

Kết quả 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

Huỳnh Trung Cang

Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang

TÓM TẮT:

Mục đích: Đánh giá kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành qua da (PCI) tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, tiến cứu. **Kết quả:** Có 868 lượt PCI, tuổi trung bình là 65,8 tuổi, 68,1% hút thuốc lá, 80,4% tăng huyết áp, 77,7% rối loạn lipid máu. Can thiệp động mạch vành (ĐMV) xuống trước trái (52,2%), ĐMV phải (30,4%) và ĐMV mũ (14,9%) thân chung động mạch vành trái (1,8%). Theo phân loại AHA/ACC thì tổn thương thường gặp nhất là type C (53%). Can thiệp qua động mạch quay với tỷ lệ 94,5%. Can thiệp theo kiểu kinh điển được sử dụng nhiều nhất (80,6%). Thời gian cửa bóng trung vị trong can thiệp cấp cứu là 65 phút. Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu, và thành công lâm sàng lần lượt là 98% - 95,5%. Tỷ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 3,3%. Tỷ lệ tử vong trong can thiệp chương trình 0,6%. Tỷ lệ biến chứng khác ít hơn 1%. **Kết luận:** Sau 2 năm, PCI tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang đã đạt được kết quả khả quan với tỷ lệ biến chứng và tử vong trong phạm vi cho phép.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên toàn thế giới. Mỗi năm có khoảng 7 triệu người tử vong do bệnh ĐMV (chiếm 12,8% mọi nguyên nhân). Can thiệp động mạch vành qua da PCI để điều trị bệnh ĐMV đã được khởi đầu năm 1977 bởi Andreas Gruentzig và hiện nay biện pháp điều trị này đã trở nên phổ biến trên thế giới. Tại Hoa kỳ, số lượng bệnh nhân được PCI đã vượt qua con số bệnh nhân được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành [17],[19].

Tại Việt Nam, PCI bắt đầu được thực hiện đầu tiên vào năm 1996 tại Hà Nội. Hiện nay đã có nhiều bệnh viện trong cả nước triển khai phòng thông tim để thực hiện can thiệp ĐMV. Đánh giá kết quả của thủ thuật PCI là việc phải được thực hiện thường xuyên đối với các bệnh viện thực hiện thủ thuật can thiệp, nhất là với các trung tâm mới triển khai thực hiện [21]. Do đó chúng tôi đã tiến hành nghiên cứu nhằm đánh giá kết quả bước đầu của PCI tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang sau 2 năm triển khai kỹ thuật tiên tiến này.

MỤC TIÊU NGHIÊN CỨU

Mục tiêu tổng quát

Khảo sát kết quả 2 năm triển khai can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đa khoa Kiên Giang.

Mục tiêu chuyên biệt

- Xác định tỷ lệ đặc điểm lâm sàng, đặc điểm tổn thương động mạch vành.
- Xác định tỷ lệ đặc điểm kỹ thuật can thiệp động mạch vành.
- Xác định tỷ lệ thành công, tỷ lệ biến chứng của thủ thuật can thiệp động mạch vành.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Phương pháp nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả, tiến cứu.

Đối tượng nghiên cứu

Tất cả các bệnh nhân được chụp và can thiệp động mạch vành qua da tại phòng thông tim bệnh viện Kiên Giang từ tháng 6/2012 đến tháng 6/2014.

Các bước tiến hành.

Chẩn đoán lâm sàng: bệnh nhân được chẩn đoán là nghi ngờ có bệnh động mạch vành (khám lâm sàng, điện tim đồ, siêu âm tim, chụp CT 64 lát cắt động mạch vành) hoặc bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng động mạch vành cấp.

Chụp và can thiệp động mạch vành qua da được thực hiện tại Đơn vị Tim mạch Can thiệp bệnh viện đa khoa Kiên Giang.

Theo dõi sau thủ thuật bệnh nhân được xét nghiệm chức năng thận sau can thiệp 24 - 48 giờ, CK-MB, Troponin T-hs sau can thiệp và sau 6 giờ can thiệp, điện tim đồ và siêu âm tim.

Quy trình theo dõi sau thủ thuật

- Bệnh nhân được theo dõi tại phòng hậu thủ thuật trong 4 giờ và rút sheath động mạch đùi hoàn chỉnh. Sau đó, bệnh nhân được chuyển đến phòng lưu bệnh và được theo dõi tiếp trong vòng 24 giờ sau thủ thuật. Đối với bệnh nhân bị hội chứng vành cấp theo dõi trong phòng hậu thủ thuật 24 giờ.

- Bệnh nhân tái khám định kỳ: 2 tuần đầu, sau đó tái khám mỗi tháng sau thủ thuật.

Một số tiêu chuẩn và kỹ thuật dùng trong nghiên cứu

- Đánh giá tổn thương động mạch vành. Tổn thương động mạch vành được đánh giá theo phân loại tổn thương của hội tim/ Trường tim Hoa Kỳ (ACC/AHA) có cải biên với các type A, B1, B2, C [21].

- Kỹ thuật can thiệp: đặt stent theo kiểu cổ điển (nong bóng tổn thương trước đặt stent), đặt stent trực tiếp không cần nong bóng trước.

Đánh giá kết quả [16],[21]

- Thành công về giải phẫu hay chụp mạch máu: khi hẹp tồn lưu sau can thiệp <20% đường kính (sau đặt stent) hay < 50% (sau nong bóng đơn thuần) và dòng chảy bình thường TIMI 3.

- Thành công về lâm sàng: thành công về giải phẫu kèm giảm triệu chứng thiếu máu cục bộ sau thủ thuật can thiệp mà không cần tái thông bằng ngoại khoa hay làm lại can thiệp cấp cứu trong vòng 30 ngày sau thủ thuật [21].

Đánh giá biến chứng [7],[21]

- Biến chứng nội khoa: tụt huyết áp, loạn nhịp,

đau ngực, suy tim nặng lên, biến chứng liên quan thuốc cản quang (suy thận, phản ứng phản vệ).

- Biến chứng mạch máu tại chỗ chọc động mạch: chảy máu, máu tụ, giả phình mạch, dò động tĩnh mạch, huyết khối nguyên tắc....

- Biến chứng mạch vành: tắc mạch vành cấp, phẫu thuật bắc cầu cấp cứu, thủng mạch vành, đứt dây dẫn, rớt stent, lập lại tái thông tổn thương tích, huyết khối cấp, huyết khối bán cấp trong stent.

Xử lý số liệu nghiên cứu

- Số liệu nghiên cứu được xử lý bằng chương trình Stata 10.0 và được trình bày theo tỉ lệ phần trăm (biến định tính), trị trung bình độ lệch chuẩn (biến định lượng) và được so sánh theo phép kiểm chi bình phương (biến định tính) và phép kiểm t (biến định lượng).

KẾT QUẢ

Số lượng can thiệp

Sau 24 tháng triển khai có 868 lượt can thiệp trên 732 bệnh nhân.

Tuổi trung bình bệnh nhân và giới tính

Tuổi trung bình 65,8 ± 12,3 (27 - 95 tuổi); Nữ chiếm 32,8%, Nam chiếm 67,2.

Yếu tố nguy cơ

Hút thuốc lá 68,1%, tăng huyết áp 80,4%, đái tháo đường 38,8%, rối loạn lipid máu 77,7%, gia đình 0,6%.

Phân loại chẩn đoán trước can thiệp theo lâm sàng

Bảng 1. phân loại can thiệp theo lâm sàng.

Lâm sàng	N	%
NMCT cấp có ST chênh lên	277	31,9
NMCT cấp ST không chênh lên	54	6,2
ĐTN không ổn định	70	8,1
ĐTN ổn định	392	45,2
NMCT bán cấp	50	5,8
NMCT cũ	16	1,8
Suy tim	9	1,0
Tổng	868	100

Bảng 2. Phân loại tính chất can thiệp

Tính chất can thiệp	N	%
Can thiệp cấp cứu	339	38,9
Can thiệp chương trình	530	61,1

Nhận xét: Can thiệp cấp cứu cao đến 38,9%

Đặc điểm số lượng nhánh ĐM vành bị tổn thương

Bảng 4. Số lượng nhánh ĐM vành bị tổn thương

Số nhánh ĐMV	N	%
1 nhánh	248	28,6
2 nhánh	410	47,2
3 nhánh	210	24,2
Tổng	732	100

Nhận xét: bệnh nhiều nhánh ĐMV chiếm đến 71,4%

Vị trí tổn thương được can thiệp

Phân loại tổn thương theo AHA/ACC

Bảng 6. phân loại theo AHA/ACC

Loại	A	B1	B2	C	Tổng
N	93	110	205	460	868
%	10,7	12,7	23,6	53,0	100

Trong đó can thiệp 29 (4,5%) trường hợp tổn thương tắc mạn tính.

Kỹ thuật can thiệp

Bảng 7. Vị trí tiếp cận động mạch vành

Vị trí đâm kim	N	%
Động mạch quay	821	94,5
Động mạch đùi	47	5,4

Trong đó đâm kim động mạch đùi xảy ra ở nữ giới 26 trường hợp chiếm 76,6% do động mạch quay nhỏ; can thiệp các tổn thương phức tạp cần các ống thông can thiệp lớn hơn 6F.

Bảng 3. phân độ NMCT cấp ST chênh lên theo Killip

Killip	I	II	III	IV
N	223	18	15	21
%	80,5%	6,5%	5,4%	7,6%

Nhận xét: Hầu hết là Killip I chiếm đến 80,5%

Bảng 5. Vị trí động mạch vành tổn thương

Vị trí	N	%
Liên thất trước	453	52,2
Nhánh mũ	129	14,9
Nhánh phải	264	30,4
Nhánh Ramus	6	0,7
Thân chung ĐMV trái	16	1,8
Tổng	868	100

Bảng 8. Kỹ thuật can thiệp động mạch vành

Kỹ thuật	N	%
Nong bóng đơn thuần	3	0,4
Nong bóng + stent	700	80,6
Stent trực tiếp	158	18,2
Kissing bóng	2	0,2
Thất bại	5	0,6
Tổng	868	100

Thời gian của bóng trong can thiệp cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có thời gian trung vị 65 phút.

Thời gian can thiệp của mỗi lượt trung bình 40,7 ± 12 phút (10 - 160 phút).

Lượng thuốc cản quang trung bình 112 ± 25,7 ml (30 - 260 ml), trong đó can thiệp 1 thì 704 trường hợp chiếm 81,1%. Điều này làm tăng lượng cản quang cho mỗi lượt.

Kết quả can thiệp

Bảng 9. Kết quả can thiệp chung 868 trường hợp

Kết quả	Thất bại	Thành công giải phẫu	Thành công lâm sàng
N	17	851	838
%	2,0	98,0	95,5

Bảng 10. Kết quả can thiệp cấp cứu 338 trường hợp

Kết quả	Thất bại	Thành công giải phẫu	Thành công lâm sàng
N	7	331	81
%	2,1	97,9	94,4

Bảng 11: Can thiệp chương trình 252 (74,1%) trường hợp

Kết quả	Thất bại	Thành công giải phẫu	Thành công lâm sàng
N	10	520	519
%	2,0	98,1	97,9

Các trường hợp thất bại thủ thuật

17 trường hợp chiếm 2,0%

- 7 trường hợp can thiệp cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp (sau đặt stent không đạt dòng chảy TIMI III do huyết khối nhiều).
- 10 trường hợp thất bại do can thiệp chương trình ở bệnh nhân có tổn thương loại C gồm đi wire không thành công do tổn thương tắc mạn tính, canxi hóa nặng, hay sau khi đi wire thành công nhưng đi bóng 1.0 mm không qua được tổn thương, hay không đưa stent qua tổn thương.

Biến chứng

Bảng 12. Biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da

Biến chứng	Biến chứng chung (%)	Can thiệp chương trình		Can thiệp cấp cứu	
		N	%	N	%
Tử vong	1,6	3	0,6	11	3,3
Máu tụ nơi đâm kim	0,2	0	0	2	0,6
Xuất huyết cần truyền máu	0,1	0	0	1	0,3
Đứt wire	0,1	1	0,2	0	0
Huyết khối cấp	0,4	1	0,2	3	0,9
Huyết khối bán cấp	0,2	0	0	1	0,3
Tai biến mạch máu não	0,2	0	0	2	0,3
Phù phổi cấp	0,2	1	0,2	1	0,3

Biến chứng tử vong theo phân độ Killip trong can thiệp cấp cứu

Bảng 13. biến chứng tử vong theo phân độ Killip

Phân độ	Killip I	Killip II	Killip III	Killip IV
N	1	1	2	6
%	0,5	5,9	14,3	25,0

BÀN LUẬN

Bàn luận về đặc điểm lâm sàng

Phái tính

Nam giới chiếm đa số trong nghiên cứu của chúng tôi (63.1%), tỉ lệ này cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu trong và ngoài nước [1],[6],[7].

Bảng 14. So sánh về phái tính với các nghiên cứu khác

Giới tính	Viện tim TPHCM	Viện tim quốc gia	BV 115	BV TW Huế	Hoa Kỳ	Bệnh Viện ĐH YD HCM	NC chúng tôi
Nam (%)	83,7	79,4	71,3	82,8	67	75,7	67,2
Nữ(%)	16,3	20,6	28,7	17,2	33	24,3	32,8

Tuổi

So sánh tuổi trung bình của bệnh nhân giữa các phòng thông tim trong nước.

Bảng 15. So sánh tuổi bệnh nhân[1],[5],[6],[13]

Tuổi	Viện tim quốc gia	Viện tim TPHCM	BV TW Huế	BV 115	Bệnh Viện ĐH YD HCM	Chúng tôi
Trung bình	59,95±8,35	61,5 ± 12,5	58,3 ± 4,7	62,11±10,74	64,2 ± 10,61	65,8±12,3

- Bảng trên cho thấy tuổi trung bình được CTĐMVQD ngày càng tăng theo thời gian. Tuy nhiên, khoảng tuổi can tham gia thủ thuật rộng hơn từ 27 đến 95 tuổi.

Chẩn đoán lâm sàng trước CTMV

Bảng 16. So sánh chẩn đoán lâm sàng trước CTMVQD[5],[6],[13]

Chẩn đoán lâm sàng	Viện tim Quốc gia	BV TW Huế	BVND 115	Bệnh viện Đại học Y Dược Hồ Chí Minh	Chúng tôi
NMCT cấp có ST chênh lên	7,6%	3,45%	28,9%	11,8%	31,9%
NMCT cấp không ST Chênh lên + CĐT/NKOD	10,7%	37,9%	22,7%	31%	14,3%
CĐT/NOĐ	27,5%	32,8%	21,3%	27%	45,2%

Số liệu của các trung tâm có khác nhau nhưng đa số đều cho thấy rằng tỷ lệ bệnh nhân có bệnh cảnh hội chứng mạch vành cấp khá cao khoảng 46,2%. Điều này cũng phù hợp với số liệu của nghiên cứu ở Hoa Kỳ (mỗi năm có khoảng 1,7 triệu người có hội chứng vành cấp) [20].

Trong nghiên cứu có số lượng lớn bệnh nhân (5,8%) bị NMCT bán cấp không được tái thông ĐMV tiên phát do người bệnh đến phòng thông tim muộn.

Về đặc điểm giải phẫu học trên CMV cân quang của các tổn thương

Về vị trí tổn thương

Bảng 17. So sánh về vị trí tổn thương ĐMV được can thiệp

Vị trí	Viện tim Quốc gia	BV TW Huế	BVND 115	Chúng tôi
ĐMV xuống trước trái (%)	62,0	51,5	49,6	52,2
ĐMV phải (%)	23,9	30,3	25,6	30,4
ĐM mũ (%)	14,1	18,2	11,4	14,9
Ramus				0,7
Thân chung ĐMV trái				1,8

Vị trí các tổn thương được can thiệp cũng có phân bố tương tự như các nghiên cứu trong nước. So với các phòng thông tim trong nước trước đây lúc mới triển khai, chúng tôi có can thiệp thân chung ĐMV trái có 16 trường hợp chiếm 1,8%. Vì can thiệp trên thân chung nhánh trái trước đây chưa có đủ số liệu chứng minh lợi ích so với phẫu thuật bắc cầu mạch vành. Nhưng những năm gần đây, kỹ thuật can thiệp thân chung ĐMV trái được khuyến cáo theo Hội tim mạch Châu Âu cũng như Hội Tim mạch Can thiệp Hoa Kỳ có kết quả ngắn hạn, trung hạn cao [3],[17].

Đặc điểm tổn thương phân loại theo ACC/AHA

Có 53,0% tổn thương thuộc loại C. Đây là loại tổn thương phức tạp khi can thiệp, trong đó có những tổn thương tắc mạn tính hơn 3 tháng, có 29 trường hợp. Trước đây can thiệp những tổn thương này có tỷ lệ thành công 70 - 75% [22], ngày nay với sự phát triển nhiều về dụng cụ can thiệp nên tỷ lệ thành công tăng lên gần 90%. Điều này chứng tỏ rằng biện pháp can thiệp ĐMV ngày càng giải quyết được những tổn thương phức tạp mà trước đây phải chuyển sang phẫu thuật bắc cầu ĐMV. Tuy nhiên, tỷ lệ có nhiều tổn thương phức tạp trong nhóm can thiệp có ảnh hưởng đến tỷ lệ thành công và biến chứng của thủ thuật can thiệp.

Vị trí tiếp cận

Trong nghiên cứu của chúng tôi, can thiệp qua đường động mạch quay chiếm tỷ lệ 94,5%. Trong đó

đảm kim động mạch đùi xảy ra ở nữ giới 26 trường hợp chiếm 76,6% do động mạch quay nhỏ. Can thiệp động mạch đùi xảy ra ở nam và nữ do can thiệp các tổn thương phức tạp với kỹ thuật phức tạp cần các ống thông can thiệp hơn 6F, hay các bệnh nhân có bất thường động mạch cánh tay đầu. Tỷ lệ thành công này tương đương với nghiên cứu của bệnh viện Chợ Rẫy (86,56%) [10]. Tỷ lệ này tương đương với nghiên cứu của Brueck trên 512 bệnh nhân tại Đức năm 2009, tỷ lệ thành công của tiếp cận bằng đường động mạch quay 96,5% [15].

Về đặc điểm can thiệp:

Trong nghiên cứu này, tỷ lệ can thiệp cấp cứu là 38,9%. Tỷ lệ này nhiều hơn các các trung tâm khác như Bệnh viện Chợ Rẫy 20,7% [8], can thiệp cấp cứu của Bệnh viện Nhân Dân 115 4,3%. Số lượng can thiệp cấp cứu cao có lẽ với sự thuận lợi về bảo hiểm Y tế nên hầu hết bệnh nhân hội chứng vành cấp đủ chi phí cho can thiệp cấp cứu. Và với đặc thù về vị trí địa lý, tỉnh chúng tôi xa cách với các phòng thông tim tại thành phố Hồ Chí Minh đến 250 km, mất 6 giờ vận chuyển bằng xe cứu thương, điều này làm mất thời gian vàng cho tái tưới máu cơ tim. Mặc dù mới triển khai nhưng chúng tôi vẫn can thiệp các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên kể cả các trường hợp nhồi máu cơ tim có rối loạn huyết động như Killip III - IV chiếm đến 13,0%.

Thời gian cửa bóng trung vị trong can thiệp cấp cứu của chúng tôi là 65 phút trong giới hạn mục tiêu dưới 90 phút [18]. Thời gian cửa bóng ngắn do phân

bố vị trí phòng thông tim và khoa cấp cứu tổng hợp liền kề nhau. Quy trình cấp cứu mạch vành được rút gọn, khi bệnh nhân nhập khoa cấp cứu có ECG biểu hiện của nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên lập tức khởi động ekip can thiệp mạch vành đồng thời nạp liều thuốc kháng kết tập tiểu cầu, thuốc kháng đông, tư vấn cho bệnh nhân, gia đình và đồng thời chuyển bệnh nhân đến phòng thông tim.

Với tổn thương loại C chiếm 53,0%, do đó chúng tôi nong bong trước đặt stent chiếm 80,6%. Với tổn thương chia đôi, chúng tôi chỉ nong bằng bóng đơn thuần, sau đó dùng kỹ thuật kissing balloon. Tỷ lệ đặt stent trực tiếp trong nghiên cứu này chỉ là 18,2%. Tỷ lệ này tương đương với Bệnh viện Trung ương Huế 17%, nhưng lại thấp hơn so với Bệnh viện Chợ Rẫy (41.84%) [11], Bệnh viện Nhân Dân 115 (48%) [13]. Kỹ thuật đặt stent trực tiếp có nhiều ưu điểm (giảm giá thành của thủ thuật, giảm lượng thuốc uống cản quang, giảm tổn thương thành mạch). Vì vậy, đặt stent trực tiếp đang là kiểu can thiệp khá phổ biến đối với các tổn thương đơn giản (20-45%) trong thực hành tim mạch can thiệp [9].

VỀ KẾT QUẢ CAN THIỆP

Trong những nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ thành công giải phẫu - lâm sàng lần lượt là 98,0% - 95,5%. Tỷ lệ thành công này cũng tương tự như kết quả của những phòng thông tim ở trong nước (93 - 95%) [6],[7],[11].

Tỉ lệ can thiệp thất bại chung là 17 trường hợp (2,0%). 7 trường hợp can thiệp cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp (sau đặt stent không đạt dòng chảy TIMI III do huyết khối nhiều). Tỷ lệ thất bại trong can thiệp cấp cứu của chúng tôi 2,1% ít hơn bệnh viện Chợ Rẫy 3,7% [12]. Can thiệp chương trình có 10 (2,0%) trường hợp thất bại bao gồm các tổn thương tắc mạn tính, đi wire không thành công, có trường hợp đi wire thành công nhưng bóng 1.0 mm không qua được tổn thương. Tỷ lệ này ít hơn với các nghiên cứu trong nước của Đại học Y Dược TP. Hồ Chí Minh thì tỷ lệ thất bại 44% [1], Bệnh viện Nhân Dân 115 thất bại 4,7%, can thiệp thất bại của chúng tôi ít hơn do chúng tôi triển khai phòng thông tim sau cùng với sự hỗ trợ tốt của các chuyên gia tuyến trên cũng như

có các dụng cụ can thiệp mới được cải tiến và phong phú [13].

VỀ BIẾN CHỨNG

Không có trường hợp nào bị máu tụ nơi đâm kim khi can thiệp bằng đường động mạch quay, có 2 trường hợp nào bị máu tụ tại nơi đâm kim động mạch đùi chiếm tỷ lệ 4,3%. Tỷ lệ máu tụ vị trí đâm kim của Hoa Kỳ từ 2% - 6% [17]. Tỷ lệ huyết khối cấp và bán cấp trong stent trong nghiên cứu của chúng tôi 0,2% - 0,4%, tại Hoa Kỳ tỷ lệ này < 1% [17].

Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 14 trường hợp có biến chứng tử vong chung là 1,6%. Trong đó can thiệp ĐMV cấp cứu chiếm 11 (3,3%) trường hợp. Với sự hỗ trợ của khoa mổ tim hở, chúng tôi mạnh dạn can thiệp những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp nặng, trong đó các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên có Killip IV thì tỷ lệ tử vong lên đến 25%. Can thiệp cấp cứu tại Hoa Kỳ có tỷ lệ tử vong 4,8% [17]. Tỷ lệ tử vong do can thiệp cấp cứu tại Bệnh viện Thống Nhất 5,6% [2]. Tỷ lệ tử vong do can thiệp cấp cứu tại các nước Châu Âu từ 6% - 14% [19]. Nghiên cứu tại Bệnh viện Nguyễn Trãi có tỷ lệ cao hơn 8% [14], Bệnh viện Nhân Dân Gia Định chỉ có 4 trường hợp tử vong trong can thiệp cấp cứu [4]. Sự khác nhau có lẽ do cách chọn bệnh can thiệp cấp cứu của các trung tâm khác nhau.

Do bệnh cảnh bệnh ĐMV, phương tiện hỗ trợ can thiệp là những yếu tố ảnh hưởng lên tỷ lệ tử vong, tỷ lệ tử vong chung trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,6%. Tỷ lệ tử vong trong nghiên cứu chúng tôi tương đương so với các phòng thông tim trong nước (2,2 - 6,1%), tỷ lệ tử vong trong 2 năm đầu hoạt động của phòng thông tim Viện Tim TP. Hồ Chí Minh (1,7%) [7], Bệnh viện Nhân Dân 115 (1,4%) [13], Bệnh viện Chợ Rẫy 2,6% [8].

KẾT LUẬN

Sau 2 năm triển khai thực hiện 868 lượt thủ thuật cho 732 bệnh nhân tại Bệnh viện Kiên Giang có tuổi trung bình là 65.8 (31 - 90 tuổi). Yếu tố nguy cơ tăng huyết áp chiếm 80,4%, rối loạn lipid máu chiếm 77,7%, đái tháo đường chiếm 38,8%, hút thuốc lá 68,1%.

- Can thiệp ĐMV xuống trái chiếm 52,2%, rồi đến ĐMV phải chiếm 30,4%, ĐMV mũ chiếm 14,9%, thân chung ĐMV trái 1,8%. Tồn thương loại C chiếm 53%.

- Thời gian cửa bóng trung vị trong can thiệp cấp cứu là 65 phút.

- Can thiệp qua động mạch quay chiếm 94,5%. Nong bóng trước khi đặt stent chiếm 80,6%.

- Tỷ lệ thành công về mặt giải phẫu, và thành công lâm sàng lần lượt là 98% - 95,5%.

- Tỷ lệ tử vong trong can thiệp cấp cứu 3,3%, tỷ lệ tử vong trong can thiệp nhồi máu cơ tim cấp Killip IV 25%. Tỷ lệ tử vong trong can thiệp chương trình 0,6%. Tỷ lệ biến chứng khác ít hơn 1%.

ABSTRACT

Objectives: Evaluating preliminary outcomes of percutaneous coronary intervention (PCI) at Kiengiang General Hospital

Methodes: Prospective study, Descriptive

Results: There were 868 PCI procedures, the average age 65.8 years old, the risk factors including: 68.1% smoking, 80,4 % of hypertension, 77.7% of hyperlipidemia blood disorders. 52.2% interventioned lesions were located at LAD, 14.9% at LCx, 30.4% at RCA and 1.8% at LMCA. According to ACC/AHA lesion morphology criteria: 53% was type C. Most radial artery intervention with a success rate of 94.5%. Classical stenting was used in 80.6%. the centile door to balloon time was 65 minute. Angiographic, clinically success were 98.0% - 95.5% ,respectively. Mortality rate of primary PCI was in 3.3%, mortality rate of staged PCI was in 0.6%. Orther complication rates were lower than 1%.

Conclusions: After 2 years, PCI at the Kien Giang General Hospital has achieved positive results with low complication rates and mortality

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trương Quang Bình.** (2007). “Kết quả can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện đại học Y Dược Thành Phố Hồ Chí Minh trong 2 năm (2004-2006)”. *Y Học TP. Hồ Chí Minh* Tập 11 * Phụ bản của số 11 * 2007 2104-2110.
2. **Phạm Hòa Bình, Nguyễn Văn Tân, Nguyễn Ngọc Tú, Hồ Thượng Dũng & Võ Quảng.** (2010). “Một số nhận xét về điều trị nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại bệnh viện Thống Nhất”. *Y Học TP. HCM*, Tập 14* Phụ bản của số 11 * 2010
3. **Trần Nguyễn Phương Hải & Võ Thành Nhân.** (2010). “Điều trị thân chung động mạch vành trái bằng kỹ thuật can thiệp qua da: kết quả trước mặt, ngắn hạn và trung hạn”. *Y Học TP. HCM*, Tập 14 * Phụ bản của số 12 * 2010.
4. **Hoàng Quốc Hòa.** «Đặc điểm 99 trường hợp hội chứng vành cấp được chụp và can thiệp mạch vành tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định”. *Y Học TP. HCM* Vol.13 - Supplement of No 16 - 2009: 2359 - 2363.
5. **S. Phạm Gia Khải.** (2004). “Tình hình can thiệp động mạch vành tại Việt nam”. *Hội nghị Tim mạch về stent phủ thuốc*.
6. **Nguyễn Cửu Lợi & và CS.** (2003). “Kết quả bước đầu can thiệp động mạch vành tại bệnh viện Trung Ương Huế.” *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, số 36 Supplement 31:115-117.
7. **Huỳnh Ngọc Long & và CS.** (2003). “Kết quả nong mạch vành qua da tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh 9/2001 - 8/2003”. *Tạp chí Tim mạch học Việt Nam*, số 36 Supplement 31:123.
8. **Võ Thành Nhân.** (2010). “Tính hiệu quả và an toàn của thủ thuật can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Chợ Rẫy”. *Y Học TP. Hồ Chí Minh* Tập 14 * Phụ bản của số 11 * 2010.

9. **Võ Thành Nhân & và CS.** (2003). “Kỹ thuật đặt stent trực tiếp trong can thiệp động mạch vành nhân 136 lượt đặt stent trực tiếp tại Bệnh Viện Chợ rẫy”. *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, số 36 Supplement 31: 155.
10. **Võ Thành Nhân.** (2003). “Chụp và can thiệp mạch vành qua động mạch quay nhân 134 trường hợp tại bệnh viện Chợ Rẫy”. *Y Học TP.HCM*, Tập 7 * Phụ bản số 1 * 2003.
11. **Đặng Vạn Phước, Võ Thành Nhân & và CS.** (2004). “Tình hình hoạt động của đơn vị tim mạch học can thiệp tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ 1/2001 đến 12/2003”. *Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam*, số 37 Supplement 31: 139.
12. **Đặng Vạn Phước & Võ Thành Nhân.** (2003). “Can thiệp mạch vành cấp cứu trong nhồi máu cơ tim cấp nhân 34 trường hợp tại bệnh viện Chợ Rẫy”. *Y Học TP.HCM*, Tập 7 * Phụ bản số 1 * 2003.
13. **Thân Hà Ngọc Thế & và CS.** (2005). “Kết quả và biến chứng của can thiệp động mạch vành qua da tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong 2 năm 2003 - 2005”. *Hội nghị khoa học tim mạch Việt Đức lần V - 2005* 23-43.
14. **Hồ Dũng Tiến & Lê Thanh Phong.** (2005). “Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành trong hội chứng động mạch vành cấp nhân 25 trường hợp tại bệnh viện Nguyễn Trãi TPHCM 7/2004-4/2005”. *Hội nghị khoa học tim mạch khu vực phía nam lần thứ 7* Hội tim mạch học TP. HCM92-95.
15. **Brueck Martin, Dirk Bandorski, Wilfried Kramer, Marcus Wiczorek, Reinhard Hölzgen & Harald Tillmanns.** (2009). “A Randomized Comparison of Transradial Versus Transfemoral Approach for Coronary Angiography and Angioplasty”. *J Am Coll Cardiol Intv* 2: pp.1047-1054.
16. **Dallas.** (2005 Update). “Heart Disease and Stroke Statistic”. *American heart Association*, Tex: AHA; 2004.
17. **Glenn N. Levine, Eric R. Bates & James C. Blankenship.** (2011). “2011 ACCF/AHA/SCAI Guideline for Percutaneous Coronary Intervention : A Report of the American College of Cardiology Foundation/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines and the Society for Cardiovascular Angiography and Interventions “. *Circulation*, 124: pp.e574-e651
18. **Patrick T. O’Gara, Frederick G. Kushner, Deborah D. Ascheim, Donald E. Casey & Mina K. Chung.** (2013). “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction”. *Journal of the American College of Cardiology*.
19. **Ph. Gabriel Steg, Stefan K. James, Dan Atar (Norway) & Luigi P. Badano.** (2012). “ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST segment elevation”. *European Heart Journal* 33, 2569-2619.
20. **popma JJ, Kuntz RE & Baim DS.** (2005). “Percutaneous Coronary and Valvular Intervention”. *Braunwald’s Heart disease*, 7 th ed: 1367-1402.
21. **Smith SC Jr, Dove JT, Jacobs AK & al, e.** (2001). “ACC/AHA guidelines for percutaneous coronary intervention: A report of the American Heart Association Task Force on Practices Guidelines (Committee to revise the 1993 Guidelines for percutaneous Transluminal Coronary Angioplasty)”. *J Am Coll Cardiol*, 37: 2239i-lxvi.
22. **Tina L. Pinto Slottow & Ron Waksman.** (2009). “CTO - Review of Trials”. *Chronic total occlusions*, Wiley-Blackwell; Ron Waksman, Shigeru Saito 14-23.