

KẾT QUẢ CAN THIỆP TIM MẠCH TẠI KHOA NỘI 2 BỆNH VIỆN 103 TỪ 8 - 2006 ĐẾN 8 - 2009

Đoàn Văn Đệ; Trần Đức Hùng*; Nguyễn Phú Kháng*
Nguyễn Oanh Oanh* và CS*

TÓM TẮT

Nghiên cứu 525 bệnh nhân (BN) được làm các kỹ thuật tim mạch can thiệp bao gồm: 376 BN chụp và can thiệp động mạch vành (ĐMV), 58 BN chụp và can thiệp động mạch ngoại vi, chụp và can thiệp động mạch thận (ĐMT) cho BN trẻ tuổi có tăng huyết áp (THA) và người cho thận (55 BN), 22 BN đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, 10 BN tim bẩm sinh cần thông tim chẩn đoán, 3 BN được bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ và 1 BN được làm mỏng vách liên thất bằng ethanol 1 tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 103 từ tháng 8 - 2006 đến tháng 8 - 2009. Kết quả cho thấy: các kỹ thuật chụp và can thiệp ĐMV (71,6%) và động mạch ngoại vi (11,0%) chiếm tỷ lệ cao. Tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp. Các kỹ thuật can thiệp tim mạch đã góp phần mang lại hiệu quả điều trị cho BN.

* Từ khoá: Chụp động mạch vành; Can thiệp động mạch vành.

THE RESULTS OF INTERVENTIONAL TECHNIQUES PERFORMED IN MEDICAL DEPARTMENT II OF 103 HOSPITAL FROM AUGUST 2006 TO AUGUST 2009

SUMMARY

From August, 2006 to August, 2009 in 103 Hospital, we performed interventional techniques in 525 patients, included: coronary intervention 376 patient, peripheral intervention 58, renal artery intervention 55, pacemaker 22, congenital heart diseases 10, atrial septal defect 3 and 1 hypertrophic obstructive cardiomyopathy patient. Complications have been reported: hematoma at local vascular in 14 patients (2.7%), vagus reflex in 11 patient (2.1%), contrast reactions in 10 patient (1.9%), renal failure in 4 patients (0.8%), cardiac asthma in 3 patients (0.6%), severe arrhythmias in 5 patients (1.0%), cardiac tamponade, thrombus in stent in 2 patients (0.4%) and death in 3 patients (0.6%). The study suggested that the interventional techniques were feasible and effective for patients.

* *Key words: Coronary angiography; Transluminal coronary angioplasty.*

ĐẶT VẤN ĐỀ

Các kỹ thuật can thiệp tim mạch bắt đầu được tiến hành đầu tiên vào năm 1929. Werner Forssman (Đức), dùng ống thông urethral tự đưa qua tĩnh mạch nền tay trái của mình lên nhĩ phải. Năm 1953, Seldinger chọc động mạch, đưa ống thông qua dây dẫn (guide wire). Chụp ĐMV được Sones (1958) tiến hành đầu tiên. Năm 1977, lần đầu tiên phương pháp nong động mạch qua da (Percutaneous transluminal coronary angioplasty: PTCA) được tiến hành đầu tiên trên người và cho đến nay, phương pháp này ngày càng phát triển và hoàn thiện hơn. Tại Việt Nam, chụp ĐMV được áp dụng

* *Bệnh viện 103*

Phân biện khoa học: PGS. TS. Đỗ Quyết

lần đầu tiên vào 1995, cho đến nay đã có nhiều trung tâm thực hiện các kỹ thuật can thiệp tim mạch. Bệnh viện 103 bắt đầu thực hiện các kỹ thuật này từ tháng 8 - 2006. Chúng tôi đã tiến hành thành công các kỹ thuật: chụp và can thiệp ĐMV, chụp và can thiệp ĐMT, chi, chụp các động mạch khác (động mạch chủ bụng, thân động mạch cánh tay đầu, động mạch vú trong...), cấy máy tạo nhịp vĩnh viễn, bít lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ, làm mỏng vách liên thất bằng ethanol, thông tim chẩn đoán các bệnh tim bẩm sinh. Để đánh giá những kết quả bước đầu trong chẩn đoán và điều trị bằng các kỹ thuật can thiệp tim mạch, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá cơ cấu bệnh được can thiệp tim mạch tại Bệnh viện 103 và hiệu quả, biến chứng của các kỹ thuật này trong thời gian qua.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

525 BN được làm các kỹ thuật tim mạch can thiệp bao gồm: 376 BN chụp và can thiệp ĐMV, 58 BN chụp và can thiệp động mạch ngoại vi, 55 BN trẻ tuổi có tăng huyết áp (THA) và người cho thận được chụp và can thiệp ĐMT, 22 BN đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn, 10 BN tim bẩm sinh cần thông tim chẩn đoán, 3 BN bít thông liên nhĩ bằng dụng cụ và 1 BN được làm mỏng vách liên thất bằng ethanol 1 tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 103.

2. Phương pháp nghiên cứu.

- + Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu, cắt ngang, mô tả.
- + Nội dung nghiên cứu:
 - BN được khám, làm các xét nghiệm, hội chẩn.
 - Tiến hành các kỹ thuật can thiệp.
 - Lập bảng nghiên cứu.
- + Xử lý số liệu: theo phương pháp thống kê y học.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về tuổi và giới của đối tượng nghiên cứu

* *Phân bố theo nhóm tuổi:*

< 40 tuổi: 51 BN (9,7%); 40 - 49 tuổi: 64 BN (12,1%); 50 - 59 tuổi: 128 BN (24,4%); 60 - 69 tuổi: 15 BN (30,2%); 70 - 79 tuổi: 110 BN (21,1%); 80 - 89 tuổi: 13 BN (2,5%).

Tuổi của đối tượng nghiên cứu tập trung cao nhất ở nhóm 60 - 99 tuổi, tiếp đến là hai nhóm tuổi 50 - 59 và 70 - 79. Tuổi trung bình $60 \pm 13,3$, thấp nhất 18, cao nhất 88.

* *Phân bố theo giới:*

Nam: 367 BN (69,9%); nữ: 158 BN (30,1%); nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ, do các BN nam của chúng tôi có nhiều yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch hơn như: THA, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu.

2. Đặc điểm lâm sàng, chẩn đoán và các kỹ thuật đã tiến hành.

Bảng 1: Chẩn đoán trước can thiệp.

CHẨN ĐOÁN	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ (%)
Đau thắt ngực ổn định	253	48,2
Nhồi máu cơ tim cấp	88	16,7
Đau thắt ngực không ổn định	30	5,7
Bệnh mạch máu ngoại vi	45	8,6
U máu	13	2,5
Bệnh tim bẩm sinh	8	1,5
Bệnh van tim	10	2,0
Nhịp chậm có chỉ định đặt máy tạo nhịp	22	4,2

Tăng huyết áp nghi do hẹp ĐMT	33	6,2
Người cho thận	22	4,2
Bệnh cơ tim phì đại tắc nghẽn	1	0,2
Tổng số	525	100

Đau thắt ngực ổn định chiếm tỷ lệ cao, tiếp đến là nhồi máu cơ tim cấp và cơn đau thắt ngực không ổn định, bệnh mạch máu ngoại vi. Tỷ lệ thấp nhất là bệnh cơ tim phì đại. Tỷ lệ này thay đổi ở các trung tâm can thiệp tim mạch, Ở Bệnh viện TWQĐ 108, tỷ lệ cao nhất là cơn đau thắt ngực không ổn định (50%), ở Viện Tim mạch Quốc gia, tỷ lệ nhồi máu cơ tim cao nhất (54,2%) [2, 3].

Bảng 2: Các kỹ thuật đã tiến hành.

TÊN KỸ THUẬT	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ (%)
Chụp và can thiệp ĐMV	376	71,6
Chụp và can thiệp động mạch ngoại vi	58	11,0
Chụp ĐMT ở BN THA	33	6,2
Chụp ĐMT ở người khỏe cho thận	22	4,2
Đặt máy tạo nhịp vĩnh viễn	22	4,2
Thông tim chẩn đoán	10	2,0
Bít lỗ thông liên nhĩ bằng dụng cụ	3	0,6
Làm mỏng vách liên thất bằng ethanol	1	0,2
Tổng số	525	100

Các kỹ thuật chụp và can thiệp ĐMV, động mạch ngoại vi và ĐMT được tiến hành nhiều nhất vì số lượng BN phong phú. Kỹ thuật làm ít nhất là làm mỏng vách liên thất bằng ethanol, vì đây là một kỹ thuật khó và số BN lại ít, tính đến tháng 10 - 2008 tại Viện Tim mạch Việt Nam mới chỉ có 10 BN được làm kỹ thuật này.

3. Kết quả chụp và can thiệp ĐMV, thận, chi.

** Kết quả chụp ĐMV:*

Có tổn thương ở các mức độ khác nhau: 253 BN (67,3%); Không có tổn thương: 123 BN (32,7%).

Trong số 376 BN được chụp và can thiệp ĐMV, 32,7% không có tổn thương ĐMV. Nguyễn Đức Hải nghiên cứu 61 BN thấy 29,5% ĐMV không có tổn thương và 70,5% có tổn thương [3].

** Kết quả chụp ĐMT ở các BN trẻ có chỉ định:*

Không có tổn thương: 20 BN (60,6%); có tổn thương không ý nghĩa (không phải can thiệp): 7 BN (21,2%); tổn thương có ý nghĩa phải can thiệp (nong và đặt stent): 6 BN (18,2%).

60,6% BN không có tổn thương ĐMT, 39,4% có tổn thương ĐMT. Đỗ Xuân Thụ nghiên cứu 153 BN thấy tỷ lệ hẹp ĐMT ở BN THA là 29,9% [6].

Bảng 3: Kết quả chụp và can thiệp động mạch ngoại vi.

KẾT QUẢ	SỐ LƯỢNG	TỶ LỆ (%)
Chụp động mạch ở các vị trí	33	56,9

Gây tắc mạch điều trị u máu khổng lồ	3	5,2
Hút huyết khối	7	12,1
Nong bằng bóng	10	17,2
Nong và đặt stent ở động mạch chi dưới	5	8,6
Tổng số	58	100

Số lượng BN chụp động mạch ở các vị trí như: động mạch cảnh, động mạch chi trên, động mạch chi dưới chiếm tỷ lệ cao nhất. Chúng tôi đã nong và đặt stent động mạch chi dưới ở các vị trí: động mạch chậu gốc, động mạch đùi nông và động mạch khoeo cho 5 BN (8,6%).

** Các tai biến và biến chứng trong và sau can thiệp:*

Tụ máu tại chỗ chọc : 14 BN (27%); Cường phế vị: 11% (2,1%); Dị ứng thuốc cản quang: 10 BN (1,9%); Suy thận tăng lên: 4 BN (0,8%); Hen tim: 3 BN (0,6%); Rối loạn nhịp nặng: 5 BN (1,0%); Tràn máu màng ngoài tim: 1 BN (0,2); Huyết khối trong stent: 2 BN (0,4); Tử vong: 3 BN (0,6%).

Biến chứng tụ máu tại chỗ chọc động mạch gặp nhiều nhất (2,7%). Hồ Anh Bình nghiên cứu trên 320 BN được chụp ĐMV thấy tỷ lệ tụ máu tại chỗ 2,19% [1]. Biến chứng cường phế vị chiếm 2,1%, tỷ lệ biến chứng này khác nhau giữa các tác giả: Nguyễn Đức Hải (1,6%); Nguyễn Quang Tuấn (1,2%); Trần Văn Dương (3,2%) [2, 3, 4]. Về các biến chứng nặng, chúng tôi gặp 2 BN bị huyết khối trong stent: 1 trường hợp sau 1 tuần đặt stent động mạch liên thất trước của ĐMV trái, sau đó BN này tử vong; trường hợp thứ hai, tắc bên trong stent động mạch chậu gốc trái do BN tự ý bỏ 2 loại thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu, trường hợp này chúng tôi đã tiến hành can thiệp lại: hút huyết khối và nong bên trong stent cho kết quả tốt. Về tỷ lệ tử vong, 3 BN bị nhồi máu cơ tim cấp tính, 1 BN tắc lại stent, sau đó tử vong do phù phổi cấp, rung thất, ngừng tuần hoàn. 2 BN còn lại tử vong sau can thiệp 4 giờ do bị nhồi máu cơ tim diện rộng, sốc tim không hồi phục. Nguyễn Quang Tuấn nghiên cứu 83 BN bị nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp ĐMV gặp 7 trường hợp (9,4%) tử vong [5]. Tỷ lệ các biến chứng còn lại của nghiên cứu này tương đương với các tác giả trong nước.

** Hiệu quả của các kỹ thuật:*

Thành công: 518 (98,7%); thất bại: 7 (1,3%). Kết quả được gọi là thành công khi BN không có các biến chứng nặng như tai biến mạch máu não, phình bóc tách động mạch chủ, thủng tim, nhồi máu cơ tim cấp khi làm các kỹ thuật, nhồi máu cơ tim trong thời gian điều trị, phải phẫu thuật cấp cứu hoặc tử vong. Tỷ lệ thành công của nghiên cứu này khá cao (98,7%).

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 525 BN được làm các kỹ thuật tim mạch can thiệp chúng tôi rút ra kết luận sau:

- Các kỹ thuật chụp và can thiệp ĐMV và động mạch ngoại vi chiếm tỷ lệ cao trong số các kỹ thuật can thiệp tim mạch đang được áp dụng tại Khoa Tim mạch, Bệnh viện 103.

- Tỷ lệ biến chứng thấp, đối với các kỹ thuật chẩn đoán không có biến chứng nặng. Các biến chứng nặng chủ yếu ở BN được làm các kỹ thuật can thiệp, vì vậy đòi hỏi phải có kỹ thuật thành thạo, có kiến thức về cấp cứu hồi sức tim mạch, được trang bị đầy đủ các phương tiện và thuốc để có thể phát hiện và xử trí kịp thời tai biến.

- Kỹ thuật can thiệp tim mạch đã góp phần mang lại hiệu quả điều trị cho BN.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Hồ Anh Bình*. Đánh giá kết quả chụp ĐMV tại Bệnh viện TW Huế. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học. 2004. tr.207-213.
2. *Trần Văn Dương, Nguyễn Quang Tuấn, Phạm Gia Khải*. Kỹ thuật chụp ĐMV chọn lọc, một số kinh nghiệm qua 152 BN tim mạch được chụp ĐMV tại Viện Tim mạch Việt Nam. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học. 2000, tr.632-642.
3. *Nguyễn Đức Hải*. Kết quả chụp ĐMV và bước đầu áp dụng phương pháp nong, đặt stent điều trị bệnh ĐMV tại Bệnh viện TWQĐ 108. Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học. 2004, tr.145-154.
4. *Nguyễn Quang Tuấn*. Nghiên cứu hiệu quả của phương pháp can thiệp ĐMV qua da trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp. Luận án Tiến sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội. 2005, tr.62-65.
5. *Đỗ Xuân Thụ*. Nghiên cứu tình trạng hẹp động mạch thận ở BN có bệnh ĐMV. Luận văn Thạc sỹ Y học. Trường Đại học Y Hà Nội, 2006. tr.161-164.
6. *Phạm Mạnh Hùng et al*. Percutaneous transluminal septal myocardial ablation in hypertropic obstructive cardiomyopathy: immediate and six-month follow - up result in 10 patient. Asean Heart Journal. 2008, 17, pp.51-52.