan, M.D.
Bệnh viện Thống Nhất, TPHCM | Vietnam |
| 45. | GS. TS. Đặng Vạn Phước, M.D.
Trường Đại học y dược TPHCM | Vietnam |
| 46. | GS. TS. Thái Hồng Quang, M.D.
Viện Quân y 103, Học viện Quân Y | Vietnam |
| 47. | PGS. TS. Võ Quảng, M.D.
Bệnh viện Thống Nhất, TPHCM | Vietnam |
| 48. | David Quek, M.D.
University of Kuala Lumpur, President AFC | Malaysia |
| 49. | Tetsumori Saikawa, M.D.
Oita Medical University | Japan |
| 50. | Shigeru Saito, M.D.
Shonan Kamakura General Hospital | Singapore |
| 51. | Graeme Sloman, M.D.
Victoria Hospital | Australia |
| 52. | TS. Lê Thị Thanh Thái, M.D.
Bệnh viện Chợ Rẫy, TPHCM | Vietnam |
| 53. | PGS. TS. Nguyễn Ngọc Thắng
Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 | Vietnam |
| 54. | GS. TS. Trần Đỗ Trinh, M.D. , FACC
Viện tim mạch học Việt Nam | Vietnam |
| 55. | GS. Nguyễn Thị Trúc, M.D.
Trường Đại học y dược TPHCM | Vietnam |
| 56. | ThS. Nguyễn Quang Tuấn, M.D.
Viện tim mạch học Việt Nam | Vietnam |
| 57. | TS. Nguyễn Ngọc Tước, M.D.
Viện tim mạch học Việt Nam | Vietnam |
| 58. | Wasan Udayachalerm, M.D.
King Chulalongkorn Memorial Hospital | Thailand |
| 59. | GS. TS. Nguyễn Lâm Việt, M.D.
Viện tim mạch học Việt Nam | Vietnam |
| 60. | PGS. TS. Phạm Nguyễn Vinh, M.D.
Viện Tim, TPHCM | Vietnam |
| 61. | Lefeng Wang, M.D.
Beijing Chaoyang Hospital | China |

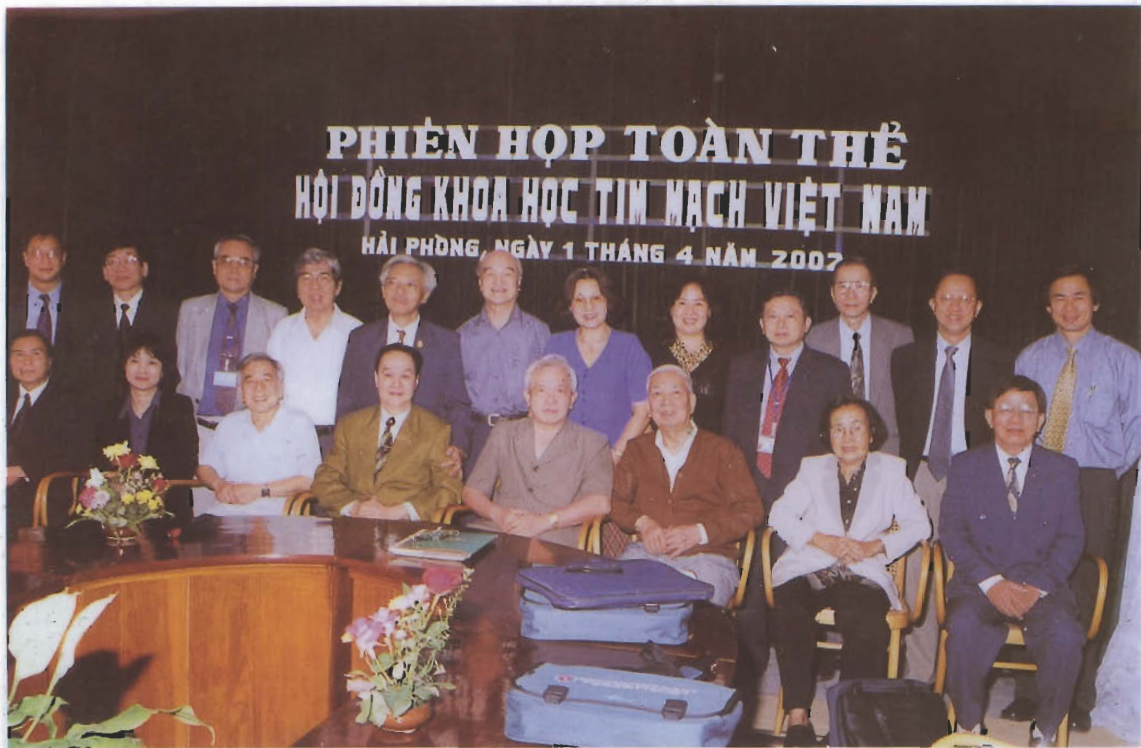
**MỘT SỐ HÌNH ẢNH CỦA ĐẠI HỘI TIM MẠCH LẦN THỨ IX,
HẢI PHÒNG, 4/2002**



Lễ trao tặng Giải thưởng các Nhà nghiên cứu trẻ



Dàn đồng ca sinh viên Đại học Y Hải Phòng chào mừng Đại hội



Họp Hội đồng Khoa học



Buổi bế mạc với Bài ca Tạm biệt

MỤC LỤC

Phần I : CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ TĂNG HUYẾT ÁP	1
1 Khảo sát sự thay đổi nồng độ b-type natriuretic peptide (BNP) huyết tương ở bệnh nhân suy tim do tăng huyết áp	3
2 Khảo sát rối loạn lipid máu ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát	5
3 Nghiên cứu tác dụng của Enalapril và Metoprolol trong điều trị suy tim ở bệnh nhân tăng huyết áp	
4 Tác dụng dược lý của Địa long trên thực nghiệm và ứng dụng lâm sàng trên bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát được theo dõi bằng Holter huyết áp	9
5 Nhận xét liên quan giữa áp lực mạch với các biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát	11
6 Bước đầu khảo sát thái độ của bệnh nhân bị tăng huyết áp đối với bệnh tăng huyết áp tại khoa tim mạch bệnh viện Việt Nam – Thụy Điển Uông Bí trong năm 2002	12
7 Nghiên cứu tỉ lệ tăng huyết áp ở người cao tuổi tại xã Hương Xuân, huyện Hương Trà tỉnh Thừa Thiên-Huế	16
8 Đánh giá hiệu quả và dung nạp của ednyt (enalapril) trong điều trị ngoại trú bệnh nhân tăng huyết áp tại bệnh viện 7A	18
9 Hiệu quả và độ an toàn của Amlodipine (normodipine) trong điều trị tăng huyết áp nhẹ và vừa	19
10 Tác động làm chậm tiến triển bệnh thận do đái tháo đường của Irbesartan trên bệnh nhân đái tháo đường týp 2, tăng huyết áp	20
11 Cập nhật về điều trị bệnh tăng huyết áp	24
12 Các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp tại các tỉnh phía Bắc: Kết quả từ đợt điều tra dịch tễ học tăng huyết áp ở các tỉnh phía Bắc Việt Nam	26
Phần II: CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ BỆNH MẠCH VÀNH	27
13 Kết quả chụp động mạch vành và bước đầu ứng dụng phương pháp nong, đặt stent điều trị bệnh động mạch vành tại bệnh viện T.U.Q.Đ 108	29
14 Tương quan giữa vôi hoá mạch vành và nguy cơ bệnh mạch vành được dự báo theo điểm số nguy cơ FRAMINGHAM , ATP III và PROCAM	31
15 Chụp cắt lớp xoắn ốc đa mặt cắt (MSCT) trong đánh giá vôi hóa động mạch vành	33
16 Nghiên cứu ứng dụng đo kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu bằng bảng điểm của Selvester	34
17 Đánh giá kết hợp thuốc ức chế men chuyển trong điều trị suy tim sau nhồi máu cơ tim	36
18 Tình hình nhồi máu cơ tim tại bệnh viện Đà Nẵng	38
19 Giá trị của siêu âm gắng sức bằng thuốc Dobutamin trong chẩn đoán và	40

	tiên lượng bệnh tim thiếu máu cục bộ	
20	Khảo sát các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành	42
21	Đánh giá kết quả chụp động mạch vành tại bệnh viện trung ương Huế	44
22	Thiếu máu cơ tim im lặng ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 qua Holter điện tim 24 giờ	46
23	Nhận xét vai trò trắc nghiệm gắng sức trong chẩn đoán các trường hợp đau ngực qua 500 trường hợp tại khoa nội tim mạch - BVTW Huế	48
24	Đánh giá sự tương quan về vị trí tổn thương giữa điện tâm đồ bề mặt và kết quả chụp động mạch vành ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim	50
25	Hội chứng chuyển hoá và bệnh động mạch vành	52
26	Thiếu máu cục bộ cơ tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 và ứng dụng lâm sàng của tính chọn lọc trên mô ở các Sulfonylurea	54
27	Giá trị của điện tâm đồ trong việc tiên đoán động mạch vành phải đoạn gần là động mạch chủ phạm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới có ST chênh lên	56
28	Khảo sát homocysteine máu ở bệnh nhân bệnh động mạch vành	58
29	Đánh giá tổn thương động mạch vành qua chụp mạch và sự tương đương với rối loạn lipid ở bệnh nhân suy vành	60
	Phần III: CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ RỐI LOẠN NHỊP TIM	63
30	Nhận xét tác dụng chống loạn nhịp thất của Lidocain	65
31	Nghiên cứu giá trị của Holter điện tâm đồ trong chẩn đoán suy nút xoang ở bệnh nhân rối loạn nhịp tim chậm	66
32	Holter nhịp tim liên tục 24 giờ ở người bình thường lứa tuổi từ 21 – 40	68
33	Biến thiên nhịp tim ở người bình thường lứa tuổi từ 21 – 40	70
34	Sốc điện đồng bộ trong điều trị khẩn cấp rối loạn nhịp nhanh	72
35	Rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân đái tháo đường týp 2 qua Holter điện tim 24 giờ	73
36	Tình hình đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn tại bệnh viện trung ương Huế	75
37	Vai trò của tạo nhịp tạm thời trong tạo nhịp tim vĩnh viễn	77
38	Đặt máy tạo nhịp ở trẻ em	79
39	Đặt máy tạo nhịp tạm thời trong cấp cứu rối loạn nhịp chậm	81
	Phần IV: CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI VI	83
40	Chụp cộng hưởng từ trong chẩn đoán bệnh động mạch chủ	85
41	Vài nhận xét bước đầu về chẩn đoán hình ảnh hẹp EO ĐMC	86
42	Nhân một trường hợp u máu lớn bẩm sinh chiếm toàn bộ vùng cổ trái-thái dương trái và toàn bộ vùng cằm hai bên đã được phẫu thuật thành công	87
43	Nhân một trường hợp ghép tĩnh mạch đùi chung bằng ống ghép nhân tạo PTFE có giá nâng hình lò xo	88
44	Nhân một trường hợp hai mẹ con có cùng một bệnh tim mạch bẩm sinh “còn ống động mạch” (CÔĐM, PCA, PDA)	89
45	999 bn phình động mạch chủ ở người việt nam: chỉ định điều trị, phẫu	90

thuật và kết quả		
46	210 trường hợp phình động mạch chủ ngực, ngực-bụng và trên động mạch thận điều trị tại Bv Bình Dân	96
47	Đặc điểm bệnh TAKAYASU ở trẻ em từ năm 1998 – 2002	100
48	Đánh giá hiệu lực của một phương pháp mới xác định chỉ số huyết áp tâm thu mắt cá chân-cánh tay bằng máy đo huyết áp tự động để chẩn đoán bệnh động mạch chi dưới	102
49	Đặc điểm và yếu tố nguy cơ tổn thương động mạch vành trong bệnh KAWASAKI ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Đồng I	103
50	Lâm sàng và thương tổn động mạch vành trong bệnh KAWASAKI gặp tại bệnh viện nhi Trung Ương	105
51	Nghiên cứu tiền cứu khảo sát viêm tắc tĩnh mạch sâu do huyết khối tại bệnh viện Chợ Rẫy năm 2003	108
Phần V: CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ CÁC VẤN ĐỀ KHÁC		111
52	Siêu âm tim và đột quỵ do tim	113
53	Thuyên tắc phổi: báo cáo 3 trường hợp xác minh được chẩn đoán	115
54	Ứng dụng tin học trong chẩn đoán siêu âm tim - phần mềm chẩn đoán ECHOCARDIOSOFT	116
55	Chẩn đoán và điều trị suy tim ở bệnh nhân thấp tim cấp được điều trị tại BVTE Hải Phòng từ 1995 - 2001	117
56	Một số kinh nghiệm xử trí tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi	118
57	Áp dụng phương pháp hạ thân nhiệt sâu và ngưng tuần hoàn trong mô động mạch chủ ngực	119
58	Đánh giá áp lực động mạch phổi và chức năng tâm thu thất trái ở trẻ em có thông liên thất đơn thuần bằng phương pháp siêu âm Doppler tim	121
59	Cập nhật một phương pháp mới làm tăng hiệu quả điều trị bệnh tim mạch thông qua sự tăng tiết Hormone tái tạo tế bào (Growth Hormone - GH)	123
60	Nhân ba trường hợp viêm cơ tim cấp	124
61	Nghiên cứu tác dụng điều trị hội chứng rối loạn lipid máu của mật gấu tươi uống liều 0,2ml/ngày	125
62	Thay đổi về tim mạch và các thành phần của máu ở người suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ có làm nổi thông động-tĩnh mạch tại BV Thanh Nhân Hà Nội	127
63	Nhận xét kết quả tiêm phòng bệnh thấp tim cấp 2 tại khoa nhi bệnh viện Thanh Nhân	128
64	Một yếu tố nguy cơ tăng huyết áp kháng trị	130
65	Chẩn đoán và điều trị suy tim tại Việt Nam	131
66	Vai trò của Brain Natriuretic Peptide (BNP) trong suy tim: từ chẩn đoán đến điều trị và tiên lượng	133
67	Nghiên cứu thay đổi của huyết áp, tần số tim đối với nghiệm pháp Handgrip	134
68	Khảo sát Peptide bài Natri (BNP: Brain Natriuretic Peptide) ở bệnh nhân	135

	suy tim	
69	Kỹ thuật xuyên vách liên nhĩ không sử dụng pigtail trong nong van hai lá xuyên da qua đường tĩnh mạch bằng bóng Inoue	137
70	Tình hình hoạt động của đơn vị tim mạch học can thiệp bệnh Chợ Rẫy từ 1 – 2001 đến 12 – 2003	139
71	Kết quả phẫu thuật triệt để hẹp van động mạch phổi có và không có lỗ bầu dục thông thương tại viện tim từ 1992 – 2000	140
72	Nhận xét 5 trường hợp thuyên tắc phổi	142
73	Thang điểm đánh giá trầm cảm của HAMILTON	144
74	Perioperative management of neonatal cardiac surgery	148
75	Surgical role in cardiac patients with congenital heart disease	151
76	Bước đầu đánh giá kết quả nong van hai lá bằng bóng Inoue trên bệnh nhân có tiền sử mổ tách van tim kín.	154
77	Những công nghệ phẫu thuật tim mạch mới hiện đang được áp dụng tại viện tim Bangkok - bệnh viện Bangkok	156
78	Biến chứng tim trong suy thận mạn giai đoạn III	160
79	Nghiên cứu các đặc điểm lâm sàng và siêu âm Doppler tim trong bệnh cơ tim giãn	162
80	Chẩn đoán và điều trị suy tim tại Việt Nam	163
81	Kết quả nghiên cứu mới về thuốc ức chế men chuyển: nghiên cứu X-SOLVD sau 12 năm theo dõi	165
82	Nghiên cứu bảo vệ tim (HPS): kết quả tổng quan và trên phân nhóm bệnh nhân đái tháo đường	171
83	Nong van hai lá bằng bóng inoue trong điều trị bệnh nhân bị hẹp van hai lá: kết quả sớm và theo dõi trung hạn	178
84	Nong van hai lá bằng bóng inoue phối hợp với hướng dẫn của siêu âm tim cho phụ nữ có thai bị hẹp van hai lá khít	180
85	Điều trị dobutamine liều thấp ngắt quãng cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối	182
86	Liệt nhĩ có tính chất gia đình	189

DIỄN VĂN KHAI MẠC

Đại hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam lần thứ X

Hà Nội 25-30/4/2004

Giáo sư Tiến sĩ Trần Đỗ Trinh

Chủ tịch Hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam

Thưa toàn thể các Đồng nghiệp, Hội viên thân mến,

Đại hội Tim mạch học Quốc gia Việt Nam hôm nay đã khép kín 1 vòng quay 10 Đại hội xoay quanh toàn quốc: Hà Nội, Nha Trang, Hạ Long, Đà Nẵng, TP Hồ Chí Minh, Đà Lạt, Huế, Hải Phòng, Hà Nội, tạo nên 1 phong trào nghiên cứu Tim mạch học sôi nổi và đồng đều trong cả nước. Chất lượng phong phú của các báo cáo khoa học đã bắt nguồn từ trí tuệ tâm cơ và tinh thần đầy trách nhiệm của những người trình bày trước 1 Đại hội quốc gia, với đông đảo người nghe, yêu khoa học, yêu nghề nghiệp. Hướng ưu tiên của các đề tài đã thay đổi qua từng thời kỳ, lúc đầu là Loạn nhịp, Sốc điện, Táo nhịp, Điện tâm đồ, sau đó lần lượt là các Chẹn giao cảm beta, các Ức chế men chuyển, các Bệnh tim thiếu máu cục bộ, đến nay là Suy tim, Tim mạch học can thiệp và xuyên suốt là Tăng huyết áp. Lộ trình đó rất phù hợp với sự phát triển tim mạch học thế giới và thực tiễn bệnh lý tim mạch nước ta.

Đến nay chúng ta đã thu hút được gần 1400 Hội viên, trong đó có hầu hết các đồng nghiệp đầu ngành chủ chốt của các Bệnh viện và Trường Đại học lớn nhất trong toàn quốc. Sự thành lập thêm Phân hội Tim mạch học can thiệp và các Tỉnh Hội Tim mạch Hải Phòng và Khánh Hoà đã mang lại thêm những thay đổi về chất cũng như về lượng. Đồng thời, Tạp chí Tim mạch học trong suốt 12 năm qua không 1 kỳ thiếu vắng cũng tạo ra 1 nguồn tri thức quý báu mang tính hàn lâm và cả tính thực tiễn cho các Hội viên, kể cả các tỉnh, huyện xa xôi.

Sáng kiến thành lập 1 *Hội đồng khoa học* của Hội ta bao gồm 24 nhà tim mạch học đầu ngành trong cả nước cũng khá độc đáo và trở thành chỗ dựa để tiến hành nhiều công việc quan trọng như đánh giá các công trình của Giải thưởng các Nhà nghiên cứu trẻ (Young Investigator's Award) và nhất là chia

thành 20 Tiểu ban biên soạn ra 20 “Khuyến cáo xử trí các bệnh lý tim mạch chủ yếu ở Việt Nam”, đã in thành sách, đúng như câu nói “Đoàn kết là Sức mạnh”. Đây thực sự là 1 hướng đi đúng đắn nhất của 1 Hội khoa học, đã dẫn đến 2 tấm Huân chương Lao động cho Hội ta và cần tiếp tục phát huy hơn nữa.

Trong Đại hội này, chúng ta cho cập nhật khá nhiều vấn đề quan trọng. Chỉ riêng về Suy tim, chúng ta đã có 7 đề tài. Chúng ta đều biết: Suy tim thường là hậu quả cuối cùng của đại đa số các bệnh tim cũng như trong thời cổ đại “Tất cả các con đường đều dẫn đến thành La Mã”. Chẩn đoán suy tim chủ yếu căn cứ vào triệu chứng khó thở. Nhưng những ai trong lâm sàng hàng ngày thường phải đối mặt với suy tim chắc cũng đều đã gặp những ca khó chẩn đoán, làm ta do dự khó quyết định có phải là do suy tim hay không, đặc biệt là trong cấp cứu. Thì đây, sự ra đời của việc *định lượng BNP* (Brain Natriuretic Peptide) thực hiện hoàn toàn tự động nhanh chóng trong 18 phút đã giúp ta rất nhiều. Ngay từ năm 2002, chúng tôi đã được cảnh báo về tác dụng của nó. Lúc đó, đã thấy ở 1 công trình, BNP có giá trị dự báo dương tính suy tim đúng đến 92,4% và dự báo âm tính đúng tới 90%; đến mức độ mà Tạp chí New England Journal of Medicine đã phải mệnh danh là: “Cái xét nghiệm nó cứu sống những cuộc đời”. Trong Đại hội này, cũng có 2 báo cáo về BNP, 1 cái của Sài Gòn và 1 cái của Hà Nội, mô tả tương đối đầy đủ. Đồng thời, kỹ thuật xét nghiệm BNP cũng được minh họa rõ ràng hơn ngay tại đây bằng chiếc máy định lượng của Abbott Laboratories.

Tuy nhiên, nhìn chung hiện nay trên thế giới có quá nhiều nguồn thông tin làm cho chúng ta thật lúng túng. Nhà nghiên cứu Burton Rose, Tổng biên tập tờ Up-to-Date đã đặt câu hỏi: “Bạn đã bao giờ thử lấy uống 1 hớp nước từ 1 cái vòi nước đang bốc lửa chưa?”. Và trả lời rằng “cảm giác đó giống hệt như khi đung vào *dòng thác các thông tin y học tuôn trào ra từ internet* và các nguồn khác. Cho nên, Giáo sư Rutherford Rogers mới than phiền rằng “chúng ta đang chết đuối trong các thông tin và chết đói về kiến thức”.

Chỉ lấy một thí dụ: về 2 nguồn thông tin là các Khuyến cáo của Hội THA Châu Âu và JNC VII của Mỹ mới đây ra đời chỉ cách nhau mấy tuần lễ mà đã có nhiều khác biệt đáng kể: ngay từ định nghĩa THA, Hội Châu Âu cho con số HA

120-129/80-84 mmHg là bình thường, còn JNC VII đã cho là *Tiền Tăng huyết áp*. Khi đo HA 24h, Châu Âu cho con số trên 140/90 là THA còn JNC VII thì chỉ cần trên 135/85. Các *yếu tố nguy cơ và xếp loại THA* cũng được Hội Châu Âu phân tích chi tiết hơn, nhấn mạnh đến vi-albumin-niệu (micro-buminurie), sự tăng nhẹ creatinine lên trên 103 micromol/l, và đặc biệt là *lượng Proteine C Reactive vượt quá 1mg/dl cho đó là 1 yếu tố nguy cơ mạnh ngang LDLc*. Cả về điều trị THA, Hội Châu Âu khuyến cáo có thể bắt đầu bằng bất kể 1 thứ thuốc nào trong 5 loại lớn: Lợi tiểu,Ức chế men chuyển, Chẹn thụ thể angiotensine, Chẹn giao cảm beta hoặc Chẹn dòng calci, hoặc phối hợp 2 hay 3 loại đó khi có THA nặng. Còn JNC VII thì khuyến cáo đầu tiên nên cho 1 lợi tiểu thiazide cho đại đa số các ca, chỉ khi cần mới cho loại khác; hoặc khi có THA nặng mà cần kết hợp thì cũng ưu tiên kết hợp với thiazide điều mà cá nhân tôi thấy ít hiệu quả trên lâm sàng. Các khác biệt đó có thể là do JNC VII căn cứ chủ yếu vào kết quả cuộc thử nghiệm lâm sàng lớn ALLHAT, còn Hội Châu Âu thì cho rằng làm như thế có điều hạn chế vì các thử nghiệm lớn thường hay chọn bệnh nhân có nguy cơ cao hơn và thời gian thử nghiệm lại quá ngắn so với tuổi thọ bệnh nhân v.v.. Các khác biệt quan điểm đó thực ra cũng cần thiết vì *khoa học luận (epistemiologie) thường cho ta thấy tính năng động của các tranh luận và tính không vững của sự giáo điều*.

Và chính trong dòng thác thông tin đó chúng ta phải tìm thấy được chính mình, cùng nhau bàn bạc các kinh nghiệm của chính bản thân mỗi người chúng ta, trên những bệnh nhân Việt Nam chúng ta, và đó cũng chính là *lẽ sống của các Đại hội Quốc gia* như hôm nay. Đại hội tạo ra cho chúng ta 1 *Diễn đàn toàn quốc* để tất cả các nhà tim mạch học có thể công bố các công trình nghiên cứu và luận điểm khoa học của mình, 1 “*đất dụng võ*” để mọi người hiểu biết lẫn nhau hơn. Và cũng chính hôm nay, từ Diễn đàn này, chúng ta có vinh dự sau đây ít phút, được nghe Lãnh đạo Nhà nước phối hợp với Bộ Y tế và Tổ chức Y tế Thế giới phát động “*Cuộc vận động thực hiện lối sống lành mạnh Phòng bệnh Tăng huyết áp*”

Để có được niềm vui gặp mặt hôm nay, chúng ta đã có sự *ủng hộ nhiệt tình* của Bộ Y tế, Ban Tổ chức Chính phủ, Tổng hội Y học, của Ủy ban Nhân dân TP Hà Nội, Viện Tim mạch học Việt Nam, Trường Đại học Y Hà Nội với *Đội văn nghệ* và các sinh viên và sự *tài trợ vật chất* của các Hãng thuốc và máy tim mạch mà đứng đầu là Hãng Tài trợ chính Pfizer. Chúng tôi xin chân thành cảm ơn mọi sự giúp đỡ và ủng hộ đó.

Chúng tôi cũng xin cảm ơn các vị khách quý, các nhà báo, thông tấn, truyền hình đã bớt chút thì giờ đến dự, và nhiệt liệt hoan nghênh *toàn thể các Hội viên và Đồng nghiệp* từ mọi miền đất nước về dự Đại hội.

Với niềm vui đó, tôi xin long trọng tuyên bố *Khai mạc* Đại hội Tim mạch học quốc gia Việt Nam lần thứ X.

Hà Nội, 27/4/2004

Phần I

CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ TĂNG HUYẾT ÁP

KHẢO SÁT SỰ THAY ĐỔI NỒNG ĐỘ B-TYPE NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) HUYẾT TƯƠNG Ở BỆNH NHÂN SUY TIM DO TĂNG HUYẾT ÁP

Nguyễn Hữu Cảnh, Nguyễn Thị Du

Đặt vấn đề:

- BNP là hormon thần kinh được giải phóng từ tâm thất tim khi có sự tăng thể tích và áp lực tâm thất.

- Chúng tôi khảo sát sự thay đổi nồng độ BNP trong huyết tương ở bệnh nhân STTHA và không suy tim để xem nồng độ BNP có tăng lên ở bệnh nhân STTHA hay không, cũng như có tăng tương xứng theo độ ST (NYHA và Hội Tim mạch Việt Nam).

Phương pháp nghiên cứu:

- Chúng tôi nghiên cứu cắt ngang với 32 bệnh nhân vào Viện Tim Quốc gia và được chẩn đoán chắc chắn là STTHA, chưa được điều trị hoặc không điều trị thường xuyên và 10 bệnh nhân không suy tim vào Viện Lão khoa.

- Tất cả 42 bệnh nhân được lấy 2 ml máu sau khi nhập viện, chống đông bằng EDTA (1mg/ml máu).

- Sử dụng que thử BNP của hãng Biosite (USA) hạn dùng 4/2004 và máy xách tay Triage Meter (USA).

- Đây là khảo sát dựa trên cơ sở miễn dịch huỳnh quang.

Kết quả:

- Nồng độ trung bình của BNP huyết tương ở bệnh nhân STTHA là $568,02 \pm 473,86$ pg/ml và không suy tim là $13,61 \pm 13,60$ pg/ml.

- Độ nhạy: 78%, độ đặc hiệu 100% đối với bệnh nhân STTHA độ I \rightarrow IV

- Độ nhạy: 92%, độ đặc hiệu 100% đối với bệnh nhân STTHA độ II \rightarrow IV.

- Nồng độ BNP tăng tương xứng theo phân độ NYHA.

Độ I : $99,35 \pm 84,5$ pg/ml

Độ II: $279,31 \pm 101,76$ pg/ml

Độ III: $702,87 \pm 237,58$ pg/ml

Độ IV: $1295 \pm 15,43$ pg/ml

Kết luận:

- Nồng độ BNP tăng rõ rệt ở bệnh nhân STTHA cũng như tăng tương xứng theo phân độ suy tim NYHA.

- Giúp hỗ trợ thầy thuốc khoa cấp cứu chẩn đoán nhanh STTHA.

ASSAY OF THE PLASMA BNP LEVELS IN PATIENTS ADMITTED WITH HYPERTENSIVE HEART FAILURE (HHF)

Nguyễn Hữu Cảnh, Nguyễn Thị Du

* Objectives:

- BNP is a neurohormone secreted from the cardiac ventricles in response to volume expansion and pressure overload.
- The goal of this study was to determine if B-type natriuretic peptide (BNP) levels increase in patients admitted with HHF.

* Methods:

- We followed 32 patients admitted with HHF (only first treatment; patients admitted with other heart failure: foreexample: mitral stenosis, myocardial infarction...to not be included), and classified by NYHA class I → IV. Byside, we also followed 10 patients admitted with non-HF.

All of them was measured BNP levels immediately after hospitalization.

- We then determine how the BNP levels increase in HHF patients & non HF patients.
- We used the BNP kit of Biosite-Co USA (Exp. 4/2004) & Biosite Triage meter.

* Results:

- The mean BNP levels in HHF patients were $568,02 \pm 473,86$ pg/ml while the non-HF patients $13,61 \pm 13,60$ pg/ml.
- Sensitivity 78%, Specificity: 100% (NYHA class I → IV).
- Sensitivity 92%, Specificity: 100% (NYHA class II → IV).
- The plasma BNP levels increased proportionally with the NYHA class.

1st : $99,35 \pm 84,5$ pg/ml

2nd: $279,31 \pm 101,76$ pg/ml

3nd: $702,87 \pm 237,58$ pg/ml

4th: $1295 \pm 15,43$ pg/ml

Conclusions:

- The plasma BNP levels were increased in patients admitted with HHF, and was proportionally increased with NYHA class.
- Used in conjunction with other clinical & subclinical (Xray - Echocardiography) information, rapid measurement of BNP is useful in establishing the diagnose of HHF

KHẢO SÁT RỐI LOẠN LIPID MÁU Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

Bác sĩ Nguyễn Đào Dũng

Từ tháng 02 năm 2003, qua khảo sát 63 bệnh nhân tăng huyết áp (THA) được điều trị nội trú tại khoa Tim Mạch Bệnh Viện đa khoa tỉnh Bình Thuận, chúng tôi nhận thấy:

1. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA chiếm 49,21%.
2. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tất cả các chỉ số lipid máu giữa nhóm THA và nhóm chứng ($p < 0,05$).
3. Trong nhóm THA, TC, HDL- C và LDL- C ở cả hai giới nam và nữ khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p < 0,05$).
4. Trong nhóm THA, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tất cả các chỉ số lipid máu theo nhóm tuổi cũng như độ THA ($p > 0,05$).
5. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA, gặp nhiều nhất là: TC, rồi đến LDL- C, HDL- C và cuối cùng là TG.
6. Rối loạn lipid máu ở bệnh nhân THA:
 - ❖ Đa số là tăng TC đơn thuần theo phân loại De Gennes.
 - ❖ Chủ yếu là type II a theo phân loại Fredrickson.
 - ❖ Chủ yếu là nhóm A theo phân loại quốc tế.
7. Có mối liên quan chặt chẽ giữa THA, rối loạn lipid máu và bệnh xơ vữa động mạch.
8. Vì vậy, lipid đồ là một xét nghiệm không thể thiếu trong điều trị bệnh nhân THA.
9. Tuy nhiên, để phân loại rối loạn lipid máu chính xác hơn, cần tiến hành thêm điện di protein.
10. Điều trị THA- mục tiêu không chỉ là kiểm soát huyết áp- mà còn phải điều trị cả những yếu tố nguy cơ tim mạch, trong đó có rối loạn lipid máu.

A SURVEY OF DYSLIPIDEMIA ON PRIMARY HYPERTENSIVE PATIENTS

Dung Nguyen Dao, M.D., M.M.

Since February 2003, by surveying 63 hypertensive patients treated in the Cardiovascular Department of Binh Thuan General Hospital, we have come to the conclusion that:

1. The ratio of dyslipidemia in hypertensive patients is 49,21%.
2. All lipidemia indices between hypertensive group and control group are different statistically ($p < 0,05$).
3. In hypertensive group, TC, HDL- C and LDL- C between female and male are different statistically ($p < 0,05$).
4. In hypertensive group, there is no statistical difference in all lipidemia indices by age group and hypertensive group ($p > 0,05$).
5. Most dyslipidemia in hypertensive group can be seen in TC, then LDL- C, HDL- C and lastly TG in order of decrease.
6. Dyslipidemia in hypertensive patients is commonly found:
 - Mostly as pure hypercholesterolemia by De Gennes' classification.
 - Mostly as type II a by Fredrickson's classification.
 - Mostly in group A by international classification.
7. There is a close relationship between hypertension, dyslipidemia and arterosclerosis.
8. Consequently, lipidemia test is necessary in treatment for hypertensive patients.
9. However, to classify dyslipidemia more correctly, protein electrophoresis is advisable.
10. The goals of hypertensive treatment are not only controlling blood pressure but also treating cardiovascular risk factors, among which is dyslipidemia.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG CỦA ENALAPRIL VÀ METOPROLOL TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP

*TS Đỗ Quốc Hùng, TS Trương Thanh Hương, Th.S Phan Việt Sinh,
Th.S Phạm Như Hùng, Th.S Trần Văn Dương, Th.S Hàn Nhất Linh,
Th.S Vũ Kim Chi, TS Tạ Mạnh Cường, Th.S Đinh Thu Hương,
Th.S Trần Thu Hoài, Th.S Nguyễn Ngọc Quang, BS Vũ thị Lan,
GS TS Phạm Gia Khải GS TS Nguyễn Lân Việt TS Nguyễn Ngọc Tước.*

Tổng cộng 84 bệnh nhân tuổi trung bình là $64,21 \pm 3,52$ có mức tăng huyết áp độ I, II theo phân loại ISH-JNC VI với HATT trung bình là $167,38 \pm 4,84$ mmHg, HATT trung bình là $100,48 \pm 3,70$ mmHg, có mức suy tim độ II, III theo phân loại NYHA với 46 bệnh nhân độ II và 38 bệnh nhân độ III được phân ngẫu nhiên 2 nhóm dùng thuốc enalapril và metoprolol với mục đích nghiên cứu đánh giá hiệu quả trên lâm sàng của Enalapril và Metoprolol trong điều trị suy tim ở bệnh nhân tăng huyết áp. Kết quả cho thấy: Enalapril và Metoprolol đều có khả năng kiểm soát huyết áp và nhịp tim tốt sau 1 tháng điều trị và duy trì đến tháng thứ 3, dấu hiệu suy tim được cải thiện dần theo thời gian điều trị. Số bệnh nhân tử vong do mọi nguyên nhân ở nhóm Enalapril là 1 (chiếm tỷ lệ 2,85%), ở nhóm Metoprolol là 1 (chiếm tỷ lệ 3,03%). Không thấy xuất hiện các biến cố tim mạch chính, gồm: đột tử do tim, cơn hen tim, phù phổi cấp, hội chứng vành cấp, phình tách động mạch, tai biến mạch não, cơn tăng huyết áp kịch phát, rối loạn nhịp phải nhập viện. Chưa thấy sự khác nhau về hiệu quả lâm sàng của 2 thuốc trong việc kiểm soát huyết áp và cải thiện độ suy tim cũng như tỷ lệ gặp phải các tác dụng không mong muốn. Trong quá trình dùng thuốc, số bệnh nhân xuất hiện một số tác dụng không mong muốn như sau: nhóm sử dụng enalapril có ho khan 2 bệnh nhân (tỷ lệ 5,88%), mệt mỏi, chán ăn 1 bệnh nhân (tỷ lệ 2,94%), tổng cộng có 3 bệnh nhân có các tác dụng không mong muốn (chiếm 8,82%). Nhóm sử dụng metoprolol : có 2 bệnh nhân có biểu hiện nhịp tim chậm ($50 \text{ ck/phút} < \text{nhịp tim} < 60 \text{ ck/phút}$) (chiếm tỷ lệ 6,25%). Không có những thay đổi bất thường về các chỉ số xét nghiệm hoá sinh máu của: glucose, natri, kali, ure, creatinin, các men amino-transaminase và lipid. Không thấy các tác dụng phụ lạ, không có bệnh nhân nào phải ngừng điều trị do tác dụng phụ của thuốc.

ENALAPRIL AND METOPROLOL IN TREATMENT OF THE HYPERTENSIVE PATIENTS WITH HEART FAILURE

*Đỗ Quốc Hùng, Trương Thanh Hương, Phan Việt Sinh, Phạm Như Hùng,
Trần Văn Dương, Hàn Nhất Linh, Vũ Kim Chi, Tạ Mạnh Cường,
Đinh Thu Hương, Trần Thu Hoài, Nguyễn Ngọc Quang, Vũ thị Lan,
Phạm Gia Khải, Nguyễn Lân Việt, Nguyễn Ngọc Tước.*

A total of 84 patients, mean age $64,21 \pm 3,52$ with stage 1 ,stage 2 hypertension (ISH-JNC VI-1997), mean SBP $167,38 \pm 4,84$ mmHg, mean DBP $100,48 \pm 3,70$ mmHg, classified heart failure with 46 cas NYHA II and 38 cas NYHA III were randomised for treatment with enalapril and metoprolol. The results shows : Enalapril và Metoprolol were equally effective in controlling blood pressure and heart rate after treatment for 1 month, and continuously persistent for 3 months, gradually improvement of heart failure condition. In group enalapril had 1 patient unknown died (2,85%), in group metoprolol had 1 patient unknown died (3,03%). All patients without cardiac events as well as re-admittation. There were no statistically significant differences between enalapril and metoprolol with regard to blood pressure lowering effect and gradually improvement of heart failure condition . The percentage of patients experiencing adverse event was 5,88% cough, 2,94% dizziness for enalapril, 6,25% brachycardia ($50 \text{ bpm} < \text{heart rate} < 60 \text{ bpm}$) for metoprolol, but there was no patient withdrawn drug.

TÁC DỤNG DƯỢC LÝ CỦA ĐỊA LONG TRÊN THỰC NGHIỆM VÀ ỨNG DỤNG LÂM SÀNG TRÊN BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT ĐƯỢC THEO DÕI BẰNG HOLTER HUYẾT ÁP

Thạc sĩ Trần Thị Hồng Thủy

Nghiên cứu thực nghiệm trên động vật đã được tiến hành để thăm dò một số tác dụng dược lý của địa long làm tiền đề cho những ứng dụng trên lâm sàng điều trị bệnh tăng huyết áp; kết quả nghiên cứu cho thấy:

- Tác dụng lợi tiểu: địa long liều 3g/100g cân nặng làm thay đổi nhẹ thể tích nước tiểu chuột cống trắng ($p < 0,05$; $0,01$ so với chứng).

- Khả năng bài xuất một số chất điện giải: hàm lượng của Na^+ , K^+ , Cl^- tăng trong nước tiểu chuột sau khi uống địa long.

- Tác dụng giãn mạch: Địa long làm giãn mạch ở cả dung dịch 2% và 4%, tuy nhiên địa long 4% làm giãn mạch mạnh hơn.

- Tác dụng của địa long đối với huyết áp: với liều 30g/kg cân nặng, địa long làm giảm huyết áp chó bắt đầu từ giờ thứ 2 sau khi uống, tác dụng này kéo dài trong 6 giờ.

- Địa long không có tác dụng hiệp đồng với hexobarbital.

Trên lâm sàng, địa long đã được dùng điều trị cho bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát nhẹ và vừa. Kết quả theo dõi trên Holter huyết áp ở 31 ca cho thấy địa long làm giảm cả huyết áp tâm thu và huyết áp tâm trương, có xu hướng cải thiện tỷ lệ nhóm dipper và non-dipper. Các chỉ số về huyết áp đều giảm có ý nghĩa, lần lượt với $p < 0,01$ và $0,05$. Thuốc không có tác dụng phụ.

PHARMACOLOGY EFFECTS OF EARTHWORM ON EXPERIMENT AND CLINICAL APPLICATION ON PRIMITIVE HYPERTENSIVE PATIENTS WATCHED BY HOLTER BLOOD PRESSURE

Master Tran Thi Hong Thuy

Military Institute of Traditional Medicin

Experimental study on animal was implemented for trying to know some pharmacology effects of earthworm making premise for a clinical application to treat hypertension. Result of study:

- Diuretic effect: earthworm dose 3g/100g weight lightly changes urine volume of white sewerrat ($p < 0,01$; $0,05$ comparing to witness).

- Ability to excrete a number of electrolysis: concentration of Na^+ , K^+ , Cl^- increases in urine of mouse after drinking earthworm.

- Blood vessel dilatation effect: earthworm dilates blood vessel with both 2% solution and 4% solution, however the dilatation effect is stronger with 4% solution.

- Effect of earthworm on blood pressure: with dose 30g/kg weight, earthworm diminishes blood pressure of dog at the second hour after drinking, the effect lengthens for six hours ($p < 0,001$).

- Earthworm has no co-ordinated action with hexobarbital.

In clinic, earthworm was used to treat for moderate and light hypertension patients. Result of watching by Hoter blood pressuse on 31 patients demonstrates that earthworm diminishes both systolic blood pressure and diastolic blood pressure, has tendency to ameliorate the rate of dipper and non-dipper group. All indices of blood pressure significantly diminish, with $p < 0,01$; $0,05$. Drug has no side-effect.

NHẬN XÉT LIÊN QUAN GIỮA ÁP LỰC MẠCH VỚI CÁC BIẾN CHỨNG TIM MẠCH Ở BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP NGUYÊN PHÁT

*Quách Ngân Hà, Lê Thanh Hà,
Đương Vân Ngọc, Nguyễn Hồng Anh*

- Khảo sát liên quan giữa áp lực mạch với một số yếu tố nguy cơ và biến chứng tim mạch ở bệnh nhân tăng huyết áp nguyên phát.

- Kết quả: tuổi mắc bệnh trung bình $65 \pm 18,3$, tỷ lệ tăng huyết áp tâm thu đơn thuần 4,8%. Nhóm ≥ 60 tuổi có áp lực mạch độ 4 cao nhất, các biến chứng tim mạch có tỷ lệ cao ở nhóm áp lực mạch độ 4. Phi đại thất trái là biến chứng có tỷ lệ cao nhất, sau đó là bệnh mạch vành, rối loạn chức năng thất trái, tai biến mạch máu não, tổn thương động mạch cảnh ngoài sọ. Tăng Triglycerit, giảm HDL-C khi áp lực mạch gia tăng. Chưa thấy sự liên quan áp lực mạch với các yếu tố nguy cơ: tăng đường huyết, chỉ khối cơ thể, mất ngủ, huyết áp, nhịp tim.

SUMMARY

- Investigate the relationship of pulse pressure with risk factors of cardiovascular and complications.

- Results: 41 patients, mean age: $65,4 \pm 18,3$. Prevalence pure primary hypertension: 4,8%. Group aged ≥ 60 . There was the highest rate of stage of 4 pulse pressure. The highest prevalence was in left ventricular hypertrophy (LVH), after that: the coronary heart disease (CHD), left ventricular diastolic (LVD), cerebral stroke, outernal carotid arterial disease. There was relationship of increase Triglycerid, decrease HDL-C with increase pulse pressure. There wasn't the relationship between pulse pressure and hyperglycemia, body mass index, state nondipper of blood pressure, heart rate.

BƯỚC ĐẦU KHẢO SÁT THÁI ĐỘ CỦA BỆNH NHÂN BỊ TĂNG HUYẾT ÁP ĐỐI VỚI BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP TẠI KHOA TIM MẠCH BỆNH VIỆN VIỆT NAM – THỤY ĐIỂN UÔNG BÍ TRONG NĂM 2002

Bs. Đoàn Dư Đạt, Bs. Nguyễn Văn Thịnh và cộng sự

Chúng tôi khảo sát thái độ và sự hiểu biết của 184 người bệnh tăng huyết áp tuổi từ 22 đến 87 tại khoa Tim Mạch bệnh viện Việt nam – thụy điển Uông Bí trong năm 2002, với mục tiêu của nghiên cứu:

1. Khảo sát một số thói quen trong sinh hoạt và thái độ của người bệnh đối với bệnh tăng HA.
2. Thông qua người bệnh tăng HA đánh giá sơ bộ về sự quản lý, hướng dẫn và điều trị của các cơ sở y tế cho các bệnh nhân tăng HA.

I. Phương pháp:

- Bệnh nhân được chẩn đoán tăng huyết áp theo các giai đoạn của JNC-VI, đo chiều cao, cân nặng và tính chỉ số BMI. Khảo sát dựa vào bộ câu hỏi.

II. Kết quả điều tra:

1. Các thói quen hàng ngày của bệnh nhân tăng huyết áp được phỏng vấn không có mối liên quan đến bệnh tăng HA, yếu tố “*Suy nghĩ căng thẳng, mất ngủ vô cớ*” có liên quan đến bệnh tăng HA.
2. Thái độ của người bệnh đối với bệnh tăng HA:
 - Bệnh nhân bị bệnh tăng HA thường đến khám và điều trị tại các cơ sở y tế, ít tự điều trị cho mình tại nhà.
 - Khi mua thuốc chữa bệnh tăng HA thường theo đơn của thầy thuốc và mua tại các cửa hàng dược.
 - Bệnh nhân bị tăng HA đi chữa bệnh, phần lớn thấy không tốn kém gây ảnh hưởng đến kinh tế gia đình.
 - Họ có ý thức kiểm tra HA thường xuyên và có ít khả năng tự đo HA tại nhà.

- Người bệnh cho biết khi thấy đầu đau đầu khó chịu thường cần phải đo huyết áp.

3. Sự phục vụ của y tế đối với bệnh nhân bị tăng HA:

- Khi bệnh nhân đến các cơ sở y tế khám và chữa bệnh, thường được các cơ sở đó điều trị chu đáo.

- Khi về sinh hoạt tại cộng đồng thường không được y tế cơ sở điều trị và quản lý thường xuyên.

- Các cơ sở y tế có tuyên truyền về sự nguy hiểm của bệnh tăng HA cho người bệnh.

Kết luận:

Các thói quen hàng ngày của bệnh nhân tăng huyết áp không có mối liên quan đến bệnh tăng HA, yếu tố “*Suy nghĩ căng thẳng, mất ngủ vô cơ*” có liên quan đến bệnh tăng HA. Bệnh nhân tăng huyết áp không được quản lý tốt trong cộng đồng. Cần nghiên cứu thêm để khẳng định vấn đề trên.

PRELIMINARY SURVEY OF HYPERTENSIVE PATIENTS' ATTITUDE TOWARDS HYPERTENSION AT THE DEPARTMENT OF CARDIOVASCULAR IN VIET NAM – SWEDEN UONG BI HOSPITAL QUANG NINH PROVINCE IN THE YEAR 2002

Dr. Doan Du Dat, Dr. Nguyen Van Thinh and et

We surveyed the attitude and knowledge of 184 patients aged 22 to 87 years old at department of cardiovascular in Viet Nam – Sweden Uong Bi hospital Quang Ninh province in the year 2003. The studying objectives as follow:

1. To survey some habits and the attitude of hypertensive patients about hypertension.
2. To evaluate the management and guidelines of basal levels of medicine preliminarily through hypertensive patients.

I. Subjects and method:

Studying patients were diagnosed hypertensive grades by criteria of JNC – VI, with measurement of height and weigh, calculating BMI. The survey was carried out with questionnaires.

II. Results:

- Interviewed hypertensive patients' habits did not relate to hypertension. The factors of “ a tense mind, insomnia of unknown” related to hypertension.

*** Patients' attitude toward hypertension:**

- Hypertensive patients have often an access to get medication at health stations or district hospitals, having self-medication rarely at home.

- When buying medicines for treating hypertension, patients often use physicians' prescription to get medicines at pharmacies.

- In opinion of hypertensive patients, hypertension was treated to do not affect their family' economy.

- They always have an access to check up their blood pressure and can not measure blood pressure by themselves at home.

- In opinion of patients, they have to measure blood pressure when feeling headache or upset.

*** Medicine services for hypertensive patients:**

- During the time patients were treated at health stations or district hospitals, they were given thoughtful care but were not managed in community. However they were propagated about the danger of hypertension.

Conclusion:

Interviewed hypertensive patients habits did not relate to hypertension. The factors of " a tense mind, insomnia of unknown" related to hypertension. Hypertensive patients were not managed well in community. Above problems will be necessary to be studied further in the future.

NGHIÊN CỨU TỈ LỆ TĂNG HUYẾT ÁP Ở NGƯỜI CAO TUỔI TẠI XÃ HƯƠNG XUÂN, HUYỆN HƯƠNG TRÀ TỈNH THỪA THIÊN-HUẾ

ThS. BS. Nguyễn Đức Hoàng

Mục đích:

1. Tìm hiểu các chỉ số nhân trắc, tỉ lệ tăng huyết áp của những người cao tuổi.

2. Tìm hiểu mối tương quan giữa tuổi, chỉ số nhân trắc, các chỉ số huyết áp.

Kết luận:

- Tỉ lệ nam: nữ= 1:1,3 ($p<0,01$).

- Tỉ lệ gầy 36,36%, bình thường 48,99%, nguy cơ là 8,08%, béo độ I là 6,57%, béo độ II 0%.

- Tỉ lệ tăng huyết áp chung chiếm tỉ lệ 38,89%.

- Tương quan với tuổi:

Có sự tương quan thuận giữa tuổi với huyết áp tâm thu ($r=0,28844$, $P<0,01$, $Y=0,8569X+72,0806$) và huyết áp tâm trương ($r=0,1829$, $P<0,05$, $Y=0,2508X+59,5527$), tương quan nghịch với BMI ($r=-0,2415$, $P<0,01$, $Y=0,096X+26,9065$).

Không có sự tương quan tuổi với tỉ vòng bụng / vòng hông ($r=0,0427$, $p>0,05$)

- Tương quan huyết áp tâm thu:

Có sự tương quan thuận giữa HATH với BMI ($r=0,2340$, $p<0,01$, $y=0,0279X+16,3172$) và VB/VM ($r=0,1669$, $p<0,05$, $y=0,0005X+19,966662$).

- Tương quan huyết áp tâm trương (HATTr):

Có sự tương quan thuận giữa HATTr với BMI ($r=0,23998$, $P<0,01$, $y=0,0045X+19,6867$) và VB/VM ($r=0,2047$, $p<0,01$, $y=0,4066X-30,6433$).

- Tương quan BMI với VBVM:

Có sự tương quan thuận rất chặt chẽ giữa BMI với VB/VM ($r=0,4274$, $p<0,001$, $y=0,01003X+0,6637$).

STUDYING HYPERTENSION PREVALENCE OF OLD PEOPLE AT HUONG XUAN VILLAGE OF HUONG TRA DISTRICT, THUA THIEN-HUE PROVINCE

Object: Studying 198 cases of old people.

+ Applying anthropometric ratio, hypertension prevalence.

+ Studying the relations between age, BMI, waist/hip ratio (WHR), a mean systolic blood pressure, a mean diastolic blood pressure.

Conclusion:

1. The ratio is estimated: men/women ratio 1:1,3 ($p < 0,01$), thin ratio 36,36%, normal ratio 48,99%, risk ratio 8,08%, obese stage I ratio 6,57%, obese stage II ratio 0%, Hypertension ratio 38,89%.

2. There is a relation between:

2.1. Age with:

+ A mean systolic blood pressure ($r = 0,28844$, $p < 0,01$, $y = 0,8569X + 72,0806$).

+ A mean diastolic blood pressure ($r = 0,1829$, $p < 0,05$, $y = 0,2508X + 59,5527$).

+ BMI ($r = - 0,2415$, $p < 0,01$, $y = 0,096X + 26,9065$).

+ There is not a relation between age with waist/hip ratio ($r = 0,0427$, $p > 0,05$).

2.2. A mean systolic blood pressure with:

+ BMI ($r = 0,2340$, $p < 0,01$, $y = 0,0279X + 16,3172$).

+ Waist/hip ratio ($r = 0,1669$, $p < 0,05$, $y = 0,0005 X + 19,96662$).

2.3. A mean diastolic blood pressure with:

+ BMI ($r = 0,23998$, $p < 0,01$, $y = 0,0045X + 19,6867$).

+ Waist/hip ratio ($r = 0,2047$, $p < 0,05$, $y = 0,4066 X - 30,6433$).

2.4. BMI with Waist/hip ratio ($r = 0,4274$, $p < 0,001$, $y = 0,01003X + 0,6637$).

**ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ VÀ DUNG NẠP CỦA EDNYT (ENALAPRIL)
TRONG ĐIỀU TRỊ NGOẠI TRÚ BỆNH NHÂN TĂNG HUYẾT ÁP
TẠI BỆNH VIỆN 7A**

**EVALUATION OF EFFICACY AND TOLERANCE OF EDNYT IN
TREATING THE HYPERTENSIVE IN HOSPITAL 7A**

BS. Bùi Xuân Hợp, BS. Phạm Văn Sơn, BS. Nguyễn Thị Tố Mai

Ednyt (enalapril maleate) – one of ACE- inhibitors to treat essential hypertension is produced by Gedeon Richter Ltd.

Aim of study:

To evaluate clinical efficacy and tolerance of Ednyt in long-term treatment of out-patients with hypertension according to JNCVI (1999) classification in hospital 7A between March 2001 and April 2003.

This is an open- non-comparative study on 40 patients (diagnosed essential hypertension, not using any anti-hypertensive previously); including

Hypertension grade I: 15 patients;

Hypertension grade II: 20 patients;

Hypertension grade III: 5 patients;

(male: 30 patients – 75%; female: 10 patients – 25%)

age: between 41 and 86 (mean: 62).

Dosage:

10 mg once a day at 7:00 pm, for 24 consecutive weeks; if after 4 weeks, the systolic blood pressure does not reduce to above 20 mmHg compared to before treatment or the diastolic blood pressure is still to above 90 mmHg compared to before treatment. It can be combined to another anti-hypertensive (individually).

Results:

Efficacy: Blood pressure reduced in 40 per 40 patients including 36/40 cases come to normotension (90.0%); 2 cases from grade III to grade I hypertension (5.0%), 2 from grade II to grade I hypertension (5.0%).

Tolerance: Ednyt is tolerated well; there are no cases to discontinue treatment due to side-effects.

HIỆU QUẢ VÀ ĐỘ AN TOÀN CỦA AMLODIPINE (NORMODIPINE) TRONG ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP NHẸ VÀ VỪA

*Nguyễn Lâm Việt, Trương Thanh Hương, Đỗ Doãn Lợi,
Phạm Thái Sơn, Nguyễn Thị Thu Hoài, Đỗ Kim Bằng,
Đinh Thị Thu Hương, Phạm Gia Khải*

Thuốc chẹn kênh canxi được sử dụng rộng rãi và có hiệu quả cao trong điều trị tăng huyết áp (THA). Amlodipine là một thuốc chẹn kênh canxi thế hệ thứ ba, thuộc nhóm dihydropyridine.

Mục đích nghiên cứu nhằm khảo sát hiệu quả hạ áp và độ an toàn của Amlodipine (Normodipine®) trên cơ địa người Việt Nam bị THA nhẹ và trung bình.

Kết quả: 31 bệnh nhân THA vô căn mức độ nhẹ và vừa, 58,1% là nam giới, tuổi trung bình $61,77 \pm 9,35$, năm, được điều trị bằng Amlodipine liều 5mg/ngày hoặc 10mg/ngày trong 8 tuần. Có gần 90% bệnh nhân đạt mức hạ huyết áp như mong muốn: huyết áp tâm thu trước và sau điều trị: $156,94 \pm 1,52$ mmHg so với $130,68 \pm 9,29$ mmHg, $p < 0,00001$; huyết áp tâm trương trước và sau điều trị: $94,68 \pm 7,06$ mmHg so với $79,19 \pm 4,67$ mmHg, $p < 0,00001$. Tần số tim trước và sau điều trị khác nhau không có ý nghĩa thống kê ($77,13 \pm 8,9$ chu kỳ/phút so với $79,48 \pm 7,63$ chu kỳ/phút). Tỷ lệ đáy đỉnh (T/P) tâm thu: $84,94 \pm 9,15\%$; tâm trương: $80,87 \pm 12,86\%$. Dung nạp lâm sàng và sinh học của thuốc tốt. Chỉ có 1 trường hợp phải phối hợp thêm 1 thuốc hạ huyết áp khác do tác dụng phụ của thuốc nhịp tim nhanh.

Kết luận: Amlodipine có hiệu quả hạ huyết áp tốt và có độ an toàn cao trong điều trị bệnh nhân bị THA vô căn mức độ nhẹ và vừa.

TÁC ĐỘNG LÀM CHẬM TIẾN TRIỂN BỆNH THẬN DO ĐÁI THÁO ĐƯỜNG CỦA IRBESARTAN TRÊN BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2, TĂNG HUYẾT ÁP

Nhóm nghiên cứu IRMA 2:

Han – Henrik Parving, MD, D.M.SC; Hendrik Lehnert, MD; Jens Brochner – Mortensen, MD, D.M.SC; Ramon Gomis, MD; Steen Andersen, MD; Peter Arner, MD, D.M.SC

Nhóm nghiên cứu IDNT:

Edmund J. Lewis, MD; Lawrence G. Hunsicker, MD; William R. Clarke, PhD; Tomas Berl, MD; Pohl, MD; Julia B. Lewis, MD; Eberhard Ritz, MD; Robert C. Atkins, MD; Richard Rohde, BS; Itamar Raz, MD

Cơ sở của nghiên cứu: Tăng huyết áp (THA) tác động đến hơn 600 triệu người trên toàn thế giới và cũng có đến 135 triệu người mắc bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) trên toàn thế giới. Theo Tổ chức Y Tế Thế giới, đến năm 2025, số lượng bệnh nhân mắc bệnh ĐTĐ sẽ là 300 triệu người. ĐTĐ là nguyên nhân hàng đầu dẫn đến bệnh thận giai đoạn cuối.

PRIME (*PRogram for Irbesartan Mortality and Morbidity Evaluations*), là chương trình đầu tiên có mục tiêu là đánh giá tỉ lệ thương tật và tử vong của Irbesartan, một thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II. Chương trình này nhằm chứng minh Irbesartan có khả năng bảo vệ bệnh nhân ĐTĐ typ 2 có THA chống lại tiến triển của bệnh thận do ĐTĐ ở cả hai giai đoạn sớm và muộn của bệnh. Đây là chương trình lâm sàng đầu tiên chứng minh lợi ích bảo vệ thận của Irbesartan xuyên suốt hai giai đoạn sớm và muộn của bệnh thận do ĐTĐ. Tác động có lợi này của Irbesartan là độc lập với tác dụng hạ huyết áp của thuốc. Chương trình PRIME bao gồm hai nghiên cứu: IRMA 2 (*IRbesartan MicroAlbuminuria Type 2*) và IDNT (*Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial*).

Phương pháp và kết quả: IRMA 2, là nghiên cứu đa trung tâm, ngẫu nhiên, mù đôi so sánh với giả dược tiến hành trong hai năm trên 590 bệnh nhân từ 30–70 tuổi, bị ĐTĐ và có THA nhằm đánh giá tác động của Irbesartan so sánh với các thuốc điều trị THA khác (loại trừ ức chế men chuyển, các thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II khác và đối kháng calcium nhóm dihydropyridine) về khả năng làm

chậm tiến triển của bệnh thận do ĐTD trên bệnh nhân ĐTD tít 2 có THA. Những bệnh nhân này đều ở vào giai đoạn sớm của bệnh thận do ĐTD biểu thị bằng sự hiện diện của microalbumin niệu lúc nhận vào nghiên cứu. Kết quả của nghiên cứu cho thấy bệnh nhân dùng 300mg Irbesartan mỗi ngày có mức giảm nguy cơ tương đối trên sự tiến triển của bệnh thận cao rõ rệt là 70% biểu hiện qua sự thay đổi mức bài tiết albumin với $p < 0.001$. Cứ điều trị 10 bệnh nhân ĐTD tít 2 có THA mỗi ngày bằng 300 mg Irbesartan trong hai năm, thì có thể dự phòng được tiến triển của bệnh thận ở một bệnh nhân.

IDNT là một nghiên cứu đa trung tâm, mù đôi, ngẫu nhiên, so sánh với giả dược tiến hành trên 1,715 bệnh nhân ĐTD tít 2, THA ở độ tuổi 30–70 nhằm so sánh tác động của Irbesartan với Amlodipine và với các thuốc điều trị THA khác (loại trừ ức chế men chuyển, các thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II khác và đối kháng calcium nhóm dihydropyridine), trên khả năng làm giảm tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối và tử vong do mọi nguyên nhân ở bệnh nhân ĐTD tít 2 có THA. Những bệnh nhân này đều ở vào giai đoạn muộn của bệnh thận do ĐTD biểu thị bằng sự hiện diện của protein niệu. Điều trị bằng Irbesartan làm giảm nguy cơ gặp phải bộ các tiêu chí chính (gồm creatinin tăng gấp đôi, tiến triển đến bệnh thận giai đoạn cuối hay tử vong do mọi nguyên nhân) 20% thấp hơn so với nhóm dùng giả dược ($p=0.02$) và 23% thấp hơn ở nhóm dùng amlodipine ($p=0.006$).

Irbesartan tỏ ra an toàn và có mức dung nạp tốt biểu hiện bằng tỉ lệ các tác dụng phụ gặp ở nhóm dùng Irbesartan đều thấp hơn giả dược và nhóm dùng Amlodipine.

Kết luận: Dữ liệu từ chương trình PRIME cho thấy bằng chứng rõ rệt của Irbesartan, một thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II, không chỉ là một thuốc có tác dụng hạ huyết áp mà còn là một thuốc có tác động có lợi trên sự tiến triển của bệnh thận ở bệnh nhân ĐTD tít 2, THA ở cả hai giai đoạn sớm và muộn của bệnh.

* *Irbesartan có tên biệt dược là APROVEL – sản phẩm của công ty Sanofi-Synthelabo*

THE EFFECT OF IRBESARTAN ON THE DEVELOPMENT OF DIABETIC NEPHROPATHY IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES

Group of study IRMA 2: Han – Henrik Parving, MD, D.M.SC; Hendrik Lehnert, MD; Jens Brochner – Mortensen, MD, D.M.SC; Ramon Gomis, MD; Steen Andersen, MD; Peter Arner, MD, D.M.SC

Group of study IDNT: Edmund J. Lewis, MD; Lawrence G. Hunsicker, MD; William R. Clarke, PhD; Tomas Berl, MD; Pohl, MD; Julia B. Lewis, MD; Eberhard Ritz, MD; Robert C. Atkins, MD; Richard Rohde, BS; Itamar Raz, MD

Background: Hypertension affects more than 600 million people worldwide and more than 135 million people worldwide have diabetes. According to the World Health Organization, the number of diabetics worldwide is expected to rise to almost 300 million by the year 2025. Diabetes is the most common cause of end-stage kidney disease.

PRIME (PRogram for Irbesartan Mortality and Morbidity Evaluations) is the first program which objectives were to evaluate the mortality and the morbidity of Irbesartan, an Angiotensine II receptor antagonists. This program demonstrated that Irbesartan protected patients with hypertension and type 2 diabetes against the progression of kidney disease at both early and late stages. PRIME is the first clinical program to show beneficial effects in patients with hypertension and type 2 diabetes across the spectrum of early and late stage kidney disease. This effect of Irbesartan is independently of its blood pressure-lowering effect. PRIME consists of two studies: IRMA 2 (Irbesartan Micro Albuminuria type 2) and IDNT (Irbesartan Diabetic Nephropathy Trial).

Methods and Result: IRMA 2, a two-year multicenter, randomized, double-blind, placebo-controlled study of 590 patients aged 30–70 years, assessed the effects of Irbesartan compared to other proven antihypertensive treatments (excluding ACE inhibitors, other AIIRAs and dihydropyridine calcium channel blockers) in slowing the progression of diabetic renal disease in hypertensive patients with type 2 diabetes and early stage kidney disease (indicated by microalbuminuria). According to results from IRMA 2 (Irbesartan MicroAlbuminuria type 2 Diabetes Mellitus in Hypertensive Patients), patients

taking 300mg Irbesartan daily had a significant (70 percent) relative risk reduction for the development of diabetic nephropathy, as measured by changes in albumin excretion ($p < 0.001$). In addition, treating 10 patients with hypertension and type 2 diabetes with 300mg of Irbesartan daily for two years, would prevent one case of diabetic nephropathy.

IDNT, a multi-center, double-blind, placebo controlled study of 1,715 patients between the ages of 30 and 70 years, assessed the effect of Irbesartan versus amlodipine and other proven antihypertensive treatments (excluding ACE inhibitors, other AIIRAs and calcium channel blockers), on the worsening of diabetic renal disease or all-cause mortality in hypertensive patients with type 2 diabetes and late stage kidney disease (indicated by proteinuria) in average of 2.6 year of follow-up. Treatment with Irbesartan was associated with a risk of the primary composite end point that was 20% lower than that in placebo group ($p = 0.02$) and 23% lower than that in the amlodipine group ($p = 0.006$). Treatment with Irbesartan was associated with a relative risk of end-stage renal disease that was 23% lower than that in both other groups ($p = 0.07$ for both comparison).

Irbesartan was safe and well tolerated, and severe adverse events were less frequent with Irbesartan than with placebo.

Conclusion: Data from the PRIME program show clear evidence that the angiotensin II receptor blocker Irbesartan goes beyond effectively lowering blood pressure. Irbesartan also slows the development of diabetic kidney disease.

CẬP NHẬT VỀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TĂNG HUYẾT ÁP

*PGS.TS Phạm Nguyễn Vinh
Viện Tim TP. Hồ Chí Minh*

Từ lâu Tăng huyết áp (THA) phần lớn không biết nguyên nhân (THA tiên phát), chỉ khoảng 5-10% biết nguyên nhân (THA thứ phát)

Tuy nhiên sự hiểu biết mới về cơ chế bệnh sinh của THA, giúp người ta ngày càng hiểu sâu hơn về chính căn nguyên của THA tiên phát

Các yếu tố di truyền, sử dụng nhiều muối Natri, ứ đọng muối Natri trong cơ thể, sự hoạt hóa hệ Renin-Angiotensin. Hoạt tính cao hệ giao cảm và Stress, sức cản mạch ngoại vi, rối loạn chức năng nội mạc, béo phì, kháng Insuline là những yếu tố bệnh sinh chính của THA. Sự hiểu biết ngày càng rõ hơn các yếu tố này giúp có phương tiện điều trị thích hợp

Các biện pháp điều trị không thuốc (giảm ăn mặn, giảm cân...), thuốc ức chế men chuyển, thuốc lợi tiểu, thuốc dẫn mạch, thuốc tác động lên hệ giao cảm (td: Hyperium, Clonidine, Chẹn beta...) là những phương tiện điều trị dựa trên cơ chế bệnh sinh

Khuyến cáo JNC 6 (1997) và khuyến cáo của Tổ chức Y tế thế giới/ Hội THA thế giới (1999) đều nhấn mạnh đến nguyên tắc điều trị con người bệnh nhân THA chứ không chỉ trị số HA. Khuyến cáo JNC 7 (2003) nhấn mạnh đến tầm quan trọng của HA tâm thu, nguy cơ THA ở 90% người trên 55 tuổi, giai đoạn tiền THA (HA tâm thu 120-139 hoặc HA tâm trương 80-89mmHg), tầm quan trọng của lợi tiểu giống Thiazide, sự phối hợp thuốc là cần thiết để đạt mục tiêu điều trị và sự tham gia tích cực của bệnh nhân đối với điều trị THA

Các yếu tố nguy cơ của xơ vữa Động mạch, sự tổn thương các cơ quan bia cần được khảo sát trước khi điều trị THA

Ở người cao tuổi, do sự giảm đáp ứng của hệ thần kinh tự chủ, do giảm độ đàn hồi (compliance) động mạch thường bị THA tâm thu đơn thuần. Các bệnh nhân này rất dễ hạ HA tư thế đứng. Việc điều trị nhóm bệnh nhân này cần các biện pháp đặc biệt

Ở người bệnh THA có bệnh nội khoa đi kèm như Tiểu đường, Suy thận mạn; điều trị THA cần sử dụng các thuốc không chỉ hạ HA mà còn tác động trên các bệnh nội khoa. Mức độ hạ HA của các bệnh nhân này cũng cần thấp hơn các bệnh nhân khác (< 130/80mmHg).

UPDATES IN THE MANAGEMENT OF HYPERTENSION

Prof. Pham Nguyen Vinh, MD

Heart Institute of Ho Chi Minh City

It has been long known that 90% of hypertension cases are idiopathic in etiology, only 5-10% of hypertensives have an identifiable cause.

However, new findings on the pathophysiology of hypertension help understand further about the complex etiology of primary hypertension.

Hereditary factors, sodium-rich diet, sodium-retention in the body, activated RAA system, increased sympathetic outflow and stress, increased peripheral resistance, endothelial dysfunction, obesity, insulin resistance are major pathophysiological mechanisms of Hypertension. Deeper understandings of these factors guide physicians for a suitable treatment.

Lifestyle modification (sodium restriction, weight reduction ...) ACE inhibitors, Diuretics, Vasodilators, Adrenergic-inhibiting agents (e.g. : clonidine, beta-blockers ...) all act based on pathogenesis.

The JNC-VI report in 1977 and guidelines for the management of hypertension of WHO/ISH in 1999 highlighted the treatment of the patient with hypertension, not the blood pressure number itself. The recently released JNC-VII report emphasizes on the importance of systolic BP, the 90% risk of developing hypertension in people more than 55 years old, pre-hypertension state (SBP : 120-139 mmHg and/or DBP 80-89 mmHg), the importance of thiazide-type diuretics, and combination therapy is essential in achieving goal BP. Also, the patient compliance is an unforgettable factor in the management of hypertension.

Risk factors of atherosclerosis, target-organ damage should be investigated prior to antihypertensive treatment.

Due to poor response of the sympathetic system and reduced compliance of arteries, the elderly usually have isolated systolic hypertension. These patients are extremely susceptible to orthostatic hypertension – Specific treatments are required for this group of patients.

In hypertensive patients associated with Diabetes mellitus, or renal failure, the antihypertensive treatment aims not only at lowering the blood pressure but also the concomitant disease. The target BP in these patients is also lower than other types of hypertensive (< 130/80 mmHg).

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CỦA TĂNG HUYẾT ÁP TẠI CÁC TỈNH PHÍA BẮC VIỆT NAM: KẾT QUẢ TỪ ĐỢT ĐIỀU TRA DỊCH TỄ HỌC TĂNG HUYẾT ÁP Ở CÁC TỈNH PHÍA BẮC VIỆT NAM

*Phạm Thái Sơn, Nguyễn Ngọc Quang, Nguyễn Thị Thu Hoài,
Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Lân Việt, Phạm Gia Khải và cs.*

Tổng hợp nghiên cứu về tần suất tăng huyết áp và các yếu tố nguy cơ trong các tỉnh miền Bắc Việt nam năm 2001-2002 trên tổng số 5012 người dân, chúng tôi rút ra một số kết luận về các yếu tố nguy cơ của THA như sau:

Tần suất quá cân (BMI từ 25-30) chiếm 5,83%, béo phì (BMI \geq 30) chiếm 0,24%, béo bụng (vòng bụng > 102 cm ở nam, > 88 cm ở nữ) chiếm tỷ lệ 1,04%. Nếu lấy tiêu chuẩn chặt hơn đề xuất cho người châu Á thì tần suất quá cân (BMI từ 23 đến 25) chiếm tỷ lệ 9,75%, béo phì (BMI \geq 25) chiếm 6,07%, béo bụng (vòng bụng > 90 cm ở nam và > 80 cm ở nữ) chiếm tỷ lệ 6,28%. Dù theo tiêu chuẩn nào thì tần suất béo phì/quá cân/béo bụng ở nữ cao hơn hẳn nam, tăng dần lên theo tuổi, tăng rõ rệt sau độ tuổi 45.

Tần suất đái tháo đường chiếm tỷ lệ 7,39%, rối loạn dung nạp đường là 12,7% và rối loạn chuyển hoá đường khi đói là 13,2%. Giá trị đường máu mao mạch bình thường trong quần thể dân cư là $91,03 \pm 11,28$ mg/dl hay $5,06 \pm 0,63$ mmol/l (n=3113).

Xét nghiệm trên một mẫu nhỏ (n=236) chọn ngẫu nhiên, tần suất tăng cholesterol ($\geq 5,2$ mmol/l hay 200 mg/dl) là 54,7%; tăng LDL-C ($\geq 3,4$ mmol/l hay 130 mg/dl) là 51,3%; tăng triglyceride ($\geq 1,7$ mmol/l hay 150 mg/dl) là 41,9% và giảm HDL-C (< 1 mmol/l hay < 40 mg/dl) là 40,7%. Có tới 78,8% (186/236) ít nhất có một thành phần mỡ máu rối loạn. Tần suất các rối loạn mỡ máu tăng dần theo tuổi, tương tự giữa hai giới nam và nữ.

Các yếu tố làm tăng nguy cơ tăng huyết áp bao gồm: tuổi cao, giới nam, sống ở vùng thành thị, BMI tăng, béo bụng, chỉ số vòng bụng/vòng hông tăng, rối loạn đường máu, rối loạn mỡ máu, uống nhiều rượu, tiền sử gia đình huyết thống trực hệ có tăng huyết áp ($p < 0,001$). Lao động chân tay, hôn nhân, và thậm chí stress đã làm giảm nguy cơ tăng huyết áp ($p < 0,05$). Chưa thể kết luận được về vai trò của dân tộc, ăn mặn, hút thuốc lá, hoạt động thể lực đối với tăng huyết áp. Yếu tố nguy cơ độc lập có liên quan mạnh nhất đến tăng huyết áp là độ tuổi, tiếp đó là phân loại quá cân/béo phì theo tiêu chuẩn chặt chẽ của WPRO. Phân loại do WPRO đề xướng (riêng cho người châu Á) đối với quá cân/béo phì và béo bụng có tương quan với tăng huyết áp tốt hơn tiêu chuẩn cổ điển của WHO/NHBLI.

Phần II

CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ BỆNH MẠCH VÀNH

KẾT QUẢ CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH VÀ BƯỚC ĐẦU ỨNG DỤNG PHƯƠNG PHÁP NONG, ĐẶT STENT ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN T.Ư. Q.Đ 108

*Nguyễn Đức Hải, Lê Ngọc Hà, Lê Văn Trường, Phạm Thái Giang,
Hoàng Minh Châu, Nguyễn Văn Quỳnh, Vũ Điện Biên*

Mục đích nghiên cứu: Chụp động mạch vành là một phương pháp có giá trị cho phép chẩn đoán và đánh giá chính xác tổn thương động mạch vành, giúp lựa chọn cách xử trí bệnh một cách thích hợp. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng tổn thương động mạch vành, lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp và đánh giá hiệu quả của phương pháp nong động mạch vành trong điều trị bệnh thiếu máu cơ tim.

Kết quả nghiên cứu: 61 bệnh nhân đã được chụp và can thiệp động mạch vành có tuổi trung bình là 59.23 ± 9.19 , hầu hết các bệnh nhân có tuổi trên 50, trong đó nam giới 51 bệnh nhân chiếm 83.6%. Các yếu tố nguy cơ tim mạch hay gặp là cao huyết áp, hút thuốc lá và rối loạn chuyển hoá lipid. 18 trường hợp động mạch vành bình thường (29.5%) và 43 trường hợp phát hiện có tổn thương động mạch vành (70.5%) trong đó vị trí tổn thương hay gặp nhất là động mạch liên thất trước (90.7%), động mạch mũ 44.2% và tổn thương thân chung động mạch vành trái gặp 4.7% các bệnh nhân; tổn thương động mạch vành phải gặp ở 60.5% bệnh nhân; 55.8% các bệnh nhân có tổn thương kết hợp cả hai động mạch. 60.5% các bệnh nhân có tổn thương đa mạch (≥ 2 thân), chỉ có 39.5% các bệnh nhân có tổn thương 1 nhánh. Trên 82 vị trí động mạch vành, tít A gặp 23.2%; tít B 53.7% và tít C là 23.2%. Tai biến chụp động mạch vành: 3.3% loạn nhịp tim nặng, không có biến chứng tử vong. Lựa chọn phương pháp điều trị: 17 bệnh nhân được điều trị nội khoa (39.5%), 16 bệnh nhân được nong và đặt stent (37.2%) trong đó có 3 bệnh nhân được can thiệp cấp cứu; 10 bệnh nhân được phẫu thuật làm cầu nối chủ-vành (23.3%). Tỷ lệ thành công của thủ thuật nong và đặt stent cao (95.3%), tai biến thấp: không gặp tai biến nặng nào ở nhóm các bệnh nhân được nong và đặt stent.

Kết luận: Qua kết quả ban đầu của phương pháp can thiệp nong và đặt stent động mạch vành chúng tôi thấy đây là một kỹ thuật có hiệu quả tốt trong điều trị bệnh động mạch vành cũng như NMCT cấp, tỷ lệ thành công cao, biến chứng thấp.

PRELIMINARY RESULTS OF CORONARY ANGIOGRAPHY AND ANGIOPLASTY AT 108 MILITARY CENTRAL HOSPITAL

Objective: Coronary angiography is value method for the diagnosis and the treatments of coronary artery disease. The purpose of the present investigation is to evaluate the coronary lesions for selection of the adequate therapeutic methods.

Results: Between 1/2000 and 3/2003, 61 consecutive patients (51 males (85.6%) and 10 females) underwent coronary angiography and coronary intervention. The mean age was 59.23 ± 9.19 , most of them were over 50 years old. The main risk factors were: Hypertention, Cigarette smoking and Hypercholesterolemia. There are 18 cases with normal coronary system (29.5%) and 43 cases with coronary lesions (70.5%), the left anterior descending coronaries' lesion is the highest rate (90.7%), the left circumflex coronaries was affected in 44.2%, the left main coronary artery stenosis was accounted for 4.7% and the right coronary lesion was affected in 60.5%. The most of patients were affected ≥ 2 lesions, only 39.5% patients with one coronary lesion. The classification of 82 segment' lesions: type A 23.2%, type B is highest rate 53.7% and type C 23.2%. The complications included: 2 patients (3.3%) with ventricular fibrillation. Coronary angiography play a main role for the treatments of coronary artery diseases: by medicaments 17 cas (39.5%), by PTCA and/or coronary stenting 16 cas (37.2%) and CABG 10 cas (23.3%). The percutaneous coronary interventions were considered angiographically success full in 95.3%, there was'nt complication

Conclusion: The initial results of own study indicated PTCA and coronary stenting is good efficacy technique for the treatment of CAD, it has a hight success rate with few complications.

TƯƠNG QUAN GIỮA VÔI HOÁ MẠCH VÀNH VÀ NGUY CƠ BỆNH MẠCH VÀNH ĐƯỢC DỰ BÁO THEO ĐIỂM SỐ NGUY CƠ FRAMINGHAM , ATP III VÀ PROCAM

BS Nguyễn Xuân Trinh, ThS.BS Nguyễn Tuấn Vũ, BS Phan Thanh Hải

MỤC TIÊU: Chúng tôi khảo sát sự tương quan giữa vôi hoá mạch vành định lượng bởi MSCT và nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm theo những thuật toán tiên lượng FRAMINGHAM , ATP III và PROCAM để xác định xem vôi hoá mạch vành có thể là thông tin độc lập và bổ sung vào những yếu tố nguy cơ kinh điển hay không .

PHƯƠNG PHÁP: Trong 126 bệnh nhân (53 nam , 73 nữ, độ tuổi 20-74, nhịp xoang , không dùng thuốc hạ lipide máu, không có tiền sử nhồi máu cơ tim) , vôi hoá mạch vành khảo sát bởi máy MSCT sử dụng thang điểm Agaston. Nguy cơ bệnh mạch vành trong 10 năm được đánh giá bởi những thuật toán tiên lượng Framingham(FRA), ATP III và PROCAM (nam tuổi 35-65) dựa trên những yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển.

KẾT QUẢ : 52 bệnh nhân có vôi hoá mạch vành bởi MSCT, điểm vôi hoá từ 0 đến 1540. Điểm vôi hoá trung bình ở những bệnh nhân này là $196,7 \pm 298,65$. Nguy cơ FRA trung bình là $12,87 \pm 9,06$ ở những bệnh nhân có vôi hoá và $7,92 \pm 7,87$ ở những bệnh nhân không vôi hoá ($p=0,001$). Nguy cơ PROCAM trung bình ở những người nam có vôi hoá là $14,9 \pm 10,4$ so với $6,9 \pm 4,6$ ở những người nam không vôi hoá ($p=0,004$). 126 bệnh nhân được xếp loại thành 3 nhóm nguy cơ theo ATP III và có 71 bệnh nhân nguy cơ thấp, 43 nguy cơ trung bình và 12 bệnh nhân nguy cơ cao. Điểm số vôi hoá trung bình có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê cho cả 3 nhóm ($p=0,007$). 2 trong 71 bệnh nhân nguy cơ thấp theo ATP III (nguy cơ < 10%) có điểm vôi hoá ≥ 400 điều mà ám chỉ nguy cơ biến cố ở tim rất cao. 4 trong 12 bệnh nhân có nguy cơ cao theo ATP III (nguy cơ > 20%) thì không có vôi hoá điều mà chỉ dẫn nguy cơ biến cố cho tim rất thấp. Trong nhóm nguy cơ trung bình (nguy cơ 10 năm 10-20%), được nghĩ có lợi từ test không xâm nhập để xếp loại nguy cơ, có 20 bệnh nhân không vôi hoá, 5 bệnh nhân có điểm vôi hoá < 10 , 3 bệnh nhân có điểm vôi hoá ≥ 400 và 2 bệnh nhân có điểm vôi hoá ≥ 1000 . Sự tương quan giữa vôi hoá mạch vành và nguy cơ FRA thì thấp ($r=0,238$, $p=0,560$); PROCAM và vôi hoá thì thấp ($r=0,390$, $p=0,006$), FRA và PROCAM có liên quan vừa phải và có ý nghĩa thống kê ($r=0,666$, $p<0,005$).

KẾT LUẬN : Sự liên quan giữa mức độ vôi hoá và nguy cơ biến cố ở tim thấp (hệ số tương quan từ 0,238 đến 0,390) . Đặc biệt , một số bệnh nhân thuộc nhóm nguy cơ cao theo ATP III nhưng không có vôi hoá mạch vành và có thể xếp loại nguy cơ thấp. Vì vậy, khảo sát vôi hoá mạch vành chỉ cung cấp thông tin độc lập thêm vào những thuật toán tiên lượng dựa vào những yếu tố nguy cơ kinh điển.

CORRELATION BETWEEN CORONARY CALCIUM AND PREDICTED CORONARY ARTERY DISEASE RISK BASED ON FRAMINGHAM, ATP III And PROCAM RISK SCORES

BS Nguyễn Xuân Trinh, ThS.BS Nguyễn Tuấn Vũ, BS Phan Thanh Hải

OBJECTIVES: We investigated the relationship between coronary calcium quantified by multislice spiral computed tomography (MSCT) and the predicted 10-year coronary artery disease (CAD) event risk based on Framingham equation, Adult Treatment Panel III (ATP III) and PROCAM algorithm in order to verify whether coronary calcification information is independent from and additive to that obtained by traditional risk factor analysis.

METHODS: In 126 subjects (53 men, 73 women, an age between 20 and 74, sinus rhythm, absence of treatment with lipid-lowering drugs, no history of myocardial infarction), coronary calcifications (CC) were quantified by MSCT using the Agaston Score (AS). The predicted 10-year cardiovascular event risk was determined using Framingham equation (FRA), ATP III tables and (in men) PROCAM algorithm.

RESULTS: In 52 subjects, CC was detected by MSCT. With Agaston Scores ranging from 0 to 1540. The mean AS in these patients was $196,7 \pm 298,65$. The mean FRA risk was $12,87 \pm 9,06$ in patients with CC and $7,92 \pm 7,87$ in patients without CC ($p=0,001$). The mean PROCAM risk in men with CC was $14,9 \pm 10,4$ vs $6,9 \pm 4,6$ in men without CC ($p=0,004$). 126 subjects were stratified into three risk groups according to ATP III and found that 71 patients were "low risk", 43 were "intermediate" and 12 patients were "high risk". The mean AS was significantly different between all three groups ($p=0,007$). 71 subjects had an ATP III risk $< 10\%$ ("low risk"). 2 of these had an $AS \geq 400$, which implies a very high cardiac event risk. 12 subjects had an ATP III risk $> 20\%$ ("high risk"). 4 of these had an AS of 0, which in turn implies a very low cardiac event risk. In the intermediate group (10-year risk 10-20%), thought to especially profit from non-invasive testing for risk stratification. 20 of 43 subjects had an AS of 0; 5 subjects had an $AS < 10$, 3 individuals had an $AS \geq 400$ and 2 of these had an $AS \geq 1000$. Correlations between FRA risk and AS was low ($r=0,238$, $p=0,560$); PROCAM and AS was low ($r=0,390$, $p=0,006$), FRA and PROCAM was significant and moderately close ($r=0,666$, $p<0,005$).

CONCLUSIONS: The correlation between the amount of calcium and the predicted cardiac event risk was low (correlation coefficients ranging from 0,238 to 0,390). Particularly, a substantial fraction of subjects with high risk according to ATP III have no CC and thus may be at lower risk. Thus, assessment of CC seems to yield independent and additional information to prediction models based on risk factors.

CHỤP CẮT LỚP XOĂN ỐC ĐA MẶT CẮT (MSCT) TRONG ĐÁNH GIÁ VÔI HÓA ĐỘNG MẠCH VÀNH

BS Nguyễn Tuấn Vũ, BS Phan Thanh Hải

Lắng đọng canxi trong thành động mạch là hậu quả của quá trình xơ vữa mạch. Sự hiện diện của chất vôi trong thành của động mạch vành có ý nghĩa có bệnh động mạch vành tiềm ẩn. Phát hiện sớm các sang thương của động mạch vành giữ vai trò quan trọng trong chẩn đoán và xử trí bệnh động mạch vành.

Mới đây, Chụp Cắt Lớp Xoăn Ốc Đa Mặt Cắt đã được sử dụng để tìm và lượng giá vôi hoá động mạch vành. Điểm số vôi hoá giúp dự đoán có hay không có sự hẹp có ý nghĩa của mạch vành và cung cấp các thông tin có giá trị, giúp cho việc điều trị bệnh nhân được tối ưu.

MULTISLICE COMPUTED TOMOGRAPHY (MSCT) IN ASSESSEMENT OF CORONARY CALCIUM DEPOSITS

Dr Nguyễn Tuấn Vũ, Dr Phan Thanh Hải

Calcium deposition within the wall arteries results from atherosclerosis process. The presence of any coronary calcium signifies that underlying CAD is present. Early detection of coronary lesions plays the important role in diagnosis and management of CAD.

Recently, MSCT is used to scan and quantitatively evaluate the coronary calcification. The calcium score indicates the presence or absence significantly obstructive vessel and provides the valuable informations to optimize patient care.

NGHIÊN CỨU ỨNG DỤNG ĐO KÍCH THƯỚC VÙNG CƠ TIM BỊ NHỒI MÁU BẰNG BẢNG ĐIỂM CỦA SELVESTER

Nguyễn Thị Liên, Huỳnh Văn Minh

Mục tiêu: Nhằm đánh giá kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu bằng phương pháp tính điểm của Ronald Selvester và tìm hiểu mối tương quan giữa kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu đo được bằng phương pháp trên với đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Phương pháp: Nghiên cứu tiền cứu được tiến hành từ tháng 4 năm 2002 đến tháng 5 năm 2003, gồm 33 bệnh nhân NMCT thỏa mãn tiêu chuẩn của lô nghiên cứu.

Kết quả :

- Kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu có mối tương quan thuận với mức độ nặng của bệnh. Kích thước trung bình của nhóm không có biến chứng $13,64 \pm 2,02\%$ khối cơ tim; nhóm có biến chứng nhẹ $21,92 \pm 3,05\%$; nhóm có biến chứng nặng $32,00 \pm 3,79\%$ ($P < 0,001$).

- Kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu đo được trong 7 ngày đầu ít thay đổi ($p > 0,5$), thể hiện kích thước vùng nguy cơ. Kích thước đo được sau ngày thứ 7 thể hiện kích thước nhồi máu cuối cùng ($p < 0,001$).

- Kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu có tương quan nghịch với EF và SF ($r = -0,22$, $r = -0,18$; $P < 0,001$); tương quan tuyến tính thuận khá chặt chẽ với nồng độ TnT ($r = 0,36$; $p < 0,001$).

Kết luận: kích thước vùng cơ tim bị nhồi máu đo bằng bảng điểm của Selvester có tương quan thuận với mức độ nặng của bệnh.

APPLICACION OF SELVESTER QRS SCORING SYSTEM FOR ESTIMATING MYOCARDIAL INFARCT SIZE

Objective:

Aim to estimate myocardial infarct size by the QRS scoring system of Ronald Selvester and to study the correlation between it with clinical and paraclinical characteristics of patients.

Method:

Prospective study was performed from April/2002 to Mar/2003, included 33 patients which met the criteria of study sample.

Results:

- Infarct sizes irinversely correlated with severity of disease. Average infarct size of non - complicated group was $13,64 \pm 2,02\%$ of left ventricular mass; infarct sizes of mild and severe complicated groups were $21,92 \pm 3,05\%$; and $32,00 \pm 3,79\%$, respectively ($P < 0,001$).

- Sizes were estimated in first 7 days that presenting myocardium at risk had only little changs. Sizes were estimated after 7th day that presenting final infarct size had different changs according to severity of disease($p < 0,001$).

- Infarct size nonclosely inversely correlated to EF and SF ($r = -0,22$; $r = -0,18$; $P < 0,001$), and fairly closely correlated to TnT ($r = 0,36$; $p < 0,001$).

Conclusion:

Myocardial infarct size that was estimated by Selvester QRS scoring system had irinverse correlation with severity of disease.

ĐÁNH GIÁ KẾT HỢP THUỐC ỨC CHẾ MEN CHUYỂN TRONG ĐIỀU TRỊ SUY TIM SAU NHỒI MÁU CƠ TIM

*BS. Đặng Lịch, TS. Lê Văn Thạch,
BS. Đỗ Văn Thiện, GS.TS. Phạm Tử Dương*

Công trình nghiên cứu của chúng tôi thực hiện trên 103 bệnh nhân suy tim sau nhồi máu cơ tim giai đoạn II – IV NYHA tại Bệnh viện Hữu Nghị. Bệnh nhân được chia làm 2 nhóm:

- Nhóm B: bệnh nhân được điều trị bằng thuốc digoxin, lợi tiểu và thuốc giãn mạch không thuộc nhóm thuốc ức chế men chuyển.

- Nhóm A: bệnh nhân được điều trị bằng thuốc digoxin, lợi tiểu và thuốc giãn mạch có thêm thuốc ức chế men chuyển coversyl. Liều dùng: 4 mg/ngày với bệnh nhân có tăng huyết áp, 2mg/ngày rồi tăng dần lên 4 mg với bệnh nhân huyết áp thấp.

Tuổi trung bình là $66,5 \pm 6,1$

Bệnh nhân được theo dõi trong 2 năm, kiểm tra 6 tháng/lần.

Kết quả:

- Các triệu chứng lâm sàng được cải thiện rõ rệt ở nhóm có dùng thuốc ức chế men chuyển coversyl ($p < 0,05$)

- Các triệu chứng cận lâm sàng như trên điện tâm đồ, x quang, siêu âm tim cũng được cải thiện có ý nghĩa ($p < 0,05$)

- Sự dung nạp thuốc tốt, với liều kết hợp 4 mg/ ngày. Tác dụng không mong muốn như ho khan, tăng kali máu có nhưng không ảnh hưởng đến quá trình điều trị

Kết luận:

Việc kết hợp thuốc ức chế men chuyển với các thuốc điều trị kinh điển đã cải thiện các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim nên cần được áp dụng sớm và rộng rãi.

Sự dung nạp được đánh giá là tốt và tác dụng không mong muốn không đáng kể.

EVALUATION THE COMBINATION OF ANGIOTENSIN CONVERTING ENZYME INHIBITOR ON THE PATIENTS WITH HEART FAILURE AFTER MYOCARDIAL INFARCTION

*Dang Lich MD, Le Van Thach PhD,
Do Van Thien, Pham Tu Duong Prs.PHD*

Our study carried out 103 patients with heart failure after myocardial infarction level II – IV NYHA in Huu Nghi Hospital. The patients were divided into two groups:

- Group B: (n = 52) the patients were treated by digital, diuretic and vasodilators, but not angiotensin converting enzyme inhibitors.

- Group A: (n = 51) the patients were treated by digital, diuretic and vasodilators and addition angiotensin converting enzyme inhibitors (coversyl). At dose: 4 mg/day for hypertension patients, 2mg/day to 4 mg/day with hypotension patients.

Mean age: $66,5 \pm 6,1$

Duration: 2 years, regular checking 6 months/time.

Results:

- After 2 years following up : we found that different significantly in group A as following: effort dyspnea, supine position dyspnea, paroxysmal noctoral dyspnea, day activity, lung crépitations, engorged neck vein, ECG, xray, echocardiography.

- The treatments was well tolerated with dose 4 mg/ day. Side effects as cough, elevated urea nitrogen, creatinine levels or hyperkalemia, but these side effects were not influence the treatment process and life.

Conclusion:

We concluded that the addition of coversyl to coventional therapy in patients with heart failure after myocardial infarction is nessesary and the tolerance of drug is good at dose 4 mg/ day. No serious adverse effect were reported.

TÌNH HÌNH NHỒI MÁU CƠ TIM TẠI BỆNH VIỆN ĐÀ NẴNG

BS Nguyễn Thị Kim Chung, Ss Mai Quốc Thông

MỤC TIÊU:

Đánh giá tình hình dịch tễ nhồi máu cơ tim cấp tại bệnh viện Đà Nẵng và hiệu quả thuốc chống đông.

PHƯƠNG PHÁP:

Nghiên cứu hồi cứu và thống kê. Gồm 132 bệnh nhân nhồi máu cơ tim được nhận vào điều trị tại bệnh viện Đà Nẵng trong thời gian từ tháng 10 - 1999 đến tháng 10 - 2002. Tiêu chuẩn chẩn đoán dựa vào triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ và men tim. Ngoài việc điều trị bằng fraxiparine hoặc lovenox tiêm dưới da, các thuốc chẹn bê ta, ức chế men chuyển, nhóm isosorbit, giảm đau,... được dùng hỗ trợ.

KẾT QUẢ:

Nhồi máu cơ tim có tỷ lệ cao nhất ở lớp tuổi 61 đến 80 tuổi (56,28%), ở nam nhiều hơn nữ (60,61% so với 39,39%), ở thành thị nhiều hơn nông thôn (76,52% so với 23,48%). Tỷ lệ nhồi máu cơ tim tăng hằng năm (số trường hợp là 30, 46 và 56 trong năm 2000, 2001 và 2002, theo thứ tự). Tử vong tại bệnh viện chiếm 18,18% (so với 32% từ năm 1995 đến 1996), do sốc tim, loạn nhịp, ...

KẾT LUẬN:

Kết quả cho thấy việc sử dụng thuốc chống đông góp phần làm giảm tỷ lệ tử vong. Vì nhồi máu cơ tim là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong, đau đớn và tốn kém, nên việc áp dụng các phương pháp điều trị hiện đại là rất cần thiết. Do vậy, cần nghiên cứu thêm nữa về điều trị nhồi máu cơ tim bằng thuốc tiêu huyết khối và nong mạch vành qua da.

EPIDEMIOLOGY OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION IN DA NANG HOSPITAL

BS Nguyễn Thị Kim Chung, Ss Mai Quốc Thông

OBJECTIVES:

This study was designed to assess the epidemiology of acute myocardial infarction in Da Nang hospital and evaluate the efficacy of anticoagulants.

METHODS:

Retrospective, statistic study. One hundred thirty two consecutive patients with acute myocardial infarction were admitted in Da Nang hospital from 10 - 1999 to 10 - 2002. Diagnostic criteria based on the clinical symptoms, electrocardiography and cardiac enzymes. In addition to fraxiparine or lovenox subcutaneous injection, betablockers, converting enzyme inhibitors, isosobides, oxygen and antalgics were accessorially treated.

RESULTS:

Age ranging between 61 to 80 years showed the greatest prevalence (56,28%). Men (60,61%), citizens (76,52%) were affected more than women (39,39%), farmers (23,48%), respectively. The AMI rate showed a slight increase each year (30 cases in 2000, 46 cases in 2001 and 56 in 2002). In-hospital mortality was 24 patients (18,18% vs 32% between 1995 and 1996), due to cardiogenic shock, arrhythmias,...

CONCLUSIONS:

The results show that administration of anticoagulants partially diminished the mortality rate. As the leading cause of death and a major cause of suffering and medical expense, modern management of acute myocardial infarction is essential. Therefore, further studies need to be addressed in regards to the treatment with thrombolytic agents and percutaneous transluminal coronary angioplasty.

GIÁ TRỊ CỦA SIÊU ÂM GẮNG SỨC BẰNG THUỐC DOBUTAMIN TRONG CHẨN ĐOÁN VÀ TIÊN LƯỢNG BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ

*Ths. Vũ Hà Nga Sơn, Ts. Phạm Nguyên Sơn
Ts. Hoàng Minh Châu, Gs Ts. Trần đỗ Trinh*

Siêu âm gắng sức bằng thuốc Dobutamin đã được áp dụng rộng rãi trên thế giới, góp phần quan trọng trong chẩn đoán BTTMCB và tiên lượng các biến cố tim mạch. Ở nước ta mới được triển khai ở một vài bệnh viện trung ương.

Mục đích nghiên cứu: xác định giá trị chẩn đoán BTTMCB của SAGSD và bước đầu tìm hiểu vai trò tiên lượng các biến cố tim mạch của phương pháp.

Phương pháp nghiên cứu: 90 bệnh nhân nghi ngờ mắc BTTMCB được làm SAGSD theo quy trình 5-40 μ g/kg/ph, khi chưa đạt tần số tim gắng sức, tiếp tục bổ sung atropin 0,25-2mg. Hình ảnh siêu âm được theo dõi liên tục, các hình ảnh siêu âm được ghi lại và phân tích ở 4 thời điểm gắng sức. Bệnh nhân được chẩn đoán thiếu máu cơ tim trên SAGSD khi xuất hiện rối loạn vận động hoặc sự xấu đi của rối loạn vận động đã có từ trước, chụp ĐMV dương tính khi có hẹp $\geq 50\%$ đường kính của một trong các nhánh ĐMV chính.

Kết quả: Kết quả SAGSD 38 bệnh nhân dương tính, 52 bệnh nhân âm tính, 43/90 bệnh nhân được chụp ĐMV, kết quả 8 bệnh nhân hẹp 1 mạch, 7 bệnh nhân hẹp 2 mạch, và 9 bệnh nhân hẹp 3 mạch. Độ nhạy của SAGSD chẩn đoán BTTMCB 96%, độ đặc hiệu: 84%, độ chính xác: 91%. Độ nhạy của phương pháp đối với ĐM LTT, ĐMV phải, và ĐM mũ lần lượt là: 90%, 92%, 53% và độ đặc hiệu: 91%, 79%, 89. Bệnh nhân được theo dõi trung bình 29 ± 18 tháng, 11 bệnh nhân (12,2%) có biến cố tim mạch, bao gồm 3 bệnh nhân (3,3%) tử vong do tim mạch, 2 bệnh nhân (2,2%) NMCT cấp, 5 bệnh nhân (5,6%) đau thắt ngực không ổn định, 1 bệnh nhân chuyển can thiệp ĐMV. Tỷ lệ bệnh nhân bị biến cố tim mạch của nhóm SAGSD dương tính 21,1% so với nhóm âm tính là 5,8% ($p < 0,05$), các yếu tố có ý nghĩa dự báo các biến cố tim mạch lần lượt là SAGSD dương tính OR= 4,36; 95% CU: 0,53 – 23 ($p < 0,05$), rối loạn vận động vùng trước khi gắng sức OR= 3,79; 95% CU: 0,89 – 16,56 ($p < 0,05$), đau ngực và biến đổi ST trong quá trình gắng sức cũng có ảnh hưởng tới nguy cơ biến cố tim mạch với OR= 3,94; 95% CU: 0,79 – 19,25 ($p < 0,05$), OR= 3,57; 95% CU: 0,82 – 16,4 ($p < 0,05$). Các yếu tố như: tuổi > 65 , THA và rối loạn chuyển hoá Lipid chưa thấy có liên quan đến biến cố tim mạch.

Kết luận: SAGSD là phương pháp có độ chính xác cao trong chẩn đoán BTTMCB và có thể sử dụng trong tiên lượng nguy cơ các biến cố tim mạch

DIAGNOSTIC AND PROGNOSTIC VALUE OF DOBUTAMINE ECHOCARDIOGRAPHY IN PATIENTS WITH SUSPECTED ISCHEMIC HEART DISEASE

*Ths. Vũ Hà Nga Sơn, Ts. Phạm Nguyễn Sơn
Ts. Hoàng Minh Châu, Gs Ts. Trần đỗ Trinh*

AIM:

The aim of the present study was to assess the relative diagnostic and prognostic accuracies of Dobutamine stress echocardiography (DSE).

METHODS:

90 patients with suspected or known ischemic heart disease underwent echocardiography at baseline and during a maximal intravenous Dobutamine infusion of 5 -40micrograms/kg/min continued with atropine 0.25-2mg i.v.. The echocardiographic images were digitized and randomly assigned in a quad-screen format for nonbiased interpretation. Criteria of positivity were for DSE, a new or worsening wall motion abnormality and for coronary angiography, a luminal reduction of $\geq 50\%$ in at least one major coronary vessel.

RESULTS:

An ischemic response, defined as 38 patients and normality in 52 patients. 43/90 patients underwent coronary angiography, 8 had one, 7 had two-, and 9 had three main vessel disease. The sensitivity of DSE was 96%, with a specificity of 92% and a accuracy of 91%, the sensitivity was greatest for the left anterior descending and the right coronary artery compared with the circumflex coronary artery (92% vs. 92% vs. 53%, $p < 0.01$). During the follow-up (29 ± 18 months), 11 cardiac events with 3 cardiac deaths, 2 nonfatal myocardial infarctions, 5 unstable angina and 1 revascularization procedures, of whom 8 (21,1%) had a positive and 3 (5,8%) a negative stress testing result ($P < 0.05$). In the univariate analysis, the independent predictors of cardiac events were, in decreasing order, a positive DSE result Odds ratio (OR)=4,36, 95% CI: 0,53 - 23 ($p < 0.05$), resting wall motion score OR= 3,79, 95% CI: 0,89 - 16,56 ($p < 0.05$), Angina and ST changes during stress OR= 3,94, 95% CI: 0,79 - 19,25 ($p < 0.05$) and OR= 3,57; 95% CI: 0,82 - 16,4 ($p < 0.05$). Age greater than 65 years, hypertension, hypercholesterolaemia and predict a worse prognosis for subsequent cardiac events.

CONCLUSIONS:

DSE is a highly accurate tool for diagnosis of ischemic heart disease and can be useful in identification of subjects at risk for future cardiac events.

KHẢO SÁT CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ BỆNH MẠCH VÀNH

BSCKII Nguyễn Thị Thêm và cs

Bệnh mạch vành do xơ mỡ là một trong những bệnh lý quan trọng và tốn kém nhất, là nguyên nhân chính của tử vong cũng như tàn phế ở người già. Điều trị bệnh lý này đã có nhiều tiến bộ về thuốc và cũng như tim mạch học can thiệp, tuy nhiên việc tìm hiểu và tác động lên các yếu tố nguy cơ có vai trò quan trọng nhằm giảm bệnh suất cũng như tử suất của bệnh mạch vành.

Mục tiêu nghiên cứu: tìm hiểu đặc điểm các nguy cơ của bệnh mạch vành, thái độ hiểu biết và can thiệp các nguy cơ của bệnh nhân tại tuyến tỉnh.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu : Nghiên cứu tiền cứu các bệnh nhân bệnh mạch vành nhập khoa Tim mạch – Lão khoa bệnh viện Ninh Thuận từ 4/2001- 5/2002 được khảo sát các yếu tố: Cao huyết áp, BMI, rối loạn lipit máu, tiền căn gia đình có bệnh tim mạch, hút thuốc, tiểu đường, và thái độ hiểu biết điều trị một số yếu tố nguy cơ trên.

Kết quả nghiên cứu: 230 bệnh nhân bệnh mạch vành được khảo sát: nam 99, nữ 131.

Trị số trung bình các yếu tố : tuổi $70 \pm 7,98$, Huyết áp tâm thu $162,5 \pm 33,8$ mmHg, Huyết áp tâm trương $90,1 \pm 14,3$ mmHg. BMI $21,89 \pm 3,1$. Glucose máu $120,7 \pm 50,8$ mg/dl.

Tỉ lệ các yếu tố nguy cơ : Cao huyết áp (84,8%) đa số tăng HA giai đoạn II-III (71,3%), thuốc lá (35,7%), béo phì (16,9%), RL lipit máu (65,2%) chủ yếu tăng CT và TG. Tiền sử gia đình (10,9%), đái tháo đường (27,8%).

Tỉ lệ hút thuốc lá cao ở nam so với nữ (72,7% vs 7,6%) và béo phì chủ yếu xảy ra ở nữ (21,38% vs 11,1%), ($p < 0,05$). Tất cả (100%) bệnh nhân có yếu tố nguy cơ và bệnh nhân có từ 3 yếu tố nguy cơ trở lên (76,5%).

Sự hiểu biết và điều trị các yếu tố trên : Số bệnh nhân nhận biết cao huyết áp (67,2%), tiểu đường (28,1%) và đái đả số không được theo dõi điều trị (72,5%), đối với bệnh nhân rối RL lipit máu chỉ (9,33%) được điều trị. Nguyên nhân do nhận thức không đầy đủ về các yếu tố nguy cơ trên cũng như hoàn cảnh kinh tế của bệnh nhân không thể theo đuổi chế độ điều trị thích hợp.

Kết luận : Các yếu tố nguy cơ chính của bệnh mạch vành là cao huyết áp, rối loạn lipit máu, hút thuốc lá và đái tháo đường; béo phì và tiền sử gia đình chiếm tỉ lệ ít. Tất cả bệnh nhân bị bệnh mạch vành trong nhóm nghiên cứu đều có yếu tố nguy cơ và đa số bệnh nhân có 3 yếu tố nguy cơ phối hợp trở lên chứng tỏ nguy cơ tim mạch của bệnh nhân rất cao. Nhưng sự phát hiện và nhận thức về việc điều trị các yếu tố này còn quá ít cho thấy đây là vấn đề đầy thử thách đối với chúng ta trong chiến lược phòng ngừa và điều trị các yếu tố nguy cơ của bệnh tim mạch trong cộng đồng. Ngành y tế cần có những chương trình truyền truyền và giáo dục cho cộng đồng hiểu biết về các yếu tố nguy cơ, đồng thời có kế hoạch kiểm soát chặt chẽ và giúp đỡ điều trị các bệnh nhân cao huyết áp, tiểu đường và rối loạn lipit máu.

RESEARCH ON RISK FACTORS OF CORONARY ARTERY DISEASE

BS Nguyễn Thị Thêm và cs

The aim of our study is to determine the prevalence of coronary risk factors, awareness, attitude and practice of patients relating to these factors. We carried out a prospective study of 230 patients with coronary disease admitted from 4/2001 to 5/2002 (99 men, 131 women). Aged $70 \pm 7,98$, mean systolic blood pressure 162 ± 33 , mean diastolic blood pressure 90 ± 14 , mean BMI $21,89 \pm 3,1$, mean FBG $120,7 \pm 50$. The prevalence of various coronary risk factors in the whole group were : hypertension 84,8% mostly at the 3rd grade, dyslipidemia 65,5%, mostly hypercholesterolemia and hypertriglyceridemia, smoking 35,7%, diabetes 27,8%, obesity 16,9%, the previous family history of cardiovascular disease 10,9%.

Smoking was higher prevalence in men than in women (72,7% vs 7,6%), but obesity was lower (11,1% vs 21,38%), respectively ($p < 0,05$). All of the patients (100%) had at least one risk factors and 76,5% had more than three risk factors.

The earlier awareness of patients in their hypertension (67,2%) and diabetes (28,1%), Most of them were not followed up and controlled well (72,5%). There were only 9,33% of the patients with dyslipidemia treated. The reasons of these problems were due to the lack of knowledge in the role of risk factors and the patients' poor economic situation.

There is an urgent need for physicians to have a preventing and control campaign for these coronary risk factors in the community by helping people have proper dietary advice, modify the local lifestyle, screen and therapeutic support for the patients at high – risk groups

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

ThS. Hồ Anh Bình, TS. Nguyễn Cửu Lợi, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Chụp động mạch vành là tiêu chuẩn vàng cho phép đánh giá hình ảnh tổn thương động mạch vành và cũng là điều kiện bắt buộc để có thể tiến hành can thiệp động mạch vành hay thực hiện phẫu thuật bắc cầu nối.

Trong 320 bệnh nhân thuộc nhóm nghiên cứu của chúng tôi có 258 trường hợp là nam chiếm tỷ lệ 80.62 % và 62 trường hợp là nữ, chiếm tỷ lệ 19.38%. Tuổi trung bình của bệnh nhân là 61 ± 11.7 . Có 183 trường hợp có phát hiện tổn thương trong đó thân chung động mạch vành trái bị tổn thương chiếm 9.84 %, động mạch liên thất trước bị tổn thương chiếm 87.43 % (type A: 33.33 %, type B : 18.58 %, and type C: 35.52 %), động mạch mũ 43.72 % (type A: 16.94 %, type B : 12.03 %, and type C: 14.75 %) động mạch vành phải : 57.38 % (type A: 18.58 %, type B : 13.12 %, and type C: 25.68 %). Có tổn thương nhiều động mạch vành trên cùng một bệnh nhân. Tổn thương động mạch vành thường nặng: chỉ số Gensini trung bình là 38.17 ± 31.85 và có tới 54.09 % bệnh nhân có chỉ số Gensini ≥ 30 điểm. Biến chứng trong khi chụp động mạch vành ít. Chụp động mạch vành góp một phần quan trọng trong việc quyết định điều trị cho bệnh nhân bị bệnh mạch vành: điều trị nội khoa (46.45%), can thiệp tim mạch nong và/ hoặc đặt stent (32.24 %), và phẫu thuật bắc cầu nối mạch vành (21.31 %)

EVALUATE THE RESULTS OF CORONAROGRAPHY IN HUE CENTRAL HOSPITAL

ThS. Hồ Anh Bình, TS. Nguyễn Cửu Lợi, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Coronary angiography is considered the gold standard for the diagnosis of coronary artery disease and the first step for coronary angioplasty and bypass surgery.

320 patients (258 males, 62 females, mean age 61 ± 11.17) underwent coronary angiography. And 183 patients are confirmed coronary artery diseases . The left main coronary artery stenosis were accounted for 9.84 % , the left anterior descending coronaries (LDA) were affected in 87.43 % (type A: 33.33 %, type B : 18.58 %, and type C: 35.52 %), the left circumflex coronaries (LCx) were affected in 43.72 % (type A: 16.94 %, type B : 12.03 %, and type C: 14.75 %), the right coronary arteries were affected in 57.38 % (type A: 18.58 %, type B : 13.12 %, and type C: 25.68 % . There are many stenotic segments in the same patient . The atherosclerosis of coronary arteries are severe with Gensinis score of 34.19 and 52.17 % over 30. The complications of coronary angiography are rare. Coronary angiography play a main role for the treatments of coronary artery diseases: by medicaments (46.45 %), by PTCA and/or coronary stenting (32.24 %) and by bypass surgery (21.31 %).

THIỆU MÁU CƠ TIM IM LẶNG Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TÝP 2 QUA HOLTER ĐIỆN TIM 24 GIỜ

BS. Nguyễn Tá Đông, BS. Trần Trung Thông

BS. Lê Bích Thuận, PGS. TS. Nguyễn Hải Thủy, PGS. TS. Huỳnh Văn Minh

Mục đích của đề tài này là tìm tỷ lệ thiếu máu cơ tim im lặng (TMCTIL) ở bệnh nhân ĐTĐ thể 2 qua Holter 24 giờ và mối liên quan giữa TMCTIL và một số yếu tố nguy cơ: Tuổi, tuổi bệnh, thuốc lá, béo phì, tăng HA, rối loạn lipid máu, rối loạn nhịp tim.

Đối tượng là 80 bệnh nhân ĐTĐ týp 2 mang Holter bao gồm 31 nam và 49 nữ, tuổi trung bình 64.54 ± 8.33 năm (CI : 95 %, 46 - 82), thời gian mắc bệnh trung bình 3.75 ± 4.23 (CI: 95%, 0.5 - 20), có 45 người (58.75 %) bị tăng huyết áp, 35 người (43.75 %) béo phì, 41 người (51.25 %) rối loạn lipide máu, 21 người (26.25 %) có hút thuốc lá và 24 người (30.00 %) uống bia rượu nhiều.

Kết quả : Chúng tôi ghi nhận được 29 trường hợp (chiếm tỷ lệ 36.25 %) bị TMCTIL mà trong đó có 13 nam (44.83 %) và 16 nữ (32.65 %), mà chủ yếu là TMCTIL thuộc týp 1(24 người, chiếm tỷ lệ 82.76 %). Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch nêu trên, chỉ có thời gian bị bệnh ĐTĐ, nồng độ cholesterol toàn phần, hút thuốc lá và có uống rượu bia là có tương quan có ý nghĩa với TMCTIL.

SILENT MYOCARDIAC ISCHEMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ON 24 HOUR HOLTER

*Nguyễn Tá Đông, MD -A/Pr. Nguyễn Hải Thủy PhD, MD- Lê thị Bích Thuận,
MD- A/Pr. Huỳnh Văn Minh PhD, MD Hue Medical College*

Objective: To determine the frequent of silent myocardial ischemia (SMI) in patients with type 2 diabetes on 24 hour - Holter, and the relation between SMI and cardiovascular risk factors: Age, time of diabete, cigarette smoking , obesity, hypertention, dyslipidemia and arrhythmia .

Patients: 80 patients with type 2 diabetes (31: men and 49 : women) were aged 64.54 ± 8.33 years (CI : 95 %, 46 - 82), diabetics for 3.75 ± 4.23 years (CI: 95%, 0.5 - 20), and had associated cardiovascular risk factors: 58.75 % were hypertensive, 43.75 % were obese, 51.25 % had dyslipidemia , 26.25 % were smokers.

Results: Of these 80 patients, 29 (36.25 %) had myocardial ischemia (13 men (44.83 %) and 16 women (32.65 %). 24 patients had typ -1 silent myocardial ischemia. Of those cardiovascular risk factors, only time of diabete, total cholesterolimia degree, cigarette smoking were related significantly with silent myocardial ischemia.

NHẬN XÉT VAI TRÒ TRẮC NGHIỆM GẮNG SỨC TRONG CHẨN ĐOÁN CÁC TRƯỜNG HỢP ĐAU NGỰC QUA 500 TRƯỜNG HỢP TẠI KHOA NỘI TIM MẠCH - BVTW HUẾ

BS. Hoàng Văn Quý, T.S Nguyễn Cửu Lợi, PGS.TS Huỳnh Văn Minh

Nhằm rút kinh nghiệm chẩn đoán các trường hợp đau ngực, chúng tôi đánh giá lại các trường hợp đã được chỉ định làm NPGS tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 1996 đến 2003.

Có tất cả 500 bệnh nhân được thực hiện NPGS tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 1996 đến 2003 được đưa vào nghiên cứu. Lứa tuổi từ 19 đến 79 tuổi (trung bình là $53 \pm 11,34$), bao gồm 390 nam và 110 nữ. NPGS thực hiện theo khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt nam (năm 2003). Sử dụng máy điện tâm đồ gắng sức Schiller AT30 nối với xe đạp lực kế có monitor theo dõi liên tục đồng thời 12 chuyển đạo.

Kết quả: NPGS (+) : 65 ca (13 %), NPGS nghi ngờ (\pm) : 70 ca (14 %), NPGS (-) : 365 ca (73 %). Trong số 65 ca có NPGS (+) có 18 ca không hề có cảm giác đau hay nặng ngực khi gắng sức. Có 17 ca có rối loạn nhịp tim NTT thất nhịp đôi, nhịp nhanh thất, cơn nhịp nhanh kịch phát thất, rung nhĩ,... Đau ngực điển hình của cơn co thắt 38 ca. Đau ngực không điển hình khi gắng sức 9 ca.

Tóm lại, NPGS nên được sử dụng trong lâm sàng như là một phương tiện phân tầng trong chẩn đoán và xử trí bệnh động mạch vành tim.

EVALUATION LE ROLE DE L' EPREUVE D' EFFORT DANS LE DEPISTAGE DES CAS DOULEUR THORACIQUE A PROPOS DE 500 CAS A L HOPITAL CENTRAL DE HUE

Dr. Hoang Van Quy, Dr. Nguyen Cuu Loi, Pr. Huynh Van Minh

Une des indications de l'épreuve de effort est le diagnostic différentiel des formes d'angor. De plus lors on peut comparer ses résultats avec les signes cliniques de maladie coronarienne pour tirer les facteurs précis des indications de l'épreuve de effort.

Matériels et méthodes

Tous les patients ayant de la douleur thoracique suspecte une maladie coronaire étaient effectués une épreuve de effort. Il existait 500 cas, âge moyen: $55,46 \pm 11,06$, qui se composaient 390 hommes (78%) et 110 femmes (22%). Les indications, contre-indications et l'évaluation de résultat de l'épreuve de effort se réfèrent à la recommandation de VHA (Hôpital TM Viet Nam) (2003)

Résultats:

Diagnostic clinique: Angor non typique: 425 cas (85%) comprenant: épreuve de effort positive: 7% et épreuve de effort négative 78,9%

Épreuve de effort positive: 65 cas (13%); Épreuve de effort suspecte: 70 cas (14%) Épreuve de effort négative: 365 cas (73%)

Conclusion :Le résultat de cette étude a montré le rôle de l'épreuve de effort pour diagnostiquer les patients avec angor sont insuffisance coronariennes ou non.

ĐÁNH GIÁ SỰ TƯƠNG QUAN VỀ VỊ TRÍ TÀN THƯƠNG GIỮA ĐIỆN TÂM ĐỒ BỀ MẶT VÀ KẾT QUẢ CHỤP ĐỘNG MẠCH VÀNH Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM

Ths. Nguyễn Ngọc Sơn

PGS.TS Huỳnh Văn Minh - TS. Nguyễn Cửu Lợi

Nhồi máu cơ tim là một trong những bệnh lý tim mạch có nhiều biến chứng nguy hiểm với tỷ lệ tử vong cao. Bên cạnh các biện pháp thăm dò mới được áp dụng như chụp động mạch vành, siêu âm Doppler tim. Điện tâm đồ vẫn là phương pháp thăm dò kinh điển. Tuy nhiên liệu điện tâm đồ có chẩn đoán được vị trí tắc động mạch vành hay không? Giá trị tiên lượng của vị trí tắc động mạch vành như thế nào?

Chúng tôi tiến hành nghiên cứu 32 bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim và đã được chụp Động mạch vành (bao gồm 21 nam và 11 nữ)

- Chẩn đoán hẹp / tắc động mạch liên thất trước bằng điện tâm đồ có độ nhạy là 60%, và giá trị chẩn đoán dương tính là 88,2%.

- Chẩn đoán hẹp / tắc động mạch mũ có độ nhạy là 57,1% và giá trị chẩn đoán dương tính là 57,1%.

- Chẩn đoán hẹp / tắc động mạch vành phải có độ nhạy là 76,4%, giá trị chẩn đoán dương tính là 86,6%.

Tóm lại, điện tâm đồ bề mặt xác định được khá chính xác vị trí động mạch vành hẹp/tắc ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim.

EVALUATION THE RELATION OF THE LOCATION BETWEEN THE SURFACE ECG AND THE CORONAROGRAPHY IN MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS

*Nguyễn Ngọc Sơn, Huỳnh Văn Minh, Nguyễn Cửu Lợi
Dept. of Cardiology, Hue Central Hospital*

Myocardial infarction (MI) is a serious cardiovascular disease with a significant number of threatening complications. Besides the new exploring methods recently applied in our country such as coloured doppler-echocardiography, isotope imaging and coronarography, the conventional electrocardiography (ECG) still plays an important role in diagnosis and determination of infarct-related artery. The problem is whether ECG findings can determinate the localisation of infarct arteries.

In this study with a total of 32 MI patients diagnosed by ECG and clinical signs, all the patients are then given with coronarography.

- Diagnosis anatomy of stenose / occlusion with ECG findings has its sensitivity and positive diagnosis in left anterior descending artery 60% and 88,2%.

- Diagnosis anatomy of stenose / occlusion with ECG findings has its sensitivity and positive diagnosis in left circumflex artery 57,1% and 57,1%.

- Diagnosis anatomy of stenose / occlusion with ECG findings has its sensitivity and positive diagnosis in right coronary artery 76,4% and 86,6%.

In conclusion, conventional ECG findings help assess fairly accurately the anatomy of occlusion/ stenosis of involvel coronary artery in MI patients.

HỘI CHỨNG CHUYỂN HOÁ VÀ BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh, Viện tim TP. Hồ Chí Minh

Các yếu tố nguy cơ (YTNC) của xơ vữa động mạch (XVĐM) tạo thành hội chứng chuyển hoá (HCCH) được nhận biết từ 1983. Năm 1988, Reaven đề ra tên Hội chứng X để chỉ một hội chứng bao gồm: sự đề kháng Insulin của cơ thể, microalbumin niệu và tình trạng tăng đông. Từ năm 1998, WHO mới thống nhất dùng từ hội chứng chuyển hoá. Năm 2001, NCEP ATPIII coi HCCH là mục tiêu thứ 2 của điều trị nguy cơ tim mạch, ngoài LDL Cholesterol.

Các đặc điểm của HCCH bao gồm: béo trung tâm, đề kháng Insuline, rối loạn lipid máu (TG ↑, ↓ HDL, ↑ LDL nhỏ đậm đặc), THA, tăng đông máu và tình trạng viêm. Tiêu chuẩn chẩn đoán HCCH đã được xác lập.

Nghiên cứu khoa học đã chứng minh b/n HCCH có biến cố xơ vữa động mạch cao hơn b/n đái tháo đường, ngoài ra HCCH gia tăng gấp 3 lần bệnh ĐMV và đột quỵ so với người đái tháo đường bình thường. Nguyên nhân của HCCH bắt nguồn từ sự đề kháng Insuline.

Mục tiêu của điều trị HCCH là phòng đái tháo đường túp 2 và phòng các biến cố tim mạch. Nhiều biện pháp cần được thực hiện để HA < 125/75mmHg, LDL < 100mg/dL, TG < 150mg/dL và HDL - C > 40mg/dL (nam) và > 50mg/dL (nữ). Các biện pháp điều trị bao gồm: Thay đổi lối sống, statins, ức chế men chuyển, fibrates, thiazolidinediones, điều trị THA và aspirin. Thay đổi lối sống là biện pháp cần được áp dụng cho mọi trường hợp.

METABOLIC SYNDROME AND CORONARY ARTERY DISEASE

Pham Nguyen Vinh MD, PhD Heart Institute HCM city

The relationship between risk factors of atherosclerosis and metabolic syndrome has been recognized since 1983. "Syndrome X", a term coined by Reaven in 1988, is a constellation of insulin resistance, microalbuminuria and hypercoagulable state. WHO has officially used the term "Metabolic Syndrome" since 1998. In 2001, NCEP ATP III considered metabolic syndrome as the secondary target after LDL-cholesterol in the treatment of cardiovascular risk factors.

Metabolic syndrome is characterized by central obesity, insulin resistance, dyslipidemia (elevated TG, decreased HDL, elevated small dense LDL), hypertension, hypercoagulable state and inflammatory state. Diagnostic criteria for metabolic syndrome have been well-defined.

Researches have demonstrated that patients with metabolic syndrome have a higher rate of atherosclerosis than diabetic patients. Patients with metabolic syndrome have a 3-fold increase in risk of coronary artery disease and stroke compared with normoglycemic patients.

The treatment goals of metabolic syndrome are to prevent type-2 diabetes and to reduce cardiovascular events. Multiple treatment modalities are needed to keep BP below 125/75mmHg, LDL below 100mg/dL, TG below 150mg/dL and HDL - C above 40mg/dL in male and 50mg/dL in female. Those modalities include lifestyle modification, statins, ACE-inhibitors, fibrates, thiazolidinediones, aspirin, and treatment of hypertension. In all cases, lifestyle modifications should be used.

THIẾU MÁU CỤC BỘ CƠ TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 VÀ ỨNG DỤNG LÂM SÀNG CỦA TÍNH CHỌN LỌC TRÊN MÔ Ở CÁC SULFONYLUREA

GS. Đặng Văn Phước, Đại học Y - Dược Thp. Hồ Chí Minh

Thích nghi trước với thiếu máu cục bộ cơ tim là hiện tượng những đợt thiếu máu cục bộ ngắn tạo cho cơ tim có khả năng chịu đựng tốt hơn một đợt thiếu máu cơ tim kéo dài sau đó. Một đợt thiếu máu sẽ giảm nồng độ ATP nội bào, gây mở kênh K-ATP. Dòng Kali đi vào sẽ ngăn ngừa việc mở kênh Calcium phụ thuộc điện thế.

Ở tế bào cơ trơn mạch máu, giảm nồng độ Calci nội bào trong quá trình thiếu máu sẽ giúp mạch, tăng cung cấp oxy. Ở tế bào cơ tim, giảm nồng độ Calci sẽ giúp giảm hoạt động của tim, và giảm co thắt cơ tim. Điều này giúp tiết kiệm năng lượng và như vậy sẽ giúp ngăn ngừa hoại tử trong quá trình thiếu máu.

Kênh K-ATP của cơ tim đóng trong điều kiện sinh lý và mở trong thiếu máu cục bộ cơ tim. Hiệu quả bảo vệ tim của thích nghi trước với thiếu máu cục bộ cơ tim có thể bị phá bỏ bởi các thuốc mở kênh K-ATP như diazoxide hay các sulfonyleurea tác dụng không chọn lọc (ở tế bào beta tụy) như glibenclamide hay glimepiride. Gliclazide tác dụng chọn lọc trên tế bào beta và không tương tác với các kênh K-ATP ở tim. Những phát hiện mới này có thể đưa đến một chiến lược mới trong việc dùng thuốc điều trị bệnh nhân đái tháo đường typ 2 có kèm theo thiếu máu cục bộ cơ tim.

ISCHEMIC HEART DISEASE IN TYPE 2 DIABETES TISSUE SELECTIVITY OF SULFONYLUREAS AND CLINICAL IMPLICATIONS

Pr. Dang Van Phuoc
University of Medicine of HCMC

Ischemic preconditioning is a phenomenon in which short periods of coronary occlusion result in reduced size of a subsequent myocardial infarct. An ischemia-induced fall in intracellular ATP triggers KATP channel opening. This results in efflux of potassium, preventing voltage-dependent calcium channels from opening.

In vascular smooth muscle cells, the decrease in intracellular calcium concentration during ischemia results in marked vasodilation, facilitating an increase in supply of oxygen. In the myocardium, the decrease in calcium concentration leads to a shortening of action potentials, and to a decrease in myocardial contraction. This saves energy and, therefore, can postpone necrosis during ischemia.

Cardiac KATP channels are closed under physiological conditions and open during myocardial ischemia. It has been shown that the cardioprotective effect of ischemic preconditioning can be mimicked by potassium channel openers such as diazoxide, which are used in the treatment of angina pectoris.

In contrast, the closure of cardiac KATP channels by nonselective sulfonylureas, like glibenclamide and glimepiride, can result in loss of ischemic preconditioning. Gliclazide is β -cells by gliclazide may prevent a new strategy in the pharmacologic management of type 2 diabetes patients suffering from ischemic heart disease.

GIÁ TRỊ CỦA ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG VIỆC TIÊN ĐOÁN ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI ĐOẠN GẦN LÀ ĐỘNG MẠCH THỦ PHẠM Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP THÀNH DƯỚI CÓ ST CHÊNH LÊN

TS Võ Thành Nhân, BS Nguyễn Hữu Khoa Nguyễn

Cơ sở

Khoảng 50% các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) thành dưới có ST chênh lên có nhịp tim chậm hoặc tụt huyết áp nặng nề, thường do tắc hoàn toàn động mạch vành phải (ĐMVP). Việc nhận biết sớm tình trạng tắc ĐMVP đoạn gần có thể giúp ích trong việc xử trí và phòng ngừa các biến chứng này.

Mục tiêu

Nghiên cứu này khảo sát giá trị của dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo III nhiều hơn ở chuyển đạo II trên điện tâm đồ, và sự kết hợp của dấu hiệu này với ST chênh lên ở V_1 ($> 0.5\text{mm}$), trong việc tiên đoán ĐMVP đoạn gần là động mạch thủ phạm ở bệnh nhân NMCTC thành dưới có ST chênh lên.

Phương pháp

Nghiên cứu tiến hành trên 30 bệnh nhân NMCTC thành dưới có ST chênh lên nhập BV Chợ Rẫy được can thiệp động mạch vành tiên phát. Chúng tôi phân tích điện tâm đồ trước chụp động mạch vành có ST biến đổi nhiều nhất.

Kết quả

Dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo III nhiều hơn ở chuyển đạo II có độ nhạy 91%, độ đặc hiệu 86%, giá trị tiên đoán dương 96% và giá trị tiên đoán âm 75% trong việc dự đoán ĐMVP đoạn gần hoặc đoạn giữa là động mạch thủ phạm. Dấu hiệu này kết hợp với ST chênh lên ở V_1 ($> 0.5\text{mm}$) sẽ có độ nhạy 33%, độ đặc hiệu 100%, giá trị tiên đoán dương 100% và giá trị tiên đoán âm 67% trong việc tiên đoán ĐMVP đoạn gần là động mạch thủ phạm.

Kết luận

Dấu hiệu ST chênh lên ở chuyển đạo III nhiều hơn ở chuyển đạo II, đặc biệt khi kết hợp với ST chênh lên ở V_1 ($> 0.5\text{mm}$), hữu ích trong việc tiên đoán ĐMVP đoạn gần là động mạch thủ phạm ở bệnh nhân NMCTC thành dưới có ST chênh lên

VALUE OF THE ELECTROCARDIOGRAM IN PREDICTING THE PROXIMAL RIGHT CORONARY ARTERY AS THE CULPRIT VESSEL IN PATIENTS WITH INFERIOR WALL ST-ELEVATION ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION

Vo Thanh Nhan, M.D., Ph.D; Nguyen Huu Khoa Nguyen, M.D.

Background

Approximately 50% of patients with inferior wall ST-elevation acute myocardial infarction (AMI) have significant bradycardia or hypotension, usually as a result of total occlusion of the proximal right coronary artery (RCA). Early recognition of occlusion of the proximal portion of the RCA may facilitate the management and the prevention of these complications.

Objective

This study evaluated the values of ST elevation in lead III exceeding that of lead II and the combination of that increased ratio and ST-segment elevation in V_1 (> 0.5 mm) in predicting the proximal RCA as the culprit vessel in patients with inferior wall ST-elevation AMI.

Method

The study population consisted of 30 consecutive patients presenting to Cho Ray Hospital for primary coronary angioplasty in the setting of inferior wall AMI. The ECG showing the most pronounced ST-segment deviation before coronary angiography was evaluated.

Result

ST elevation in lead III exceeding that of lead II predicted occlusion of the proximal or mid portion of the RCA with a 91% sensitivity, a 86% specificity, a 96% positive predictive value, and a 75% negative predictive value. The combination of that increased ratio and ST-segment elevation in V_1 (> 0.5 mm) was a predictor of occlusion of the proximal RCA with a sensitivity of 33%, a specificity of 100%, a positive predictive value of 100%, and a negative predictive value of 67%.

Conclusion

The presence of ST-segment elevation in lead III exceeding that of lead II, particularly if combined with ST elevation in lead V_1 (>0.5 mm), was a useful marker in predicting the proximal RCA as the culprit vessel in patients with inferior wall ST-elevation AMI.

KHẢO SÁT HOMOCYSTEINE MÁU Ở BỆNH NHÂN BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH

BS Nguyễn Hữu Khoa Nguyễn, GS TS Đặng Văn Phước

Cơ sở: Tăng Homocysteine máu được nhiều nghiên cứu ở nước ngoài ghi nhận là yếu tố nguy cơ mới lộ diện của bệnh động mạch vành. ở người Việt Nam, đặc điểm của Homocysteine máu ở bệnh nhân động mạch vành chưa được nghiên cứu nhiều.

Mục tiêu: Khảo sát đặc điểm của nồng độ Homocysteine máu lúc đói ở bệnh nhân Việt Nam bệnh động mạch vành.

Phương pháp: Đây là nghiên cứu bệnh - chứng. Nhóm bệnh động mạch vành (n=86) là những bệnh nhân được chẩn đoán bằng tiêu chuẩn vàng là chụp động mạch vành, có ít nhất một động mạch vành hẹp $\geq 50\%$ đường kính. Nhóm chứng gồm có phân nhóm có chụp động mạch vành (tất cả động mạch vành bình thường hoặc hẹp $< 50\%$ đường kính) (n = 28) và phân nhóm không bệnh động mạch vành chọn từ dân số chung (không có bệnh động mạch vành trên lâm sàng) (n = 78).

Kết quả: Nồng độ Homocysteine máu lúc đói ở nhóm bệnh động mạch vành có phân phối tần suất lệch phải, và không có mối tương quan với tuổi, giới, tăng huyết áp, hút thuốc lá, tăng LDL - cholesterol và đái tháo đường. Nồng độ Homocysteine máu lúc đói ở nhóm bệnh động mạch vành cao hơn so với nhóm không bệnh động mạch vành ($13.95 \pm 5.1 \mu\text{mol/l}$ so với $10.68 \pm 2.67 \mu\text{mol/l}$, p = 0.000) (trung bình cộng \pm độ lệch chuẩn). Khi homocysteine máu tăng $\geq 16 \mu\text{mol/l}$, Odds Ratio của nguy cơ bệnh động mạch vành (đã hiệu chỉnh theo tuổi, giới tính, tăng huyết áp, hút thuốc lá, tăng LDL- cholesterol và đái tháo đường) là 6.8, khoảng tin cậy 95%: 1.6 - 30.4.

Kết luận: Nồng độ homocysteine máu lúc đói ở nhóm bệnh động mạch vành có phân phối tần suất lệch phải; không tương quan với tuổi, giới, tăng huyết áp, hút thuốc lá, tăng LDL - cholesterol và đái tháo đường, có giá trị trung bình là $13.95 \pm 5.1 \mu\text{mol/l}$ và cao hơn hẳn so với nhóm không bệnh động mạch vành. Bước đầu chúng tôi nhận thấy tăng homocysteine máu làm tăng nguy cơ bệnh động mạch vành ở người Việt Nam.

PLASMA HOMOCYSTEINE LEVELS IN PATIENTS WITH CORONARY ARTERY DISEASE

Nguyen Huu Khoa Nguyen Dang Van Phuoc²

Background: Many researches in other countries have shown that hyperhomocysteinemia is a novel risk factor of coronary artery disease. Characteristics of plasma homocysteine levels in Vietnamese patients with coronary artery disease have not been studied profoundly.

Objective: To investigate characteristics of plasma homocysteine levels in Vietnamese patients with coronary artery disease.

Method: This was a case-control study. Cases (n=86) were defined as those underwent coronary angiography with 50% occlusion in at least one coronary artery. Control group included a sub-group undergoing coronary angiography (with normal coronary arteries or < 50% occlusion in all coronary arteries) (n=28) and a population-based subgroup (free from clinical coronary artery disease) (n=78).

Result: The frequency distribution of fasting plasma homocysteine levels in cases was skewed to the right. Mean fasting homocysteine level in cases had no correlation with age, sex, hypertension, smoking, elevated LDL-C, diabetes mellitus. Mean fasting homocysteine level was higher in cases than in combined control group ($13.95 \pm 5.1 \mu\text{mol/l}$ vs $10.68 \pm 2.6 \mu\text{mol/l}$, $p = 0.000$). Adjusted Odds Ratio for coronary artery disease (adjusting for age, sex, hypertension, smoking, elevated LDL-C, diabetes mellitus) was 6.8 (95% CI: 1.6-30.4) for levels $\geq 10.6 \mu\text{mol/l}$.

Conclusion: In cases, fasting plasma homocysteine levels had right skewed frequency distribution, had no correlation with age, sex, hypertension, smoking, elevated LDL-C, diabetes mellitus. Mean fasting homocysteine level in cases was $13.95 \pm 5.1 \mu\text{mol/l}$ (mean \pm SD) and statistically higher than in combined control group. Elevated fasting homocysteine levels increased risk of coronary artery disease in Vietnamese.

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA CHỤP MẠCH VÀ SỰ TƯƠNG ĐƯƠNG VỚI RỐI LOẠN LIPID Ở BỆNH NHÂN SUY VÀNH

ThS. Hồ Anh Bình, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Tăng cholesterol (CT), triglycerid (Tg), lipoprotein trọng lượng phân tử thấp (LDL), và hạ mức lipoprotein trọng lượng phân tử cao (HDL) là những yếu tố nguy cơ gây vữa mạch máu. Chúng tôi tiến hành đánh giá mức độ tổn thương động mạch vành qua chụp mạch và sự tương quan với rối loạn lipid máu ở 69 bệnh nhân, trong đó có 57 nam và 12 nữ. Đánh giá hình thái tổn thương động mạch vành dựa vào phân độ của hội Tim mạch học Hoa Kỳ. Mức độ tổn thương động mạch vành được đánh giá bởi chỉ số Gensini. Chỉ số này dựa vào số nhánh và vị trí tổn thương các động mạch vành, độ hẹp của tổn thương. (Chỉ số Gensini càng cao thì tổn thương động mạch vành càng nặng).

Về hình thái tổn thương động mạch vành: động mạch liên thất trước tổn thương chiếm 86,96% trong đó kiểu A: 28,99%, kiểu B: 24,64%, kiểu C: 33,33%. Động mạch mũ bị tổn thương chiếm 34,78% trong đó kiểu A: 11,59%, kiểu B: 13,04%, kiểu C: 10,14%. Động mạch vành phải bị tổn thương chiếm 57,97% trong đó kiểu A: 17,39%, kiểu B: 10,14%, kiểu C: 30,43%. Thân chung động mạch vành trái bị tổn thương chiếm 7,25%. Có nhiều động mạch vành bị tổn thương trên cùng một bệnh nhân: số bệnh nhân có tổn thương 2 động mạch vành chính trở lên chiếm 53,22%. Tổn thương động mạch vành nặng: chỉ số Gensini trung bình là 34,19% và có tới 52,17% bệnh nhân có chỉ số Gensini ≥ 30 điểm.

Có sự tương quan thuận giữa chỉ số Gensini và nồng độ cholesterol ($r=0,314$; $p<0,01$). Có sự tương quan mức độ vừa giữa nồng độ LDL và chỉ số Gensini ($r=0,25$; $p<0,05$). Không có sự tương quan giữa nồng độ HDL và chỉ số Gensini ($r=0,0135$; $p>0,05$).

THE CORRELATION BETWEEN DYSLIPIDEMIA AND ANGIOGRAPHIC CORONARY ARTERY LESIONS

ThS. Hồ Anh Bình, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Background: High levels of cholesterol, triglycerides, low-density lipoprotein (LDL) and low levels of high density lipoprotein (HDL) are considered risks factors of atherosclerotic coronary artery disease.

Method: We evaluated the lesions of coronary arteries by coronary angiography;

the correlation between the lesions and the dyslipidemias in 69 patients (57 males, 12 females). The stratification of coronary artery lesions is based on the ACC/AHA classification. The extension of coronary artery atherosclerosis were measured by Gensini's score (number of stenosis segments, the localisation of stenosis, and the severity of stenosis - The higher Gensini's score, the more severe disease of coronary arteries).

Results: The left main coronary artery stenosis were accounted for 7.25 % , the left anterior descending coronaries (LDA) were affected in 86.96 % , (type A: 28.99 % , type B : 24.64 % , and type C: 33.33 %). The left circumflex coronaries (LCx) were affected in 34.78 % , (type A: 11.59 % , type B : 13.04 % , and type C: 10.14 %). The right coronary arteries were affected in 57.97 % (type A 17.39 % , type B : 10.14 % , and type C: 30.43 %). There are many stenotic segments in the same patient. The number of patients who have at least 2 stenosis is 53.22 % . The atherosclerosis of coronary arteries are severe with Gensini's score of 34.19 and 52.17 % over 30.

Conclusion: Gensini's score is related to total cholesterol ($r = 0.314$, $p < 0.01$), to triglycerides levels ($r = 0.259$, $p < 0.05$) and to LDL levels ($r = 0.25$, $p < 0.05$). No relation was observed between Gensini's score and HDL levels ($r = 0.0135$, $p > 0.05$).

Phần III

CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ RỐI LOẠN NHỊP TIM

NHẬN XÉT TÁC DỤNG CHỐNG LOẠN NHỊP THẤT CỦA LIDOCAIN

BSCKI. Đoàn Văn Hiến, PGS.TS. Đinh Ngọc Sỹ

Nghiên cứu trên 31 trường hợp NTTT được điều trị bằng LIDOCAIN chúng tôi thấy:

1. NTTT gặp nhiều ở tuổi >55 thường ở nhóm THA có suy tim và bệnh van tim.
2. Liều LIDOCAIN 1-2 mg/kg tiêm tĩnh mạch chậm có tác dụng xoá NTTT rất tốt.
3. Điều trị có hiệu quả nhất ở 2 nhóm: Tăng huyết áp có biến chứng suy tim đạt 70%. Bệnh van tim đã dùng Digoxin, tỷ lệ thành công đạt 83,33%, tỷ lệ tái phát ít = 11,76%.
4. Tác dụng phụ hết sau khi dùng thuốc.

EFFECT OF LIDOCAIN IN TREATMENT VENTRICULAR EXTRASYSTOL

Doctor. Doan Van Hien, Ass. Prof. Đinh Ngọc Sỹ Ph.D (Med)

Studying on 31 pots of ventricular extrasystol (VE) occurred frequent at over 55 your old group with cardiac disease due to Hypertensive and heart valves diseases.

- LIDOCAIN 1-2mg/kg IV infection has had good effect : VE disappeared at 64,52%.

- The best effect of LIDOCAIN in 2 groups of insufficiency cardi due to Hypertensive and heart valves diseases treated Digoxin. The relapse at 11,76%.

- Site effect were mirror and disappeared at the end of treated by Lidocain.

NGHIÊN CỨU GIÁ TRỊ CỦA HOLTER ĐIỆN TÂM ĐỒ TRONG CHẨN ĐOÁN SUY NỨT XOANG Ở BỆNH NHÂN RỐI LOẠN NHỊP TIM CHẬM

Th.s Nguyễn Thị Hải Yến

44 bệnh nhân có rối loạn nhịp tim chậm được thăm dò tìm nguyên nhân, tác giả có nhận xét:

1. ĐTĐ Holter 24 giờ có giá trị cao trong chẩn đoán SNX với độ nhạy 61,5%, độ đặc hiệu 100%, phù hợp trong chẩn đoán ở mức độ vừa ($k=0,57$)

2. ĐTĐ Holter 24 giờ+ NP atropin làm tăng giá trị trong chẩn đoán SNX: sự phù hợp chẩn đoán ở mức độ khá ($k=0,76$). Với NP atropin nên lấy ngưỡng 85 ck/ph.

3. Những dấu hiệu có giá trị trong chẩn đoán SNX trên ĐTĐ kể cả ĐTĐ Holter:

- Ngừng xoang trên 3 giây
- Nhịp bộ nổi
- Nhịp chậm xoang không đều + nhiều khoảng ngừng xoang 2-3 giây
- Nhịp chậm xoang tần số < 40 ck/ph.

EVALUATION OF THE 24 HOURS AMBULATORY HOLTER ECG IN THE DIAGNOSIS OF SSS IN PATIENTS WITH BRADYCARDIA

44 patients with bradycardia were studied by Holter ECG and atropin test

Result:

- For the diagnosis of SSS, Holter ECG had a sensitivity of 61,5%, specificity of 100% with kappa 0,57.

- Holter ECG + atropin test increase the sensitivity and specificity of the diagnosis with kappa 0,76.

- The best level in the atropin test is 85 °/mn

- The characteristic signs of SSS on the ECG and ECG Holter are:

+ Pause > 3 seconds

+ Junctional rhythms

+ Irregular sinus bradycardia + pauses 2-3 seconds

+ Sinus bradycardia with < 40 °/mn

HOLTER NHỊP TIM LIÊN TỤC 24 GIỜ Ở NGƯỜI BÌNH THƯỜNG LỬA TUỔI TỪ 21 – 40

Bs CK II Trần Quốc Anh, PGS TS Huỳnh Văn Minh

Để ứng dụng Holter điện tim liên tục 24 giờ trong chẩn đoán, đánh giá điều trị và dự hậu các bệnh lý tim mạch, trước hết chúng tôi muốn nghiên cứu các rối loạn nhịp tim ở người bình thường được xem là hằng số Holter. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, đối tượng là 91 sinh viên y khoa tuổi từ 21-40 mạnh khỏe, không có bệnh lý tim mạch và hiện tại không có các triệu chứng. Kết quả như sau:

1. Về nhịp :

Nhịp tối thiểu: $48,42 \pm 6,41$ 95%CI 49,47-47,10, đa số nhịp tối thiểu xảy ra lúc ngủ.

Nhịp trung bình: $74,91 \pm 9,45$ 95%CI 72,97-76,85

Nhịp tối đa: $127,49 \pm 16,24$ 95%CI 124,16-130,83, khi gắng sức nhịp tối đa nữ cao hơn nam ($p < 0,05$)

95% đều có nhịp nhanh nhịp chậm theo hoạt động trong ngày và xu hướng nhịp tim chậm về ban đêm (76,92%).

2. Các rối loạn nhịp tim trong giới hạn cho phép ở người bình thường :

38,46% có ngoại tâm thu thất, trung bình chỉ có 1-2 ngoại tâm thu thất / 24 giờ, 2,2% có trên 4 cái / 24 giờ và chỉ có ngoại tâm thu thất đơn dạng.

Có 90,1% ngoại tâm thu nhĩ, trung bình dưới 20 cái/24 giờ, chỉ có 2,2% ngoại tâm thu nhĩ trên 40 cái/ 24 giờ, không có nhịp nhanh trên thất.

Không có khác biệt giữa giới và nhóm tuổi đối với ngoại tâm thu.

2,2% có khoảng ngừng trên 2s, cả hai đều là nữ trẻ.

Như vậy có một rối loạn nhịp tim nhất định ở người bình thường, chúng tôi đề nghị bảng hằng số Holter sau:

HOLTER NHỊP

Nhịp tối thiểu: $48,42 \pm 0,67$

Nhịp trung bình: $79,91 \pm 0,9$

Nhịp tối đa sinh hoạt bình thường: $127,49 \pm 1,70$

Ngừng xoang < 2,2s

Ngoại tâm thu nhĩ: < 40 / 24 giờ; < 15/ 1giờ

Ngoại tâm thu thất: < 5 / 24 giờ, đơn dạng không có cặp đôi

RESULTS OF 24 HOURS HOLTER ECG IN HEALTHY NORMAL PEOPLE AGED 21-40 YEARS

Tran Quoc Anh MD, Prof Huynh Van Minh MD, PhD,

OBJECTIVES: For applying Holter electrocardiographic monitoring in diagnostic evaluation, obtaining prognostic information and evaluating antiarrhythmic therapy. At first, we study ambulatory ECG findings in normal, asymptomatic persons. **METHODS:** We performed descriptive statistics of data from 91 healthy medical students without apparent heart disease. Statistical analysis data were expressed as percentages, mean \pm SD, 95% CI. Table of Holter constant as mean \pm SEM. **RESULTS:** Minimum heart rate: $48,42 \pm 6,41$ 95%CI 49,47-47,10 almost happened during sleep; average heart rate: $74,91 \pm 9,45$ 95%CI 72,97-76,85; maximum heart rate: $127,49 \pm 16,24$ 95%CI 124,16-130,83: rate of female is higher than that of male when exercising. There is a heart rate trend with bradycardia and tachycardia alternate during daily activities. Bradycardia often occurs at night. Ventricular premature complexes (VPCs) in 38,46%; 1-2 PVCs/24h on average; >4 VPCs: 2,2% ; there is only monomorphic VPCs. Atrial premature complexes (APCs) in 90,1% , <20 APCs/24h on average; >40/24h: 2,2%. No supraventricular tachycardia. No difference between sex and age. There was two young female students (2,2%) with sinus pause more than 2 seconds (2,2s). **CONCLUSIONS:** There is a certain arrhythmia in asymptomatic healthy individuals. We propose some Holter normal values:

Minimum heart rate: $48,42 \pm 0,67$

Average heart rate: $74,91 \pm 0,9$

Maximum heart rate(daily activities): $127,49 \pm 1,70$

Sinus pause : <2,2s

Ventricular premature complexes : <5/24h, uniform and no pairs.

Atrial premature complexes : < 40/24h; <15/1h

BIẾN THIÊN NHỊP TIM Ở NGƯỜI BÌNH THƯỜNG LỬA TUỔI TỪ 21 – 40

Bs CK II Trần Quốc Anh, PGS TS Huỳnh Văn Minh

Ngày nay đột tử do tim như là một vấn đề sức khỏe cộng đồng, 85% chủ yếu do bệnh mạch vành. Người ta đã nhận ra có tương quan ý nghĩa giữa hệ thần kinh tự động và tử suất tim mạch bao gồm đột tử do tim. Bằng chứng thực nghiệm về sự phối hợp giữa rối loạn nhịp tim nguy hiểm và hoặc gia tăng hoạt tính giao cảm, hoặc giảm hoạt tính phó giao cảm khuyến khích phát triển một phương tiện đo lường hoạt tính thần kinh tự động và sau đó biến thiên nhịp tim (BTNT) được xem là một trong những phương tiện hứa hẹn nhất. Mục tiêu của chúng tôi là tìm các số đo BTNT ở người bình thường để làm cơ sở cho các nghiên cứu kế tiếp. Nghiên cứu theo phương pháp mô tả, đối tượng là 91 sinh viên y khoa tuổi từ 21-40 mạnh khỏe, không có bệnh lý tim mạch. Đối tượng được phân ra hai nhóm tuổi: 21-30 tuổi và 31-40 tuổi. Kết quả như sau:

Thời khoảng trung bình NN (mean NN)	806,26±10,76 ms
Tỉ lệ thời khoảng NN bình thường (pNN) :	99,6±0,08 %
Khác biệt ngày đêm thời khoảng NN :	169,45±9,12 ms
Độ lệch chuẩn thời khoảng NN (SDNN) :	117,18±3,75 ms
Độ lệch chuẩn trung bình thời khoảng NN (SDANN) :	99,34±3,49 ms
Trung bình độ lệch chuẩn thời khoảng NN (SDNNidx) :	57,69±1,99 ms
Căn bậc hai của trung bình tổng bình phương khác biệt các thời khoảng NN (RMSSD) :	36,25±1,56 ms
Tỉ lệ các thời khoảng NN kế tiếp có chênh lệch 50ms (pNN50) :	12,48±1,08 %

Có khác biệt về nhóm tuổi đối với trung bình độ lệch chuẩn NN (SDNNidx), căn bậc hai trung bình tổng bình phương khác biệt NN (RMSSD), và tỉ lệ NN50 (pNN50) với giá trị giám so với tuổi.

Trên đây là các số đo BTNT theo phương pháp thống kê, có các số đo BTNT theo phương pháp hình học, số đo theo phổ tần số phù hợp với sinh lý hơn, cần có các nghiên cứu kế tiếp.

HEART RATE VARIABILITY IN HEALTHY NORMAL PEOPLE AGED 21-40 YEARS

Tran Quoc Anh MD, Prof Huynh Van Minh MD, PhD,

OJECTIVES: Sudden cardiac death (SCD) occurring in the community continues to be a significant health care problem. Up to 85% of all SCD are due to the consequences of coronary atherosclerosis. The recognition of a significant relationship between the autonomic nervous system and cardiovascular mortality, including SCD has been witnessed. Experimental evidence for an association between a propensity for lethal arrhythmias and signs of either increased sympathetic or reduced vagal activity has encouraged the development of quantitative markers of autonomic activity. Heart rate variability (HRV) represents one of the most promising makers. Our objective is to obtain measures of HRV in normal persons for base of following studies. **METHODS:** We perfomed descriptive statistics of data from 91 healthy medical students without apparent heart disease. They were divided into 2 groups: 21-30 year old and 31-40 year old. **Statistical analysis data were expressed as mean \pm SD 95% CI.** The proposed measures of HRV were **expressed as mean \pm .** **RESULTS:** Mean NN intervals :806,26 \pm 10,76 ms. Percentage of normal NN intervals :99,6 \pm 0,08 %. Night-day difference :169,45 \pm 9,12 ms. Standard deviation of all NN intervals (SDNN) : 117,18 \pm 3,75 ms. Standard deviation of the averages of NN intervals (SDANN) : 99,34 \pm 3,49 ms. Mean of the standard deviations of all NN intervals (SDNNidx) : 57,69 \pm 1,99 ms. The square root of the mean of the sum of the squares of differences between adjacent NN intervals (RMSSD) : 36,25 \pm 1,56 ms. pNN50: the proportion of differnces between successive NN intervals that are greater than 50 m per second :12,48 \pm 1,08 %.

There are differences between two age groups of the measures SDNNdix, RMSSD, and pNN50 , and these values are smaller in the older age group.

Our measures are statistical measures (time domain measures). Measures of geometrical methods and frequency domain measures can interpret many physiological conditions. Further studies need to be conducted.

SỐC ĐIỆN ĐỒNG BỘ TRONG ĐIỀU TRỊ KHẨN CẤP RỐI LOẠN NHỊP NHANH

*BS Bùi Hữu Minh Trí, BS Mai Phạm Trung Hiếu,
BS Ngô Trần Quang Minh*

Trong xử trí loạn nhịp nhanh, đặc biệt nếu có tình trạng huyết động không ổn định, rối loạn tri giác, suy tim thì sốc điện là một biện pháp điều trị nhanh chóng và hiệu quả. Từ 2001-8/2003 chúng tôi thực hiện sốc điện đồng bộ cho 8 lượt BN gồm 3 nhịp nhanh QRS hẹp; 3 nhịp nhanh QRS rộng có rối loạn huyết động, tri giác; 2 rung nhĩ trong H/c WPW dựa theo qui trình của Hội tim Mỹ. Tỷ lệ thành công tức thì 100%, tỷ lệ thành công chung 87.5%. Thuốc an thần dùng là Midazolam 2.5-5mg cho hầu hết các trường hợp. Năng lượng khởi đầu: 100J với cuồng nhĩ, 100J - 200J cho rung nhĩ, 200J cho nhịp nhanh thất, nhịp nhanh với QRS rộng chưa rõ nguồn gốc và rung nhĩ trong H/c WPW. Trong quá trình thực hiện không ghi nhận tác dụng phụ, biến chứng nào đáng kể.

EMERGENT DC CARADIOVERSION FOR TERMINATION OF TACHYARRHYTHMIAS

Abstract: Electrical cardioversion is currently the treatment of choice for some forms of tachyarrhythmias with hemodynamic instability, congestive heart failure or altered consciousness. From 2001 to 8/2003, we have performed DC cardioversion for 8 patients with tachycardia (3 with narrow QRS, 3 with wide QRS, 2 with atrial fibrillation in WPW syndrome) based on AHA DC cardioversion algorithm. Immediate success and overall success have been achieved in 100% and 87.5% of cases respectively. Most of patients were premedicated with Midazolam 2.5-5mg. Initial energy was 100J for atrial flutter, 100-200J for atrial fibrillation, 200J for ventricular tachycardia and tachycardia with wide QRS of unknown origin, 200J for atrial fibrillation with WPW syndrome. None of adverse effects and complications secondary to cardioversion has been documented.

RỐI LOẠN NHỊP TIM Ở BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG TYP 2 QUA HOLTER ĐIỆNTIM 24 GIỜ

*B.S. Nguyễn Tá Đông - -BS. Lê thị Bích Thuận
PGS.TS. Nguyễn Hải Thủy PGS. TS. Huỳnh Văn Minh*

Mục đích : tìm tỷ lệ rối loạn nhịp và rối loạn dẫn truyền tim ở bệnh nhân ĐTĐ thể 2 qua Holter 24 giờ và mối liên quan giữa rối loạn nhịp tim và một số yếu tố nguy cơ: Tuổi, tuổi bệnh, thuốc lá, béo phì, tăng HA, rối loạn lipid máu, thiếu máu cơ tim.

Đối tượng : 82 bệnh nhân ĐTĐ typ 2 gồm 33 nam và 49 nữ, tuổi trung bình 64.34 ± 6.86 năm (CI : 95 %, 46 - 82), thời gian mắc bệnh trung bình 4.51 ± 4.26 (CI: 95%, 0.5 - 20), có 45 người (54.88 %) bị tăng huyết áp, 35 người (42.68 %) béo phì, 41 người (50 %) rối loạn lipide máu, 22 người (26.83 %) có hút thuốc lá.

Kết quả : Chúng tôi ghi nhận được 32 trường hợp (chiếm tỷ lệ 39.02 %) bị RLNT mà trong đó có 17 nam (20.73 %) và 15 nữ (18.29 %), chủ yếu là rối loạn nhịp trên thất, trong đó có 22 bệnh nhân chỉ có một loại RLNT (chiếm tỷ lệ 68.75 %) và 10 bệnh nhân có hơn hai loại RLNT (chiếm tỷ lệ 31.25 %), đồng thời có 18 bệnh nhân bị rối loạn dẫn truyền (chiếm tỷ lệ 22.00 %) trong đó bloc cảnh P là 17.07 % và bloc nhĩ thất là 4.88 %. Trong các yếu tố nguy cơ tim mạch trên, chỉ có hút thuốc lá, thời gian bị bệnh ĐTĐ, có thiếu máu cơ tim trên Holter là có mối tương quan có ý nghĩa với RLNT.

CARDIAC ARRHYTHMIA IN PATIENTS WITH TYPE 2 DIABETES ON 24 HOUR HOLTER.

*B S. Nguyễn Tá Đông - BS. Lê thị Bích Thuận
PGS.TS. Nguyễn Hải Thủy PGS. TS. Huỳnh Văn Minh*

Objective:

To determine the frequent alterations in rhythm and cardiac conduction in patients with type 2 diabetes on 24 hour - Holter, and the relation between cardiac arrhythmia and cardiovascular risk factors: age, time of diabete, cigarette smoking , obesity, hypertention, dyslipidemia and myocardial ischemia.

Patients:

82 patients with type 2 diabetes (33: men and 49 : women) aged 64.34 ± 6.86 years (CI : 95 %, 46 - 82), acquired the diabetes for 4.51 ± 4.26 years (CI: 95%, 0.5 - 20), and associated with the cardiovascular risk factors: arterial hypertension 54.88 %, obesity 42.68 %, dyslipidemia 50 %, cigarette smoking 26.83 %.

Results:

Of these 82 patients, 32 (39.02 %) had cardiac arrhythmia (17 men (20.73 %) and 15 women (18.29 %); supraventricular arrhythmia were frequent. 22 patients had simple arrhythmia (68.75 %) and 10 patients had complex arrhythmia (31.25 %), concurrently 18 patients had cardiac conduction disorders (22.00 %) right bundle branch block(17.07 %) and A - V block (4.88 %). Among these cardiovascular risk factors, only cigarette smoking , time of diabete, myocardial ischemia were related significantly with cardiac arrhythmia.

TÌNH HÌNH ĐẶT MÁY TẠO NHỊP VĨNH VIỄN TẠI BỆNH VIỆN TRUNG ƯƠNG HUẾ

*PGS., TS. Huỳnh Văn Minh, TS. Nguyễn Cửu Lợi, BS. Lê Phúc Nguyên,
BS. Hồ Anh Bình, Th S. Lê Quang Thửu, Th S. Bùi Minh Thành,
Th S. Nguyễn Lương Tấn và cs. với sự giúp đỡ hợp tác của
BS. Richard Schneider, Tổ chức ADS Luxembourg*

- Nhằm đánh giá rút kinh nghiệm, chúng tôi tổng kết 82 trường hợp bệnh nhân đã được đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn trong 8 năm qua tại Khoa Nội Tim mạch BVTW Huế từ 1996- tháng 3/2003.

- Đối tượng và chỉ định chọn kiểu máy tạo nhịp: dựa theo khuyến cáo phân loại của ACC/AHA năm 1991 và bổ sung năm 1998. Phương tiện theo dõi vị trí điện cực: giai đoạn đầu theo dõi bằng máy siêu âm hai bình diện và từ năm 1998 chúng tôi sử dụng máy tăng sáng truyền hình.

- Đường vào: thông dụng là tĩnh mạch đầu bên phải. Một số trường hợp chúng tôi phải đi vào tĩnh mạch dưới đòn, TM cảnh ngoài. Có trường hợp phải đặt máy tạm thời.

- Nguyên nhân thường gặp nhất là bloc nhĩ thất cấp 3 (50%); sau đó là hội chứng nút xoang bệnh lý (43.90%); bloc nhĩ thất độ II (2.44%), rung nhĩ +bloc nhĩ thất cao độ : 2 ca (2.44%).

- Kết quả: Có 74 trường hợp đặt máy tạo nhịp một buồng kiểu VVI (90.24%) và 8 trường hợp tạo nhịp hai buồng (9.76%), trong đó: Teletronics : 54.88% Biotronik: 20.73%, Medtronic (8.54%). Biến chứng như sau: nhiễm trùng tại chỗ: 1 trường hợp, tụ máu: 1 trường hợp, thải máy: 1 trường hợp, tụt điện cực: 1 trường hợp, hội chứng máy tạo nhịp: 3, thủng nhĩ: 1.

RESULTS OF THE IMPLANTATION OF PERMANENT PACEMAKER IN HUE CENTRAL HOSPITAL

Pr. Huỳnh văn Minh, MD, PhD. Nguyễn Cửu Lợi MD, PhD, Lê thừa Nguyễn, MD, Lê quang Thấu, MD. Bùi Minh Thành, MD. Nguyễn Lương Tấn, MD. &al.

- Objective: To evaluate the first results of the implantation of permanent pacemaker we analyse the 82 cases who were implanted the permanent pacemakers from 1996 to 2003 .

-Patients and methods: Indication : we applied the recommendation of ACC/AHA in 1991 and revised in 1998.

Materials: Before the 1997 we had to apply the echocardiograph to control the introduction of the electrode but after that we begun to use the X ray amplifier machine. Most of patients we used the cephalic vein as the main way (64.6%) but some cases we choose the subclavian vein, the external jugular vein as the alternative route.

- Results: 3rd degree BAV : 50%, sick sinus syndrome: 43.90%; second degree BAV: 2.44%, atrial fibrillation with slow rate response: 2.44%. We had 74 cases of VVI type (90.24%) and 8 cases of dual chambers pacemakers (9.76%). Most of the pacemakers were Teletronics: 58.53% and Biotronik 29.26%, Medtronic :8.53%. The complications were: local infection : 1 case, hematoma: 1 case, pacemaker ejection : 1 case, electrode dislodgement: 1 case, pacemaker syndrome: 1 case and atrial perforation: 1 case.

VAI TRÒ CỦA TẠO NHỊP TẠM THỜI TRONG TẠO NHỊP TIM VĨNH VIỄN

BS. Lê Phúc Nguyên, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh, TS. Nguyễn Cửu Lợi.

Nhằm tìm hiểu vai trò TNTT trong việc chuẩn bị cho TNVV chúng tôi tiến hành tổng kết rút kinh nghiệm và đánh giá các trường hợp TNTT đã thực hiện tại Khoa Nội Tim mạch BVTW Huế.

Đối tượng là tất cả các bệnh nhân đã được đặt máy TNTT trước khi được cấy máy TNVV tại Khoa Nội Tim Mạch, Bệnh viện Trung ương Huế từ đầu năm 1996 đến tháng 3/2003. Xử dụng máy tạo nhịp tạm thời hiệu Medtronik 5330(do Mỹ sản xuất) có khả năng tạo nhịp nhĩ hoặc thất với tần số kích xung từ 30-180 nhát/phút. Sonde điện cực cùng hãng, lưỡng cực, dài 80 cm, cỡ 5F

Có tất cả 22 trường hợp, chiếm đa số là các trường hợp bolc nhĩ thất cấp 3 phụ thuộc vào máy tạo nhịp hoặc thuốc có nguy cơ (20/22: 90.91%).

Tạo nhịp tạm thời có giá trị dự phòng nguy cơ trước khi tiến hành hoặc chờ đợi tạo nhịp vĩnh viễn. Tạo nhịp tạm thời nên được chỉ định nhiều hơn trong các rối loạn nhịp chậm nhất là các cơ sở y tế chưa có điều kiện đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn.

THE ROLE OF TEMPORARY CARDIAC PACING IN PERMANENT CARDIAC PACING

*Lê Phúc Nguyên, MD, AI Pr. Huỳnh Văn Minh, MD. PhD.,
Nguyễn Cửu Lợi, ND. PhD.*

Permanent cardiac pacing is the basic, safe and durable treatment for bradycardial arrhythmias. However, in some cases, temporary cardiac pacing is essential to guarantee patient's life in waiting for the implantation of permanent cardiac pacemaker and avoid fatal risks that may be caused by medicine treatment.

The authors have studied and appreciated patients which had been taken temporary cardiac pacemaker before the implantation of permanent cardiac pacemaker at the Cardiovascular Medicine Department, Hue Central Hospital since 3/1996. Among 82 patients received permanent cardiac pacemakers, there were 22 patients (26.82%) had been received temporary cardiac pacemakers before. These patients were the patients had serious bradycardias and had no improvement with medicine therapy and would be died because of asystole. We conclude that temporary cardiac pacing prepared for the permanent implantation is actually essential for management of severe bradycardias and it should be indicated timely to rescue patients.

ĐẶT MÁY TẠO NHỊP Ở TRẺ EM

*ThS.BS Đỗ Nguyễn Tín, TS Vũ Minh Phúc, PGS.TS Hoàng Trọng Kim
Bộ Môn Nhi- Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh.
BS Lê Thanh Liêm- BVCR*

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: mô tả các đặc điểm trong đặt máy tạo nhịp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng I.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: tiền cứu, mô tả.

BỆNH NHÂN: Tất cả bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp tạm thời và vĩnh viễn trong 1 năm 2002-2003 tại Bệnh Viện Nhi Đồng I kể cả tử vong và không tử vong.

KẾT QUẢ: có 16 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp, trong đó 14 bệnh nhân tạo nhịp tạm thời với 18 lần đặt và 9 bệnh nhân tạo nhịp vĩnh viễn với 12 lần đặt. Có 6 ca đặt máy tạo nhịp tạm thời sau đó chuyển sang đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tuổi nhỏ nhất là 5 tháng, lớn nhất là 13 tuổi. Đa số các chỉ định đặt máy là block nhĩ thất. Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rối loạn huyết động, có bệnh lý tim và có bất thường trên siêu âm tim. Đa số các trường hợp đặt máy tạo nhịp tạm thời đều dùng tĩnh mạch cảnh trong, với phương pháp gây tê tại chỗ và đặt mũ không có hướng dẫn của màn hình tăng sáng, tỷ lệ thành công của thủ thuật cao. Tất cả các trường hợp đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đều đi vào tĩnh mạch dưới đòn và có hướng dẫn của màn hình tăng sáng. Các biến chứng thường gặp là sút dây điện cực, rối loạn nhịp và nhiễm trùng. Kết quả sau đặt máy tốt, đa số bệnh nhân ổn định huyết động học và được cứu sống.

KẾT LUẬN: Đặt máy tạo nhịp ở trẻ em là một thủ thuật cần thiết, an toàn và có hiệu quả cao trong điều trị các rối loạn nhịp chậm có triệu chứng. Trong điều kiện hiện tại, sau khi triển khai đặt máy tạo nhịp tại Bệnh Viện Nhi Đồng 1 trong 1 năm qua vẫn còn nhiều vấn đề cần khắc phục.

PACING IN CHILDREN

*ThS.BS Đỗ Nguyễn Tín, TS Vũ Minh Phúc, PGS.TS Hoàng Trọng Kim
Bộ Môn Nhi- Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh
BS Lê Thanh Liêm- BVCR*

OBJECTIVES: to describe the features of pediatric pacemaker at Pediatric Hospital N^o1.

METHOD: prospective, descriptive study.

PATIENTS: all of patients with both temporary and permanent pacing in 1 year (2002-2003) at Pediatric Hospital N^o1, including fatal and nonfatal cases.

RESULTS: in 1 year, there are 16 patients implanted temporary and permanent pacemakers. Temporary pacing in 14 patients with 18 implantations and permanent pacing in 9 patients with 12 implantations. There are 4 cases with permanent pacing followed temporary pacing. The youngest patient is 5 months old, the oldest patient is 13 years old. Most of pacing indications is AV block. Most of patients were administrated hospital in the status of compromised hemodynamic, heart diseases and abnormal signs on echocardiography. In temporary pacing, most of procedures select internal jugular vein for incision, with local anesthesia and without fluoroscopic guidance but high rate of success. All of patients with permanent pacing are used subclavian puncture with fluoroscopic guidance. The complications are replacement of electrode, arrhythmias, infection. The results of pacemaker are good, most of patients are stable hemodynamic status and rescued.

CONCLUSIONS: Pediatric pacing is a necessary, safety and effective procedure in treatment of symptomatic bradycardia.

ĐẶT MÁY TẠO NHỊP TẠM THỜI TRONG CẤP CỨU RỐI LOẠN NHỊP CHẬM

*ThS. Lê Thanh Liêm, BS Vũ Ngọc Huy
và nhóm rối loạn nhịp – Khoa Tim mạch BVCR*

Đặt máy tạo nhịp tạm thời là một kỹ thuật dùng trong cấp cứu các rối loạn nhịp chậm có rối loạn huyết động và/ hoặc có triệu chứng nguy hiểm, với mục đích tạo ra và duy trì một tần số tim hợp lý, khôi phục lại tình trạng suy sụp cung lượng tim do nhịp chậm, đồng thời dự phòng các rối loạn nhịp nhanh có thể xảy ra trên nền nhịp chậm này. Trong 2 năm 2002 & 2003, khoa tim mạch BVCR đã tạo nhịp tạm thời qua đường tĩnh mạch cho 135 trường hợp nhịp chậm dưới 2 dạng chính là block nhĩ - thất và hội chứng suy nút xoang. Sau khi đặt máy và điều trị nguyên nhân khoảng 7 đến 10 ngày, kết quả có khoảng 73% trường hợp nhịp chậm do hội chứng mạch vành cấp và 61% do viêm cơ tim đã hồi phục về nhịp xoang, trong khi chỉ có 28% do bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ mạn và 0% do thoái hóa hệ tạo xung và/ hoặc dẫn truyền là hồi phục, số còn lại phải đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn hoặc tử vong. Như vậy, tạo nhịp tim tạm thời có vai trò rất quan trọng làm tăng khả năng sống còn trong cấp cứu rối loạn nhịp tim chậm, trong lúc chờ đợi cơ tim hồi phục với các phương pháp điều trị nguyên nhân kịp thời và đúng đắn, hoặc tạo thời gian và điều kiện cho việc đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn nếu tim không hồi phục.

TEMPORARY CARDIAC PACING IN EMERGENCY BRADYARRYTHMIAS

Temporary cardiac pacing is a technique used in treating bradyarrhythmias with severe clinical symptoms and/or hemodynamic damage. Its goal is to create and maintain an appropriate heart rate, so that it can recover the cardiac output and prevent serious dangerous tachyarrhythmias which may occur in bradyarrhythmic patients. During 2 years 2002 & 2003, we implanted transvenous temporary cardiac pace-makers for 135 patients who suffered from severe bradycardia (2 types: A-V block or sick sinus syndrome), then we found out and treated the etiologies as soon as possible during 7 to 10 days.

Results: 73% cases of acute coronary syndrome and 61% of myocarditis were recovered, returning to sinus rhythm. On the contrary, The ratio of recovery was only 28% in chronic ischemic cardiomyopathy and 0% in idiopathic bradycardia usually related to aging (which is thought due to the degradation of the pacing and conducting system). In conclusion, temporary cardiac pacing has a very important role in increasing the survival of severe bradyarrhythmic patients. Besides that, The ability of recovery of the bradyarrhythmias complicated from acute causes is very high if we implant the pace-maker soon and accurately treat the etiologies.

Phần IV

CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ BỆNH MẠCH MÁU NGOẠI VI

CHỤP CỘNG HƯỞNG TỪ TRONG CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỘNG MẠCH CHỦ

*BS. Nguyễn Tuấn Vũ, BS. Phan Thanh Hải,
GS. Đặng Văn Phước*

Chụp Cộng Hưởng Từ (MRI) là phương pháp chẩn đoán kỹ thuật cao và không xâm lấn, cung cấp các hình ảnh chất lượng cao của tim và các mạch máu quanh tim, đặc biệt là Động mạch chủ theo các mặt phẳng ngang, mặt phẳng trước sau và mặt phẳng trán. Kỹ thuật chụp Spin-echo kết hợp với chụp mạch cộng hưởng từ (MRA) giúp khảo sát tốt chi tiết giải phẫu học để chẩn đoán xác định bệnh lý Động mạch chủ từ các dị tật bẩm sinh đến phình và bóc tách Động mạch chủ... Kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh này dù không đòi hỏi chất tương phản tiêm tĩnh mạch vẫn cung cấp đầy đủ thông tin có giá trị cho chỉ định điều trị nội khoa hoặc phẫu thuật.

MRI AND MRA IN DIAGNOSIS OF AORTIC DISEASES

*Dr Nguyen Tuan Vu, Dr Phan Thanh Hai,
Pr Dang Van Phuoc*

Magnetic Resonance Imaging is a noninvasive and advanced diagnostic method that produces high quality images in the transverse, sagittal and coronal planes of the the heart and surrounding vessels, especially the Aorta. The Spin-echo MRI associated with MR Angiography provides anatomical detail to confirm the diagnosis of aortic diseases from congenital abnormalities to aortic aneurysm and dissection... This imaging technique does not require the use of intravenous contrast material but still gives valuable informations prior to institution of medical or surgical therapy.

VÀI NHẬN XÉT BƯỚC ĐẦU VỀ CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH HẸP EO ĐMC

Nguyễn Kim Thái, Nguyễn Tấn Dũng, Phan Thanh Hải

Trong năm 2003 Trung Tâm MEDIC chúng tôi đã gặp một số trường hợp hẹp eo đmc. Chúng tôi trình bày 5 ca đã được thực hiện các phương tiện chẩn đoán hình ảnh gồm XQ ngực, ECG, Siêu âm tim qua thành ngực và qua thực quản, Siêu âm doppler đmc bụng, thận và hai chi dưới, Chụp quang mạch kỹ thuật số xóa nền (DSA), và CT đa diện(MSCT) sau khi đã khám lâm sàng từ đó ghi nhận vài nhận xét bước đầu trong chẩn đoán hình ảnh hẹp EO ĐMC

SUMMARY

We show 5 cases of aortic coarctation which were used chest Xray, ECG, Trans thoracic and trans esophageal echocardiography, Abdominal aortic and kidneys Doppler ultrasonography, DSA, MSCT after physical examination and proposing some observations in aortic coarctation imaging diagnosis.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP U MÁU LỚN BẨM SINH CHIẾM TOÀN BỘ VÙNG CỔ TRÁI-THÁI DƯƠNG TRÁI VÀ TOÀN BỘ VÙNG CHĂM HAI BÊN ĐÃ ĐƯỢC PHẪU THUẬT THÀNH CÔNG

GSTSKH. Nguyễn Khánh Dư, SBS. Nguyễn Khánh Việt

Các tác giả trình bày trường hợp u máu lớn của một bệnh nhân 48 tuổi, chiếm nửa cổ trái-thái dương trái và toàn bộ vùng cằm, đã được mổ điều trị thành công sau 2 lần mổ thăm dò ở 2 bệnh viện khác không kết quả. Tại BV Triều An Tp HCM, khối u máu lớn kể trên đã được mổ cắt bỏ toàn bộ bằng một đường mổ hình trái đào tiên. Vạt da còn lại đã được ghép thẩm mỹ vào chỗ khuyết có hình nậm rượu. Bệnh nhân đã được xuất viện vào ngày thứ 15 sau mổ trong tình trạng tốt.

SUMMARY

The authors present the case rapport of a female patient aged 48 years old with a giant angioma occupying a left side of the neck, a left temporal region and a bilateral occipital part of the head. The patient had been operated twice in two other hospital without effect. In Trieu An hospital HCM city, this giant angioma had been took of completely by a surgical access having fairy like peach image. The rest skin scrap had been aesthetically grafted into the scalp defect having an alcohol bottle image. The patient discharged from the hospital 15 days after operation in good health.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP GHÉP TĨNH MẠCH ĐÙI CHUNG BẰNG ỚNG GHÉP NHÂN TẠO PTFE CÓ GIÁ NÂNG HÌNH LÒ XO

GSTS. Nguyễn Khánh Du, BS. Nguyễn Khánh Việt

Tác giả trình bày một trường hợp khối u lành tính của tĩnh mạch đùi chung bên phải gây hẹp lòng tĩnh mạch ở ngang mức tam giác Scarpa, dẫn tới ứ trệ tuần hoàn tĩnh mạch chi dưới phải: đùi phải to gàn gấp đôi đùi trái.

Bệnh nhân đã được mô bắc cầu nối tĩnh mạch đùi chung phải-tĩnh mạch chậu ngoài phải bằng ống ghép nhân tạo PTFE có giá nâng hình lò xo với kết quả tốt, không biến chứng sau mổ.

SUMMARY

The author presents the case rapport: the benign tumor of the right commune femoral vein stenosis on the level of Scarpa triangle with venous stasis in the right inferior extremity.

The patient had been operated: the prosthesis PTFE between the right commune femoral vein and the right external iliac vein had been realized with good result without postoperative complication.

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HAI MẸ CON CÓ CÙNG MỘT BỆNH TIM MẠCH BẨM SINH “CÒN ỐNG ĐỘNG MẠCH” (CÔĐM, PCA, PDA)

*GSTS. Nguyễn Khánh Du,
TS. Nguyễn Khánh Việt và ctv.*

Tác giả trình bày một trường hợp: hai mẹ con có cùng một bệnh tim mạch bẩm sinh “còn ống động mạch” và đã được mổ điều trị với kết quả tốt. Cả hai mẹ con này đều được một phẫu thuật viên mổ cách xa nhau 21 năm (Mẹ – 18 tuổi, mổ năm 1981; và con gái – 18 tuổi, mổ năm 2002).

Vấn đề đặt ra là giữa hai mẹ con có mối liên quan gì về mặt di truyền hay không? chúng tôi chờ trả lời của Bộ môn Di truyền học Trường ĐHYD Tp.HCM (GS. Trương Đình Kiệt) nghiên cứu và cho kết luận.

SUMMARY

The author presents the case rapport: the mother and her daughter have the same congenital cardiovascular disease “Patent Ductus Arteriosus” (PDA) and they had been operated with good result: the mother aged 18 years old in 1981 and her daughter aged 18 years old in 2002.

The discuting problem is: is there the genetic relation between the mother and her daughter in the development of this disease? We wait for the answer from the chair of geneticology – Medico-pharmaceutical institute in the near future.

999 BN PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ Ở NGƯỜI VIỆT NAM: CHỈ ĐỊNH ĐIỀU TRỊ, PHẪU THUẬT VÀ KẾT QUẢ

Văn Tân, Hồ Nam, Lê Nữ Hòa Hiệp và CS

Chữ viết tắt: ĐMC: động mạch chủ; TH: trường hợp; ĐM: động mạch; BV: bệnh viện; et al: và cộng sự; HCM: Hồ Chí Minh; VN: Việt Nam; BN: bệnh nhân; BC: biến chứng; TV: tử vong; PP: phương pháp; CC: cấp cứu; CT: chương trình; SA: siêu âm; PT: phẫu thuật; HA: huyết áp; KQ: kết quả; TB: trung bình; TT: tổn thương.

Đặt vấn đề: Phình ĐMC đa số là do xơ vữa thành mạch ở người nhiều tuổi, nhưng phình ĐMC ở người trẻ cũng không hiếm. Nguy cơ lớn nhất trong phình ĐMC là vỡ túi phình.

Mục tiêu:

- *Tim những đặc điểm về dịch tễ học lâm sàng, định bệnh,*
- *Chỉ định điều trị, phẫu thuật và kết quả*
- Suy ra 1 số khuyến cáo về chỉ định điều trị thích hợp hòng giảm tỉ lệ biến chứng và tử vong do túi phình gây ra.

Đối tượng và PP: Nghiên cứu tiền cứu tất cả những TH phình ĐMC được điều trị tại BV Bình Dân từ năm 1991 đến tháng 9 năm 2003.

Kết quả: Trong thời gian trên, chúng tôi đã mổ 713 lần cho 681 BN trên tổng số là 999 BN với số lần nhập viện là 1450 lần do phình ĐMC tại BV Bình Dân.

A- Những đặc điểm tìm thấy:

BN đến nhập viện điều trị ngày càng bị những túi phình phức tạp.

Tỷ lệ nam / nữ : 3.5, tuổi TB : 64. 18% BN trên 80 tuổi, 5.5% BN < 30 tuổi.

56% BN có hút nhiều thuốc lá.

Chưa thấy gì đặc biệt về dinh dưỡng, nghề nghiệp, địa lý và mức sống.

Đa số các BN có cao HA và các hậu quả của nó.

100% các BN có túi phình dưới ĐM thận, biểu hiện lâm sàng bằng 1 khối u bụng, đập và co giãn theo nhịp tim.

Xét nghiệm: Cholesterol máu > 2,4g/l: 35 %, VDRL (+): 2%.

Đường máu > 1,5 g/l: 9%. Urê máu > 0,5 g/l :12%.

42% có bất thường trên ECG.

SA Doppler: 12% có hẹp hay xơ vữa ĐM cảnh, 37% có bất thường về chức năng của tim và van tim, 7% có hẹp hay xơ vữa ĐM thận, 20% có thiếu máu cấp hay mãn ở 1 hay cả 2 chân, 36% có tách vách, vỡ sau phúc mạc hay vỡ tự do, 22% có phình ĐM chậu, 17% có xơ hẹp hay tắc nghẽn ĐM chậu, 41% có hẹp hay tắc nghẽn lòng túi phình do máu cục cũ hay mới.

Chụp ĐM cản quang và CT: 80% túi phình dưới ĐM thận trong đó 18% túi phình kéo dài lên trên ĐM thận, 20% túi phình ở đoạn ĐMC ngực, ngực-bụng hay trên thận, 4% có bất thường các ĐM tạng về kích thước và số lượng mà đa số nằm trong nhóm có TT thoái hóa thành mạch, 58% túi phình nằm ở bên trái rốn. Đường kính TB 55 ly.

Có 2 nhóm TT bệnh lý: xơ vữa thành mạch chiếm 90%, viêm và thoái hóa lớp giữa thành mạch và không xơ vữa, không viêm thành mạch chiếm 10%. Hầu hết BN trong nhóm 2 thường trẻ, đa số có túi phình trên ĐM thận, ngực-bụng hay ngực và thường có các ĐM tạng bất thường.

B- Chỉ định điều trị, PT và KQ:

Chỉ định mổ cho các túi phình có đường kính > 5 cm, các túi phình dọa vỡ, dò hay vỡ, các túi phình phát triển nhanh, các túi phình hình túi, các túi phình có kết hợp với phình chậu > 3cm, các túi phình có kết hợp với phình hay hẹp, nghẹt các ĐM tạng, các ĐM chậu hay chậu-đùi, các túi phình có máu cục gây thuyên tắc gần toàn phần hay toàn phần hay gây thuyên tắc xa.

Các TH còn lại, kể cả từ chối mổ được theo dõi định kỳ từ 3 đến 6 tháng bằng SA. Khi có BC hoặc túi phình lớn trên 5cm thì mổ.

PT: Bóc tách tối thiểu ĐMC và ĐM chậu để kiểm tra cầm máu, kết hợp với tạo hình thành mạch, chúng tôi đã ghép 72% với ống thẳng, 21% với ống Y, 7% bắc cầu trực tiếp hay bắc cầu ngoài. Cầm lại các ĐM tạng, riêng ĐM mạc treo tràng dưới thì chỉ cầm lại 9%. Mổ khẩn và bán khẩn 1/3 số bệnh nhân.

TV do mổ chung: 14%, (mổ CT : 5%; mổ CC : 25%). TV PT nhóm phình nằm trên ĐM thận và ngực-bụng là 18.6%. Tất cả những TH TV sau mổ tại BV là do: sốc mất máu, rối loạn đông máu, nhồi máu cơ tim, suy hô hấp, suy thận, xuất huyết não, nhiễm trùng và suy đa cơ quan.

Ở những BN theo dõi, khoảng 25% có chỉ định mổ mỗi năm ở những túi phình > 4 cm, trừ những BN từ chối mổ và TH có nguy cơ phẫu thuật cao, không có BN nào trong nhóm theo dõi vì túi phình nhỏ, chưa có triệu chứng bị TV do vỡ túi phình.

Theo dõi các BN mổ từ 6 tháng đến 13 năm, TB là 5 năm, có 51 BN (7.4%) bị BC liên hệ đến kỹ thuật và mạch ghép, 16 BN (2%) được mổ lại và 10 tử vong (1.5%). Trong cùng thời gian trên, có 3% BN bị những túi phình ở những ĐM khác phải mổ.

Bàn luận:

Phình ĐMC là bệnh ở người nhiều tuổi, nguyên nhân thường gặp là do xơ vữa và thoái hóa thành mạch, làm yếu thành mạch. 80% túi phình nằm dưới ĐM thận. Đối với các túi phình nằm dưới ĐM thận, định bệnh không khó nhất là sau khi có SA; trong những TH chưa có bệnh kết hợp hay bệnh đa ĐM, SA là đủ để có chỉ định điều trị. Phình ĐMC nằm trên ĐM thận, ngực-bụng hay ngực, định bệnh chính xác phải nhờ CT hay MRI và cần chụp hình ĐMC khi có chỉ định mổ. PT phình ĐMC trên ĐM thận, ngực-bụng và ngực còn gặp nhiều khó khăn đối với chúng tôi.

Nguy cơ TV cao có thể xảy ra là vỡ túi phình, đặc biệt khi túi phình có đường kính lớn hơn 5cm, một BC nguy hiểm do mất máu cấp tính nếu không hồi sức tích cực và mổ kịp.

Trừ các BN bị phình ĐMC từ chối mổ hay có bệnh kết hợp mà nguy cơ PT rất cao, các BN bị phình ĐMC bụng dưới ĐM thận đang theo dõi, khi có chỉ định, tất cả đều được mổ kịp thời, chưa có BN nào bị TV do vỡ mà không mổ kịp.

PT thường không khó ở những túi phình chưa bị BC và nằm dưới ĐM thận.

Kết luận:

80% phình ĐMC ở người Việt Nam nằm dưới ĐM thận, nhất là ở người lớn tuổi, đa số là do xơ vữa thành mạch. SA có thể phát hiện hầu hết các TH phình ĐMC bụng.

20% TH phình ĐMC nằm trên ĐM thận, ở đoạn ngực-bụng hay ở đoạn ngực, thường được phát hiện khi đã có BC hoặc lớn gây chèn ép mà đa số đã tách vách. Phẫu thuật triệt để có thể gặp nhiều rủi ro.

Phình ĐMC ở người trẻ thường do thoái hóa thành mạch và viêm, có thể có hình túi hay vỡ khu trú, thường nằm trên ĐM thận và ở đoạn ngực-bụng, dễ tái phát sau mổ do nguyên nhân không rõ, tiên lượng rất dè dặt.

Được theo dõi nghiêm túc và chỉ định mổ đúng thì tiên lượng tốt.

999 AORTIC ANEURYSM OF VIETNAMESE PATIENTS: THERAPEUTIC INDICATIONS, SURGICAL TECHNIQUES AND RESULTS

Van Tan, Ho Nam, Le Nu Hoa Hiep et al

Background: AA is a vascular disorder of the elders, but the AA of the young patients isn't rare. Rupture of AA is a lethal risk

Purpose:

To find the epidemiology, the clinical characteristics and the diagnosis.

To find a therapeutic indication, a surgical technique and a result

To deduce an appropriate therapeutic recommendation.

Materials and method:

Prospectively, we study all AA treated at Binh Dan hospital from 1991 to September 2003.

Results:

999 patients of AA admitted. 713 surgical interventions for 681 patients.

Epidemiological and clinical, labo data characteristics:

- Number of patients increases year by year.
- Male / female: 3.5 ; Mean age : 64.
- 18% of cases > 80 yo, 5.5% < 30 yo.
- 56% had heavy smoking.
- There is no special remarks about nutrition, social classes and geographic distribution.
- More than a half of AA have had high BP with its consequences.
- 100% of subrenal AA have had an abdominal pulsative mass.
- 20 % of AA have had an acute or chronic ischemia of one or two lower limbs.
- On blood tests, there are 35 % of cases having had a serum cholesterol above 2,4g/l. VDRL positive: 2 %. Serum glucose above 1,5g/l: 9 %. Serum urea above 0,5g/l: 12%.
- 42% having had at least 1 abnormality on EKG
- On doppler US: 37% abnormal heart function or heart valve, 12% mild or advanced stenosis of the carotid, 7% mild or severe stenosis of the renal arteries,

36% aneurysmal wall dissecting (or fissuring), retroperitoneal rupture or free rupture, 22% associated aneurysm of the iliac arteries, 17% substenosis of the iliac arteries and 41% of the aneurysm lumen.

- On arteriographies (DSA) or CT: 80 % of AA is under the renal artery with 12%, there are some extensions of aneurysmal sac above the left renal artery, the remaining 20%, descending thoracic AA or thoracoabdominal AA. 58 % of the subrenal aneurysm sac lays on the left side of the umbilicus, with a median diameter: 55 mms and 4 % of the visceral branches are abnormal in size and in length.

- 2 groups of pathologies are found: atheromatous lesions (90%), inflammatory and degenerative lesions and non inflammatory, non degenerative lesions (10%). In the 2nd group, majority of patients are young and the AA are usually suprarenal, thoraco-abdominal or thoracic. The abnormalities of visceral branches are seen now and then.

Indications of treatment, surgical techniques and results:

- Surgical indications: for the cases:

- having had an aneurysm sac > 5 cms in diameter,
- having had complications due to aneurysm: ruptured or threaten rupture, fistula, distal embolism, obstructed or nearly obstructed of the aneurysm lumen,
- having had concomittent diseases as stenosis or aneurysm of the visceral or peripheric branches of aorta, especially of the iliac or of the iliofemoral arteries.

- **Medical treatment and follow-up:**

For the remaining cases, we follow them each 3 - 6 months and surgery is indicated when there are complications or the diameter of aneurysm go up to 5 cms.

Surgical techniques: With minimal dissection to control the aorta and the iliac arteries, we grafted with a straight tube, in 72% and with a Y tube in 21%, reimplantation of the visceral arteries. For the IMA only 9% was reimplanted. Direct by-pass or extraanatomic by-pass in 7% (TAA). 1/3 of cases are operated in emergency.

Surgical results: Global complications: 36%; mortality in hospital: 14% (5% of elective, 25% of emergency cases). For suprarenal, thoracoabdominal and thoracic AA, operative mortality rate is 18.6%. All the complicated and the death cases in hospital related to hemorrhagic shock, bleeding due to coagulation defect, cardiac, respiratory, renal problems and MOF.

For the conservative treatment patients, 25% having had surgical indications each year for the aneurysm over 4 cm in diameter and nil died due to aneurysm rupture, except the cases who deny surgery or those who had high surgical risk.

In follow-up from 6 months to 13 years, middle time 5 years, there are 51 complications (7.4%) related to grafting procedure and technique with 10 deaths (1.5%) in 16 reoperated cases (2%). In the same time, a development of aneurysm on the other site of aorta or of iliac arteries that must be operated is 3%.

Discussion:

AA is a disease of the elderly patients that affected usually men, almost over 50. Arteriosclerosis is main cause. Diagnosis is not difficult when the US is carried out in a subrenal, uncomplicated AA and the US diagnosis solderly, sufficient to have therapeutic indications.

The deadly risk is rupture of aneurysm sac, especially when the diameter is over 5 cms.

For the AA < 5cms in diameter without complications, it is safe to follow them and to operate when there are complications or when the aneurysm diameter go up to 5 cms.

Elective surgical treatment is not difficult and safe for the AA below the renal artery. For the suprarenal, thoracoabdominal and thoracic AA, surgical treatment is still a challenge.

Conclusion:

In Viet Nam, 80% of the AA of the elderly are usually subrenal and related to arteriosclerosis. 20% of AA are suprarenal, thoraco-abdominal and thoracic.

For the young patients, the aneurysms are often suprarenal, thoracoabdominal and thoracic. Sacciliform or closed rupture and inflammation are also seen.

The results of medical and surgical treatment of AAA is acceptable for the good risk patients, but for the TAA, the surgical technique is very complicated and the operative risk is still high.

210 TRƯỜNG HỢP PHÌNH ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC, NGỰC-BỤNG VÀ TRÊN ĐỘNG MẠCH THẬN ĐIỀU TRỊ TẠI BV BÌNH DÂN

Văn Tân và các BS

Đặt vấn đề: Phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên ĐM thận không phải là hiếm. Ở BV Bình Dân, những TH này chiếm 22% các phình ĐMC nói chung. Đa số nhập viện đã có triệu chứng nặng hoặc BC vỡ, dọa vỡ và có chỉ định PT bắt buộc hoặc CC hoặc bán CC. Dù mổ CC hay CT, PT phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên ĐM thận rất phức tạp và có thể gây BC và TV cao.

Mục tiêu NC: Tìm đặc điểm nhóm bệnh phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên ĐM thận về dịch tễ, về chỉ định, về điều trị và KQ để rút kinh nghiệm.

Đối tượng và phương pháp: Chúng tôi hồi cứu tất cả các bệnh nhân bị phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên ĐM thận, điều trị tại BV Bình Dân từ năm 1990 đến hết tháng 9 năm 2003 trong các bệnh án lưu trữ nhằm đạt được những mục tiêu trên.

Kết quả: Trong thời gian trên, chúng tôi đã điều trị cho 210 BN phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên ĐM thận, tỉ lệ nam/nữ là 1.3, tuổi trung bình là 66. Sau khi có định bệnh, 19 TH phình ĐMC nhóm I, vì chưa có máy tim phổi nhân tạo, chúng tôi chuyển qua viện Tim tp HCM, 191 TH còn lại chúng tôi điều trị.

70% các TH (134) có chỉ định mổ vì đã vỡ, dọa vỡ hoặc có triệu chứng nặng. 30% được điều trị bảo tồn vì hoặc túi phình nhỏ chưa có triệu chứng, hoặc vì nguy cơ PT quá cao không chấp nhận được ở những túi phình lớn nhưng chưa gây ra BC, hoặc có chỉ định mổ nhưng người bệnh từ chối.

Nhiều PP PT khác nhau được ứng dụng như mổ ghép ĐMC, mổ ghép và tạo hình, mổ tạo hình, mổ bắc cầu trực tiếp hay ngoài cơ thể tùy theo tình trạng túi phình, tùy theo cơ địa và thể trạng người bệnh, tùy theo phương tiện trang thiết bị PT, gây mê-hồi sức hiện có.

Ở nhóm theo dõi, thì có chỉ định mổ hoặc khi túi phình lớn trên 6cm, hoặc túi phình gây ra BC.

Kết quả cho thấy tỉ lệ TV là 18.6 % ở nhóm mổ và 17.5 % ở nhóm theo dõi trong vòng 30 ngày. Những nguyên nhân gây TV chính trong nhóm mổ là sốc mất máu, rối loạn đông máu, suy đa cơ quan còn trong nhóm theo dõi là vỡ tự do, không can thiệp PT kịp.

Bàn luận: Phình ĐMC ngực, ngực-bụng và phình ĐMC trên ĐM thận thường gặp ở BV Bình Dân, đa số nhập viện vì đã có BC. Vì thiếu phương tiện PT, gây mê-hồi sức, những chỉ định điều trị của chúng tôi còn hạn chế. Ở các nước tiên tiến, ngoại trừ các TH đã bị BC phải mổ sớm, chỉ định PT chương trình cho các TH phình ĐMC ngực, ngực-bụng và trên thận lớn hơn 6cm. Đại đa số là ghép nối trực tiếp qua PT qui ước hay nội mạch. Mặc dù BC còn cao mà lý do chính là rối loạn chức năng các bộ phận trên và dưới kẹp trong thời gian kẹp ĐMC, tỉ lệ TV qua nhiều báo cáo cho thấy trong khoảng 10%. Tỉ lệ TV trong nhóm bệnh điều trị của chúng tôi cao là do hầu hết đã bị BC trước, đặc biệt trong khoảng thời gian từ năm 1990 đến năm 1996.

Nhiều NC đã được ứng dụng làm giảm được tỉ lệ BC và TV có ý nghĩa như giảm áp lực cho tim, giảm thời gian thiếu máu nóng các bộ phận dưới kẹp, giảm chuyển hóa cơ bản cho các bộ phận dưới kẹp, phòng ngừa rối loạn đông máu hay cung cấp đủ dịch cho các tạng dưới kẹp bằng cách truyền dịch trực tiếp vào từng tạng qua ĐM.

Kết luận: Đối với chúng tôi, phẫu thuật phình ĐMC ngực-bụng và phình ĐMC trên ĐM thận còn là một thách thức lớn. Chúng tôi đang khắc phục những khó khăn để chỉ định PT đúng mức, ứng dụng những phương pháp PT triệt để, gây mê-hồi sức tốt hòng đạt được KQ điều trị như ở các nước tiên tiến.

210 CASES OF THORACIC, THORACO-ABDOMINAL AND SUPRARENAL AA TREATED AT BINH DAN HOSPITAL

Van Tan et al

Background: Thoracic, Thoraco-Abdominal and suprarenal AA are not rare. In our hospital, 22% of such AA is found. Almost came to us with complications ie rupture, contained rupture, visceral compression or narrowing (even obstructing) of aortic lumen and its tributaries.

Surgical treatment is still very complicated with serious complications, difficult to avoid.

Purpose: We study the particularities of epidemiology, of therapeutic indications and of results.

Patients and Method: A retrospective study of the thoracic, thoraco-abdominal and suprarenal AA treated at Binh Dan hospital from 1990 to September 2003.

Results: During this period, we treated 210 patients having such kind of AA that the male/female ratio is 1.3, the middle age, 66. After making the diagnosis, there are 19 patients of TAA (group I) that we transferred to HCM Heart Institute, 191 remainings TAA (group II, III and IV) that we take care are studied.

70% (134 cases) has had surgical treatment that almost of the aneurysms are broken, contained rupture or having had severely symptomatic events. 30% must be followed up because of small and asymptomatic aneurysms, of very high surgical risk and of denying surgical intervention.

As techniques, a group of variable procedures is applied ie graft replacement, graft and plasty, plasty, direct bypass or extraanatomic bypass belonging to the nature, the site of aneurysms, the status of patients and the disponible equipment. Almost are operated in urgent or semiurgent situations.

As early results, for the operated cases, the death rate is 18.6% and for the follow-up cases, 17.5%. Hemorrhagic shock, coagulation defect, MOF and free rupture of aneurysms are the major death causes.

Discussion: The thoracic, thoraco-abdominal and suprarenal AA are not rare in the aortic disorders group of our patients.

Because our equipment isn't up date, the indications of elective surgical treatment are limited and some procedures ar'nt radical.

In advanced countries, the elective surgical or the endovascular repair is usually applied for any patients having aneurysms larger than 6 cm.

The death rate of elective surgical patients in many reports is around 10%, despite the complications are significantly high. The death rate of our sery is high because almost of patients are operated in urgent or semiurgent situation, especially in the period 1990-1996.

Many researches aiming to protect the viscera above and below the aortic cross clamp from visceral function failure after operation got good results. The problems are focused in reducing the cardiac stress, reducing the ischemia-revascularization time, reducing the basal metabolism of the affected organs or providing sufficient blood, solution to the vicera during operation via selective perfusion.

Conclusion: The surgical treatment of the thoracic, thoraco-abdomnal and suprarenal AA is still a challenge for us. We must try to overcome some fields of difficulties as equipment, as surgical techniques, as anesthetic – reanimation to have appropriate indications, to apply radical procedures and to get good results.

ĐẶC ĐIỂM BỆNH TAKAYASU Ở TRẺ EM TỪ NĂM 1998 – 2002

*ThS. Lê Huy Thạch, PGS.TS. Võ Công Đồng,
TS. Đỗ Văn Dũng, BS. Nguyễn Văn Đông, TS. Vũ Minh Phúc*

Mục tiêu nghiên cứu:

Mô tả những đặc điểm bệnh Takayasu ở trẻ em từ năm 1998 – 2002.

Phương pháp:

Mô tả loạt ca. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu tại khoa tim mạch Bệnh viện Nhi Đồng I và II từ năm 1998 – 2002. Chẩn đoán dựa trên tiêu chuẩn Hiệp hội khớp Hoa Kỳ năm 1992 và chụp quang mạch xóa nền.

Kết quả:

Bệnh Takayasu hiếm gặp ở trẻ em, tại Việt Nam lứa tuổi thường gặp từ 3 – 15 tuổi, không thấy ở trẻ dưới 3 tuổi, nữ nhiều hơn nam với tỷ lệ = 1,63/1. Phần lớn bệnh nhân vào bệnh viện trong giai đoạn trẻ đã có biến chứng hẹp tắc động mạch nhiều nơi, việc điều trị gặp nhiều khó khăn. Những triệu chứng thường gặp lúc nhập viện: mệt (71,4%), nhức đầu (58,3%), suy nhược (42,8%), thay đổi huyết áp (95%), thay đổi mạch (90%), xuất hiện âm thổi (71%). Các biến chứng thường gặp: Cao huyết áp (95%), mất mạch chi (90%), suy tim (38%). Theo phân loại ACR chúng tôi nhận thấy loại III là thường gặp nhất (62%). Vị trí hẹp thường gặp ở động mạch chủ bụng (52%), động mạch chủ ngực, động mạch thận. Phản ứng viêm trên lâm sàng khi nhập viện: tốc độ lắng máu tăng (81%), CRP tăng (76%). Tỷ lệ thành công khi điều trị corticosteroids (75%). Thuốc điều trị cao huyết áp chọn lựa ban đầu là nifedipine, có hiệu quả (76,4%). Nong mạch máu điều trị có hiệu quả trong (75%), tỷ lệ tái phát phải nong lần sau (25%). Tiên lượng bệnh Takayasu phụ thuộc rất nhiều vào việc phát hiện, can thiệp sớm và có kế hoạch điều trị theo dõi bệnh lâu dài.

Khi khám bệnh những bệnh nhân có mạch và huyết áp khác biệt thay thuốc dùng quên làm các xét nghiệm thường qui sau: CTM, VS, CRP giúp cho việc chẩn đoán. Các bệnh nhân gợi ý bệnh Takayasu nên được gửi đến chuyên khoa tim mạch, cho siêu âm mạch máu và chụp DSA, nhằm chẩn đoán và điều trị kịp thời. Sử dụng kháng viêm corticosteroids trong những trường hợp có phản ứng viêm. Điều trị các bệnh liên quan đi kèm như lao, lupus, nhiễm trùng nếu có.

Kết luận:

Ngày nay, các thủ thuật can thiệp nội mạch ngày càng đóng một vị trí quan trọng trong xử trí tổn thương mạch máu. Những bệnh nhi Takayasu nên được chẩn đoán sớm. Chúng ta nên có kế hoạch điều trị và theo dõi bệnh Takayasu về lâu dài.

CHARACTERISTICS OF TAKAYASU IN CHILDREN FROM 1998 – 2002

*ThS.Lê Huy Thạch, PGS.TS. Võ Công Đồng
TS.Đỗ Văn Dũng, BS.Nguyễn Văn Đông, TS.Vũ Minh Phúc*

Objective:

Describing characteristics of Takayasu disease in children from 1998 to 2002 .

Methods:

Describing case series study. We performed this study at the cardiovascular department of Nhi Dong I and Nhi Dong II hospitals from 1998 to 2002. Our diagnosis is based on the standards of American College Rheumatology (ACR), 1992 and digital subtraction angiography (DSA).

Results:

Takayasu is rarely for the children in Vietnam, it is usually the ages of from 3 to 15, not under the ages of 3. Females are more than males with ratio: 1,63:1. The patients are admitted to hospital too late, the treatment is very hard then. Most of common complaints were fatigue, headache, illness, Common complications were palpitation, hypertension and congestive heart failure.. Type III of ACR accounts for 62% to these children. The common involved sites were the abdominal aorta, thoracic aorta, and renal arteries in these children. In addition, when erythrocyte sedimentation rate, CRP, WBC elevated, corticosteroids was used, had effective to 75%. Nifedipin was effective to 76% for treating hypertension. Percutaneous transluminal angioplasty was effective for lower the blood pressure 9 in 12 cases (75%). We recognized that restenosis occurred and angioplasty was repeated in 3 cases. The prediction of Takayasu depends on early examination and procedures and have a plan to follow them up for along time.

When Doctors examine the children, who have alternated about pules and blood pressure, shouldn't miss to add fully common tests such as VS, CRP.... We should take them to heart department to have vascular untrasound and DSA, it help us to dianogse and treat them early. We should use corticosteroids for the patients having the inflammative reactions. We should treat related diseases such as tuberculosis, lupus, infection ...

Conclusion:

Endovascular interventional procedures have become more and more important in management of vascular diseases nowadays. Takayasu children should be diagnosed earlier. We should have a plan to treat and follow them up for a long time.

ĐÁNH GIÁ HIỆU LỰC CỦA MỘT PHƯƠNG PHÁP MỚI XÁC ĐỊNH CHỈ SỐ HUYẾT ÁP TÂM THU MẮT CÁ CHÂN-CÁNH TAY BẰNG MÁY ĐO HUYẾT ÁP TỰ ĐỘNG ĐỂ CHẨN ĐOÁN BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI

Trần Hồng Nghị ; Daniel Benchimol , Jacques Bonnet

Để đánh giá xem một huyết áp kế tự động có thể được sử dụng để xác định chỉ số mắt cá chân- cánh tay, so sánh với phương pháp Doppler cổ điển hay không, chúng tôi đo chỉ số này trên 219 bệnh nhân bằng cả hai phương pháp: Sử dụng một huyết áp kế thủy ngân và một máy Doppler cầm tay hoặc một huyết áp kế tự động loại Omron M4. Sự tương đương chỉ số mắt cá chân- cánh tay theo cả hai phương pháp là tốt ở chân trái ($r=0.66, p<0.001$) và chân phải ($r=0.61, p<0.001$). Độ nhạy (76%), độ đặc hiệu (95%), giá trị dự báo dương tính (86%), giá trị dự báo âm tính (90%) và độ chính xác chung (89%) của chỉ số bệnh lý đo bằng huyết áp kế tự động để dự báo một chỉ số Doppler bất thường (<0.9) được đánh giá là tốt.

SUMMARY

Validation of a new method to detect peripheral artery disease by determination of ankle-brachial index using an automatic blood pressure device.

To assess whether an automatic device could be used to determine Ankle Brachial Index (ABI) in comparison with classical Doppler method, ABI was measured in 219 patients by either using a mercury sphygmomanometer and a hand-held Doppler probe or an automatic manometer Omron M4. The correlations between ABI in both methods were good in left ($r=0.66, p<0.00$) and in right ($r=0.61, p<0.001$) legs. The sensitivity (76%), specificity (95%), positive predictive value (86%), negative predictive value (90%) and global accuracy (89%) of a pathological automatic index to predict an abnormal Doppler index (<0.90) were good.

ĐẶC ĐIỂM VÀ YẾU TỐ NGUY CƠ TỒN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG BỆNH KAWASAKI Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI ĐỒNG I

*BS Đỗ Nguyễn Tín, TS. BS Vũ Minh Phúc, PGS. TS Hoàng Trọng Kim,
Bộ môn Nhi- Trường Đại Học Y Dược TP Hồ Chí Minh.*

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: Khảo sát đặc điểm và yếu tố nguy cơ tổn thương động mạch vành (ĐMV) trong bệnh kawasaki ở trẻ em.

PHƯƠNG PHÁP VÀ BỆNH NHÂN: tiền cứu, mô tả. Tất cả trẻ được chẩn đoán Kawasaki theo tiêu chuẩn AHA nhập BV Nhi Đồng I trong 18 tháng (từ 6/2001- 2/2002).

KẾT QUẢ: Tổng số có 80 bệnh nhân được chẩn đoán Kawasaki, 22 BN (27,5%) bị tổn thương ĐMV. Tổn thương ĐMV nằm ở cả 2 ĐMV: 13/22 ca (chiếm 59%), tổn thương ở ĐMV trái đơn thuần: 7/22 (32%), tổn thương ĐMV phải đơn thuần 2/22 (9%). Các tổn thương thường nằm tại gốc ĐMV (90%). Đa số các tổn thương gây dẫn ĐMV (82%), số ít bị hẹp (9%) hoặc dạng xâu chuỗi (9%). Tổn thương ĐMV thường ở mức độ nhẹ (55%). Tuy nhiên, vẫn còn 25% tổn thương ĐMV nặng gây nhồi máu cơ tim (9%) và tử vong (4.5%). Các tổn thương ĐMV đa số tự khỏi 63.6%, nhưng 31.9% vẫn còn kéo dài.

BN có điểm Asai > 9 (77.8% so với 12.9%; $p < 0.001$) hoặc Harada ≥ 4 (36.2% so với 4.5%; $p = 0.005$) có nguy cơ cao bị tổn thương ĐMV. Những BN không được truyền gamma globulin có tỷ lệ tổn thương ĐMV cao (50% so với 17.8%; $p = 0.003$).

Những BN không dùng gamma globulin, các yếu tố nguy cơ tổn thương ĐMV gồm:

- (1) Hct trong giai đoạn cấp < 35% (35.4% so với 15.6%; $p = 0.044$),
- (2) CRP trong giai đoạn cấp > 100mg/l (44.7% so với 3%; $p < 0.0001$).
- (3) CRP tăng kéo dài trên 30 ngày (70% so với 35.7%; $p = 0.045$).

Những BN được dùng gamma globulin, các yếu tố nguy cơ tổn thương ĐMV gồm:

- (1) Không đáp ứng với gamma globulin (57.1% so với 12.2%; $p = 0.004$)
- (2) Thẻ không điển hình (60% so với 13.7%; $p = 0.01$)
- (3) Sốt kéo dài > 14 ngày hoặc sốt tái phát sau truyền gamma globulin (100% so với 16.3%; $p = 0.03$)
- (4) CRP > 100mg/l trong giai đoạn cấp (33.3% so với 0%; $p = 0.001$).

KẾT LUẬN: Tổn thương ĐMV trong bệnh Kawasaki là biến chứng nguy hiểm, cần phát hiện sớm để có kế hoạch theo dõi và điều trị theo đúng khuyến cáo của AHA. Những trẻ bị Kawasaki có chỉ số Asai > 9 điểm và chỉ số Harada ≥ 4 điểm, thẻ không điển hình, trẻ không được truyền gamma globulin và trẻ không đáp ứng với truyền gamma globulin có nguy cơ tổn thương ĐMV cao.

FEATURES AND RISK FACTORS OF CORONARY ARTERY ANEURYSM IN KAWASAKI DISEASE IN CHILDREN AT PEDIATRIC HOSPITAL N^o1

OBJECTIVE: To investigate the features and risk factors of coronary artery aneurysm (CAA) in Kawasaki disease in children.

METHODS AND PATIENTS: Using AHA guidelines, we carried out a prospective, descriptive study of all children diagnosed with Kawasaki disease at Pediatric Hospital N^o1 in period of 18 months (from Jun 2001 to Dec 2002)..

RESULTS: Among 80 patients diagnosed with Kawasaki disease, 22 patients (27,5%) were found with CAA. The CAA are located in both RCA and LCA 13/22 (59%), in left coronary artery (LCA): 7/22 (32%), and in right coronary artery (RCA): 2/22 (9%). Most of lesions were situated in root of coronary artery (90%), either dilatation (82%) or stenosis (9%) or segmental stenosis (9%). These lesions are usually not severe (55%). However, 25% of cases were severe enough to have resulted in myocardial infarction (9%) and death (4.5%). 63% of these lesions healed by themselves 63.6% and 31.9% have persistent abnormalities.

Patients with Asai score of > 9 (77.8% compared to 12.9%; $p < 0.001$) or Harada score of ≥ 4 (36.2% compared to 4.5%; $p = 0.005$) had a higher risk of getting CAA. Patients who were not on gamma globulin treatment tended to be more susceptible to CAA have (50% vs 17.8%; $p = 0.003$).

In patients without gamma glogulin therapy, the risk factors of CAA include:

- (1) Hematocrit in acute phase $< 35\%$ (35.4% vs 15.6%; $p = 0.044$)
- (2) CRP in acute phase $> 100\text{mg/l}$ (44.7% vs 3%; $p < 0.0001$)
- (3) Persistent elevation of CRP > 1 month (45.8% vs 19.6%; $p = 0.016$).

In patients with gamma glogulin therapy, the risk factors of CAA include:

- (1) Unresponsiveness to intravenous gamma globulin (57.1% vs 12.2%; $p = 0.004$),
- (2) Atypic Kawasaki (60% vs 13.7%; $p = 0.01$),
- (3) Prolonged febrile course > 14 days or recurrence of fever after intravenous gamma globulin (100% vs 16.3%; $p = 0.03$),
- (4) CRP $> 100\text{mg/l}$ in acute phase (33.3% vs 0%; $p = 0.001$).

CONCLUSION: CAA is a severe complication of Kawasaki disease. Early detection is necessary in order to plan a treatment and follow-up course strictly in accordance with AHA guidelines. Patients who have Asai score of > 9 and Harada score of ≥ 4 , who have atypic Kawasaki, who do not receive gamma globulin therapy or who do not respond to gamma globulin treatment are at high risk of contracting CAA.

LÂM SÀNG VÀ THƯƠNG TỔN ĐỘNG MẠCH VÀNH TRONG BỆNH KAWASAKI GẶP TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

*Hồ Sỹ Hà, Lê Nam Trà, Trần Kinh Trang
(Bệnh viện Nhi Trung Ương và Bộ môn Nhi ĐHYHN)*

Đặt vấn đề: Kawasaki là bệnh sốt phát ban cấp tính ở trẻ nhỏ với đặc điểm thương tổn các mạch máu vừa và nhỏ, đặc biệt phình giãn động mạch vành. Đây là nguyên nhân quan trọng gây suy vành, nhồi máu cơ tim và đột tử ở trẻ em.

Mục đích: Nhận xét lâm sàng và đánh giá thương tổn động mạch vành trong bệnh Kawasaki ở trẻ em Việt nam.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả trên 85 bệnh nhân (55 trai và 30 gái) tuổi từ 6 tuần đến 6,5 tuổi được điều trị tại Bệnh viện Nhi TW từ 2/1995 đến 12/2003. Chẩn đoán bệnh theo Tiêu chuẩn của Ủy ban nghiên cứu bệnh Kawasaki Nhật bản. Nhận xét lâm sàng và các xét nghiệm huyết sắc tố, công thức bạch cầu, số lượng tiểu cầu, lắng máu, định lượng C-RP, định lượng Gamma globuline, điện tâm đồ, và chụp X-quang tim trong giai đoạn cấp. Thăm dò siêu âm 2D và Doppler thời điểm cấp, sau 1 tháng, 3 tháng, 6 tháng. Trường hợp có thương tổn động mạch vành (ĐMV) sẽ thăm dò 1 năm 2 lần. Kích thước ĐMV giãn khi $\geq 4\text{mm}$, phình khi $\geq 6\text{mm}$.

Điều trị: Aspirine dùng cho tất cả các trường hợp khi có chẩn đoán, liều 50-80 mg /kg /ngày trong 1-2 tuần đầu, sau duy trì 5-10 mg/kg/ngày trong 2 tháng hoặc nhiều tháng nếu có thương tổn mạch vành. Gamma globuline dùng trên 44 trường hợp, liều 1-2 g/kg.

Kết quả:

Biểu hiện lâm sàng: sốt liên tục trên 5 ngày gặp ở tất cả trường hợp. 82 trong số 85 t/h (97,6%) có ít nhất 5 trong 6 biểu hiện chính. Riêng 3 t/h chỉ có 4 biểu hiện chính nhưng kèm giãn ĐMV. Viêm cơ tim có suy tim gặp 11 t/h (13%). Tràn dịch màng tim gặp 14 t/h (16,7%), hầu hết được phát hiện trên siêu âm và mức độ nhẹ.

Thương tổn ĐMV (chỉ thăm dò được 82 t/h): Phát hiện trong tuần thứ 2 và thứ 3 kể từ khởi phát bệnh. Phình ĐMV gặp 12 trường hợp, chiếm 14,6%; Giãn ĐMV gặp 20 trường hợp, chiếm 24,4%. Trong 32 trường hợp này phát hiện được 59 ĐMV bị phình hoặc giãn: 23 trường hợp gặp ĐMV phải (7 phình và 16 giãn); 27

trường hợp ở ĐMV trái chính (8 phình và 19 giãn) và 9 trường hợp ở nhánh liên thất trước và nhánh mũ (1 phình và 8 giãn).

Tiến triển: Có 3 bệnh nhân tái phát bệnh, trong đó một nặng lên và xuất hiện phình ĐMV cả 2 bên. Không gặp trường hợp nào tử vong.

Thương tổn ĐMV đa phần có kích thước thu nhỏ trên siêu âm trong thời gian theo dõi: 7 trong số 15 trường hợp phình ĐMV thu nhỏ kích thước < 6mm; 17 trường hợp hết giãn sau 6 tháng.

Nhóm chẩn đoán và điều trị sớm (trong 10 ngày đầu của bệnh) có tỷ lệ thương tổn ĐMV ít hơn với nhóm muộn. Nhóm điều trị Gamma globuline gặp thương tổn mạch vành thấp rõ so với nhóm chỉ sử dụng aspirine (18,2% so với 58%, $p < 0,001$); Trong 27 trường hợp sử dụng Gamma globuline sớm (trong 10 ngày đầu) không trường hợp nào gặp thương tổn ĐMV. Tỷ lệ biến chứng mạch vành cao hơn trong nhóm có thời gian sốt liên tục trên 14 ngày ($p < 0,05$) và nhóm có số lượng tiểu cầu tăng cao. Các yếu tố khác như độ tuổi, giới, số lượng bạch cầu tăng, tốc độ lắng máu tăng chưa thấy có sự khác biệt rõ trong nghiên cứu này.

Kết luận: Biến chứng ĐMV gặp tỷ lệ 38,9% trong bệnh nhân Kawasaki tại bệnh viện Nhi TW, phình ĐMV là 14,6% và giãn là 24,4%. Tỷ lệ này cao hơn trong nhóm bệnh nhân chẩn đoán và điều trị muộn sau 10 ngày đầu của bệnh; nhóm có thời gian sốt kéo dài trên 2 tuần hay có tăng cao số lượng tiểu cầu sớm.

CLINICAL MANIFESTATIONS AND CORONARY INVOLVEMENT IN THE KAWASAKI DISEASE IN THE NATIONAL HOSPITAL OF PEDIATRICS

Ho Si Ha, Le Nam Tra, Nguyen Thi Thuy Hong, Tran Kinh Trang

Back ground: Kawasaki disease is an acute fibrile illness of infant and young children characterized by diffuse vasculitis. The prognosis of the disease depends on the development of cardiac lesions such as coronary dilatation, aneurysm, sbstruction and heart failure.

Objective of the study: Clinical esessment and investigation of cardiovascular involvement in a group of children with Kawasaki disease.

Patients and methods: This prospective descriptive study was carried out from February 1995 to December 2003. Eighty five patients (55 males and 30 females) aged from 6 weeks to six and half years were diagnosed Kawasaki disease at the National hospital of peadiatrics. The diagnosis was based on clinical criteria of Japan Reseach Commitee of Kawasaki Disease (J.R.C.K.D).Cardiovascular assessment and following- up were realized by clinical, ECG, X ray examinations. Coronary abnormalities were detected and folowed- up by 2D and colour ultrasound technique on admission, during hospitalization and one month, 3 months, 6 months after the onset of the disease.

All patients were treated by salicylic acid and 44 patiens received intravenous immunoglobuline.

Results: There were at least 4 of 6 major findings of the disease seen in every patient with cotinuous high fever for more than 5 days.

-Cardiovascular manifestations were assessed and followed - up in only 82 patients: Myocarditis with heart failure was seen in 11 cases (13%), mild pericardial effusion in 14 cases ,16,7%. Coronary involvement was observed between the second and third week from onset in 32 patients, 38,9%. Out of their patients, 12 patients had coronay aneurysm (14,6%) and 20 patients had coronary dilation (24,3%). . In 32 patients , 59 coronary arteries were indentified of which 23 were righ coronary arteries (7 aneurysms and 16 dilations) 27 were main left coronary arteries (7 aneurysms and 20 dilations) and 9 were left arterior decending arteries and left circumflex arteries .

Progress of the disease: Carditis was resolved after 2 weeks folowing - up. Most of the coronary abnormalities, either dilated or aneurysm, regressed or normalized after six months.

3 patients had relapse (1 had deterioration) . There was no death.

The group of patients who were diagnosed and treated early within the first 10 days of the disease had lower rate of coronary abnormalities than the group with late diagnosed and treated.

The rate of coronary involvement is higher in the group of patients who had continuous high fever more than 14 days. Other risk factors such as aged, six,were found not significant.

NGHIÊN CỨU TIỀN CỨU KHẢO SÁT VIÊM TẮC TĨNH MẠCH SÂU DO HUYẾT KHỐI TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẨY NĂM 2003

Giáo sư Đặng Văn Phước, Bác sĩ Trần Thu Thảo, Bác sĩ Trần Thị Thuý Hằng và các bác sĩ Trần Thị Diễm Trang, bác sĩ Nguyễn Thị Tuyết Hằng

Nghiên cứu tiền cứu trên 66 bệnh nhân viêm tắc tĩnh mạch sâu được chẩn đoán bằng siêu âm Doppler hệ tĩnh mạch.

Mục tiêu: Khảo sát yếu tố nguy cơ của viêm tắc tĩnh mạch sâu do huyết khối.

Kết quả: Tỷ lệ viêm tắc tĩnh mạch sâu do huyết khối có liên quan đến thai kỳ là 7% (5cas), ung thư là 4,5% (3cas), bệnh lý khiến bệnh nhân phải bất động tại giường là 18% (12cas), chấn thương và liên quan đến phẫu thuật là 4,5% (3cas), còn lại 65% (43 cas) chưa rõ yếu tố nguy cơ. Biến chứng thuyên tắc động mạch phổi là 2 trường hợp (3%).

Điều trị: Tất cả bệnh nhân đều được điều trị bằng Heparin trọng lượng phân tử thấp trong 2 tuần (thời gian nằm tại bệnh viện), sau đó là antivitamine K đường uống trong ít nhất 3 tháng. 2 bệnh nhân được đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới, dùng tiêu sợi huyết cho một bệnh nhân thuyên tắc phổi cấp diện rộng và có ảnh hưởng huyết động. Hiệu quả điều trị. Hiệu quả điều trị 97% (64/66 cas) đạt được hiệu quả điều trị tốt sau 2 tuần.

Kết luận: Tỷ lệ các yếu tố nguy cơ không phù hợp với các nghiên cứu khác. Tuy nhiên, nghiên cứu khẳng định vai trò của Heparin trọng lượng phân tử thấp và antivitamine K trong điều trị huyết khối tĩnh mạch sâu.

THE REGISTRY ON DEEP VEIN THROMBOSIS IN CHO RAY HOSPITAL IN 2003.

The prospective cohort study in 66 patients of Deep vein thrombosis (DVT) is confirmed by Doppler ultrasonography.

Study objective : To evaluate the risk factor of DVT.

Result : 7% of the pregnancy / post-partum group, 4,5 % of the active cancer group, 4,5 % of the major trauma within the past 2 months, 18 % of the situation of immobilization and then 65 % of the idopathic. 3 % of pulmonary embolism (2 cas).

Treatment: The low molecular weight Heparins is a commun injectable anticoagulant in 2 weeks (period of hospitalization) and is usually followed by antivitamin K tablets for at least three months. In 2 cas a filter is placed in the major vein (the inferior vena cava). Systemic thrombolytic therapy with Streptokinase had admitted in 1 pateint with acute massive pulmonary embolism and hemodynamicaUy unstable. The best effect of treatment was obtained for 64 of the 66 cas (97 %) in 2 weeks.

Conclusion : Incidence of risk factor in DVT is not corresponded with the other study. However, the study had presented the role of the low molecular weight Heparin and antivitamin K in the treatment of DVT.

Phần V

CÁC BÁO CÁO KHOA HỌC VỀ CÁC VẤN ĐỀ KHÁC

SIÊU ÂM TIM VÀ ĐỘT QUY DO TIM

BS Lê Hữu Quỳnh Trang, BS Phan Thanh Hải

Lắp mạch não do tim chiếm 15-40 % các trường hợp đột quy. Do tính chất tái phát, hướng điều trị và tiên lượng khác với đột quy do các nguyên nhân khác, đột quy do tim cần được xác định dựa trên bằng chứng có nguồn thuyên tắc tại tim nhờ các phương tiện chẩn đoán hình ảnh. Ở đây chúng tôi muốn nói tới vai trò của siêu âm tim.

Nguồn thuyên tắc từ tim có thể nghĩ đến nhờ triệu chứng lâm sàng (rung nhĩ, bệnh van tim hậu thấp, suy tim, viêm nội tâm mạc...) nhưng có thể không có triệu chứng lâm sàng nào thậm chí có thể không phát hiện trên siêu âm qua thành ngực (tồn tại lỗ bầu dục, phình vách liên nhĩ...).

Mục đích nghiên cứu của chúng tôi là tìm nguồn thuyên tắc từ tim ở các bệnh nhân bị lắp mạch có chỉ định làm siêu âm tim. Siêu âm tim qua thành ngực được thực hiện trước, siêu âm tim qua ngã thực quản được thực hiện sau đó nếu siêu âm qua thành ngực không giải thích được nguyên nhân của đột quy.

Chúng tôi kết luận rằng siêu âm tim giúp xác định nguồn gốc từ tim gây đột quy ở bệnh nhân có triệu chứng gợi ý trên lâm sàng và tìm sang thương tim tiềm ẩn ở bệnh nhân trẻ nhưng khám lâm sàng bình thường. Từ cơ sở đó việc điều trị phòng ngừa lắp mạch tái phát có hiệu quả hơn.

ECHOCARDIOGRAPHY AND CARDIOEMBOLIC STROKE

Embolism of cardiac origin accounts for about 15-40 % cases of stroke. Because the recurrence, management and prognosis of cardioembolic stroke differentiate from other strokes, it is important to identify the cardioembolic strokes based on evidences of cardiac embolism by imaging diagnostic procedures. We would like to introduce the role of echocardiography.

The cardiac resources of embolism may be realized from clinical evidences (e.g. atrial fibrillation, rheumatic heart disease, heart failure, infective endocarditis...), but sometimes there has no clinical evidence even normal transthoracic echocardiography (e.g. patent foramen ovale, atrial septal aneurysms...). We aimed to detect cardiac resources of stroke patients indicated echocardiography. Transthoracic echocardiography was done first, and transesophageal echocardiography followed latter for patients who had negative findings or did not explain on transthoracic echocardiography.

In conclusion, echocardiography is helpful for the confirmation of cardiac sources of embolism and for the detection of potential cardiac lesions in stroke patients with normal clinical examination. From the evidences, we have the better therapeutic strategies to prevent effectively recurrent stroke.

THUYỀN TẮC PHỔI: BÁO CÁO 3 TRƯỜNG HỢP XÁC MINH ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN

BS Phạm Quang Huy và cs

Bối cảnh: Thuyên tắc phổi hiện vẫn còn là một bệnh lý nguy kịch khó chẩn đoán, nhưng nếu chẩn đoán được để có quyết định điều trị kịp thời, đúng hướng sẽ có hi vọng cải thiện tiên lượng.

Phương pháp: Hồi cứu 3 trường hợp thuyên tắc phổi thể nghẽn cấp trung tâm xác minh được chẩn đoán, xem lại y văn thu thập được, nhằm rút ra những nhận xét có ích cho thực hành lâm sàng.

Kết quả và kết luận: Cần nghĩ đến thuyên tắc phổi thể nghẽn lớn trước một trường hợp suy hô hấp tuần hoàn cấp trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ. Để chẩn đoán: tận dụng điện tim, siêu âm tim tìm dấu dẫn thất phải cấp; x quang phổi tìm dấu phồng cung ĐMP. X quang cắt lớp điện toán ngực xoắn ốc cản quang có thể giúp xác định chẩn đoán đặc biệt thể nghẽn cấp trung tâm.

PULMONARY EMBOLISM: A REPORT ON 3 CASES WITH DIAGNOSIS CONFIRMED

Phạm Quang Huy, MD, and associates

Background: Pulmonary embolism remains a serious disease which is difficult to diagnose, but once diagnosed, appropriate treatment instituted promptly would hopefully result in a better prognosis.

Method: Retrospective study of 3 cases of acute central pulmonary embolism with diagnosis confirmed, consulting available medical literature, in order to look for clinically useful remarks.

Result and conclusion: Massive pulmonary embolism should be thought of when confronting an acute respiratory and circulatory failure occurring on a patient with risk factors for it. To diagnose: making use of electrocardiography and echocardiography to search for manifestations of acute right ventricular dilatation; and of chest x-ray for sign of enlarged central pulmonary artery. Contrast helical/spiral computerized tomography of thorax could help in confirming the diagnosis especially the acute central form.

ỨNG DỤNG TIN HỌC TRONG CHẨN ĐOÁN SIÊU ÂM TIM PHẦN MỀM CHẨN ĐOÁN ECHOCARDIOSOFT

BS. Trần Hùng

Phần mềm ECHOCARDIOSOFT là một ứng dụng tin học vào lĩnh vực chẩn đoán siêu âm tim dành cho người Việt nam. Phần mềm này đã đạt được những yêu cầu sau:

1. Bán tự động hóa công việc của bác sỹ siêu âm đặc biệt là khâu phân tích và đánh giá kết quả.
2. Tự động tính toán các giá trị bình thường, đặc biệt là các giá trị thay đổi theo những yếu tố sinh lý. Sử dụng ưu tiên các nghiên cứu trên người Việt nam.
3. Tự động tính toán các chỉ số phức tạp nhưng có giá trị cao trong chẩn đoán.
4. Thiết kế việc lưu trữ, tìm kiếm dữ liệu thuận tiện phục vụ việc theo dõi điều trị và nghiên cứu khoa học.
5. Đơn giản, dễ sử dụng, in kết quả và hình ảnh rõ, đẹp, dễ nâng cấp và miễn phí hoàn toàn.

SOFTWARE FOR ECHOCARDIOGRAPHY

ECHOCARDIOSOFT is a Vietnamese free software for echocardiography. It has been designed to:

1. Semi-automatize for analysing an echocardiogram.
2. Auto-recognize normal values.
3. Auto-calculate Wallstress, Midwall, Stress-corrected fractional shortening and Wall motion score index.
4. Manage echocardiographic database.
5. Use simply, friendly.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM Ở BỆNH NHÂN THẤP TIM CẤP ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ TẠI BVTE HẢI PHÒNG TỪ 1995 - 2001

Nguyễn Khắc Sơn, Đoàn Thị Thúy Hồng

Qua nghiên cứu 113 bệnh nhân (BN) suy tim do thấp tim cấp được điều trị tại BVTE Hải Phòng từ năm 1995 - 2001 chúng tôi có nhận xét như sau:

1. Viêm tim gặp trong thấp tim đợt I là 58%, nhưng thấp tim từ đợt II trở lên gặp 100% viêm tim.
2. Di chứng van tim chỉ gặp ở bệnh nhân viêm tim nặng và càng tái phát nhiều lần thì di chứng van tim càng nhiều. Di chứng hay gặp nhất là hở van hai lá (45,18%).
3. 93,92% số bệnh nhân được điều trị hết suy tim trong khi tỷ lệ tử vong do suy tim chỉ có 3,54%.
4. 100% được điều trị chống viêm và chống nhiễm trùng. Như vậy điều trị song song chống viêm và chống nhiễm trùng là đặc biệt cần thiết.

DIAGNOSIS AND TREATMENT OF HEART FAILURE IN CHILDREN WITH RHEUMATIC FEVER AT HAI PHONG CHILDREN HOSPITAL FROM 1995 - 2001

Prof.Ph.D. Nguyen Khac Son, St. Doan Thi Thuy Hong

After studying 113 heart failure patients with rheumatic fever at Hai Phong Children Hospital from 1995 to 2001, we had some conclusions as follow:

1. Carditis occurred in rheumatic fever for the first time was 58%. However carditis in rheumatic fever since the second time was 100%.
2. The valvular sequelae was only encountered in severe cases. And the more the disease the more the valvular sequelae had. The common sequelae was mitral insufficiency (45.18%).
3. 92.92% were out of heart failure. While the mortality rate was 3.54%.
4. 100% patients were treated using anti inflammation and anti infection.

So the parallel treatment:

Anti inflammation and anti infection were especially necessary.

MỘT SỐ KINH NGHIỆM XỬ TRÍ TRÀN DỊCH DƯỠNG CHẤP KHOANG MÀNG PHỔI

TS.BS. Trần Quyết Tiến

Nghiên cứu có 5 trường hợp tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi. Nguyên nhân bao gồm: sau mổ :1 trường hợp, vết thương ngực:1 trường hợp, lymphoma: 1 trường hợp , phình thân động mạch cánh tay đầu: 1 trường hợp , không xác định được nguyên nhân: 1 trường hợp .Chỉ định mổ:tràn dịch dưỡng chấp khoang màng phổi được d64n lưu khoảng 14 ngày, mỗi ngày ra từ 700ml dịch dưỡng chấp trở lên. Ống ngực được khâu trong khoang màng phổi: 4 trường hợp, tại nền cổ trái: 1 trường hợp.Kết quả: hết chảy dịch dưỡng chấp, không có biến chứng.

SOME EXPERIENCES OF CHYLOTHORAX OPERATION

TS.BS. Trần Quyết Tiến

There are 5 cases of chylothorax in this study. The causes included : postoperation: 1 case, chest injury: 1 case ,aneurysm of Innominate artery: 1 case , lymphoma:1 case ,unknown cause: 1 case. Operative indication was chylothorax drainage during 14 days with drainage fluid was 700ml per day or more. Thoracic duct sutured in thorax : 4 cases or neck base: 1 case. Result: chylothorax stopped without any complication.

ÁP DỤNG PHƯƠNG PHÁP HẠ THÂN NHIỆT SÂU VÀ NGUNG TUẦN HOÀN TRONG MÔ ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC

TS.BS. Trần Quyết Tiến

Từ tháng 1/2002 đến tháng 12/ 2003 tại Khoa Ngoại Tim -- Mạch và Lồng ngực Bệnh viện Chợ Rẫy đã mổ 11 trường hợp động mạch chủ ngực với tim -- phổi máy có áp dụng phương pháp hạ thân nhiệt sâu và ngưng tuần hoàn. Nam : 7 trường hợp, nữ 4 trường hợp. Chẩn đoán dựa trên lâm sàng, X quang ngực thẳng, và CT Scan. Vỡ động mạch chủ ngực do chấn thương 1 trường hợp, phình động mạch chủ ngực có bóc tách 6 trường hợp (type A; 5 tr.h và Type B 1 tr.h), phình không bóc tách 4 trường hợp. Phình dạng túi : 1 trường hợp , phình dạng hình thoi : 9 trường hợp. Đường kính trung bình: 8,2 cm. Kỹ thuật mổ khâu trực tiếp chỗ động mạch chủ vỡ do chấn thương : 1 trường hợp, vá động mạch chủ bằng một mảnh ghép nhân tạo: 1 trường hợp, thay một đoạn hoặc toàn bộ động mạch chủ ngực: 9 trường hợp. Trong mổ làm hạ thân nhiệt sâu tới 20 độ C và ngưng tuần hoàn: 11 trường hợp; ngưng tuần hoàn đơn thuần : 3 trường hợp, ngưng tuần hoàn có kèm bơm máu lên não : 8 trường hợp. Biến chứng: viêm phổi : 1 trường hợp, viêm phổi suy hô hấp: 3 trường hợp. Phục

Tử vong 6 trường hợp. Nguyên nhân chính gây tử vong: trụy tim mạch không hồi phục sau mổ, suy thận cấp và vô niệu, rối loạn đông máu, nhiễm trùng huyết.

DEEP HYPOTHERMIA AND CIRCULATORY ARREST IN THORACIC AORTIC OPERATION

From 1/2002 until 12/ 2003 in the Cardiovascular and Thoracic Department of Cho Ray hospital 11 cases of thoracic aortic operation were performed with hypothermia and circulatory arrest procedure. Male: 7 cases, female : 4 cases. Diagnosis based on clinical symptoms , chest X ray, CT Scan. Thoracic aortic rupture due to driving accident: 1 case, dissecting aneurysm : 6 cases (Type A: 5 cases & Type B : 1 case), simple aneurysm : 4 cases. Sacciform: 1 case, fusiform: 9 cases. Average diametre of aneurysms was 8,2 cm. Operative technique: direct suture in the aortic rupture: 1 case, Patch closure : 1 case, segmental or total thoracic aortic replacement : 9 cases. During operation deep hypothermia& circulatory arrest done. Circulatory in combination with isolated brain perfusion: 8 cases. Complications: pneumonia : 1 case, severe pneumonia & respiratory failure : 3 cases, slow recovery of perception: 1 case, hemiplegia & dysphonia: 1 case. Death: 6 cases. Main causes of death were irreversible collapse, acute renal failure and anuria, disorder of coagulation, septicemia.

ĐÁNH GIÁ ÁP LỰC ĐỘNG MẠCH PHỔI VÀ CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI Ở TRẺ EM CÓ THÔNG LIÊN THẤT ĐƠN TUẦN BẰNG PHƯƠNG PHÁP SIÊU ÂM DOPPLER TIM

BS. Nguyễn Phạm ý Nhi, PGS.TS. Nguyễn Lân Việt

TS Trần Thị Biên

Dùng Siêu âm - Doppler tim để đánh giá áp lực tâm thu động mạch phổi và chức năng tâm thu thất trái ở 93 trẻ ≤ 15 tuổi có Thông liên thất đơn thuần được điều trị tại khoa Tim mạch trẻ em Bệnh viện Xanh pôn Hà Nội từ 11/1998 đến 9/2001. Qua kết quả nghiên cứu có đối chiếu với nhóm chứng. Tác giả nhận thấy:

1-55% bệnh nhân có tăng áp lực tâm thu động mạch phổi, trong đó 23% áp lực ĐMP tăng ở mức độ nặng.

2-Có mối tương quan giữa áp lực tâm thu ĐMP với:

*Đường kính lỗ TLT

*Lưu lượng shunt (Qp/Qs)

Không có mối tương quan giữa áp lực tâm thu động mạch với:

* Đường kính gốc ĐMP

* Chênh áp tối đa thất phải - động mạch phổi

* Chênh áp trung bình phải - động mạch phổi

3- Trong nghiên cứu này chức năng tâm thu thất trái vẫn còn trong giới hạn bình thường ở tất cả các nhóm TLT

EVALUATION OF PULMONARY ARTERY PRESSURE AND LEFT VENTRICULAR SYSTOLIC FUNCTION BY DOPPLER ECHOCARDIOGRAPHY IN CHILDREN WITH A ISOLATED VENTRICULAR SEPTAL DEFECT

*Nguyen Pham Y Nhi M.D, Nguyen Lan Viet Prof, Ph.D, M.D
Trần Thị Biên Ph.D*

Using Doppler echocardiography to evaluate the pulmonary artery pressure and left ventricular systolic function of 93 patients under 15 years with a isolated ventricular septal defect in the Saint Paul Hospital from 11/1998 to 9/2001.

By comparison with control group, the author obtained:

1. 55% of patients had pulmonary systolic hypertesion, of these 23% had severe pulmonary systolic hypertesion.

2. There was correlation of pulmonary artery systolic pressure and diameter of defect ($r = 0,70$), and the ratio of pulmonary to systemic flow (Q_p/Q_s) ($r = 0,59$).

- There was no correlation of pulmonary artery systolic pressure and pulmonary artery diameter ($r = 0,29$), and peak gradient between right ventricular and pulmonary artery ($r = 0,26$), and mean gradient between right ventricular and pulmonary artery ($r = 0,27$).

3. Left ventricular systolic function was still at the normal level in all of patients with VSD.

CẬP NHẬT MỘT PHƯƠNG PHÁP MỚI LÀM TĂNG HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM MẠCH THÔNG QUA SỰ TĂNG TIẾT HORMONE TÁI TẠO TẾ BÀO (GROWTH HORMONE - GH) A HUMAN GROWTH HORMONE SECRETAGOGUE DIETARY SUPPLEMENT

*Ds. Trịnh Thị Thu Hà, Bernard Low – Vespro
Life Sciences, LLC – USA*

Trong thời đại phát triển của khoa học kỹ thuật cùng với các thành tựu về y học, tuổi thọ con người ngày càng tăng. Các dược phẩm phục vụ điều trị các bệnh lý tim mạch cũng ngày càng phong phú hơn. Một trong những sản phẩm giúp nâng cao chất lượng sống của các bệnh nhân nói chung và hỗ trợ làm tăng hiệu quả điều trị các bệnh lý tim mạch nói riêng thông qua vai trò tác động lên toàn bộ cơ thể của Growth hormone đó là Somatoplex sản xuất bởi VesPro Life USA. Vai trò của Growth hormone với cơ thể là rất lớn, nhưng nồng độ GH lại giảm dần theo tuổi tác. Các nhà khoa học đã cho thấy rằng sự giảm GH này là do kích thích lên tuyến yên giảm, năng lực tiết GH của tế bào tuyến yên vẫn bình thường và khi được kích thích sẽ khôi phục được nồng độ GH. Somatoplex là phức hợp gồm:

- Alpha GPC được chiết xuất từ đậu nành có tác dụng làm tăng tiết GH từ tuyến yên bằng cách ức chế vùng dưới đồi tiết somatostatin.
- Immunolin có trong sữa non cung cấp các globulin miễn dịch có giá trị nhằm duy trì hệ miễn dịch mạnh một cách an toàn và tự nhiên.
- Somabol gồm các yếu tố tăng trưởng từ lòng đỏ trứng giúp vận chuyển các chất dinh dưỡng đến các cơ quan để thực hiện sự trao đổi chất của các tế bào.

Somatoplex đã được chứng minh trên lâm sàng làm tăng tiết GH, IGF-1 ở những người bị thiếu hụt GH từ 11 – 51% với các ưu điểm làm tăng tiết GH, IGF-1 phù hợp với sinh lý, không có tác dụng phụ, giá thành rẻ, sử dụng tiện lợi: Xịt dưới lưỡi lúc đói sau 30 phút lượng GH và IGF-1 tăng lên đáng kể trong máu. Somatoplex ngoài khả năng giúp cải thiện những bất lợi của tuổi già còn phối hợp sử dụng làm tăng hiệu quả trong điều trị bệnh tim mạch, làm bình ổn huyết áp, cải thiện đường huyết, với các bệnh nhân trước và sau khi phẫu thuật giúp phục hồi sức khỏe và mau lành vết thương, Somatoplex giúp cải thiện tâm tính, trí nhớ giấc ngủ và tình trạng loãng xương cải thiện các triệu chứng ở phụ nữ tiền và sau mãn kinh. Nghiên cứu gần đây còn cho thấy Somatoplex còn tác dụng tốt với cả các bệnh nhân u xơ tiền liệt tuyến. Somatoplex được FDA công nhận và được coi là một chất bổ sung thực phẩm y học (không coi là thuốc).

NHÂN BA TRƯỜNG HỢP VIÊM CƠ TIM CẤP

TS.BS Hoàng Quốc Hoà

Qua ba bệnh án của bệnh nhân viêm cơ tim cấp nhưng có triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng giống bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp: đau thắt ngực, men tim tăng, bất thường về điện tâm đồ và siêu âm tim.

Chúng tôi còn nhận thấy bệnh nhân viêm cơ tim cấp vẫn có một số triệu chứng khác biệt với nhồi máu cơ tim cấp như: bệnh nhân trẻ, không có yếu tố nguy cơ (hút thuốc lá, tăng huyết áp, rối loạn chuyển hoá lipid, tiểu đường) và thường kèm theo biểu hiện của viêm đường hô hấp trên, hội chứng nhiễm siêu vi hoặc nhiễm trùng.

Kết quả điều trị của những bệnh nhân viêm cơ tim cấp thường phục hồi nhanh với biện pháp: nghỉ ngơi tại giường, kháng sinh, vận mạch (nếu cần), corticosteroid, điều trị suy tim, chống loạn nhịp hoặc tạo nhịp tạm thời.

ACUTE MYOCARDITIS: THREE CASE-REPORTS

Three case-reports with acute myocarditis in which clinical manifestations and laboratory examinations were similar as acute myocardial infarction, consisting of: chest pain, elevated cardiac enzymes, abnormalities about ECG and Echocardiography.

We found that patients with acute myocarditis still have some symptoms differenced from acute myocardial infarction such as: young patients, without risk factors (smoking, hypertension, dislipidemia, diabetes) and usually accompanying upper respiratory febrile illness, flu like syndrome or infections.

Results of the treatment on these patients with acute myocarditis were well recovered quickly with: bed rest, antibiotic, vasoconstriction, corticosteroids, antiarrhythmia therapy, temporary pacing, and treatment of heart failure.

NGHIÊN CỨU TÁC DỤNG ĐIỀU TRỊ HỘI CHỨNG RỐI LOẠN LIPID MÁU CỦA MẬT GẤU TƯƠI UỐNG LIỀU 0,2ML/NGÀY

*BS. Nguyễn Minh Núi, GS.TS. Nguyễn Văn Nguyên,
TS. Nguyễn Đức Công*

Điều trị hội chứng rối loạn lipid máu bằng các thuốc fibrate và statin thường gặp tác dụng không mong muốn. Vì vậy, việc nghiên cứu, phát hiện tác dụng điều trị rối loạn mỡ máu bằng thuốc đông dược có ý nghĩa rất quan trọng.

Nghiên cứu này đánh giá tác dụng của mật gấu tươi dùng đường uống liều 0,2ml/ngày trong thời gian 30 ngày ở 30 người bị rối loạn lipid máu. Đối tượng nghiên cứu được theo dõi trong 45 ngày. Kết quả cho thấy: cholesterol toàn phần giảm 15,2%

($p < 0,01$); LDL - C giảm 18,7% ($p < 0,01$); triglyceride giảm 11,2% ($p < 0,05$); HDL - C tăng 5,2% ($p > 0,05$); huyết áp tâm thu giảm 10,25% ($p > 0,05$); huyết áp tâm trương giảm 8,25% ($p > 0,05$). Trong suốt thời gian theo dõi, ở liều uống 0,2 ml/ngày, chưa thấy có tác dụng phụ nào xảy ra trên toàn bộ đối tượng nghiên cứu, 24/30 bệnh nhân (chiếm 80%) có cải thiện triệu chứng chung.

Tóm lại, uống mật gấu tươi với liều 0,2ml/ngày có tác dụng làm giảm cholesterol toàn phần, LDL - C, triglyceride ở bệnh nhân có rối loạn lipid máu mà không gây tác dụng không mong muốn như các thuốc fibrate và statin.

*** Từ khoá:** Hội chứng rối loạn lipid máu; cholesterol toàn phần; LDL - C; HDL - C; triglyceride; huyết áp tâm thu; huyết áp tâm trương.

EFFECT OF FRESH BEAR BILE IN TREATMENT OF HYPERLIPIDEMIC PATIENTS WITH ORAL DOSE 0,2 ML/DAY

*Nguyen Minh Nui MD, Prof. Nguyen Van Nguyen, PhD
Nguyen Duc Cong, PhD*

There was some side effects when treatment of hyperlipidemic patients by fibrate and statin. The finding a new herbal and animal medicine for treatment of hyperlipidemic was meaning full works.

The present study was done in 30 hyperlipidemic subjects with oral dose of 0,2 ml/day fresh bear bile in 30 days. The subjects were followed up in 45 days. The results showed that: total cholesterol decreased 15,2 % ($p < 0,01$); LDL - C decreased 18,7% ($p < 0,01$); triglyceride decreased 11,2% ($p < 0,05$); HDL - C increased 5,2% ($p > 0,05$); systolic blood pressure decreased 10,25% ($p > 0,05$) and diastolic blood pressure decreased 8,25% ($p > 0,05$). During the period of observation with this dose, there was no side effect in whole subjects. There was improvement of symptoms in 24/38 patients.

In conclusion, oral dose 0,2 ml/day of fresh bear bile decreased total cholesterol, LDL - C, and triglyceride in hyperlipidemic patients without side effects.

Key words: Hyperlipidemic, total cholesterol, LDL - C, HDL - C, triglyceride.

THAY ĐỔI VỀ TIM MẠCH VÀ CÁC THÀNH PHẦN CỦA MÁU Ở NGƯỜI SUY THẬN MẠN CHẠY THẬN NHÂN TẠO CHU KỲ CÓ LÀM NỔI THÔNG ĐỘNG-TĨNH MẠCH TẠI BV THANH NHÀN HÀ NỘI

*TS. Tô Văn Hải – BS. Nguyễn Thị Thu Hương
BS Đặng Đức Hoàn*

Nhóm nghiên cứu BV Thanh Nhàn đã theo dõi 40 bệnh nhân suy thận mạn chạy thận nhân tạo chu kỳ có làm cầu nối động - tĩnh mạch thấy : Tim to , tâm thất trái dày lên rõ sau 3 - 6 tháng . Tỷ lệ BN có biến chứng phù phổi cấp tăng rõ 1- 3 tháng và giảm xuống sau 6 tháng . Nồng độ Urê, Creatinin và Kali đều giảm nhanh rất rõ rệt. Đây là biến chứng cần được các bác sĩ lưu tâm trong quá trình điều trị.

MODIFICATIONS ON CARDIOVASCULAR AND BLOOD COMPONENTS IN SUBJECTS WITH CHRONIC RENAL FAILURE TREATED BY USING PERIODIC EXTRACORPOREAL HEMODIALYSIS APPARATUS WITH ARTERIO-VENO CONNECTING SUTURE AT THANH NHAN HOSPITAL IN HANOI

*Phy. Dr To Van Hai - Dr. Nguyen Thu Huong
Dr. Dang Duc Hoan- Thanh Nhan hospital*

Thanh Nhan hospital's researchers had surveyed 40 patients chronic hemo kidney failure treated by using Periodic extracorporeal hemodialysis apparatus with Arterio-veno connecting suture. We found that: cardiomyopathy, left ventricular was distinctly hypertrophic after 3-6 months. The rate of patients acute pulmonary oedema complications had significantly increased during 1 - 3 months and will be decreased after 6 months. The levels of Urea, Creatinine and potassium were significantly decreased with rapidity. These were the complications that need the considerations of clinicians and therapists have cared during the treatment process.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ TIÊM PHÒNG BỆNH THẤP TIM CẤP 2 TẠI KHOA NHI BỆNH VIỆN THANH NHÀN

TS. Tô Văn Hải – BV Thanh Nhàn

Nghiên cứu 93 trẻ em 5 từ 6-15 tuổi mắc bệnh thấp tim đang tiêm phòng thấp cấp 2 tại khoa nhi bệnh viện Thanh Nhàn từ năm 1999 đến 2003 chúng tôi nhận thấy :

Kết quả phòng thấp cấp 2 là rất tốt : Các triệu chứng ngày càng giảm và mất đi đối với thể viêm đa khớp và thể múa giật, nhưng các tổn thương van tim thường gặp của viêm tim nặng như : hở van 2 lá, hẹp van 2 lá, hở van động mạch chủ... . hầu hết vẫn còn để lại .

Khi người bệnh được tiêm phòng đều thì tỉ lệ bệnh tái phát rất ít. Biến chứng xảy ra rất ít và nhẹ. Những biến chứng thường gặp là đau rần chỗ tiêm chiếm 12,9% tổng số NB 6-15 tuổi và 2,56% số lần tiêm . Chúng tôi chỉ phát hiện được 5 bệnh nhân bị dị ứng nhẹ chiếm 5,38% số NB 6-15 tuổi , chiếm 0,27% số lần tiêm.

Tuy nhiên chúng ta cũng phải lưu ý một số biến chứng nguy hiểm có thể xuất hiện sau khi tiêm Benzathin Penicilin như ở một số đơn vị phòng thấp khác : Tắc mạch, Sốc phản vệ, tử vong... Như vậy chúng ta cần có biện pháp đề phòng và điều trị thích hợp .

REMARK ABOUT THE RESULTS OF INJECTION TO PREVENT RHEUMATIC FEVER DEGREE 2 AT THE PEDIATRICS DEPARTMENT OF THANH NHAN HOSPITAL

Ph.Dr.To Van Hai

After studying 70 children from 6 to 15 year old with Rheumatic fever, Who are injecting to prevent rheumatic fever degree 2 at the Pediatrics department of Thanh Nhan Hospital from 1999 to 2003, We found that :

The results of injection to prevent rheumatic fever degree 2 are very good : Features of disease are more and more decreased and disappeared for polyarthritic form and chorea, but common valvular lesions of severe carditis such as: Mitral insufficiency, mitral stenosis, aortic insufficiency... almost of them still rested.

When patients were injected regular, rate of recurrent disease were very little, the complications of disease were little and light. Common complications were : hurt snake in the place injection , acquired 12,9% of total patients 6-15 years old and 2,56% the time of injection. We only discovered 5 patients with light hypersensitivity, acquired 5,38% of total patients 6-15 years old and 0,27% the time of injection.

However, We also must attention to some dangerous complications, that cant appeared after injection benzathin penicillin as some other unites of injection to prevent Rheumatic fever : Embolism, hypersensitive shock, mortality... So we need to have appropriate methods in prevention and treatment.

MỘT YẾU TỐ NGUY CƠ TĂNG HUYẾT ÁP KHÁNG TRỊ

ThS. Đặng Duy Quý, GS.TS. Nguyễn Phú Khang

Nghiên cứu được thực hiện trên 72 bệnh nhân tăng huyết áp được điều trị tại khoa A2 - bệnh viện 103 từ tháng 5/2000 đến 6/2002. Bệnh nhân THAKT: Dùng kết hợp 3 thuốc chống THA sau 1 tuần HA>140/90 mmHg. Bệnh nhân THA: HA>140/90mmHg. Phương pháp nghiên cứu: phương pháp mô tả, điều tra cắt ngang, hồi cứu kết hợp với tiền cứu. Kết quả nghiên cứu cho thấy:

Tăng huyết áp kháng trị cũng có tất cả các yếu tố nguy cơ của tăng huyết áp nhưng hay gặp hơn là: Tăng lipit máu: 54,3%; Hút thuốc lá: 42,8%; các yếu tố nguy cơ này hay gặp ở tăng huyết áp giai đoạn III. Tăng huyết áp kháng trị hay gặp ở những bệnh nhân THA độ III (54,3%); Tăng huyết áp kịch phát (17,14%) $p<0,05$.

RISK FACTORS OF HYPERTENSIVE RESISTANCE

Dr. Dang Duy Quy Ma, Prof. Nguyen Phu Khang Ph.D

We studied 72 patients with hypertension in the Clinical No. 2, Hospital 103 from 5.2000 to 6.2002.

Hypertension: blood pressure \geq 140/90 mmHg

Hypertensive resistance: after week of management with 3 antihypertensive drugs but blood pressure of patients \geq 140/90 mmHg

Risk factors of hypertensive resistance so as:

Dyslipidemia: 54,3%, cigarettes: 42,8%, hypertension with 3 degree and 3 stage: 54,3%, hypertensive crisis: 17,14% $p<0,05$.

CHUẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM TẠI VIỆT NAM

PGS.TS Phạm Nguyễn Vinh, Viện Tim TP. Hồ Chí Minh

Số bệnh nhân suy tim mạn tại VN có thể từ 280 000 người tới 1,4 triệu người (dựa theo tần suất 0,4-2%/dân số). Nguyên nhân suy tim chưa có thống kê chính xác, tuy nhiên các nguyên nhân chính là: Tăng huyết áp, bệnh ĐMV, bệnh van tim hậu thấp. Chẩn đoán suy tim. Các biện pháp cận lâm sàng phụ giúp chẩn đoán bao gồm: điện tâm đồ, phim lồng ngực, siêu âm tim, CT xoắn ốc hay CT cực nhanh, ảnh cộng hưởng từ, chụp ĐMV, thông tim và chụp buồng tim.

Điều trị suy tim bao gồm các biện pháp không thuốc, có thuốc, thông tim can thiệp và phẫu thuật. Các biện pháp không thuốc như ngưng thuốc lá, giảm cân nặng, cải thiện dinh dưỡng, tập luyện thể lực vừa phải, ngưng rượu, hạn chế muối được áp dụng cho tất cả bệnh nhân suy tim. Các thuốc được sử dụng trong điều trị nội bao gồm: lợi tiểu mất Kali, lợi tiểu giữ Kali như Spironolactone, ức chế men chuyển, chẹn beta, chẹn thụ thể angiotensin II, digoxin, thuốc tăng co bóp cơ tim khác, thuốc chống loạn nhịp và thuốc chống huyết khối, thuốc hạ huyết áp (trường hợp suy tim do THA). Thông tim can thiệp nhằm tái lưu thông ĐMV hoặc phẫu thuật bắc cầu ĐMV được thực hiện theo các chỉ định chung của thế giới. Phẫu thuật van tim, trong đó phẫu thuật sửa van 2 lá được thực hiện phổ biến đối với suy tim do bệnh van tim. Phẫu thuật sửa chữa tạm thời hay triệt để được thực hiện cho trẻ em và người lớn bị bệnh tim bẩm sinh. Các biện pháp mới như đặt máy tạo nhịp 3 buồng, trợ giúp tuần hoàn cơ học, ghép cơ lung vào tim (cardiomyoplasty), phẫu thuật cắt bớt tâm thất, ghép tim chưa được thực hiện tại Việt Nam.

Có sự phân phối không đều trong các kỹ thuật cận lâm sàng mới giúp chẩn đoán và điều trị suy tim tại Việt Nam. Chỉ các thành phố lớn như Hà Nội, TP Hồ Chí Minh có các phương tiện hiện đại như thông tim chụp mạch, chụp cắt lớp điện toán và ảnh cộng hưởng từ. Cũng chỉ ở TP Hồ Chí Minh, Hà Nội và Huế, bệnh nhân được phẫu thuật tim. Tuy nhiên nhờ hoạt động tích cực của Hội tim mạch Quốc gia và các Hội tim mạch ở các thành phố lớn (td: TP Hồ Chí Minh, Huế), các quan niệm mới về điều trị nội khoa tim được phổ cập đến các BS ở tỉnh xa. Siêu âm tim là phương tiện chẩn đoán phổ cập nhất. Ngoài ra bệnh nhân có gần đầy đủ các thuốc mới điều trị suy tim.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HEART FAILURE

IN VIETNAM

Prof. Pham Nguyen Vinh, MD, Heart Institute of Ho Chi Minh City

In Viet Nam, the approximate number of Heart failure patients is about 280 000 to 1,4 millions (according to the prevalence 0,4 — 2%). Up to now, there haven't any statistics about the cause of this cardiac failure, nevertheless major causes are: systemic arterial hypertension, coronary artery disease, post rheumatic valvular disease. The diagnosis of Heart failure usually based on European Society of Cardiology's criteria rather than Framingham heart failure criteria. Many reliable laboratory data can be achieved from ECG, chest X-ray, echocardiography, spiral CT scan or ultra fast CT scan, MRI, coronary arteriography, ventriculography catheterization.

The Heart failure managements include: non-drug treatment, drugs treatment, interventional techniques and surgery. Non-drug management for which we can count on smoking cessation, weight reduction, nutritional modification, moderate exercise, alcohol moderation, sodium restriction for all patients with various stages of Heart failure. Medications for the management of Heart failure are potassium-loss diuretics, potassium-sparing agents like spironolactone, ACE, B-blockers, ARBs, digoxin, other inotropes, anti-arrhythmics and antithrombotics, anti-hypertensives (in cases of Heart failure due to hypertension). Intervention angioplasties and bypass surgery are most popular techniques for revascularisation, which are indicated according to guidelines of major associations. Valvular heart surgery, especially mitral valvuloplasty are performed frequently. Complete or palliative repair surgery are applied for congenital heart disease in children and also in adults. Advanced techniques for the treatment of Heart failure are three-chamber pacemakers, cardiomyoplasty, ventricular-assist device, ventricular-mass reduction surgery (Batista operation), cardiac transplantation are merely matters of the future.

There is an inappropriate distribution of new diagnosis techniques for the diagnosis and management of Heart failure in Vietnam. High-tech machines such as Cath-machine, CTscan, MRI are available only in big cities (Ha Noi, Hue, Ho Chi Minh City). Also, cardiac surgeries are performed only in these 3 cities. Nevertheless, due to great contributions from the Vietnamese Heart Association and other major city Heart Associations, new insights in the medical management was spread out all over the country, even in distant areas. Echocardiography is the most common diagnostic technique. The patients are provided with almost all new anti-heart failure drugs.

VAI TRÒ CỦA BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) TRONG SUY TIM: TỪ CHẨN ĐOÁN ĐẾN ĐIỀU TRỊ VÀ TIÊN LƯỢNG

GS.TS. Đặng Văn Phước, BS Cao Huy Thông

Tim một xét nghiệm máu đơn giản mà có thể giúp chẩn đoán và theo dõi điều trị suy tim sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho việc phát hiện, điều trị và theo dõi bệnh nhân suy tim. Xét nghiệm Brain natriuretic peptide (BNP) có độ nhạy và độ đặc hiệu cao trong chẩn đoán suy tim, hữu ích trong việc đánh giá khi nghi ngờ suy tim ở bệnh nhân ngoại trú và bệnh nhân vào khoa cấp cứu. Các ứng dụng khác bao gồm: tầm soát rối loạn chức năng thất trái, tiên lượng dự hậu ở bệnh nhân đã được chẩn đoán suy tim.

ROLE OF BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE (BNP) IN CONGESTIVE HEART FAILURE: DIAGNOSIS, TREATMENT AND PROGNOSIS

Finding a simple blood test that would aid in the diagnosis and management of patients with CHF would clearly have a favorable impact on the staggering costs associated with the disease. Brain Natriuretic Peptide (BNP) assay is highly sensitive and fairly specific for diagnosing heart failure and is useful in evaluating suspected heart failure in outpatients and in emergency care. Other uses include screening for left ventricular dysfunction and predicting outcome in patients with an established diagnosis of heart failure.

NGHIÊN CỨU THAY ĐỔI CỦA HUYẾT ÁP, TẦN SỐ TIM ĐỐI VỚI NGHIỆM PHÁP HANDGRIP

Ts. Phạm Xuân Anh, GS. Vũ Đình Hải, GS.TS. Phạm Gia Khải

Nghiên cứu thay đổi huyết áp và tần số tim ở 62 bệnh nhân tăng huyết áp tiên phát (độ 1 & độ 2) và 31 người có huyết áp bình thường với nghiệm pháp handgrip, chúng tôi thấy:

- Mức tăng huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương và tần số tim thực hiện nghiệm pháp handgrip ở bệnh nhân THA cao hơn nhóm có huyết áp bình thường.

- Mức tăng huyết áp tâm thu, huyết áp tâm trương khi thực hiện nghiệm pháp handgrip ở bệnh nhân THA độ 2 cao hơn THA độ 1, còn mức thay đổi TS tim của hai nhóm là như nhau.

THE CHANGES OF BLOOD PRESSURE AND HEART RATE DURING HANDGRIP STRESS TEST

Pham Xuan Anh, Vu Dinh Hai, Pham Gia Khai

Studied the changes of blood pressure and heart rate stress test in 62 mild to moderate hypertensives and 31 normotensive during handgrip stress test. We concluded that:

Increases in blood pressure and heart rate during handgrip stress test significant higher in hypertensive patients.

The increase in blood pressure during handgrip stress test significant higher in grade 2 hypertensive patients. No significant difference in heart rate between grade 2 hypertensive patients and grade 1 hypertensive patients

KHẢO SÁT PEPTIDE BÀI NATRI (BNP: BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE) Ở BỆNH NHÂN SUY TIM

BS Cao Huy Thông, GS.TS. Đặng Vạn Phước

Đặt vấn đề: B-type Natriuretic peptide (BNP) là một protein được phóng thích khi có sự gia tăng thể tích tâm thất và quá tải áp lực, được xem như là yếu tố chỉ điểm trong máu đầu tiên cho việc xác định những bệnh nhân suy tim sung huyết.

Mục tiêu: Mục đích của nghiên cứu này là đánh giá sự thay đổi nồng độ BNP trong máu ở những bệnh nhân suy tim được chẩn đoán theo tiêu chuẩn chẩn đoán của Hội Tim mạch Châu Âu (ESC). Qua đó khảo sát tương quan giữa nồng độ BNP trong máu với phân độ suy tim theo NYHA, với rối loạn chức năng tâm thu thất trái.

Phương pháp: Với nghiên cứu cắt ngang mô tả, các mẫu máu xét nghiệm được thực hiện trên 79 bệnh nhân suy tim tại khoa Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy (9/2002 – 3/2003).

Kết quả: Nồng độ BNP trung bình trong máu ở bệnh nhân suy tim là 918 pg/ml và trung vị là 500 pg/ml. Nồng độ BNP có mối tương quan với phân độ suy tim theo NYHA với $p < 0,0005$, nồng độ BNP trung bình từ NYHA I đến NYHA IV lần lượt là: 172 ± 47 pg/ml, 335 ± 95 pg/ml, 693 ± 189 pg/ml, 2.162 ± 1.057 pg/ml. Phân suất tổng máu (EF%) càng giảm thì nồng độ BNP trong máu càng cao với $p = 0,006$, nồng độ BNP trung bình trong máu ở bệnh nhân có $EF \leq 24\%$: 1.940 ± 1.491 pg/ml, EF từ 25 – 34%: 1.489 ± 1.043 pg/ml, EF từ 35 – 44%: 510 ± 572 pg/ml.

Kết luận: Phối hợp với các dữ liệu lâm sàng việc định lượng nồng độ BNP trong máu rất hữu ích trong chẩn đoán và đánh giá mức độ nặng của suy tim sung huyết.

STUDYING NATRIURETIC PEPTIDE (BNP: BRAIN NATRIURETIC PEPTIDE) IN PATIENTS WITH HEART FAILURE

Cao Huy Thong, Dang Van Phuoc

Background: B-type natriuretic peptide (BNP), a protein released from the left ventricle in response to volume expansion and pressure overload, has emerged as the first whole blood marker for the identification of individuals with congestive heart failure (CHF).

Objectives: The purpose of this study was to assess the change of circulation BNP concentration of patients with heart failure who were diagnosed according to ESC's standard; in relation to New York Heart Association junction class, left ventricular dysfunction.

Methods: Through a cross sectional and descriptive study, whole blood sample are collected from 79 inpatients with CHF at Cardiology Department of Cho Ray Hospital (9/2002 - 3/2003).

Results: The mean and median BNP level was 918 pg/ml and 500 pg/ml. The different of BNP concentration among NYHA classification system's groups was significant ($p < 0,0005$). Mean BNP values for NYHA I classification I through IV were: 172 ± 47 pg/ml, 335 ± 95 pg/ml, 693 ± 189 pg/ml, 2162 ± 1057 pg/ml. The more ejection fraction (EF%) reduced, the higher BNP value was. The different of BNP level of patients with left ventricular dysfunction was significant ($p = 0,006$). Mean BNP levels of EF $< 24\%$ was 1940 ± 1491 pg/ml, EF from 25% to 34% was 1489 ± 1043 pg/ml, EF from 35% to 44% was 510 ± 572 pg/ml.

Conclusion: Measurement of BNP concentration is useful in the diagnosis of CHF and staging the severity of the disease.

KỸ THUẬT XUYÊN VÁCH LIÊN NHỊ KHÔNG SỬ DỤNG PIGTAIL TRONG NONG VAN HAI LÁ XUYÊN DA QUA ĐƯỜNG TĨNH MẠCH BẰNG BÓNG INOUE

TS Võ Thành Nhân

Mục tiêu của nghiên cứu này là đánh giá độ an toàn và kết quả tức thời của kỹ thuật xuyên vách liên nhĩ không sử dụng pigtail trong nong van hai lá xuyên da qua đường tĩnh mạch bằng bóng Inoue trên các bệnh nhân hẹp van hai lá nặng có triệu chứng trong khoảng thời gian từ năm 2001 đến năm 2003. Tỷ lệ xuyên vách liên nhĩ thành công ở nhóm không dùng pigtail ($n = 115$) và nhóm có dùng pigtail ($n = 147$) lần lượt là 98.2% và 99.3%, $p = 0.42$. Ở nhóm không dùng pigtail, diện tích lỗ van 2 lá tăng từ $0.78 \pm 0.17 \text{ cm}^2$ đến $1.8 \pm 0.24 \text{ cm}^2$ ($p = 0.000$). Áp lực động mạch phổi tâm thu giảm từ 64.35 ± 21.15 đến $45.45 \pm 15.14 \text{ mmHg}$ ($p = 0.000$), độ chênh áp qua van hai lá giảm từ 15.1 ± 4.83 đến $4.73 \pm 4.04 \text{ mmHg}$ ($p = 0.000$), đường kính nhĩ trái giảm từ 52.57 ± 7.13 đến $42.63 \pm 6.66 \text{ mm}$ ($p = 0.000$). Kết quả thành công - được định nghĩa là khi diện tích van 2 lá/ diện tích da $\geq 1 \text{ cm}^2/\text{m}^2$ và/hoặc diện tích lỗ van 2 lá $\geq 1.5 \text{ cm}^2$ và không có hở van 2 lá $> 2/4$ - được ghi nhận ở 93.8% các trường hợp không dùng pigtail và ở 95.7% các trường hợp có dùng pigtail ($p = 0.49$). Nhóm không dùng pigtail có thời gian làm thủ thuật và thời gian soi ngắn hơn nhóm có dùng pigtail (58.55 ± 28.45 phút và 664.76 ± 567.29 giây so với 68.97 ± 20.67 phút và 973.32 ± 807.65 giây, giá trị p lần lượt là 0.02 và 0.03). Về tai biến ở hai nhóm không dùng và có dùng pigtail, tỷ lệ tử vong là 0% và 0.7%, tỷ lệ lấp mạch não không di chứng 0,88% và 0.71% ($p = 0,89$); tỷ lệ hở van 2 lá nặng ($> 2/4$) không cần can thiệp ngoại khoa cấp cứu 1.8% và 2.1% ($p = 0.89$); tỷ lệ tràn máu màng tim 0.88% và 0.71% ($p = 0.89$). Chúng tôi kết luận rằng trong nong van 2 lá bằng bóng Inoue, kỹ thuật xuyên vách liên nhĩ không sử dụng pigtail là một kỹ thuật có tính an toàn và hiệu quả tương đương với thời gian làm thủ thuật và thời gian soi ngắn hơn so với kỹ thuật có sử dụng pigtail.

TRANS-ATRIAL SEPTAL TECHNIQUE WITHOUT PIGTAIL IN PERCUTANEOUS TRANS-MITRAL COMMISSUROTOMY WITH INOUE BALLOON

Vo Thanh Nhan, M.D., Ph.D.

The objective of this study was to assess the safety and immediate results of trans-atrial septal technique without pigtail in Inoue balloon PTMC in patients with symptomatic significant mitral stenosis who underwent the procedure from 2001 to 2003. The success rates of catheterization in the group without pigtail (n =115) and the group with pigtail (n=147) were 98.2% and 99.3%, respectively (p=0.42). In the group without pigtail, mitral valve area increased from $0.78 \pm 0.17 \text{ cm}^2$ to $1.8 \pm 0.24 \text{ cm}^2$ (p=0.000) as assessed echocardiographically. Systolic pulmonary artery pressure, trans-mitral gradient and left atrium diameter decreased successively from 64.35 ± 21.15 to $45.45 \pm 15.14 \text{ mmHg}$ (p=0.000), 15.1 ± 4.83 to $4.73 \pm 4.04 \text{ mmHg}$ (p=0.000), 52.57 ± 7.13 to $42.63 \pm 6.66 \text{ mm}$ (p=0.000). Optimal results, defined as a mitral valve area/body surface area $\geq 1 \text{ cm}^2 / \text{m}^2$ and/or a final mitral valve area $\geq 1 \text{ cm}^2$ without significant mitral regurgitation (> grade 2+), were obtained in 93.8% of patients in the group without pigtail and 95.7% in the group with pigtail (p = 0.49). Procedure time and fluoroscopic time were shorter in the group without pigtail than in the group with pigtail ($58.55 \pm 28.45 \text{ min}$ and $664.76 \pm 567.29 \text{ sec}$ vs $68.97 \pm 20.67 \text{ min}$ and $973.32 \pm 807.65 \text{ sec}$, p values were 0.02 and 0.03, respectively). In the two groups without and with pigtail, the mortality rates were 0% and 0.7%, respectively; the rates of cerebral embolism without late sequelae 0.88% and 0.71% (p = 0.89); severe (> grade 2+) mitral regurgitation without the need for emergency surgical operation 1.8% and 2.1% (p=0.89); hemopericardium 0.88% and 0.71% (p=0.89). We conclude that trans-atrial septal technique without pigtail in Percutaneous Trans-Mitral Commissurotomy with Inoue balloon has similar safety and immediate effectiveness with shorter procedure time and fluoroscopic time compared with the technique with pigtail.

TÌNH HÌNH HOẠT ĐỘNG CỦA ĐƠN VỊ TIM MẠCH HỌC CAN THIỆP BỆNH CHỢ RẦY TỪ 1 – 2001 ĐẾN 12 – 2003

GS Đặng Văn Phước , TS Võ Thành Nhân

Chúng tôi báo cáo tình hình hoạt động của Đơn vị Tim mạch học can thiệp bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 1 – 2001 đến tháng 12 – 2003. Tổng cộng có 1062 lượt bệnh nhân được chụp mạch vành với 375 lượt can thiệp mạch vành, trong đó can thiệp cấp cứu chiếm 21.48%, can thiệp 1 thì 76.11%, đặt stent trực tiếp 40.8%, can thiệp qua đường động mạch quay 38.43%. 263 lượt bệnh nhân được nong van 2 lá bằng bóng Inoue trong đó có 2 trường hợp nong van 2 lá cấp cứu. 20 bệnh nhân bệnh tim bẩm sinh được bít luồng thông: 14 thông liên nhĩ, 1 thông liên nhát, 5 còn ống động mạch; và 6 bệnh nhân hẹp van động mạch phổi được nong bằng bóng. Ngoài ra, chúng tôi còn đặt stent động mạch thận trên 11 lượt bệnh nhân hẹp động mạch thận, đặt lưới lọc tĩnh mạch chủ dưới ngửa thuyên tắc phổi 3 trường hợp và đặt bóng nội động mạch chủ 1 bệnh nhân.

ACTIVITIES OF THE INTERVENTIONAL CARDIOLOGY UNIT AT CHO RAY HOSPITAL FROM JANUARY 2001 TO DECEMBER 2003

Prof. Dang Van Phuoc, M.D., Ph.D.; Vo Thanh Nhan, M.D., Ph.D.

We report the performance of the Interventional Cardiology Unit at Cho Ray Hospital from January 2001 to December 2003. A total of 1062 cases underwent coronary angiography with 375 cases undergoing Percutaneous Coronary Intervention (PCI) , of which primary PCI rate was 21.48%, ad-hoc PCI 76.11%, direct stenting 40.8%, radial approach 38.43%. 263 patients underwent Percutaneous Trans-Mitral Commissurotomy with moue balloon, of which 2 cases were on emergency. 20 patients with congenital heart disease underwent transcatheter closure of shunts: 14 patients with atrial septal defect, 1 patient with ventricular septal defect, 5 patients with patent ductus arteriosus; and 6 patients with pulmonary stenosis were treated by balloon dilation. Moreover, we also performed stent implantation on 11 cases of renal artery stenosis, IVC filter implantation on 3 cases and intra aortic balloon pump on 1 patient.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TRIỆT ĐỂ HẸP VAN ĐỘNG MẠCH PHỔI CÓ VÀ KHÔNG CÓ LỖ BẦU DỤC THÔNG THƯƠNG TẠI VIỆN TIM TỪ 1992 – 2000

*BS Lê Kim Tuyến, BS Nguyễn Thị Ngọc Oanh
BS Đào Hữu Trung, PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh*

Cơ sở lý luận: Hẹp van động mạch phổi (ĐMP) không kèm thông liên thất được chia làm 3 thể, trong đó hẹp van ĐMP kèm lỗ bầu dục thông thương là một dạng nặng. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu hồi cứu những hồ sơ hẹp van ĐMP được mổ từ 1992 đến 2000 để khẳng định điều này.

Phương pháp và kết quả: Chúng tôi tiến hành so sánh 2 nhóm hẹp van ĐMP có (56TH) và không (74^{RTH}) kèm lỗ bầu dục thông thương (LBDDT) được mổ tại viện tim từ 1992 – 2000. Với đặc điểm trước mổ của nhóm có kèm LBDDT. Tím 22 (39%), Khó thở gắng sức 19 (34%), Hct 48%, độ chênh qua van ĐMP 124mmHg; khác biệt có YNTK so với nhóm đơn thuần: Tím 9 (12%), Khó thở GS 11(15%), Hct 43%, độ chênh 102mmHg. Thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể ở nhóm cơ LBDDT là 51,7phút, lâu hơn nhóm đơn thuần 39,8phút. Thời gian kẹp ĐMP ở nhóm kèm LBDDT ó với nhóm đơn thuần cũng lâu hơn lần lượt 24,8phút và 17,2phút. Giảm CLT nặng nhóm có LBDDT 11(20%), so với nhóm đơn thuần 5 (7%); và thời gian nằm hồi sức lần lượt 3,1 ngày và 1,5 ngày (sai biệt có YNTK). Và yếu tố xé kèm nối rộng vòng van bằng miếng vá cũng là 1 YT tiên lượng nặng sau mổ.

Kết luận : Hẹp van ĐMP kèm LBDDT là một dạng nặng trên lâm sàng và trong phẫu thuật; xé kèm nối rộng vòng van là yếu tố tiên lượng nặng sau mổ. Kết quả trung hạn (38 tháng) của phẫu thuật triệt để hẹp van ĐMP có kết quả tốt và siêu âm tim là phương tiện cần thiết trong chẩn đoán, đánh giá tiên lượng và theo dõi kết quả phẫu thuật hẹp van ĐMP.

ABSTRACT

Background: There are 3 types of pulmonary stenosis (PS) with ventricular septum intact. Among them, pulmonary stenosis with patent foramen oval (PFO) is a serious type⁸¹. We review the records of PS were operated from 1992 to 2000 to verify this statement.

Methods and results: We compare two groups of patients: PS with PFO (56 cases-group 1), and simple PS (74 cases-group 2) were operated during 1992-2000 at Heart Institute in HCMC. The clinical characters of PS with PFO group before operation: Cyanose 22(39%), exertional dyspnea 19(34%), Hct 48%, GdRV/PA 124mmHg; significant different with simple PS: cyanose 9(12%), exertional dyspnea 11(15%), Hct 43%, GdRV/PA 102mmHg. The median cardiopulmonary bypass times in group 1 is longer than group 2: 51,7 min and 39,8 min, respectively. The median aortic cross-clamp times in group 1 is also longer than group 2: 24,8 and 17,2 respectively. Severe low cardiac output and ICU stay: 11(20%), 3,1 days in group 1; and 5(7%), 1,5 days in group 2, respectively (significant different). And incision with enlargement circular band by patch is a serious prognotic factor in pst-operation.

Conclusions: PS with PFO is a serious type in clinic and in operation; incision with enlargement circular band by patch is a serious prognotic factor in post-operation. Median term result (38months) of PS surgical correction is good, echocardiography is a necessary tool for diagnosis, prognosis and surveillance of surgical result in PS.

NHẬN XÉT 5 TRƯỜNG HỢP THUYỀN TẮC PHỔI

Đặng Văn Phước, Lê Thanh Liên, Võ Hồng Lĩnh, Lê Thượng Vũ

Chúng tôi khảo sát hồi cứu 5 trường hợp thuyên tắc phổi được chẩn đoán xác định bằng chụp cắt lớp điện toán (multislice CT scan) tại BV Chợ Rẫy. Các bệnh nhân gồm 3 nam và 2 nữ ở độ tuổi từ 22 đến 70. Các biểu hiện lâm sàng chính được ghi nhận ở các bệnh nhân này bao gồm đau ngực (5/5 trường hợp), ho máu (5/5), khó thở (4/5), huyết khối tĩnh mạch chi dưới (2/5), thở nhanh (2/5 trường hợp) và ngất (1/5). Đa số các bệnh nhân đều được chẩn đoán ban đầu bằng một bệnh lý khác (viêm phổi, hen phế quản, suy nhược chức năng). Các bệnh nhân lớn tuổi thường có chỉ điểm gợi ý nguyên nhân (2 trường hợp có viên tắc tĩnh mạch chân, một trường hợp có tiền căn mổ ung thư đại tràng cách đây 4 năm và với dấu chứng di căn gan vào thời điểm hiện tại). Tuy nhiên, hai bệnh nhân nam (22 và 29 tuổi) không có dấu chứng huyết khối tĩnh mạch chi dưới trên lâm sàng hoặc siêu âm mạch máu, nhưng có huyết khối thất phải trên siêu âm tim. Kết quả CT scan ngực có cản quang trên tất cả các bệnh nhân này đều cho thấy có huyết khối động mạch phổi hai bên và tổn thương phổi diện rộng. Các bệnh nhân đều được điều trị bằng thuốc kháng đông (enoxaparin tiêm dưới da và warfarin uống) sau khi có chẩn đoán xác định.

Thuyên tắc phổi có những biểu hiện thường không điển hình nhưng cần phải được lưu ý ở những bệnh nhân có biểu hiện đau ngực, ho máu và khó thở. Thuyên tắc phổi có thể xảy ra ở bệnh nhân trẻ và không có chỉ điểm huyết khối tĩnh mạch trên lâm sàng hoặc siêu âm. Chụp cắt lớp điện toán lồng ngực cản quang có vai trò quan trọng trong việc xác định chẩn đoán thuyên tắc phổi diện rộng.

REPORTING FIVE CASES OF PULMONARY EMBOLISM

We study retrospectively 5 cases of pulmonary embolism that are confirmed by chest contrast multi-slice CT scan in Cho Ray Hospital. These are 3 males and 2 females from 22 to 70 years old. The major clinical signs and symptoms consists of chest pain (5/5 cases), hemoptysis (5/5), dyspnea (4/5), lower extremity venous thrombosis (2/5), tachypnea (2/5) and syncope (1/5). Most of the patients were approached with the wrong initial diagnosis such as pneumonia, asthma, and functional fatigue. These elder patients show some clues suggesting the causes (2 cases of venous thrombosis, I case with past history of operated large intestinal carcinoma and present liver metastasis). However, in the two young males (22 and 29 years old), there are no clues indicating lower extremity venous thrombosis clinically and on vascular ultrasound, but right ventricular thrombosis on echocardiography. The results of chest contrast multi-slice CT scan of all patients show bilateral pulmonary arterial thrombosis and massive lung tissue injury. All the patients were given subcutaneous enoxaparin and oral warfarin when the diagnosis confirmed.

Conclusion: Pulmonary embolism often presents atypical signs and symptoms but should be noticed in patients with chest pain, hemoptysis and dyspnea. Pulmonary embolism may occur in young patients without presentation of venous thrombosis clinically or on vascular ultrasound. Chest contrast multi-slice CT scan shows an important role in confirming massive pulmonary embolism.

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRÂM CẢM CỦA HAMILTON

Trầm cảm là một bệnh lý quan trọng do có ảnh hưởng lên nhiều mặt khác nhau của bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh trầm cảm là rất cao ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch và khi đó, trầm cảm sẽ có những tác động xấu lên diễn tiến của bệnh lý tim mạch đó. Chính vì vậy, việc điều trị trầm cảm là một việc làm rất quan trọng cần thiết cho bệnh nhân. Để hiểu rõ thêm về triệu chứng của trầm cảm, chúng tôi xin giới thiệu một trong những thang điểm đánh giá trầm cảm được sử dụng phổ biến hiện nay, đó là điểm của Hamilton.

Họ và tên BN:..... Tuổi.....Giới: Nam/nữ

Triệu chứng	Trước điều trị	Sau 4 tuần điều trị
	Ngày.....	Ngày.....
1. Khí sắc trầm		
2. Cảm giác có tội		
3. Tự tử		
4. Mất ngủ sớm (khó ngủ)		
5. Mất ngủ giữa đêm		
6. Mất ngủ muộn (gần sáng)		
7. Công việc và sinh hoạt		
8. Chậm chạp		
9. Kích động		
10. Lo âu cơ thể		
11. Các triệu chứng cơ thể về tiêu hoá		
13. Các triệu chứng cơ thể toàn thân		
14. Triệu chứng sinh dục		
15. Chứng bệnh tương		
16. Sụt cân (theo mục A hoặc B)		
17. Nhận thức về bệnh		
Tổng điểm		

THANG ĐIỂM ĐÁNH GIÁ TRẦM CẢM CỦA HAMILTON

Tổng số điểm HDRS chỉ ra mức độ trầm cảm của bệnh nhân và chỉ dẫn tiến triển của bệnh. Khái quát chung, tổng số điểm cao thì mức độ trầm cảm nặng hơn. Trong khi xác lập tiêu chuẩn đặc trưng mức độ trầm cảm theo thang điểm HDRS, có thể đưa ra hướng dẫn chung sau:

Điểm HDRS	Mức độ trầm cảm
10-13	Nhẹ
13-17	Nhẹ đến trung bình
> 17	Trung bình đến nặng

Cơ sở trên là một phương pháp quan trọng để giám sát trầm cảm và là chìa khoá của thang điểm HDRS. Theo cách thức trên, bệnh nhân mới được chẩn đoán phải được đánh giá trong thời gian 2 tuần một lần .

1. Khí sắc trầm cảm – Depressed mood:

0. Không có
1. Trạng thái cảm xúc chỉ thể hiện qua phỏng vấn
2. Trạng thái cảm xúc biểu hiện bằng lời nói một cách tự nhiên
3. Trạng thái cảm xúc biểu hiện bằng các cử chỉ không lời như: nét mặt, thái độ, giọng nói và xu hướng muốn khóc.
4. Trạng thái cảm xúc thể hiện bằng lời nói và hành vi.

2. Cảm giác có tội – Feeling of Guilt:

0. Không có
1. Tự trách mắng bản thân, cảm tưởng đã làm hại mọi người
2. Có ý nghĩ tội lỗi hoặc trăn trở về những lỗi lầm trong quá khứ
3. Tình trạng bệnh tật hiện nay là sự trừng phạt của Thượng Đế, có hoang tưởng bị theo dõi
4. Nghe thấy tiếng nói lên án, hay tố cáo mình hoặc có ảo thị đe dọa.

3 Tự sát – Suicide

0. Không có
1. Có cảm tưởng là cuộc đời không đáng để sống
2. Mong người thân chết hoặc ý nghĩ tương tự về cái chết của bản thân
3. Ý nghĩ hoặc hành vi tự sát
4. Hành vi tự sát (mỗi hành vi tự sát 4 điểm)

4. Mất ngủ sớm – Insomnia Early

0. Không khó khăn vào giấc ngủ
1. Phàn nàn là đôi khi khó khăn vào giấc ngủ, ví dụ: phải hơn nửa giờ mới ngủ được
2. Phàn nàn khó ngủ ban đêm

5. Mất ngủ giữa đêm- Insomnia Middle

- 0. Không khó khăn
- 1. Bệnh nhân phàn nàn trong đêm cụ quậy, trằn trọc không yên
- 2. Thức dậy trong đêm, kể từ 2 lần trừ khi dậy đi tiểu

6. Mất ngủ muộn – Insomnia Late

- 0. Không khó khăn
- 1. Thức dậy rất sớm nhưng ngủ lại
- 2. Thức dậy không ngủ lại được

7. Công việc và sinh hoạt – Work and Activity

- 0. Không khó khăn nào
- 1. ý nghĩ và cảm giác bất lực, mệt mỏi hoặc suy yếu liên quan đến công việc và sinh hoạt
- 2. Mất hứng thú trong sinh hoạt hoặc công việc do bệnh nhân trực tiếp cáo cáo hoặc gián tiếp do bệnh tật và do thờ ơ lãnh đạm và không quyết đoán. Họ phải cố gắng lắm mới hoạt động được.
- 3. Giảm thời gian hoạt động hoặc giảm hiệu quả (ví dụ: bệnh nhân nằm viện cho điểm 3 nếu hoạt động ít hơn 3 giờ trong ngày).
- 4. Bị ngừng trệ công việc do bệnh tật . (Bệnh nhân nằm viện cho điểm 4 nếu bệnh nhân không hoạt động từ khi có thương hoặc bệnh nhân làm việc lật vật phải cần sự giúp đỡ.

8. Chậm chạp – Retardation

- 0. Lời nói và ý nghĩ bình thường
- 1. Hơi chậm chạp trong giao tiếp
- 2. Chậm chạp rõ trong giao tiếp
- 3. Giao tiếp khó, hạn chế
- 4. Hoàn toàn sững sờ, đờ đẫn.

9. Kích động – Agitation

- 0. Không có
- 1. Bồn chồn (vẫn ngồi yên)
- 2. Cựa quậy tay chân, vuốt tóc...
- 3. Di chuyển qua lại, không ngồi yên
- 4. Bóp tay, cắn móng tay, rút tóc, cắn môi

10. Lo âu tâm lý – Anxiety – Psychic

- 0. Không có
- 1. Cảm giác căng thẳng và bứt rứt
- 2. Lo âu về những việc nhỏ nhặt, không quan trọng
- 3. Thái độ sợ hãi biểu lộ qua vẻ mặt và lời nói
- 4. Lo sợ rõ rệt không cần ai hỏi

<p>11. Lo âu cơ thể – anxiety – Aomatic [các triệu chứng tiêu hoá (khô miệng, đầy bụng khó tiêu, tiêu chảy, co thắt, ợ hơi); tim mạch (đánh trống ngực, đau đầu); hô hấp (thở sâu nhanh, thở dài); triệu chứng khác gồm: đi tiểu nhiều lần, vã mồ hôi].</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không có 1. Nhe 2. Vừa 3. Nặng 4. Mất khả năng sinh hoạt
<p>12. Các triệu chứng cơ thể về tiêu hoá - Somatic Symptoms – Gastrointestinal</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không có 1. Mất ngon miệng khi ăn nhưng vẫn ăn, cảm giác đầy bụng 2. Ăn khó khăn nếu không có sự động viên, thúc giục; cần thuốc nhuận tràng hay một loại thuốc đường ruột.
<p>13. Triệu chứng cơ thể toàn thân – Somatic Symptoms – General</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không có 1. Nặng nề các chi, lưng hoặc đầu; đau lưng, đau đầu, đau các cơ, mất sinh lực hoặc mệt mỏi 2. Bất kỳ triệu chứng nào rõ ràng đều cho 2 điểm
<p>14. Triệu chứng sinh dục – Genital Symptoms (như : mất khoái cảm, rối loạn kinh nguyệt)</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không có 1. Nhe 2. Nặng
<p>15. Chứng bệnh tưởng – Hypochondrias</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không có 1. Quan tâm nhiều đến cơ thể 2. Lo lắng về sức khoẻ 3. Thường xuyên than phiền, yêu cầu giúp đỡ... 4. Có các ý nghĩ bệnh tưởng
<p>16. Sụt cân – Loss of weight (Đánh giá theo mục A hoặc B)</p> <p>16A. Đánh giá so với bệnh sử</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Không bị sụt cân 1. Có thể sụt cân do bệnh hiện tại 2. Chắc chắn sụt cân (theo bệnh nhân thể) <p>16B. Đánh giá cân trọng lượng</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Sụt cân ít hơn 0,5kg/tuần 1. Sụt cân nhiều hơn 0,5kg/tuần 2. Sụt cân nhiều hơn 1kg/tuần
<p>17. Nhận thức về bệnh – Insight</p> <ol style="list-style-type: none"> 0. Biết mình đang bị trầm cảm 1. Biết đang bị bệnh nhưng do các nguyên nhân như: Thức ăn tồi, thời tiết, làm việc quá nhiều, vi rút, cần phải nghỉ ngơi 2. Phủ định mình bị bệnh

Tài liệu do công Pfizer cung cấp

PERIOPERATIVE MANAGEMENT OF NEONATAL CARDIAC SURGERY

Preccha Laohakunakorn, M. D.

Critical congenital heart defects that are palliated or not corrected can cause progressive and irreversible secondary organ damage, principally to the heart, lungs and central nervous system, and they can interfere with normal post natal changes, such as myocardial hyperplasia, coronary angiogenesis, and pulmonary vascular and alveolar development. In addition to these anatomic and functional sequale, psychomotor and cognitive abnormalities may be present and limit the development of the child with palliated or uncorrected critical congenital heart diseases. Over the past decade it has become apparent that the cumulative morbidity and mortality of palliated operation followed by later repair, is greater than that of early corrective procedures. Primary reparative surgery in the neonate offers the opportunity to decrease mortality caused by the primary cardiac defects and also to prevent secondary damage to other organ systems.

Care of the critically ill neonate requires knowledge of structural and functional features of neonatal organ systems, the transitional neonatal circulation, and the secondary effects of congenital heart lesions on other organ systems.

- The neonatal heart uses principally anaerobic metabolism of carbohydrates to provide energy for contraction. Anaerobic metabolism gives neonatal myocardium a relative tolerance to hypoxia, ischemic conditions, and a greater ability to recover from ischemic insult than the adult heart. Anaerobic metabolism also makes the neonate more vulnerable to hypoglycemic conditions that can result from post-operative stress.

- Neonatal myocardium has a high content of noncontractile elements. This results in neonatal myocardium being far less compliant than adult myocardium and is intolerant of volume overloading.

- Immature myocardium has reduced intracellular stores of calcium. This reduced bioavailability of calcium coupled with reduced contractile protein mass results in decreased active force generation during systole. The neonatal heart is sensitive to increases in afterload and this is often demonstrated in the post-operative patient. Afterload reduction has become a mainstay in management in the post-operative neonatal heart

- Adrenergic receptors of neonatal myocardium appear to be well developed at the time of birth. Sympathetic innervation may be delayed. Therefore neonatal

myocardium has a greater dependence and sensitivity to circulating catecholamine than to locally produced.

- Developmental aspects of the neonatal lung also contribute to cardiac function. The microvascular and lymphatic surface area of the newborn lung have very limited recruitable reserve. Therefore, the pulmonary edema safety factors are much less effective, making the newborn vulnerable to fluid accumulation in the presence of left to right shunt.

With all these features, the optimal perioperative management involves

- Initial stabilization. A period of time should be taken to stabilize the patient following presentation of their congenital heart lesion. This is particularly important for infant who first presents in shock. Often multiorgan injury has occurred in these children but the effects of a hypoxic-ischemic event may not become evident for several days. If stabilization can be obtained, a period of 48-72 hours for observation should be given to allow for reversal of multiorgan system impairment.

- Airway management, establishment of adequate ventilation to minimize hypoxic insult.

- Establishment of vascular access.

- In most newborn, maintenance of patent ductus arteriosus with prostaglandin (PGE 1) infusion.

- Complete and thorough noninvasive delineation of anatomic defects.

- Evaluation and treatment of secondary organ dysfunction, particularly of the brain, kidneys and liver.

- Cardiac catheterization, if necessary.

- Surgical management when cardiac, pulmonary, renal, and central nervous system functions are optimized.

Post-operative management requires knowledge of the effects of cardiopulmonary bypass and intraoperative assessment of the heart after surgery. Metabolic stress response induced by cardiopulmonary bypass is mediated by releasing of intrinsic hormone (catecholamine, cortisol), induction of complement system and leukocyte activation. Neutrophil degranulation and complement activation result in the release of a cascade of vasomediating factors into serum. With the development of endothelial injury and dysfunction, a capillary leakage syndrome may ensue. These metabolic derangements may be evident for up to 24 hours or longer after surgery. Organ system immaturity and preexisting conditions

such as heart failure and shock make the neonate particularly vulnerable to these physiologic and metabolic consequences, which can add significant morbidity and mortality to these young patients. Continuation of deep anesthesia in the early post-operative course of the neonate has been shown to attenuate the physiologic consequences of the stress response. Unrecognized or residual cardiac lesions account for a significant amount of postoperative morbidity and mortality. Intraoperative assessment of cardiac form and function by inspection, measurement of physiologic parameters and if possible, transesophageal echocardiography, is safe and effective in the clarification of these problems.

Post-operative management involves:

- A clear understanding of the surgical procedure and pertinent intraoperative events that have occurred.
- Concise and thorough examination of the patient.
- Laboratories including acid-base balance, ventilation, electrolyte, renal function and fluid balance.
- Post-operative monitoring of heart rate and rhythm, pulse oximetry, end-tidal CO₂, temperature, arterial blood pressure, cardiac filling pressure, chest tubes, intake and output.
- Glucose and electrolyte homeostasis, fluid balance.
- Organ systems management
 - Cardiovascular system: preload, afterload and contractility
 - Respiratory system and ventilator
 - Hematological system; coagulation and blood products
 - Renal system, gastrointestinal system, neurological system.
 - Infection control
- Stress, pain control and sedation

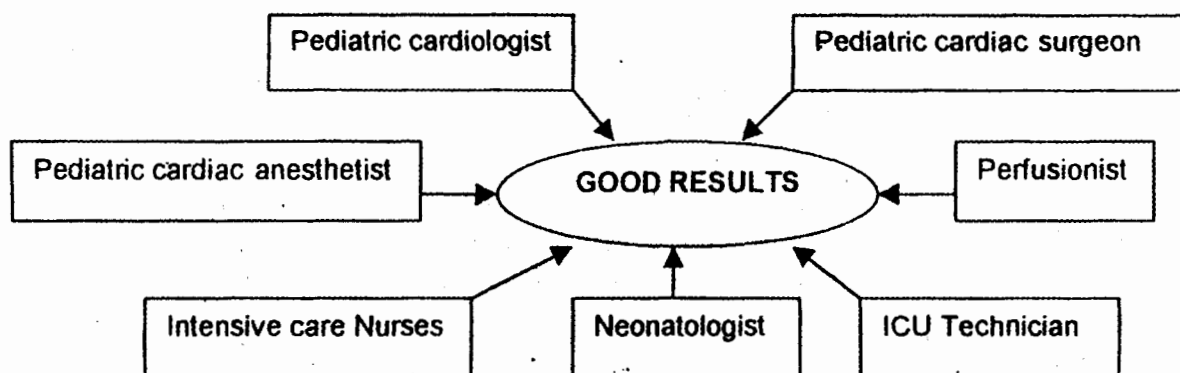
In critical congenital heart lesions ultimate outcome depends on timely and accurate assessment of the structural anomaly and evaluation and resuscitation of secondary organ damage, a timely surgery and meticulous post-operative management. It is therefore critical that neonatologist, pediatric cardiologist and pediatric cardiac surgeon are able to rapidly evaluate and participate in the initial medical management of neonate with congenital heart disease.

SURGICAL ROLE IN CARDIAC PATIENTS WITH CONGENITAL HEART DISEASE

Samphant Ponvilawan M.D., F.R.C.S.(T)

Introduction

Surgery for congenital heart disease started when Gross ligated the ductus in 1938, but open heart surgery was just started since 1953 for closure of the atrial septal defect. During the past fifty years, results of surgery for congenital heart defect have been improving by time. The use of new technologies, ventilators, new cardiac drugs, improving skill on technique of surgery and anesthesiology, patients' selection and nursing care are all contributed to the improving outcomes.



At present time, definitive repair for complex congenital heart disease can be performed in neonatal period with an acceptable risk. The trend is aim at definitive repair, if feasible, at the early age rather than trying to do a palliative treatment. Early intervention is essential to prevent cardiac chamber hypertrophy, myocardial fibrosis or hypoxemia of myocardium from prolonged cyanosis which could preclude good outcomes.

Palliative treatment

Palliative treatment is preserved for severely ill and extremely small neonates that can not tolerate open heart surgery. Palliative surgery for increasing pulmonary blood flow (systemic-pulmonary artery shunt) is indicated in patients with small pulmonary artery like tetralogy of Fallot or pulmonary atresia for promoting growth of the pulmonary artery runoff and increasing oxygen saturation. Palliative treatment for decreasing pulmonary blood flow (pulmonary artery banding) is indicated for small neonates (less than 2.5 kg) with multiple VSDs and for left ventricular retraining for late presentation of TGA with intact interventricular septum.

Bidirectional superior cavo-pulmonary anastomosis (bidirectional Glenn) is becoming a standard therapy in patients with single ventricle physiology as a step to Fontan pathway. The operation could be performed at the age of six months to

protect volume overload to the single ventricle after a systemic-pulmonary shunt which was done in the neonatal period.

Definitive repair (Total correction)

Total correction for congenital heart defects could be considered into two categories, biventricular and univentricular repair. If a patient has two effective ventricles, one should aim at biventricular repair. In patient with single effective ventricle, a Fontan type operation is the final aim. In this subset of univentricular repair, protection of the heart and the lungs for the final step Fontan is the most important and the stage operations should be planned at the appropriate age.

Left-to-right shunt

Total correction for left-to-right shunt defects (ASD, VSD, PDA, Complete AV canal defect, aortico-pulmonary window) could be done at any age and weight if indicated (failure medical treatment, failure to thrive, difficulty of weaning off ventilator, progressive renal dysfunction).

Tetralogy of Fallot

Total repair for tetralogy of Fallot can be safely done at the age of one year providing the size of the pulmonary artery is adequate. In neonatal period, a systemic-pulmonary shunt is more preferable if there is an indication.

Transposition of the great arteries (TGA)

In TGA with intact interventricular septum, arterial switch operation is indicated in the early neonatal period. The procedure should be done before the age of 2-3 weeks, before resolution of the left ventricle. In late presentation (more than 21 days of life), pulmonary artery banding for retraining of the left ventricle is indicated before doing an arterial switch.

In TGA with VSD (or ASD / PDA), arterial switch can be postpone to the age of 2-3 months.

Congenital heart disease that required stage repair

Patients with single ventricle physiology and has non-restrictive pulmonary blood flow (no pulmonary stenosis) required early surgery in the first few months of life to protect the lungs for prepare the patients for Fontan procedure.

In pulmonary atresia with or without VSD, a systemic-pulmonary shunt is required to ensure adequate pulmonary blood flow because ductus is a non-reliable source. The final step is aim at Rastelli's operation; using a valve conduit to connect the RV to the confluence pulmonary artery.

Rare congenital heart diseases that required urgent surgery

Patients with Total anomalous pulmonary venous connection (TAPVC), persistent Truncus arteriosus, abnormal coronary artery from the pulmonary artery

(ACAPA), interrupted aortic arch, severe Coarctation of the aorta, Aortico-pulmonary window are usually required early surgical intervention.

Results of Surgery

The result of surgical treatment for common congenital heart diseases is shown in Table 1 and for less common congenital heart disease is shown in the Table 2

Diagnosis	n	death	%
TOF	1,464	37	2.5%
ASD	1,424	10	0.7%
PDA	1,184	5	0.4%
VSD	1,073	17	1.6%
UVH	301	24	7.9%
TGA	269	30	11.1%
PS.IVS	232	6	2.6%
Pulm Atresia	227	14	6.2%
TOTAL	6,174	143	2.3%

Table 1 Operative mortality of common congenital heart disease (1979-2003)

Diagnosis	n	death	%
Coarctation of Aorta	149	4	2.7%
Double outlet of RV	138	11	7.9%
Total anomalous pulmonary venous connection	90	8	8.9%
Rupture aneurysm of sinus of Valsalva	77	1	1.3%
Complete AV canal defect	54	6	11.1%
Congenital aortic stenosis	38	1	2.6%
Coronary artery fistula	31	-	-
Interrupted aortic arch	23	5	21.7%
Truncus arteriosus	19	7	36.8%
Ebstein's anomaly	19	-	-
Cortriatriatum	12	-	-
Aortico-Pulmonary Window.	11	-	-
Abnormal coronary artery from pulmonary artery	9	1	11.1%
TOTAL	670	44	6.6%

Table 2 Operative mortality of less common congenital heart disease (1979- 2003)

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NONG VAN HAI LÁ BẰNG BÓNG INOUE TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TIỀN SỬ MỔ TÁCH VAN TIM KÍN.

Đỗ Phương Anh, Nguyễn Lâm Việt

Đặt vấn đề : Sự tái hẹp van hai lá sau phẫu thuật tách van tim kín sẽ xuất hiện trong vòng từ 5 – 15 năm sau (khoảng 10 – 30 % số bệnh nhân được phẫu thuật) đòi hỏi phải có sự can thiệp lại lần thứ hai . Điều đó đặt ra vấn đề lựa chọn giải pháp thích hợp cho những đối tượng này. Liệu phương pháp nong van hai lá (NVHL) bằng bóng Inoue, đã được chứng minh là một phương pháp điều trị ưu việt đối với bệnh nhân hẹp hai lá (HHL) khít chưa được can thiệp lần nào , có đem lại lợi ích thực sự cho những bệnh nhân này không? Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp NVHL trên nhóm bệnh nhân có tiền sử mổ tách van tim kín.

Phương pháp : Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiền cứu ngắn hạn trên 100 bệnh nhân được lấy theo trình tự thời gian, chia làm hai nhóm:

Nhóm 1: 50 bệnh nhân có tiền sử đã được mổ tách van tim kín nay bị hẹp khít lại và vẫn có chỉ định NVHL bằng bóng.

Nhóm 2: 50 bệnh nhân HHL khít có chỉ định NVHL bằng bóng (lần đầu tiên).

Tất cả các bệnh nhân đều đã được tiến hành NVHL tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

Bệnh nhân được khám lâm sàng và làm các thăm dò cơ bản (đặc biệt là siêu âm Doppler tim một cách chi tiết) trước và sau khi NVHL trong vòng

một tuần. Tất cả các thông số trên được ghi lại cùng với các thông số về huyết động trong quá trình NVHL theo mẫu nghiên cứu riêng và được đem so sánh đối chiếu giữa hai nhóm bệnh nhân bằng cách sử dụng những thuật toán phân tích thống kê thích hợp.

Một số nhận xét và kết luận rút ra từ nghiên cứu:

Phương pháp NVHL qua da bằng bóng Inoue trên những bệnh nhân có tiền sử mổ tách van tim kín là một phương pháp điều trị an toàn và có hiệu quả, làm cải thiện đáng kể về mặt huyết động cũng như diện tích van hai lá giai đoạn sớm sau nong van. Khi so sánh với những bệnh nhân chưa mổ tách van ,kết quả đạt được trên cả hai nhóm bệnh nhân là hoàn toàn tương đương.

Bước đầu phân tích chúng tôi thấy có một số yếu tố : tuổi cao, nhĩ trái giãn lớn, diện tích van hai lá trước nong nhỏ, đặc biệt là đặc điểm hình thái của van hai lá trước nong có ảnh hưởng nhẹ đến kết quả NVHL ở bệnh nhân đã mổ tách van. Tuy vậy ở nghiên cứu này chúng tôi chưa thấy sự ảnh hưởng đó có ý nghĩa thống kê rõ.

BALLOON MITRAL COMMISSUROTOMY (BMC) AFTER PREVIOUS SURGICAL COMMISSUROTOMY

Do Phuong Anh, Nguyen Lan Viet

Background: Mitral restenosis after surgical commissurotomy often occurs within 5- 5 years (about 10-30% of patient undergoing surgical mitral commissurotomy) necessitating a repeat procedure. What is the optimal therapy for these patients? Is the BMC effective for them? The purposes of this study is to determine the short-term outcome of patients undergoing BMC after previous surgical commissurotomy.

Method: It is a short- term consecutive study on 100 patients, divided in two groups:

50 pts undergoing BMC after previous surgical commissurotomy.

50 pts undergoing BMC as an initial procedure.

Patients were entered into the study from 5/2001 until 12/2002 and had undergone BMC in Vietnam National Heart Institute–Bachmai Hospital.

Prospective data collection included clinical, demographic, echocardiographic, angiographic, hemodynamic and interventional information within 1 week before and after BMC. The short-term outcome of two patient groups were compared.

Result and conclusion:

BMC is a safe and effective treatment for patients with mitral restenosis after previous commissurotomy, achieving excellent improvement in the area of mitral orifice and hemodynamic status. The result was similar in patients had undergone BMC as an initial procedure.

There are some factors influencing to the result of BMC procedure: diameter of left atrium, age, area orifice of mitral valve, especially the morphology of mitral valvular.

NHỮNG CÔNG NGHỆ PHẪU THUẬT TIM MẠCH MỚI HIỆN ĐANG ĐƯỢC ÁP DỤNG TẠI VIỆN TIM BANGKOK - BỆNH VIỆN BANGKOK

Kitipan V.Arom

*Chief of Cardio-Thoracic Surgeon- Bác sĩ trưởng phẫu thuật Tim-Lồng ngực
Director- Bangkok Heart Institute- Giám đốc Viện Tim Bangkokhospital
Bangkok Hospital- Bệnh viện Bangkok*

“ Ngày nay, các Bác sĩ phẫu thuật nên mang đến những phương pháp tốt nhất thích ứng với nhu cầu của bệnh nhân ”

Trong thời đại kỹ thuật cao và hàng loạt thông tin, các bệnh nhân hay là “khách hàng” đang tìm kiếm cách hiệu quả nhất để điều trị bệnh của họ qua đường internet và email.

Các khách hàng tìm hiểu về thủ tục, nguy cơ/ lợi ích và những biến chứng có thể xảy ra từ phẫu thuật; cũng như là cách Bác sĩ phẫu thuật hướng dẫn thủ tục. Họ quan tâm đến về sau họ như thế nào, họ bình phục nhanh như thế nào, bao lâu họ có thể đi làm việc trở lại, về sau họ cần tự chăm sóc mình hơn như thế nào so với trước kia.

Đó là nhiệm vụ của Bác sĩ phẫu thuật tiên phong thực hiện chấp nhận công nghệ và kỹ thuật mới để làm cho bệnh nhân hài lòng nhất. Các Bác sĩ phẫu thuật phải đáp ứng những thủ tục mang lại thẩm mỹ nhất, ít đau và hồi phục nhanh và thích hợp với từng khách hàng khi có thể.

Chúng tôi đưa ra những thủ tục thích ứng với nhu cầu của bệnh nhân tại Viện Tim Bangkok:

1. Off-Pump CABG (Coronary Artery Bypass Graft): bắc cầu động mạch vành không sử dụng máy tim phổi nhân tạo.
2. Xử dụng ống thay thế động mạch.
3. Vết mổ ngực nhỏ và loại bỏ vết mổ ở chân.
4. Chương trình phục hồi tim hiện đại.

OFF-PUMP CABG

Kỹ thuật bắc cầu động mạch vành Off-Pump (OPCAB) hay là phẫu thuật bắc cầu không sử dụng máy tim phổi nhưng với thiết bị tim tại chỗ đã được giới thiệu trong sáu năm qua, và nay gồm khoảng 25% phẫu thuật bắc cầu động mạch vành trên thế giới. Một trong những mục đích của phẫu thuật mà tim vẫn đập là loại trừ những biến chứng kết hợp với sử dụng máy tim phổi. Những biến chứng thậm chí nhỏ và xảy ra chỉ khoảng 2-3% có thể là những vấn đề nghiêm trọng. Nó bao gồm thiếu phổi, suy thận, tai biến do cục máu đông.

ÔNG THAY THỂ ĐỘNG MẠCH

Sử dụng ống thay thể động mạch trong bắc cầu động mạch vành đã ngày càng được chấp nhận sau khi đạt được những kinh nghiệm và những báo cáo kết quả lâu dài tốt hơn. Những ống thay thể được sử dụng thông thường nhất là động mạch vú bên trong trái từ thành ngực (LIMA), động mạch vú bên trong phải (RIMA), động mạch quay trái hay phải từ cẳng tay (RA) và động mạch mạc nối-dạ dày từ dạ dày (GEA). Sử dụng của LIMA cho LAD đã cho thấy kết quả tồn tại lâu dài cải thiện đáng kể. Cũng như vậy, những bằng chứng cho thấy động mạch vú song phương cũng có kết quả lâu dài hơn.

VẾT MỎ

Chúng tôi không cần mở lớn, với phương pháp ít xâm lấn, sau mổ bệnh nhân ít đau hơn. Đau xương ức kéo dài do banh thành ngực; tổn thương mô mềm và thần kinh gần như được loại trừ với vết mổ nhỏ. Tránh sử dụng vết mổ ở chân cho phép bệnh nhân đứng dậy và hoạt động sớm hơn. Cũng vậy, với vết mổ ngắn ở cẳng tay dài 2 cm thay vì với vết mổ dài cả cẳng tay, sẽ giúp loại trừ đau cánh tay do vết mổ dài và sẹo.

Thời gian bình phục có thể bị hạn chế bởi mức độ của tổn thương gây ra do bệnh mạch vành và bởi khả năng lành bệnh của tim. Đội ngũ phục hồi chức năng tim sẽ trợ giúp sự nỗ lực của cơ thể làm lành những mô bị tổn thương. Chương trình phục hồi chức năng tim ở Viện Tim Bangkok được trang bị với những công nghệ tiên tiến và những thầy thuốc được đào tạo ở Mỹ và những Bác sĩ tim mạch làm việc trọn thời gian.

NEW TECHNOLOGIES APPLIED BY BANGKOK HEART INSTITUTE – BANGKOK HOSPITAL

*Kittipan V. Arom - Chief of Cardio-Thoracic Surgeon,
Director-Bangkok Heart Institute, Bangkok Hospital.*

“Nowadays, the surgeons should not only offer the best approaches but should tailor them to the patient’s need.”

In the era of high technology and web-based information, the patients or in this situation “the customers” are searching for the best cost effective way to treat their illness via the internet and e-mail.

The customers learn about the procedures, the risk/benefit and possible complications from surgery; as well as the way the surgeon conducting the procedure. They concern of how they look afterward, how fast they recover, how soon they can go back to work, how they need to take care of themselves afterward more so than before.

It is the duty of the surgeons to be proactive in adopting new technology and technique in order to provide the patients most satisfaction. The surgeons must tailor the procedures that provide best cosmetic, less painful and fast recovery and to fit each customer whenever possible.

We are offering these procedures that are being tailored to the need of patients at Bangkok Heart Institute:

1. Off-Pump CABG (Coronary Artery Bypass Graft)
2. Use of all arterial grafts as the conduits
3. Use of small chest incision and eliminate leg incision.
4. State-of-the art cardiac rehabilitation program.

OFF-PUMP CABG

Off-Pump coronary artery bypass (OPCAB) technique or bypass graft surgery without the use of heart-lung machine but with local cardiac stabilizer has been re-introduced in the last six years, and now comprising approximately 25% of all

coronary artery bypass surgery worldwide. One of the goals of beating heart surgery is to eliminate the complications associated with the use of cardiopulmonary bypass (heart-lung machine). These complications even are small and occurred only about 2-3% could be serious problem. These include pulmonary (Lung) insufficiency, transient renal failure (Kidney), stroke and the failure of appropriate blood clotting.

ALL ARTERIAL CONDUITS

The use of all arterial conduits for coronary artery bypass graft has become more acceptable after gaining experiences and reports of better long-term results. The most common utilized conduits are the left internal mammary artery (LIMA) from chest wall, the right internal mammary artery (RIMA), the left or right radial artery from forearm (RA) and gastro-epiploic artery from the stomach (GEA). The use of LIMA to the LAD has been shown to significantly improve long-term survival results. Also, the evidence shows that bilateral mammary arteries could provide better long-term outcomes as well.

THE INCISIONS

We do not need a big opening, with less invasive approach, the less pain occurred after surgery. Long-term sternal discomfort from chest wall stretches; nerve and soft tissue damages are nearly eliminated with small incision. Avoiding the use of the leg incision allows the patients to get up and mobilize much sooner. Also 3 short (2cm. long) skip incisions in the forearm were used to harvest the radial artery, instead of a full forearm length incision, helping to eliminate the arm pain from a long incision and scar.

Recovery may at times be limited by the extent of damage already caused by the coronary artery disease and by the heart's ability to heal. The cardiac rehabilitation team will support the body's efforts to heal its damaged tissues. The cardiac rehabilitation program at Bangkok Heart Institute is well equipped with state of the art technology and USD trained physician and full time cardiologist.

BIẾN CHỨNG TIM TRONG SUY THẬN MẠN GIAI ĐOẠN III

*Đỗ Doãn Lợi, Trần Hải Yến, Khổng Nam Hương, Đinh Thị Kim Dung,
Nguyễn Ngọc Tước, Trần Đỗ Trinh, Nguyễn Lâm Việt, Phạm Gia Khải
Bộ môn Tim mạch, Đại học Y Hà Nội
Viện Tim mạch VN, Bệnh viện Bạch mai*

Nhằm xác định "ngưỡng tim mạch" trong chỉ định lọc máu cho các bệnh nhân suy thận nặng, các tác giả đã nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng, sinh hóa, huyết học và các thông số siêu âm Doppler tim ở 51 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn III so sánh với 109 người bình thường và 117 bệnh nhân suy thận mạn giai đoạn IV. Kết quả nghiên cứu đã cho thấy: Nhóm suy thận mạn giai đoạn III có những biến đổi rõ rệt so với nhóm chứng: nhĩ trái giãn; thất trái giãn, phì đại, giảm chức năng tâm thu thể tăng cung lượng và rối loạn chức năng tâm trương; tăng áp lực động mạch phổi. Suy thận mạn giai đoạn IV có rất nhiều khác biệt so với suy thận mạn giai đoạn III: nhĩ và thất trái giãn hơn, phì đại thất trái nhiều hơn, chức năng tâm thu kém hơn, rối loạn chức năng tâm trương mức độ cao hơn và áp lực động mạch phổi cao hơn. Phân nhóm suy thận mạn giai đoạn IIIb nặng nề hơn nhóm suy thận mạn giai đoạn IIIa và gần tương đương với nhóm suy thận mạn giai đoạn IV. Do vậy, giai đoạn IIIa có thể là "ngưỡng tim mạch" để chỉ định điều trị lọc máu cho bệnh nhân, nhằm bảo vệ tim, kéo dài tuổi thọ cho bệnh nhân và chuẩn bị cho những biện pháp điều trị cao hơn, như ghép thận: một giải pháp hiện nay được ứng dụng rộng rãi trên thế giới.

SUMMARY

Up today studies have shown the important echocardiographic changes in hemodialysis patients. There are however limited data on echographically determined morphologic and functional cardiac performance in the stage III renal failure. This prospective study was carried out to investigate clinical and echocardiographic findings in patients in renal failure stage III and to define the "cardiac threshold" for the hemodialysis indication.

A group of 51 patients in stage III renal failure was compared with a group of 109 normal subjects and a group of 117 patients in stage IV renal failure: in clinical, ECG, chest X-ray, biochemical and echocardiographic findings.

Based on Framingham criteria, the study has shown: LV hypertrophy, LV dilatation, high cardiac output systolic dysfunction and pulmonary hypertension. There were significant LV diastolic disorders as shown by Doppler investigation. The cardiac disorders in stage IIIb renal failure are much more severe than in stage IIIa.

This study suggests the "cardiac threshold" for hemodialysis indication would be stage IIIa of renal failure in order to protect the heart before the best intervention - renal transplantation could be done.

NGHIÊN CỨU CÁC ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ SIÊU ÂM DOPPLER TIM TRONG BỆNH CƠ TIM GIÃN

*Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Lâm Việt, Hoàng Việt Anh
Bộ môn Tim mạch, Viện Tim mạch*

Dilated cardiomyopathy (DCM) has been traditionally regarded as a condition with a poor prognosis. The aim of our study is to define the mains clinical and echocardiographic parameters in patients with DCM in Bachmai Hospital. Twenty one In-hospital patients and out-patients with DCM from January 2002 to Jun 2002 who had documented left ventricular (LV) dysfunction by echocardiographic criteria were prospectively examined in comparison with a group of 42 healthy subjects. The study show: The mains clinical symptoms of DCM are dyspnea, cough, oligourea, hepatomegalia, lung crepitating, tachycardia and systolic murmur at the apex. The mains echocardiographic changes are: left ventricular enlargement, hypertrophy, severe systolic dysfunction and marked diastolic restrictive disorders. In the right heart side: enlargement of right ventricle and pulmonary hypertension.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ SUY TIM TẠI VIỆT NAM

*PGS.TS Phạm Nguyễn Vinh
Viện Tim TP. Hồ Chí Minh*

Số bệnh nhân suy tim mạn tại VN có thể từ 280 000 người tới 1,4 triệu người (dựa theo tần suất 0,4-2%/ dân số). Nguyên nhân suy tim chưa có thống kê chính xác, tuy nhiên các nguyên nhân chính là: Tăng huyết áp, bệnh ĐMV, bệnh van tim hậu thấp. Chẩn đoán bệnh thường dựa vào các tiêu chuẩn châu Âu hơn là tiêu chuẩn Framingham trong chẩn đoán suy tim. Các biện pháp cận lâm sàng phụ giúp chẩn đoán bao gồm: điện tâm đồ, phim lồng ngực, siêu âm tim, CT xoắn ốc hay CT cực nhanh, ảnh cộng hưởng từ, chụp ĐMV, thông tim và chụp buồng tim.

Điều trị suy tim bao gồm các biện pháp không thuốc, có thuốc, thông tim can thiệp và phẫu thuật. Các biện pháp không thuốc như ngưng thuốc lá, giảm cân nặng, cải thiện dinh dưỡng, tập luyện thể lực vừa phải, ngưng rượu, hạn chế muối được áp dụng cho tất cả bệnh nhân suy tim. Các thuốc được sử dụng trong điều trị nội bao gồm: lợi tiểu mất Kali, lợi tiểu giữ Kali như Spironolactone, ức chế men chuyển, chẹn beta, chẹn thụ thể angiotensin II, digoxin, thuốc tăng co bóp cơ tim khác, thuốc chống loạn nhịp và thuốc chống huyết khối, thuốc hạ huyết áp (trường hợp suy tim do THA). Thông tim can thiệp nhằm tái lưu thông ĐMV hoặc phẫu thuật bắc cầu ĐMV được thực hiện theo các chỉ định chung của thế giới. Phẫu thuật van tim, trong đó phẫu thuật sửa van 2 lá được thực hiện phổ biến đối với suy tim do bệnh van tim. Phẫu thuật sửa chữa tạm thời hay triệt để được thực hiện cho trẻ em và người lớn bị bệnh tim bẩm sinh. Các biện pháp mới như đặt máy tạo nhịp 3 buồng, trợ giúp tuần hoàn cơ học, ghép cơ lung vào tim (cardiomyoplasty), phẫu thuật cắt bớt tâm thất, ghép tim chưa được thực hiện tại Việt Nam

Có sự phân phối không đều trong các kỹ thuật cận lâm sàng mới giúp chẩn đoán và điều trị suy tim tại VN. Chỉ các thành phố lớn như Hà Nội, Huế, TP Hồ Chí Minh có các phương tiện hiện đại như Thông tim chụp mạch, chụp cắt lớp điện toán và ảnh cộng hưởng từ. Cũng chỉ ở TP Hồ Chí Minh, Hà Nội và Huế, bệnh nhân được phẫu thuật tim. Tuy nhiên nhờ hoạt động tích cực của Hội Tim mạch Quốc Gia và các Hội Tim mạch ở các thành phố lớn (td: TP HCM, Huế), các quan niệm mới về điều trị nội khoa tim được phổ cập đến các BS ở tỉnh xa. Siêu âm tim là phương tiện chẩn đoán phổ cập nhất. Ngoài ra bệnh nhân có gần đầy đủ các thuốc mới điều trị suy tim.

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF HEART FAILURE IN VIETNAM

Prof. Phạm Nguyễn Vinh, MD
Heart Institute of Ho Chi Minh City

In Viet Nam, the approximate number of Heart failure patients is about 280 000 to 1,4 millions (according to the prevalence 0,4 – 2%). Up to now, there haven't any statistics about the cause of this cardiac failure, nevertheless major causes are : systemic arterial hypertension, coronary artery disease, post rheumatic valvular disease. The diagnosis of Heart failure usually based on European Society of Cardiology's criteria rather than Framingham heart failure criteria. Many reliable laboratory data can be achieved from : ECG, chest X-ray, echocardiography, spiral CT scan or ultra fast CT scan, MRI, coronary arteriography, ventriculography catheterization.

The Heart failure managements include : non-drug treatment, drugs treatment, interventional techniques and surgery. Non-drug management for which we can count on smoking cessation, weight reduction, nutritional modification, moderate exercise, alcohol moderation, sodium restriction for all patients with various stages of Heart failure. Medications for the management of Heart failure are potassium-loss diuretics, potassium-sparing agents like spironolactone, ACEi, B-blockers, ARBs, digoxin, other inotropes, anti-arrhythmics and antithrombotics, anti-hypertensives (in cases of Heart failure due to hypertension). Intervention angioplasties and bypass surgery are most popular techniques for revascularisation, which are indicated according to guidelines of major associations. Valvular heart surgery, especially mitral valvuloplasty are performed frequently. Complete or palliative repair surgery are applied for congenital heart disease in children and also in adults. Advanced techniques for the treatment of Heart failure are three-chamber pacemakers, cardiomyoplasty, ventricular-assist device, ventricular-mass reduction surgery (Batista operation), cardiac transplantation are merely matters of the future.

There is an inappropriate distribution of new diagnosis techniques for the diagnosis and management of Heart failure in Viet Nam. High-tech machines such as Cath-machine, CT-scan, MRI are available only in big cities (Ha Noi, Hue, Ho Chi Minh City). Also, cardiac surgeries are performed only in these 3 cities. Nevertheless, due to great contributions from the Vietnamese Heart Association and other major city Heart Associations , new insights in the medical management was spread out all over the country, even in distant areas. Echocardiography is the most common diagnostic technique. The patients are provided with almost all new anti-heart failure drugs.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU MỚI VỀ THUỐC ỨNG CHẾ MEN CHUYỂN: NGHIÊN CỨU X-SOLVD SAU 12 NĂM THEO DÕI

GS. Nguyễn Lâm Việt, Viện Tim mạch Hà Nội

Trong các nghiên cứu về rối loạn chức năng thất trái (SOLVD), enalapril làm giảm tỷ lệ tử vong trên bệnh nhân rối loạn chức năng tâm thu thất trái có triệu chứng nhưng không có kết quả tốt trên bệnh nhân không có triệu chứng trong thời gian nghiên cứu. Nghiên cứu X-SOLVD được thực hiện nhằm xác định xem mức giảm tỉ lệ tử vong có được duy trì lâu dài và liệu mức giảm tỉ lệ tử vong có xuất hiện sau đó trên những bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng hay không. Trong số 6797 bệnh nhân trước đó tham gia trong các nghiên cứu SOLVD phòng ngừa và điều trị, tình trạng sống của 5165 đã được thu thập khi nghiên cứu hoàn tất. Khi các dữ liệu nghiên cứu phòng ngừa và điều trị được phối hợp, tỉ lệ nguy cơ tử vong là 0,09 ở nhóm enalapril so với nhóm giả dược (khoảng tin cậy 95%, 0,84 - 0,95, $p=0,0003$). Enalapril giúp kéo dài tuổi thọ khoảng 9,4 tháng trong kết quả phối hợp (khoảng tin cậy 95%, 2,8 - 116,6, $p=0,004$).

Điều trị bằng enalapril trong thời gian 3 - 4 năm giúp cải thiện thời gian sống dài hơn là trong thời gian nghiên cứu ban đầu bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái, cùng với sự gia tăng đáng kể tuổi thọ.

UPDATE STUDY RESULT OF ACE INHIBITOR: X-SOLVD STUDY - 12-YEAR FOLLOW-UP

Prof. Nguyen Lan Viet - Heart Institute - Ha Noi

In the studies of left ventricular dysfunction (SOLVD), enalapril reduced mortality in patients with symptomatic but not asymptomatic left ventricular systolic dysfunction during the trial. The SOLVD 12-year follow-up was carried out to establish if the mortality reduction was sustained, and whether a subsequent reduction in mortality would emerge among those with asymptomatic ventricular dysfunction. Of the 6797 patients previously enrolled in the SOLVD prevention and treatment trials, the subsequent vital status of 5 165 individuals who were alive when the trials had been completed were ascertained. When data for the prevention and treatment trials were combined, the hazard ratio for death was 0.90 for the enalapril group compared with the placebo group (95% CI 0.84-0.95, $p=0.0003$). Enalapril extended median survival by 9.4 months in the combined trials (95% CI 2.8-16.6, $p=0.004$).

Treatment with enalapril for 3-4 years led to a sustained improvement in survival beyond the original trial period in patients with left ventricular systolic dysfunction, with an important increase in life expectancy.

X-SOLVD

Hiệu quả của Enalapril trên lối sống và sự sống còn theo dõi 12 năm trên BN Rối loạn Chức năng Tâm thu Thất trái

X-SOLVD Investigators

Philip John,* Galim Yusuf,* Michel F. Roucoux**
 Sylvia A. Ann,** Richard F. Bangdiwala***

*Population Health Research Institute, McMaster University, Hamilton, Canada
 **University of Cambridge, University of Liverpool, Liverpool, England
 ***Cardiovascular Research Center, University of North Carolina, Chapel Hill, USA



X-SOLVD

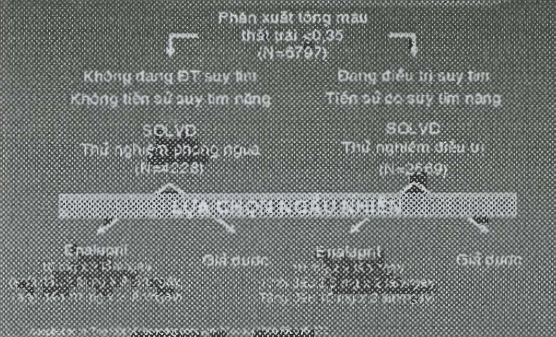
Các nghiên cứu về Suy tim: 1985

- 17 nghiên cứu ngẫu nhiên (N=874)
- Nghiên cứu lớn nhất tiến hành trên 388 bệnh nhân
- Chỉ một nghiên cứu được theo dõi >6 tháng
- Các dữ kiện kết hợp từ các nghiên cứu về thuốc ức chế men chuyển (N=529) cho thấy nhiều hứa hẹn (10 so với 22 tử vong)
- Căn cứ các nghiên cứu lớn và dài hạn hơn (tổng trên 2000+ được theo dõi trong nhiều năm), đó chính là mục tiêu của SOLVD với enalapril

Downloaded from <http://ahajournals.org/> by guest on June 11, 2015

X-SOLVD

Thiết kế nghiên cứu SOLVD



X-SOLVD

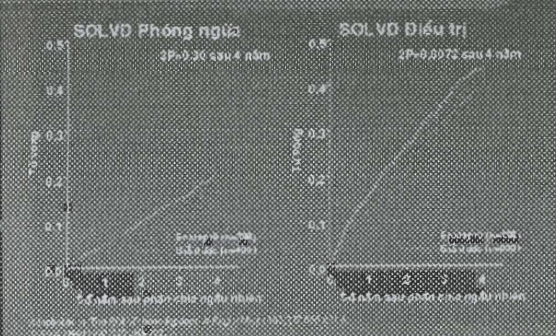
Các đặc tính căn bản trong nghiên cứu SOLVD

Đặc tính	SOLVD Phòng ngừa	SOLVD Điều trị
Tuổi	60,1 năm	60,8 năm
Phân xuất lỏng máu	28,0%	24,8%
Giới		
Nam	83,8%	80,3%
Nữ	11,4%	19,7%
Chủng tộc		
Caucasian	82,4%	80,1%
Không Caucasian	13,9%	19,9%
Căn nguyên		
Thiếu máu	68,4%	71,8%
Không có triệu chứng	7,2%	10,2%
Không rõ	24,4%	18,0%

Downloaded from <http://ahajournals.org/> by guest on June 11, 2015

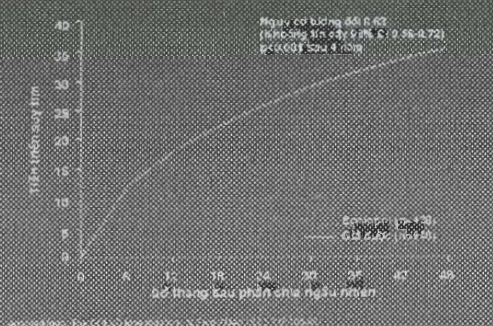
X-SOLVD

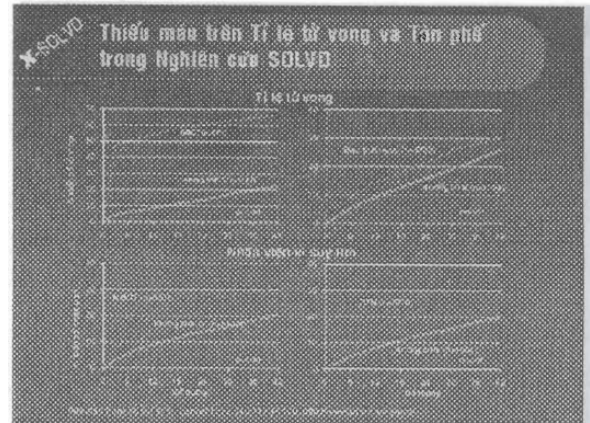
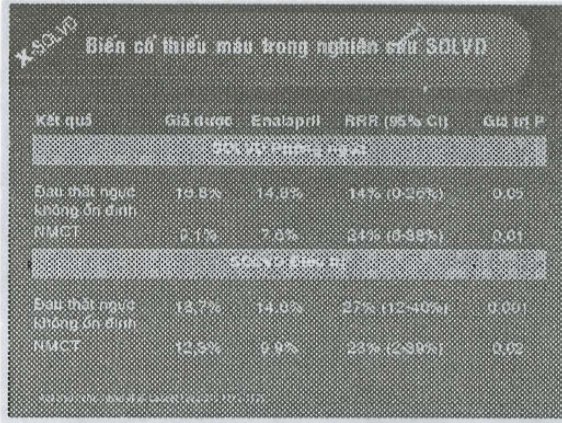
Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu SOLVD



X-SOLVD

Tiến triển suy tim trong thử nghiệm phòng ngừa

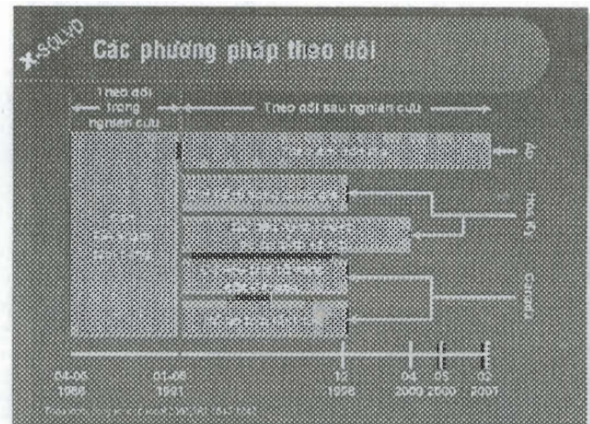




X-SOLVD: Mục tiêu của nghiên cứu X-SOLVD

- Tiến hành theo dõi thêm 9 năm sau khi ngưng nghiên cứu SOLVD
- Liệu mức giảm tỉ lệ tử vong của enalapril trong thử nghiệm điều trị có kéo dài sau thời gian thử nghiệm không?
- Liệu mức giảm tỉ lệ tử vong của enalapril trong thử nghiệm phòng ngừa có giúp bệnh nhân sống lâu hơn không?

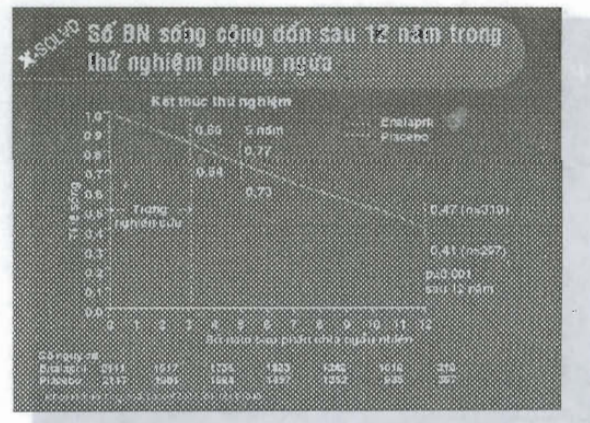
Nguyen et al. Am J Cardiol 2001; 87: 119-122



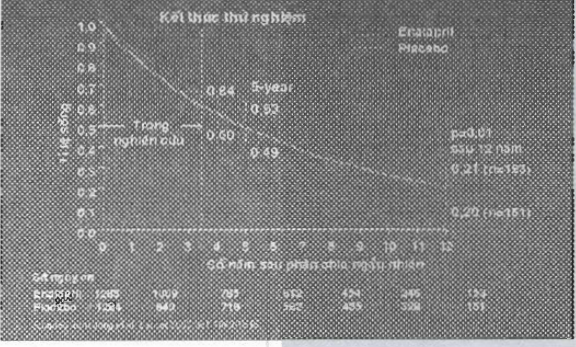
X-SOLVD: Kết quả

Nhóm cứu	N	Hoàn tất theo dõi (%)	Không theo dõi được		Thời gian theo dõi
			Enalapril	Giả dược	
Phòng ngừa	4228	4321 (99.8%)	4	3	11.2 năm
Điều trị	2569	2563 (99.7%)	1	5	12.1 năm
Phối hợp	6797	6794 (99.8%)	5	8	11.4 năm

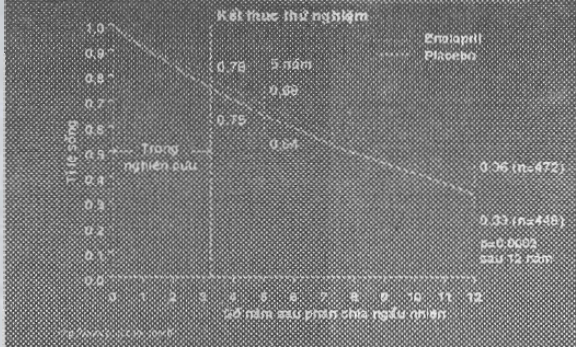
Nguyen et al. Am J Cardiol 2001; 87: 119-122



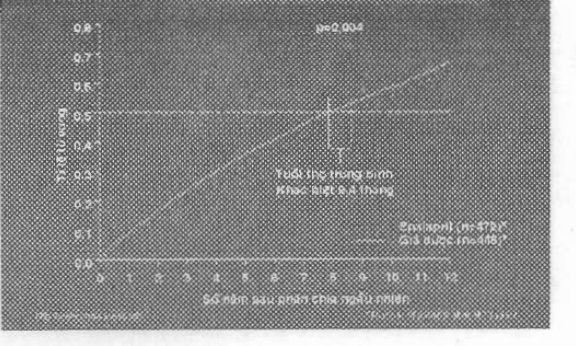
***SOLVD** Số BN sống còn đôn sau 12 năm trong thử nghiệm điều trị



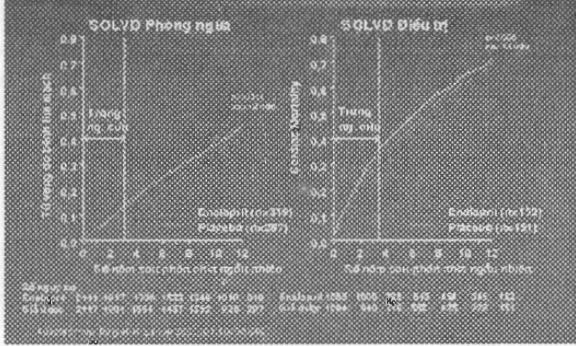
***SOLVD** Số BN sống còn đôn sau 12 năm trong kết quả tổng hợp



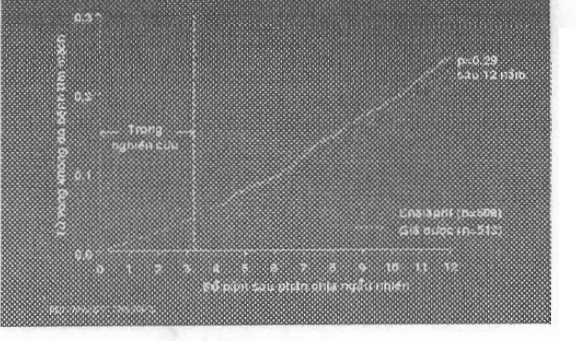
***SOLVD** Enalapril cho thấy làm tăng tuổi thọ trong kết quả tổng hợp



***SOLVD** Tỷ lệ tử vong do bệnh tim mạch sau 12 năm theo dõi trong nghiên cứu SOLVD



***SOLVD** Tỷ lệ tử vong không do bệnh tim mạch sau 12 năm trong kết quả tổng hợp



***SOLVD** Kết luận

- 3-4 năm điều trị bằng enalapril đã giúp gia tăng tuổi thọ bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái trong một nghiên cứu theo dõi 12 năm.
- Lợi ích của enalapril được duy trì (thử nghiệm điều trị) hoặc tăng thêm (thử nghiệm dự phòng) sau khi ngưng nghiên cứu hơn một thập niên sau.
- Ở các bệnh nhân trong thử nghiệm phòng ngừa, lợi ích đầy đủ của enalapril chỉ thể hiện rõ sau nhiều năm theo dõi.

X-SOLVD

Ứng dụng lâm sàng

- Dữ kiện từ nghiên cứu SOLVD có thể chưa không đánh giá đầy đủ lợi ích thật sự của điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển, dù bệnh nhân chỉ dùng thuốc trong thời gian 3-4 năm.
- Điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển nên bắt đầu càng sớm càng tốt trên bệnh nhân có rối loạn chức năng thất trái và không có chống chỉ định, vì những bệnh nhân dùng thuốc sớm là người được nhiều lợi ích nhất.

NGHIÊN CỨU BẢO VỆ TIM (HPS): KẾT QUẢ TỔNG QUAN VÀ TRÊN PHÂN NHÓM BỆNH NHÂN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG

GS. Phạm Gia Khải, Viện Tim mạch Hà Nội

Nghiên cứu Bảo vệ tim là một nghiên cứu ngẫu nhiên so sánh với nhóm chứng. Nghiên cứu Bảo vệ tim được thực hiện và phân tích hoàn toàn bởi Đơn vị dịch vụ Nghiên cứu lâm sàng Đại học Oxford 20536 bệnh nhân trưởng thành tại Anh quốc (tuổi từ 40 – 80) có bệnh mạch vành, bệnh động tác nghẽn khác hoặc đái tháo đường (5963 patients), được phân chia ngẫu nhiên sử dụng 40 mg simvastatin mỗi ngày và tương ứng là giả dược trong thời gian 5 năm điều trị. Kết quả nghiên cứu tổng quan được công bố vào năm 2003.

Các kết quả cho thấy simv có thể làm giảm LDL đến 48%, và trên 90% bệnh nhân đạt LDL-C mục tiêu theo Hướng dẫn điều trị Châu Âu. Simvastatin có thể làm giảm nguy cơ các biến chứng mạch máu trầm trọng, nhồi máu cơ tim, đột quy và nhu cầu tái tạo mạch máu khoảng 24% trên bệnh nhân bệnh mạch vành, đái tháo đường bất kể lượng lipid máu, ngay cả trên bệnh nhân có lượng LDL-C <100mg/dL.

Kết quả trên phân nhóm đái tháo đường cho thấy rằng simvastatin làm giảm đáng kể nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng khoảng 22% ($p < 0,0001$), đột quy khoảng 24% ($p = 0,01$), tái tạo mạch máu khoảng 17% ($p = 0,02$). Những lợi ích của simv đã được chứng minh bất kể trên bệnh nhân có tiền sử bệnh mạch vành, tình trạng kiểm soát đường huyết, lượng LDL-C ban đầu, huyết áp, béo phì, tuổi và giới. Điều trị bằng simv cũng được dung nạp tốt và có tính an toàn tương đương giả dược.

Biện pháp điều trị bằng statin ngày nay nên được xem xét sử dụng đại trà trên mọi bệnh nhân có nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng, bất kể nồng độ cholestrol ban đầu của họ.

HEART PROTECTION STUDY (HPS): MAIN RESULT AND DIABETES SUB-GROUP RESULT

Prof. Pham Gia Khai - Heart Institute - Ha Noi

Heart Protection Study is a randomized placebo-controlled trial. HPS was conducted and analyzed completely by the Oxford University Clinical Trial Service Unit (CTSU). 20 536 UK adults (aged 40 - 80 years) with coronary disease, other occlusive arterial disease or diabetes (5 963 patients), were randomly allocated to receive 40mg simvastatin daily and matching placebo during the 5-year treatment period. The main result of HPS was published in 2002. and the result of sub-group of HPS was published in 2003. The findings showed that simvastatin can reduce the LDL up to 48%, with over 90% of patient reaching the European Guideline LDL-C goal. Simvastatin can also reduce the risk of major vascular events, heart attack, stroke, and of revascularization by 24% in patients with CHD. diabetes regardless of lipid levels, even in patients with LDL-C<100mg/dL. The result of diabetes sub-group trial showed that simvastatin significantly reduced the risk of major vascular events by 22% ($p<0.0001$), stroke by 24% ($p=0.01$), revascularization by 17% ($p=0.02$). Benefits of simvastatin were evident regardless of CHD history, blood glucose control, baseline LDL-C, hypertension status, obesity, age, and gender. Simvastatin therapy was well tolerated and had a safety profile comparable to placebo. Statin therapy should now be considered routinely for all patients with high risks of major vascular events, irrespective of their initial cholesterol concentrations.

Phân tích nhân tố và tóm tắt

ngiên cứu bảo vệ tim

KẾT QUẢ TỔNG QUAN

THE LANCET
6 tháng 7, 2002
Tập 358, trang 7-27

© F. KAZEMIAN

DẶT VẤN ĐỀ

- Mặc dù có nhiều tiến bộ đáng kể trong 25 năm qua, bệnh tim mạch vẫn gây ra hơn 1/2 trường hợp tử vong tại các nước Phương Tây.
- Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu lâm sàng về các thuốc statin, nhưng vẫn thiếu các kết quả nghiên cứu lâm sàng trên:
 - bệnh nhân không có BNFV nhưng có nguy cơ cao mắc bệnh mạch vành do đại tháo đường, bệnh mạch máu ngoại biên hoặc đột quỵ;
 - bệnh nhân có nguy cơ BMV nhưng có lượng LDL-C bình thường hoặc thấp;
 - phụ nữ;
 - người già (người trên > 70 tuổi)

© F. KAZEMIAN

Phân tích nhân tố và tóm tắt

TỔNG QUAN NGHIÊN CỨU

- Nghiên cứu bảo vệ tim mạch (HPS) được tiến hành và phân tích nhân tố do Đơn vị Nghiên cứu Lâm sàng Đại học Oxford.
- Đại học Oxford hoàn toàn chịu trách nhiệm theo dõi và phân tích số liệu.

© F. KAZEMIAN

DANH SÁCH BỆNH NHÂN ĐƯỢC CHỌN NGẪU NHIÊN

- Tổng số: 20.526 bệnh nhân
- Giới: 15.464 nam và 5062 nữ
- Tuổi: 5.806 bệnh nhân > 70 tuổi
- Bệnh tật ban đầu:
 - 3.280 có bệnh mạch máu não (1.820 không có BMV)
 - 6.748 có bệnh mạch máu ngoại vi (2.701 không có BMV)
 - 5.985 bệnh đại tháo đường (3.982 không có BMV)
 - 6.793 có LDL-C < 116mg/dL (3,0mmol/L)

© F. KAZEMIAN

KẾT QUẢ

THE LANCET

MUSIC HEART PROTECTION STUDY of cholesterol lowering with simvastatin in 20 526 high-risk individuals: a randomised placebo-controlled trial

MUSIC HEART PROTECTION STUDY Collaborative Group

Reprinted from THE LANCET, Saturday 6 July 2002, Vol. 360, No. 9256, Pages 7-27

THE LANCET GROUP, 9, ST. BOND STREET, LONDON, W1P 0AA, UK
TELEPHONE: +44 (0)20 7556 4800 FAX: +44 (0)20 7556 4801

© F. KAZEMIAN

SIMVASTATIN: HIỆU QUẢ TRÊN CÁC THÔNG SỐ LIPID CHÍNH

Hiệu quả của Simvastatin 40mg trên các thông số lipid chính

HDL-C +32%
 TG +13%
 LDL-C -48%

Hiệu quả của Simvastatin 40mg trên các thông số lipid chính:
 Giảm LDL-C 48%
 Tăng HDL-C 32%
 Tăng TG 13%

Hiệu quả của Simvastatin 40mg trên các thông số lipid chính:
 Giảm LDL-C 48%
 Tăng HDL-C 32%
 Tăng TG 13%

© F. KAZEMIAN

SIMVASTATIN: HIỆU QUẢ VƯỢT TRỘI TRÊN HDL

Nghiên cứu HPS cho thấy một lợi thế của Simvastatin đó là tăng được HDL đến 13%.

NGUY CƠ BỆNH MẠCH MẮC TĂNG TRÊN BỆNH NHÂN CÓ LƯỢNG HDL THẤP

Dữ kiện từ nghiên cứu Framingham cho thấy nguy cơ BMV tăng 2-4% khi HDL giảm 1%.*

SIMVASTATIN: TỈ LỆ ĐẠT MỨC LDL MỤC TIÊU

9 trên 10 bệnh nhân đạt mức LDL-C mục tiêu



9 trên 10 bệnh nhân BMV cấp

dùng Simvastatin 40mg và hệ số đạt mức LDL-C mục tiêu < 3 mmol/L (115 mg/dl) sau 3 tháng.*

9 trên 10 bệnh nhân đái tháo đường

dùng Simvastatin 40mg đạt mức LDL-C mục tiêu < 3mmol/L (sau 4 tháng dựa trên mẫu ngẫu nhiên).*

SIMVASTATIN: HIỆU QUẢ TRÊN BN NGUY CƠ CAO MẮC BỆNH MẠCH MẮC

Trên 20.000 bệnh nhân có nguy cơ cao* mắc BMV trong Nghiên cứu Bảo vệ tim

SIMVASTATIN giảm đáng kể nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng khoảng 24% (p<0.0001)**



Tử vong do BMV (p<0.0025)
Nhồi máu cơ tim không ST chênh lệch (p<0.0001)
Tắc mạch não (p<0.0001)
Đột quỵ (p<0.0001)

SIMVASTATIN: GIÚP GIẢM RÕ RỆT CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRẦM TRỌNG

SIMVASTATIN: BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRẦM TRỌNG

Biến chứng Mạch máu	STATIN (10.200)	GIÁ ĐUỐC (0.200)	TỈ LỆ NGUY CƠ SÁ ĐỎ HAI CÂY 0%	
			STATIN lợi hơn	STATIN kém hơn
Tổng số BMV	658	1342		(p<0.0001)
Tổng số đột quỵ	444	939		(p<0.0001)
Tắc mạch não	479	1006		(p<0.0001)
Tử vong	2032 (19.3%)	2292 (21.2%)		(p<0.0001)

SIMVASTATIN: GIÚP GIẢM RÕ RỆT CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRẦM TRỌNG

Trên bệnh nhân có BMV Trong NC Bảo vệ tim

SIMVASTATIN giảm đáng kể nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng khoảng 24% (p<0.0001)**

SIMVASTATIN: BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRỌNG BỆNH BAN ĐẦU

Bệnh nhân BMV	STATIN (11.200)	GIÁ ĐUỐC (10.200)	TỈ LỆ NGUY CƠ SÁ ĐỎ HAI CÂY 0%	
			STATIN lợi hơn	STATIN kém hơn
BMV khởi đầu	595	1090		
BMV khởi đầu (không có BMCT)	468	931		(p<0.0001)

SIMVASTATIN: GIÚP GIẢM RÕ RỆT CÁC BIẾN CHỨNG MẠCH MÁU TRẦM TRỌNG

Bất kể lượng lipid máu ban đầu

Ngay cả trên bệnh nhân có lượng LDL-C ban đầu dưới 100mg/dl (2.6 mmol/L), Simvastatin làm giảm các biến chứng mạch máu trầm trọng khoảng 22% (p<0.0001).

SIMVASTATIN: BIẾN CHỨNG TIM MẠCH THEO LDL

Bệnh nhân LDL-C	STATIN (10.200)	GIÁ ĐUỐC (10.200)	TỈ LỆ NGUY CƠ SÁ ĐỎ HAI CÂY 0%	
			STATIN lợi hơn	STATIN kém hơn
LDL-C khởi đầu	595	1090		
LDL-C khởi đầu < 100 mg/dl (2.6 mmol/L)	468	931		(p<0.0001)

AN TOÀN DÀI HẠN

Trên 20.000 bệnh nhân có nguy cơ cao BMV trong
Trong NC Báo vệ tim

SIMVASTATIN: Tính an toàn dài hạn tương đương với giả dược



Simvastatin 40mg có nguy cơ gây bệnh <math>< 0.1\%</math>
Simvastatin 40mg có toàn tương đương giả dược trên gan

NC Báo vệ Tim, N Engl J Med 2002; 346: 13-23

KẾT LUẬN

- SIMVASTATIN:** Hiệu quả mạnh trên lipid máu
Hiệu quả vượt trội trên HDL
- SIMVASTATIN:** Giảm nguy cơ đau thắt ngực, đột
quỵ và tai biến mạch máu khoảng 24%
ở bệnh nhân
- SIMVASTATIN:** An toàn dài hạn

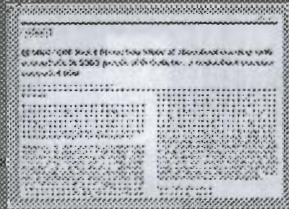
**Liều pháp hạ lipid máu thích hợp cho bệnh nhân có BMV,
đái tháo đường hoặc cả hai: mức lipid máu, ngay cả trên bệnh
nhân có LDL-C <math>< 100\text{mg/dL}</math>**

FORTE

KẾT QUẢ TRÊN PHÂN NHÓM BN ĐÁI THÁO ĐƯỜNG



THE LANCET
14 tháng 5, 2004
Tập 361, trang 2336-44



FORTE

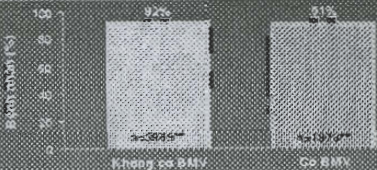
Nghiên cứu Báo vệ tim Phân nhóm Đái tháo đường

- Gần 6000 bệnh nhân nam và nữ, tuổi từ 40-80 bệnh ĐTD
– 1281 người có tiền căn BMV
– 3982 người không có tiền căn BMV
- BN được dụng ngẫu nhiên simvastatin 40 mg hoặc giả dược
- Thời gian theo dõi trung bình 14.5 năm
- Mục tiêu—đánh giá hiệu quả hạ mỡ máu của simvastatin và hiệu quả
chống oxy hóa trên bệnh nhân ĐTD có tiền căn BMV và ĐTD không
có tiền căn BMV
- Kết quả trên phân nhóm trong mạch vành tăng gấp 14% và biến
đứng mạch máu tăng gấp 16%

NC Báo vệ Tim, N Engl J Med 2002; 346: 13-23

FORTE

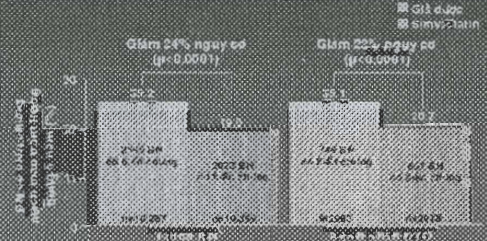
Tác động của Simvastatin trên LDL-C Chín trên 10 bệnh nhân ĐTD đạt mục tiêu*



* Mục tiêu LDL-C là <math>< 100\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân có tiền căn ĐTD và <math>< 130\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân không có tiền căn ĐTD.
* Mục tiêu LDL-C là <math>< 100\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân có tiền căn ĐTD và <math>< 130\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân không có tiền căn ĐTD.
* Mục tiêu LDL-C là <math>< 100\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân có tiền căn ĐTD và <math>< 130\text{mg/dL}</math> cho bệnh nhân không có tiền căn ĐTD.

FORTE

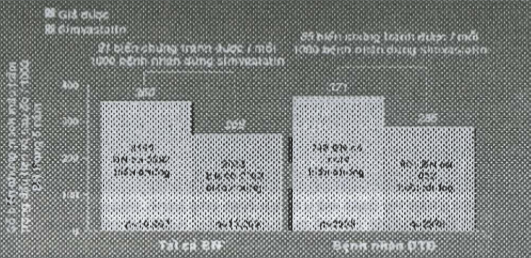
Tác động của Simvastatin trên biến chứng mạch máu trầm trọng đầu tiên Trên tất cả BN và BN Đái tháo đường



NC Báo vệ Tim, N Engl J Med 2002; 346: 13-23

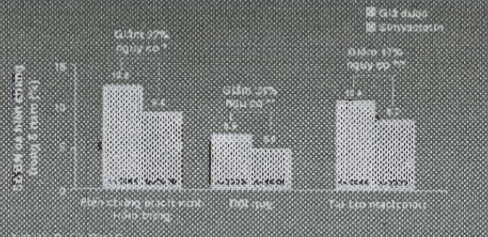
FORTE

Tác động của Simvastatin trên BC mạch máu trầm trọng đầu tiên & sau đó Trên tất cả BN và BN Đại tháo đường



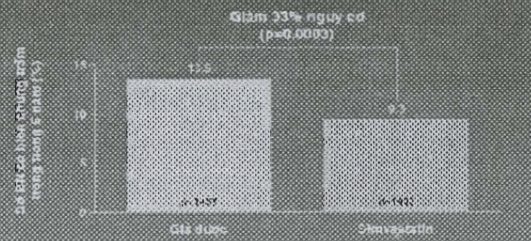
Giảm 33% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng đầu tiên (p<0.0001) và giảm 27% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng tiếp theo (p<0.0001) so với giả dược.

Tác động của Simvastatin trên BN Đại tháo đường Biến chứng mạch vành trầm trọng, Đột quỵ, và Tái tạo mạch máu



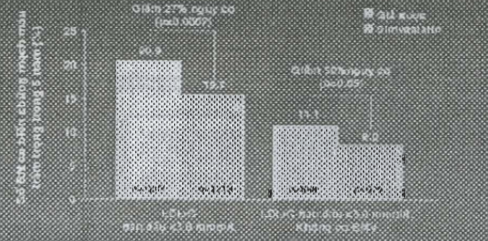
Giảm 27% nguy cơ biến chứng mạch vành trầm trọng (p<0.0001), giảm 27% nguy cơ đột quỵ (p<0.0001), và giảm 17% nguy cơ tái tạo mạch máu (p<0.0001) so với giả dược.

Tác động của Simvastatin trên bệnh nhân Đại tháo đường và không có DMII trước đó Các biến chứng mạch máu trầm trọng



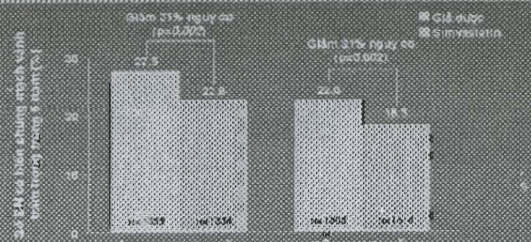
Giảm 33% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng (p<0.0001) so với giả dược.

Tác động của Simvastatin trên bệnh nhân DTD Có lượng LDL-C thấp



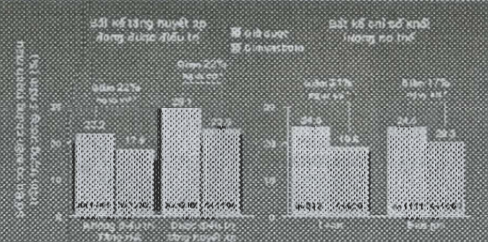
Giảm 27% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng (p<0.0001) so với giả dược.

Tác động của Simvastatin trên bệnh nhân DTD Có và không có Kiểm soát Đường huyết lý tưởng



Giảm 27% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng (p<0.0001) so với giả dược.

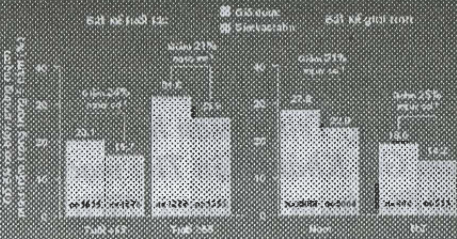
Tác động của Simvastatin trên bệnh nhân DTD Có và không có Tăng HA đang điều trị hoặc Béo phì



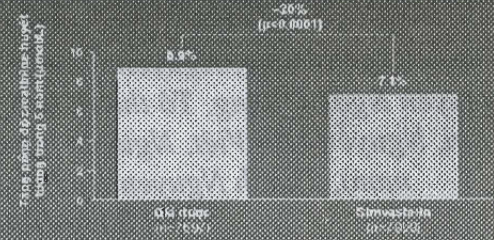
Giảm 27% nguy cơ biến chứng mạch máu trầm trọng (p<0.0001) so với giả dược.

NGON VAN LA BANG BONG INQUE TRONG

Tác dụng của Simvastatin trên bệnh nhân ĐTD Theo Tuổi và Giới



Trên 20.000 bệnh nhân trong nghiên cứu HPS Simvastatin 40 mg giúp duy trì Chức năng thận



Nghiên cứu Bảo vệ tim Kết luận

- Trên gần 6000 bệnh nhân ĐTD theo đường
- Trên 90% BN đạt LDL-C mục tiêu theo Hướng dẫn Châu Âu khi dùng simvastatin 40 mg*
- Simvastatin làm giảm đáng kể nguy cơ của:
 - Biến chứng mạch máu lớn khoảng 22% (p<0.0001)
 - Đột quỵ khoảng 34% (p=0.01)
 - Tái tạo mạch máu khoảng 17% (p=0.02)
- Những lợi ích của simvastatin đã được chứng minh bất kể tiền căn BMI, kiểm soát đường huyết, lượng LDL-C ban đầu, tình trạng huyết áp, béo phì, tuổi, và giới tính.

Nghiên cứu Bảo vệ tim Ứng dụng lâm sàng

- Simvastatin 40 mg là statin duy nhất đã được chứng minh hiệu quả sử dụng trên một nhóm lớn bệnh nhân ĐTD nhằm:
 - Giảm nguy cơ biến chứng mạch vành trầm trọng
 - Giảm nguy cơ đột quỵ
 - Giảm nguy cơ tái tạo mạch vành và các mạch máu khác
 - Giảm nguy cơ tiên triển các biến chứng mạch máu lớn ngoài tim
- Dựa trên kết quả của nghiên cứu HPS, simvastatin 40 mg dùng ngày một lần nên được xem là điều trị thường quy trên bệnh nhân ĐTD theo đường.

nhân trung bình 32 ± 25 (11-69 tuổi), nữ giới chiếm đa số (73%) và 20% có tuổi > 70. 42% bệnh nhân bị trung nhĩ. Điểm siêu âm (Wilkins) trung bình 6.7 ± 3.3 (2-11 điểm). Các thông số về lâm sàng, siêu âm tim, thăm dò huyết động được theo dõi kỹ lưỡng, trong và ngay sau NVHL đồng thời bệnh nhân được theo dõi sau mỗi 6 tháng sau thủ thuật.

Thành công về kỹ thuật đạt được 98,4% (1968/2000 bệnh nhân), trong số đó, thành công về kết quả đạt 94,7% (1862/1968). Diện tích lỗ van hai lá (MVA) trên siêu âm 2D tăng từ $0,7 \pm 0,3 \text{ cm}^2$ (trước mổ) lên $1,8 \pm 0,4 \text{ cm}^2$ (sau mổ). MVA (PHT) tăng tương ứng từ $0,8 \pm 0,3 \text{ cm}^2$ lên $1,9 \pm 0,4 \text{ cm}^2$, áp lực trung bình nhĩ trái giảm từ $32 \pm 12 \text{ mmHg}$ (trước mổ) xuống còn $14 \pm 6 \text{ mmHg}$ (sau mổ). Chính áp trung bình van hai lá (MVC) giảm từ $19 \pm 8 \text{ mmHg}$ (trước mổ) xuống còn $6 \pm 4 \text{ mmHg}$ (sau mổ) (p<0,0001). áp lực động mạch phổi tâm thu giảm từ $85 \pm 32 \text{ mmHg}$ (trước mổ) xuống còn $40 \pm 12 \text{ mmHg}$ (sau mổ). Có ảnh hưởng của tuổi và điểm siêu âm lên kết quả van hai lá sớm. Giới, trung nhĩ, tiền sử mổ tách van, hở van hai lá (HVL) trước mổ van không ảnh hưởng đến kết quả sớm

NONG VAN HAI LA BANG BONG INOUE TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỊ HẸP VAN HAI LÁ: KẾT QUẢ SỚM VÀ THEO DÕI TRUNG HẠN

*Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Quang Tuấn, Nguyễn Lâm Hiếu, Nguyễn Quốc Thái,
Nguyễn Ngọc Quang, Tô thanh lịch, Trần Văn Dương, Trịnh xuân hội, Đỗ Doãn
Lợi, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn ngọc tước, Phạm Gia Khải (Viện Tim mạch Việt
nam), Thạch Nguyen (Indiana USA), Ted Fieldman (Chcago USD),
Jui Sung Hung (Taichung Taiwan).*

Nong van hai lá (NVHL) bằng bóng Inoue đã được nhiều nghiên cứu ngắn hạn và theo dõi lâu dài ở các nước phát triển chứng minh hiệu quả và dần trở thành phương pháp điều trị hàng đầu cho bệnh nhân bị hẹp van hai lá (HHL). Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm, theo dõi trung hạn (2-3 năm) và những đặc thù của NVHL tại Việt nam.

Trong thời gian từ 10/1998 đến hết 12/2003 có 2000 bệnh nhân HHL khít được NVHL bằng bóng Inoue tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch mai. Tuổi bệnh nhân trung bình 32 ± 25 (11-69 tuổi), nữ giới chiếm đa số (67%) và 20% có tuổi < 20. 42% bệnh nhân bị rung nhĩ. Điểm siêu âm (Wilkins) trung bình $6,7 \pm 3,3$ (5-11 điểm). Các thông số về lâm sàng, siêu âm tim, thăm dò huyết động được theo dõi kỹ trước, trong và ngay sau NVHL đồng thời bệnh nhân được theo dõi sau mỗi 6 tháng sau thủ thuật.

Thành công về kỹ thuật đạt được 98,4% (1968/2000 bệnh nhân), trong số đó, thành công về kết quả đạt 94,7 % (1865/1968). Diện tích lỗ van hai lá (MVA) trên siêu âm 2D tăng từ $0,7 \pm 0,3\text{cm}^2$ (trước nong) lên $1,8 \pm 0,4\text{cm}^2$ (sau nong). MVA (PHT) tăng tương ứng từ $0,8 \pm 0,3\text{cm}^2$ lên $1,9 \pm 0,4\text{cm}^2$. áp lực trung bình nhĩ trái giảm từ 32 ± 12 mmHg (trước nong) xuống còn 14 ± 6 mmHg (sau nong). Chênh áp trung bình qua van hai lá (MVG) giảm từ 19 ± 8 mmHg (trước nong) xuống còn 6 ± 4 mmHg (sau nong) ($p < 0,0001$). áp lực động mạch phổi tâm thu giảm từ 65 ± 32 mmHg (trước nong) xuống còn 40 ± 15 mmHg (sau nong). Có ảnh hưởng của tuổi và điểm siêu âm lên kết quả nong van hai lá sớm. Giới, rung nhĩ, tiền sử mổ tách van, hở van hai lá (HoHL) trước nong van không ảnh hưởng đến kết quả sớm

của NVHL. Biến chứng bao gồm 9 bệnh nhân bị tràn máu màng tim gây ép tim cấp liên quan đến thì chọc vách liên nhĩ trong đó có 1 bệnh nhân dẫn đến tử vong (0,1%). 45% số bệnh nhân có tăng mức độ HoHL sau NVHL nhưng đa số đều ở mức nhẹ chấp nhận được, chỉ có 23 bệnh nhân (1,2%) HOHL nặng sau NVHL và có 3 bệnh nhân sau đó phải thay van hai lá. 5 bệnh nhân bị TBMN sau NVHL nhưng đều hồi phục được. Bước đầu qua theo dõi trên 600 bệnh nhân trong thời gian trung bình 2 năm sau nong van hai lá thành công chúng tôi thấy: 100% số bệnh nhân sống sót sau 2 năm, trong đó 85% bệnh nhân không có những triệu chứng cơ năng gây ra do hẹp hai lá. 35 bệnh nhân (3,4%) có dấu hiệu hẹp lại van hai lá. 35 bệnh nhân HHL khít là phụ nữ có thai với triệu chứng lâm sàng nặng được NVHL thành công mà không gặp phải tai biến đáng kể nào đối với mẹ và con. Có 17 bệnh nhân là trẻ em hoặc thiếu niên < 16 tuổi được NVHL thành công, cải thiện tốt triệu chứng và giúp trẻ phát triển tốt sau đó.

NVHL là biện pháp khá hiệu quả và an toàn với kết quả đáng khích lệ trong điều trị HHL ở Viện Tim Mạch Việt nam. Lợi ích của phương pháp được duy trì ở phần lớn các bệnh nhân qua theo dõi trung hạn. NVHL có lợi thế nổi trội ở những bệnh nhân đặc biệt như phụ nữ có thai, suy tim nặng, cấp cứu, trẻ em, bệnh nhân đã từng mổ tách van bị hẹp lại... Do đó, NVHL nên được coi là phương pháp ưu tiên lựa chọn cho điều trị bệnh nhân bị HHL khít ở Việt Nam.

NONG VAN HAI LÁ BÀNG BÓNG INOUE PHỐI HỢP VỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TIM CHO PHỤ NỮ CÓ THAI BỊ HẸP VAN HAI LÁ KHÍT

PERCUTANEOUS MITRAL VALVULOPLASTY DURING PREGNANCY

*BS. Phạm Mạnh Hùng; Bs. Phạm Thị Ngọc Oanh; BS. Nguyễn Lâm Hiếu;
BS. Nguyễn Ngọc Quang; Bs. Khổng Nam Hương; TS. Đỗ Doãn Lợi;
BS. Nguyễn Quang Tuấn; BS. Nguyễn quốc thái; BS. Trần văn dương;
BS. Trịnh Xuân Hội; GS. TS. Nguyễn Lâm Việt; TS. Nguyễn ngọc tước;
GS. TS. Phạm Gia Khải. (Viện Tim mạch Việt nam).*

Background: Circulatory changes in gestation, a hyperdynamic adaptive state in general, cause an additional burden on the cardiovascular system of women with rheumatic mitral stenosis (MS). Percutaneous Mitral Valvuloplasty (PMV) has emerged as an effective nonsurgical technique for the treatment of patients with symptomatic MS during pregnancy.

Methods: From November 1998 to Dec. 2002, 31 pregnant women (among 2000 PMV patients) were performed PMV using Inoue balloon at Vietnam Heart Institute. The transthoracic echocardiography was used in combination with intermittent fluoroscopy to limit the radiation exposure time. A detailed clinical, echocardiographic, hemodynamic assessment was analyzed pre, post procedure, at every 3 months for the first year and at 6-month interval thereafter. The pregnancy and newborn babies outcomes were also followed

Results: MS pregnant women were 27,6 years old on average (ranged 22-42) and the mean length of pregnancy was $24,2 \pm 5,6$ weeks. Echo score of mitral valve was $7,1 \pm 2,3$. The procedure was technically successful in all cases without any complications. The total mean duration of the procedure was $35,25 \pm 14,28$ min and that of fluoroscopy $2,55 \pm 1,28$ min (from 1 min 59 sec to 3 min 15 sec). The fluoroscopy time was significantly shorter than that of usual patients not using echo guided (2 min 23 sec vs. 7 min 23 sec, $p < 0,01$). The mitral valve area increased from $0,7 \pm 0,3$ to $1,9 \pm 0,4$ cm² (on 2D echocardiography) and from $0,8 \pm 0,4$ to $2,0 \pm 0,4$ cm² (on PHT) ($p < 0.01$). A reduction in mean transmitral valve gradient

(MVG) was from 22 ± 6 to 8 ± 2 mmHg. There were no maternal or fetal deaths. All patients delivered at full term but 2 (without major complications), 10 vaginally and 21 by caesarean section. After average 18 months follow-up (range, 3 to 36) all children had normal growth.

Conclusions: During pregnancy, Percutaneous Mitral Valvuloplasty could be considered as the treatment of choice of severe pliable mitral stenosis which are refractory to medical treatment. Using echocardiography guided can reduce the fluoroscopy time.

ĐIỀU TRỊ DOBUTAMINE LIỀU THẤP NGẮT QUĂNG CHO BỆNH NHÂN SUY TIM GIAI ĐOẠN CUỐI

*Thạc sĩ. Phạm Như Hùng; Tiến sĩ. Đỗ Quốc Hùng
Viện tim mạch quốc gia Việt Nam*

Mục đích: Truyền dobutamine đã chứng minh có hiệu quả lâm sàng ở bệnh nhân suy tim. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của dobutamine liều thấp ngắt quãng cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu bao gồm 21 bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối trợ với các thuốc điều trị thông thường chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: (1) Nhóm 1 gồm 11 bệnh nhân được truyền Dobutamine 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{phút}$ liên tục trong 10 ngày; (2) Nhóm 2 gồm 10 bệnh nhân được truyền Dobutamine 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{phút}$ trong 72 giờ, nghỉ 1 tuần sau đó nhắc lại lần 2.

Kết quả: Sau 3 tuần theo dõi, chúng tôi thấy cả hai nhóm đều có 1 bệnh nhân tử vong; Cải thiện ít nhất 1 độ NYHA là 6/11 bệnh nhân ở nhóm 1, 8/10 bệnh nhân ở nhóm 2; Có 3/11 bệnh nhân không có thay đổi độ NYHA sau điều trị ở nhóm 1 và 1/10 bệnh nhân ở nhóm 2; Có 2/11 bệnh nhân ở nhóm 1 có tình trạng phụ thuộc dobutamine trong khi đó ở nhóm 2 là 0/10 bệnh nhân; Bị viêm tĩnh mạch sau truyền là 4/11 bệnh nhân ở nhóm 1 và 2/10 bệnh nhân ở nhóm 2.

Kết luận: Điều trị Dobutamine liều thấp ngắt quãng rõ ràng có hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối.

INFUSION OF INTERMITTENT LOW- DOSE DOBUTAMINE IN PATIENTS WITH END-STAGE HEART FAILURE

*Thạc sĩ. Phạm Như Hùng; Tiến sĩ. Đỗ Quốc Hùng
Viện tim mạch quốc gia Việt Nam*

Objective: infusions of dobutamine reportedly effect clinical improvement in patients (pts) with heart failure. This study is designed to determine the effect of intermittent low- dose dobutamine in patients with end-stage heart failure.

Patients and Methods: Twenty- one patients with end-stage heart failure refractory to standard treatment who were randomized 2 groups (1) The Group 1 consisted of 11 patients were infused dobutamine with $3\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{min}$ dose for 10 days; (2) The Group 2 consisted of 10 patients were infused dobutamine with $3\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{min}$ dose lasting for 3 days and repeating after 7 days.

Results: After 3 weeks follow-up, we found the both groups had one death; Improved by one or more class in the NYHA were 6/11 pts in group 1 and 8/10 pts in group 2; No change in the NYHA class were 3/11 pts in group 1 and 1/10 pts in group 2; Dobutamine dependent status were 2/11 pts in group 1 and 0/10 pts in group 2; Venositis were 4/11 in group 1 and 2/10 in group 2.

Conclusion: Intermittent low-dose dobutamine improved significantly clinical status and was safe in patients with end-stage heart failure.

LIỆT NHĨ CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH

*Ths. Phạm Như Hùng, BS. Tạ Tiến Phước, Ths. Phạm Mạnh Hùng,
BS. Trịnh Xuân Hội, TS Nguyễn Ngọc Tước.
Viện tim mạch Việt nam*

Mục đích: Liệt nhĩ là bệnh lý khá hiếm gặp trên lâm sàng. Chúng tôi nghiên cứu một bệnh nhân có bệnh lý liệt nhĩ có tính chất gia đình.

Phương pháp và kết quả: Một bệnh nhân nam, 20 tuổi vào Viện tim mạch Việt nam tháng 2/2002 với nhiều cơn choáng váng. Trong gia đình bệnh nhân có 3 chị em bị đột tử không rõ nguyên nhân. Khi kiểm tra điện tâm đồ là nhịp bộ nối và không có sóng P. Bệnh nhân đã được thăm dò điện sinh lý học và được xác định là liệt nhĩ. Bệnh nhân đã được điều trị bằng cấy máy tạo nhịp thất vĩnh viễn và thuốc chống đông. Sau gần 2 năm theo dõi, hiện bệnh nhân vẫn còn sống.

Kết luận: Liệt nhĩ có tính chất gia đình là bệnh lý hiếm gặp, có tỷ lệ tử vong cao. Chỉ định điều trị cho những bệnh lý này là cấy máy tạo nhịp thất vĩnh viễn và thuốc chống đông.

FAMILIAL ATRIAL STANDSTILL

Backgrounds: Atrial standstill has rarely been documented. We investigated a case with familial atrial standstill.

Methods and Results: A male patient, 20 years old was admitted to Vietnam National Heart Institute because of dizziness in February, 2002. He had 2 sisters and one brother in sudden death of unexplained etiology. An electrocardiogram showed junctional bradycardia without any evidence of P waves. Electrophysiological studies determined atrial standstill. The patient is received permanent ventricular pacing and anticoagulant drug. After 2 years follow-up, the patient is still survived.

Conclusions: Familial atrial standstill is a rare disease with high-risk of mortality. Indication for treatment of this disease is permanent ventricular pacing and anticoagulant drug.

BƯỚC ĐẦU ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ NONG VAN HAI LÁ BẰNG BÓNG INOUE TRÊN BỆNH NHÂN CÓ TIỀN SỬ MÔ TÁCH VAN TIM KÍN

Đỗ Phương Anh, Nguyễn Lân Việt

Đặt vấn đề :

Sự tái hẹp van hai lá sau phẫu thuật tách van tim kín sẽ xuất hiện trong vòng từ 5 – 15 năm sau (khoảng 10 – 30 % số bệnh nhân được phẫu thuật) đòi hỏi phải có sự can thiệp lại lần thứ hai . Điều đó đặt ra vấn đề lựa chọn giải pháp thích hợp cho những đối tượng này. Liệu phương pháp nong van hai lá (NVHL) bằng bóng Inoue, đã được chứng minh là một phương pháp điều trị ưu việt đối với bệnh nhân hẹp hai lá (HHL) khít chưa được can thiệp lần nào , có đem lại lợi ích thực sự cho những bệnh nhân này không? Mục tiêu của nghiên cứu nhằm đánh giá hiệu quả bước đầu của phương pháp NVHL trên nhóm bệnh nhân có tiền sử mô tách van tim kín.

Phương pháp :

Chúng tôi sử dụng phương pháp nghiên cứu tiến cứu ngắn hạn trên 100 bệnh nhân được lấy theo trình tự thời gian, chia làm hai nhóm:

Nhóm 1: 50 bệnh nhân có tiền sử đã được mô tách van tim kín nay bị hẹp khít lại và vẫn có chỉ định NVHL bằng bóng.

Nhóm 2: 50 bệnh nhân HHL khít có chỉ định NVHL bằng bóng (lần đầu tiên) .

Tất cả các bệnh nhân đều đã được tiến hành NVHL tại Viện Tim mạch – Bệnh viện Bạch Mai.

Bệnh nhân được khám lâm sàng và làm các thăm dò cơ bản(đặc biệt là siêu âm Doppler tim một cách chi tiết) trước và sau khi NVHL trong vòng một tuần. Tất cả các thông số trên được ghi lại cùng với các thông số về huyết động trong quá trình NVHL theo mẫu nghiên cứu riêng và được đem so sánh đối chiếu giữa hai nhóm bệnh nhân bằng cách sử dụng những thuật toán phân tích thống kê thích hợp.

Một số nhận xét và kết luận rút ra từ nghiên cứu:

Phương pháp NVHL qua da bằng bóng Inoue trên những bệnh nhân có tiền sử mô tách van tim kín là một phương pháp điều trị an toàn và có hiệu quả, làm cải thiện đáng kể về mặt huyết động cũng như diện tích van hai lá giai đoạn sớm sau nong van.Khi so sánh với những bệnh nhân chưa mô tách van ,kết quả đạt được trên cả hai nhóm bệnh nhân là hoàn toàn tương đương.

Bước đầu phân tích chúng tôi thấy có một số yếu tố : tuổi cao, nhĩ trái giãn lớn, diện tích van hai lá trước nong nhỏ, đặc biệt là đặc điểm hình thái của van hai lá trước nong có ảnh hưởng nhẹ đến kết quả NVHL ở bệnh nhân đã mô tách van.Tuy vậy ở nghiên cứu này chúng tôi chưa thấy sự ảnh hưởng đó có ý nghĩa thống kê rõ.

BALLOON MITRAL COMMISSUROTOMY (BMC) AFTER PREVIOUS SURGICAL COMMISSUROTOMY

Do Phuong Anh, Nguyen Lan Viet

Background: Mitral restenosis after surgical commissurotomy often occurs within 5- 5 years (about 10-30% of patient undergoing surgical mitral commissurotomy) necessitating a repeat procedure. What is the optimal therapy for these patients? Is the BMC effective for them? The purposes of this study is to determine the short-term outcome of patients undergoing BMC after previous surgical commissurotomy.

Method: It is a short- term consecutive study on 100 patients, divided in two groups:

50 pts undergoing BMC after previous surgical commissurotomy.

50 pts undergoing BMC as an initial procedure.

Patients were entered into the study from 5/2001 until 12/2002 and had undergone BMC in Vietnam National Heart Institute–Bachmai Hospital.

Prospective data collection included clinical, demographic, echocardiographic, angiographic, hemodynamic and interventional information within 1 week before and after BMC. The short-term outcome of two patient groups were compared.

Result and conclusion:

BMC is a safe and effective treatment for patients with mitral restenosis after previous commissurotomy, achieving excellent improvement in the area of mitral orifice and hemodynamic status. The result was similar in patients had undergone BMC as an initial procedure.

There are some factors influencing to the result of BMC procedure: diameter of left atrium, age, area orifice of mitral valve, especially the morphology of mitral valvular.

ĐÁNH GIÁ TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA CHỤP MẠCH VÀ SỰ TƯƠNG ĐƯƠNG VỚI RỐI LOẠN LIPID Ở BỆNH NHÂN SUY VÀNH

ThS. Hồ Anh Bình, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Tăng cholesterol (CT), triglycerid (Tg), lipoprotein trọng lượng phân tử thấp (LDL), và hạ mức lipoprotein trọng lượng phân tử cao (HDL) là những yếu tố nguy cơ gây vữa mạch máu. Chúng tôi tiến hành đánh giá mức độ tổn thương động mạch vành qua chụp mạch và sự tương quan với rối loạn lipid máu ở 69 bệnh nhân, trong đó có 57 nam và 12 nữ. Đánh giá hình thái tổn thương động mạch vành dựa vào phân độ của hội Tim mạch học Hoa Kỳ. Mức độ tổn thương động mạch vành được đánh giá bởi chỉ số Gensini. Chỉ số này dựa vào số nhánh và vị trí tổn thương các động mạch vành, độ hẹp của tổn thương. (Chỉ số Gensini càng cao thì tổn thương động mạch vành càng nặng).

Về hình thái tổn thương động mạch vành: động mạch liên thất trước tổn thương chiếm 86,96% trong đó kiểu A: 28,99%, kiểu B: 24,64%, kiểu C: 33,33%. Động mạch mũ bị tổn thương chiếm 34,78% trong đó kiểu A: 11,59%, kiểu B: 13,04%, kiểu C: 10,14%. Động mạch vành phải bị tổn thương chiếm 57,97% trong đó kiểu A: 17,39%, kiểu B: 10,14%, kiểu C: 30,43%. Thân chung động mạch vành trái bị tổn thương chiếm 7,25%. Có nhiều động mạch vành bị tổn thương trên cùng một bệnh nhân: số bệnh nhân có tổn thương 2 động mạch vành chính trở lên chiếm 53,22%. Tổn thương động mạch vành nặng: chỉ số Gensini trung bình là 34,19% và có tới 52,17% bệnh nhân có chỉ số Gensini ≥ 30 điểm.

Có sự tương quan thuận giữa chỉ số Gensini và nồng độ cholesterol ($r=0,314$; $p<0,01$). Có sự tương quan mức độ vừa giữa nồng độ LDL và chỉ số Gensini ($r=0,25$; $p<0,05$). Không có sự tương quan giữa nồng độ HDL và chỉ số Gensini ($r=0,0135$; $p>0,05$).

THE CORRELATION BETWEEN DYSLIPIDEMIA AND ANGIOGRAPHIC CORONARY ARTERY LESIONS

ThS. Hồ Anh Bình, PGS.TS. Huỳnh Văn Minh

Background: High levels of cholesterol, triglycerides, low-density lipoprotein (LDL) and low levels of high density lipoprotein (HDL) are considered risks factors of atherosclerotic coronary artery disease.

Method: We evaluated the lesions of coronary arteries by coronary angiography;

the correlation between the lesions and the dyslipidemias in 69 patients (57 males, 12 females). The stratification of coronary artery lesions is based on the ACC/AHA classification. The extension of coronary artery atherosclerosis were measured by Gensini's score (number of stenosis segments, the localisation of stenosis, and the severity of stenosis - The higher Gensini's score, the more severe disease of coronary arteries).

Results: The left main coronary artery stenosis were accounted for 7.25 % , the left anterior descending coronaries (LDA) were affected in 86.96 %, (type A: 28.99 %, type B : 24.64 %, and type C: 33.33 %). The left circumflex coronaries (LCx) were affected in 34.78 %; (type A: 11.59 %, type B : 13.04 %, and type C: 10.14 %). The right coronary arteries were affected in 57.97 % (type A 17.39 %, type B : 10.14 %, and type C: 30.43 %). There are many stenotic segments in the same patient. The number of patients who have at least 2 stenosis is 53.22 % . The atherosclerosis of coronary arteries are severe with Gensini's score of 34.19 and 52.17 % over 30.

Conclusion: Gensini's score is related to total cholesterol ($r = 0.314$, $p < 0.01$), to triglycerides levels ($r = 0.259$, $p < 0.05$) and to LDL levels ($r = 0.25$, $p < 0.05$). No relation was observed between Gensini's score and HDL levels ($r = 0.0135$, $p > 0.05$).

NONG VAN HAI LÁ BẰNG BÓNG INOUE TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN BỊ HẸP VAN HAI LÁ: KẾT QUẢ SỚM VÀ THEO DÕI TRUNG HẠN

Phạm Mạnh Hùng, Nguyễn Quang Tuấn, Nguyễn Lâm Hiếu, Nguyễn Quốc Thái, Nguyễn Ngọc Quang, Tô thanh lịch, Trần Văn Dương, Trịnh xuân hội, Đỗ Doãn Lợi, Nguyễn Lâm Việt, Nguyễn ngọc tước, Phạm Gia Khải (Viện Tim mạch Việt nam), Thạch Nguyen (Indiana USA), Ted Fieldman (Chicago USD), Jui Sung Hung (Taichung Taiwan).

Nong van hai lá (NVHL) bằng bóng Inoue đã được nhiều nghiên cứu ngắn hạn và theo dõi lâu dài ở các nước phát triển chứng minh hiệu quả và dần trở thành phương pháp điều trị hàng đầu cho bệnh nhân bị hẹp van hai lá (HHL). Nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm, theo dõi trung hạn (2-3 năm) và những đặc thù của NVHL tại Việt nam.

Trong thời gian từ 10/1998 đến hết 12/2003 có 2000 bệnh nhân HHL khít được NVHL bằng bóng Inoue tại Viện Tim mạch, Bệnh viện Bạch mai. Tuổi bệnh nhân trung bình 32 ± 25 (11-69 tuổi), nữ giới chiếm đa số (67%) và 20% có tuổi < 20. 42% bệnh nhân bị rung nhĩ. Điểm siêu âm (Wilkins) trung bình $6,7 \pm 3,3$ (5-11 điểm). Các thông số về lâm sàng, siêu âm tim, thăm dò huyết động được theo dõi kỹ trước, trong và ngay sau NVHL đồng thời bệnh nhân được theo dõi sau mỗi 6 tháng sau thủ thuật.

Thành công về kỹ thuật đạt được 98,4% (1968/2000 bệnh nhân), trong số đó, thành công về kết quả đạt 94,7 % (1865/1968). Diện tích lỗ van hai lá (MVA) trên siêu âm 2D tăng từ $0,7 \pm 0,3\text{cm}^2$ (trước nong) lên $1,8 \pm 0,4\text{cm}^2$ (sau nong). MVA (PHT) tăng tương ứng từ $0,8 \pm 0,3\text{cm}^2$ lên $1,9 \pm 0,4\text{cm}^2$. áp lực trung bình nhĩ trái giảm từ 32 ± 12 mmHg (trước nong) xuống còn 14 ± 6 mmHg (sau nong). Chênh áp trung bình qua van hai lá (MVG) giảm từ 19 ± 8 mmHg (trước nong) xuống còn 6 ± 4 mmHg (sau nong) ($p < 0,0001$). áp lực động mạch phổi tâm thu giảm từ 65 ± 32 mmHg (trước nong) xuống còn 40 ± 15 mmHg (sau nong). Có ảnh hưởng của tuổi và điểm siêu âm lên kết quả nong van hai lá sớm. Giới, rung nhĩ, tiền sử mổ tách van, hở van hai lá (HoHL) trước nong van không ảnh hưởng đến kết quả sớm

của NVHL. Biến chứng bao gồm 9 bệnh nhân bị tràn máu màng tim gây ép tim cấp liên quan đến thì chọc vách liên nhĩ trong đó có 1 bệnh nhân dẫn đến tử vong (0,1%). 45% số bệnh nhân có tăng mức độ HOHL sau NVHL nhưng đa số đều ở mức nhẹ chấp nhận được, chỉ có 23 bệnh nhân (1,2%) HOHL nặng sau NVHL và có 3 bệnh nhân sau đó phải thay van hai lá. 5 bệnh nhân bị TBMN sau NVHL nhưng đều hồi phục được. Bước đầu qua theo dõi trên 600 bệnh nhân trong thời gian trung bình 2 năm sau nong van hai lá thành công chúng tôi thấy: 100% số bệnh nhân sống sót sau 2 năm, trong đó 85% bệnh nhân không có những triệu chứng cơ năng gây ra do hẹp hai lá. 35 bệnh nhân (3,4%) có dấu hiệu hẹp lại van hai lá. 35 bệnh nhân HHL khít là phụ nữ có thai với triệu chứng lâm sàng nặng được NVHL thành công mà không gặp phải tai biến đáng kể nào đối với mẹ và con. Có 17 bệnh nhân là trẻ em hoặc thiếu niên < 16 tuổi được NVHL thành công, cải thiện tốt triệu chứng và giúp trẻ phát triển tốt sau đó.

NVHL là biện pháp khá hiệu quả và an toàn với kết quả đáng khích lệ trong điều trị HHL ở Viện Tim Mạch Việt nam. Lợi ích của phương pháp được duy trì ở phần lớn các bệnh nhân qua theo dõi trung hạn. NVHL có lợi thế nổi trội ở những bệnh nhân đặc biệt như phụ nữ có thai, suy tim nặng, cấp cứu, trẻ em, bệnh nhân đã từng mổ tách van bị hẹp lại... Do đó, NVHL nên được coi là phương pháp ưu tiên lựa chọn cho điều trị bệnh nhân bị HHL khít ở Việt Nam.

NONG VAN HAI LÁ BÀNG BÓNG INOUE PHỐI HỢP VỚI HƯỚNG DẪN CỦA SIÊU ÂM TIM CHO PHỤ NỮ CÓ THAI BỊ HẸP VAN HAI LÁ KHÍT

PERCUTANEOUS MITRAL VALVULOPLASTY DURING PREGNANCY

*BS. Phạm Mạnh Hùng; Bs. Phạm Thị Ngọc Oanh; BS. Nguyễn Lâm Hiếu;
BS. Nguyễn Ngọc Quang; Bs. Khổng Nam Hương; TS. Đỗ Doãn Lợi;
BS. Nguyễn Quang Tuấn; BS. Nguyễn Quốc Thái; BS. Trần Văn Dương;
BS. Trịnh Xuân Hội; GS. TS. Nguyễn Lâm Việt; TS. Nguyễn Ngọc Tước;
GS. TS. Phạm Gia Khải. (Viện Tim mạch Việt Nam).*

Background: Circulatory changes in gestation, a hyperdynamic adaptive state in general, cause an additional burden on the cardiovascular system of women with rheumatic mitral stenosis (MS). Percutaneous Mitral Valvuloplasty (PMV) has emerged as an effective nonsurgical technique for the treatment of patients with symptomatic MS during pregnancy.

Methods: From November 1998 to Dec. 2002, 31 pregnant women (among 2000 PMV patients) were performed PMV using Inoue balloon at Vietnam Heart Institute. The transthoracic echocardiography was used in combination with intermittent fluoroscopy to limit the radiation exposure time. A detailed clinical, echocardiographic, hemodynamic assessment was analyzed pre, post procedure, at every 3 months for the first year and at 6-month interval thereafter. The pregnancy and newborn babies outcomes were also followed

Results: MS pregnant women were 27,6 years old on average (ranged 22-42) and the mean length of pregnancy was $24,2 \pm 5,6$ weeks. Echo score of mitral valve was $7,1 \pm 2,3$. The procedure was technically successful in all cases without any complications. The total mean duration of the procedure was $35,25 \pm 14,28$ min and that of fluoroscopy $2,55 \pm 1,28$ min (from 1 min 59 sec to 3 min 15 sec). The fluoroscopy time was significantly shorter than that of usual patients not using echo guided (2 min 23 sec vs. 7 min 23 sec, $p < 0,01$). The mitral valve area increased from $0,7 \pm 0,3$ to $1,9 \pm 0,4$ cm² (on 2D echocardiography) and from $0,8 \pm 0,4$ to $2,0 \pm 0,4$ cm² (on PHT) ($p < 0,01$). A reduction in mean transmitral valve gradient

(MVG) was from 22 ± 6 to 8 ± 2 mmHg. There were no maternal or fetal deaths. All patients delivered at full term but 2 (without major complications), 10 vaginally and 21 by caesarean section. After average 18 months follow-up (range, 3 to 36) all children had normal growth.

Conclusions: During pregnancy, Percutaneous Mitral Valvuloplasty could be considered as the treatment of choice of severe pliable mitral stenosis which are refractory to medical treatment. Using echocardiography guided can reduce the fluoroscopy time.

ĐIỀU TRỊ DOBUTAMINE LIỀU THẤP NGẮT QUÃNG CHO BỆNH NHÂN SUY TIM GIAI ĐOẠN CUỐI

*Thạc sĩ. Phạm Như Hùng; Tiến sĩ. Đỗ Quốc Hùng
Viện tim mạch quốc gia Việt Nam*

Mục đích: Truyền dobutamine đã chứng minh có hiệu quả lâm sàng ở bệnh nhân suy tim. Nghiên cứu này đánh giá hiệu quả của dobutamine liều thấp ngắt quãng cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu bao gồm 21 bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối trợ với các thuốc điều trị thông thường chia ngẫu nhiên thành 2 nhóm: (1) Nhóm 1 gồm 11 bệnh nhân được truyền Dobutamine 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{phút}$ liên tục trong 10 ngày; (2) Nhóm 2 gồm 10 bệnh nhân được truyền Dobutamine 3 $\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{phút}$ trong 72 giờ, nghỉ 1 tuần sau đó nhắc lại lần 2.

Kết quả: Sau 3 tuần theo dõi, chúng tôi thấy cả hai nhóm đều có 1 bệnh nhân tử vong; Cải thiện ít nhất 1 độ NYHA là 6/11 bệnh nhân ở nhóm 1, 8/10 bệnh nhân ở nhóm 2; Có 3/11 bệnh nhân không có thay đổi độ NYHA sau điều trị ở nhóm 1 và 1/10 bệnh nhân ở nhóm 2; Có 2/11 bệnh nhân ở nhóm 1 có tình trạng phụ thuộc dobutamine trong khi đó ở nhóm 2 là 0/10 bệnh nhân; Bị viêm tĩnh mạch sau truyền là 4/11 bệnh nhân ở nhóm 1 và 2/10 bệnh nhân ở nhóm 2.

Kết luận: Điều trị Dobutamine liều thấp ngắt quãng rõ ràng có hiệu quả và an toàn cho bệnh nhân suy tim giai đoạn cuối.

INFUSION OF INTERMITTENT LOW- DOSE DOBUTAMINE IN PATIENTS WITH END-STAGE HEART FAILURE

*Thạc sĩ. Phạm Như Hùng; Tiến sĩ. Đỗ Quốc Hùng
Viện tim mạch quốc gia Việt Nam*

Objective: infusions of dobutamine reportedly effect clinical improvement in patients (pts) with heart failure. This study is designed to determine the effect of intermittent low- dose dobutamine in patients with end-stage heart failure.

Patients and Methods: Twenty- one patients with end-stage heart failure refractory to standard treatment who were randomized 2 groups (1) The Group 1 consisted of 11 patients were infused dobutamine with $3\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{min}$ dose for 10 days; (2) The Group 2 consisted of 10 patients were infused dobutamine with $3\mu\text{g}/\text{kg}/1\text{min}$ dose lasting for 3 days and repeating after 7 days.

Results: After 3 weeks follow-up, we found the both groups had one death; Improved by one or more class in the NYHA were 6/11 pts in group 1 and 8/10 pts in group 2; No change in the NYHA class were 3/11 pts in group 1 and 1/10 pts in group 2; Dobutamine dependent status were 2/11 pts in group 1 and 0/10 pts in group 2; Venositis were 4/11 in group 1 and 2/10 in group 2.

Conclusion: Intermittent low-dose dobutamine improved significantly clinical status and was safe in patients with end-stage heart failure.

LIỆT NHĨ CÓ TÍNH CHẤT GIA ĐÌNH

*Ths. Phạm Như Hùng, BS. Tạ Tiến Phước, Ths. Phạm Mạnh Hùng,
BS. Trịnh Xuân Hội, TS Nguyễn Ngọc Tước.
Viện tim mạch Việt nam*

Mục đích: Liệt nhĩ là bệnh lý khá hiếm gặp trên lâm sàng. Chúng tôi nghiên cứu một bệnh nhân có bệnh lý liệt nhĩ có tính chất gia đình.

Phương pháp và kết quả: Một bệnh nhân nam, 20 tuổi vào Viện tim mạch Việt nam tháng 2/2002 với nhiều cơn choáng váng. Trong gia đình bệnh nhân có 3 chị em bị đột tử không rõ nguyên nhân. Khi kiểm tra điện tâm đồ là nhịp bộ nối và không có sóng P. Bệnh nhân đã được thăm dò điện sinh lý học và được xác định là liệt nhĩ. Bệnh nhân đã được điều trị bằng cấy máy tạo nhịp thất vĩnh viễn và thuốc chống đông. Sau gần 2 năm theo dõi, hiện bệnh nhân vẫn còn sống.

Kết luận: Liệt nhĩ có tính chất gia đình là bệnh lý hiếm gặp, có tỷ lệ tử vong cao. Chỉ định điều trị cho những bệnh lý này là cấy máy tạo nhịp thất vĩnh viễn và thuốc chống đông.

FAMILIAL ATRIAL STANDSTILL

Backgrounds: Atrial standstill has rarely been documented. We investigated a case with familial atrial standstill.

Methods and Results: A male patient, 20 years old was admitted to Vietnam National Heart Institute because of dizziness in February, 2002. He had 2 sisters and one brother in sudden death of unexplained etiology. An electrocardiogram showed junctional bradycardia without any evidence of P waves. Electrophysiological studies determined atrial standstill. The patient is received permanent ventricular pacing and anticoagulant drug. After 2 years follow-up, the patient is still survived.

Conclusions: Familial atrial standstill is a rare disease with high-risk of mortality. Indication for treatment of this disease is permanent ventricular pacing and anticoagulant drug.

ĐẶT MÁY TẠO NHỊP Ở TRẺ EM

*ThS.BS Đỗ Nguyên Tín, TS Vũ Minh Phúc, PGS.TS Hoàng Trọng Kim
Bộ Môn Nhi- Trường ĐHYD TP Hồ Chí Minh, BS Lê Thanh Liêm- BVCR*

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU: mô tả các đặc điểm trong đặt máy tạo nhịp ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Đồng I.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU: tiền cứu, mô tả.

BỆNH NHÂN: Tất cả bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp tạm thời và vĩnh viễn trong 1 năm 2002-2003 tại Bệnh Viện Nhi Đồng I kể cả tử vong và không tử vong.

KẾT QUẢ: có 16 bệnh nhân được đặt máy tạo nhịp, trong đó 14 bệnh nhân tạo nhịp tạm thời với 18 lần đặt và 9 bệnh nhân tạo nhịp vĩnh viễn với 12 lần đặt. Có 6 ca đặt máy tạo nhịp tạm thời sau đó chuyển sang đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn. Tuổi nhỏ nhất là 5 tháng, lớn nhất là 13 tuổi. Đa số các chỉ định đặt máy là block nhĩ thất. Phần lớn bệnh nhân nhập viện trong tình trạng rối loạn huyết động, có bệnh lý tim và có bất thường trên siêu âm tim. Đa số các trường hợp đặt máy tạo nhịp tạm thời đều dùng tĩnh mạch cảnh trong, với phương pháp gây tê tại chỗ và đặt mũ không có hướng dẫn của màn hình tăng sáng, tỷ lệ thành công của thủ thuật cao. Tất cả các trường hợp đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn đều đi vào tĩnh mạch dưới đòn và có hướng dẫn của màn hình tăng sáng. Các biến chứng thường gặp là sút dây điện cực, rối loạn nhịp và nhiễm trùng. Kết quả sau đặt máy tốt, đa số bệnh nhân ổn định huyết động học và được cứu sống.

KẾT LUẬN: Đặt máy tạo nhịp ở trẻ em là một thủ thuật cần thiết, an toàn và có hiệu quả cao trong điều trị các rối loạn nhịp chậm có triệu chứng. Trong điều kiện hiện tại, sau khi triển khai đặt máy tạo nhịp tại Bệnh Viện Nhi Đồng I trong 1 năm qua vẫn còn nhiều vấn đề cần khắc phục.

PACING IN CHILDREN

OBJECTIVES: to describe the features of pediatric pacemaker at Pediatric Hospital N^o1.

METHOD: prospective, descriptive study.

PATIENTS: all of patients with both temporary and permanent pacing in 1 year (2002-2003) at Pediatric Hospital N^o1, including fatal and nonfatal cases.

RESULTS: in 1 year, there are 16 patients implanted temporary and permanent pacemakers. Temporary pacing in 14 patients with 18 implantations and permanent pacing in 9 patients with 12 implantations. There are 4 cases with permanent pacing followed temporary pacing. The youngest patient is 5 months old, the oldest patient is 13 years old. Most of pacing indications is AV block. Most of patients were administrated hospital in the status of compromised hemodynamic, heart diseases and abnormal signs on echocardiography. In temporary pacing, most of procedures select internal jugular vein for incision, with local anesthesia and without fluoroscopic guidance but high rate of success. All of patients with permanent pacing are used subclavian puncture with fluoroscopic guidance. The complications are replacement of electrode, arrhythmias, infection. The results of pacemaker are good, most of patients are stable hemodynamic status and rescued.

CONCLUSIONS: Pediatric pacing is a necessary, safety and effective procedure in treatment of symptomatic bradycardia.