

Liệu thời điểm phẫu thuật bắc cầu chủ vành có ảnh hưởng đến kết quả sớm ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên?

Does timing of coronary artery bypass surgery affect early outcomes in patients with non-ST-segment-elevation myocardial infarction?

Nguyễn Thái Minh^{1,2*},
Nguyễn Sinh Hiền^{1,2} và Đoàn Quốc Hưng^{2,3}

¹Bệnh viện Tim Hà Nội,
²Trường Đại học Y Hà Nội,
³Bệnh viện Quốc tế Vinmec Time City

Tóm tắt

Mục tiêu: Nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục đích xác định tác động của thời điểm bắc cầu chủ vành đến kết quả sớm ở nhóm người bệnh này. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu 307 người bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên được phẫu thuật bắc cầu chủ vành tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2022. Chia 3 nhóm: Nhóm A (mổ trong vòng 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng - 30 người bệnh), nhóm B (mổ trong vòng 24-72 giờ - 65 người bệnh), nhóm C (mổ sau 72 giờ - 212 người bệnh). Đánh giá yếu tố ảnh hưởng đến thời điểm bắc cầu chủ vành ở bệnh nhân NMCT cấp có ST không chênh lên qua tỷ lệ tử vong và biến chứng sớm trong giai đoạn nằm viện. **Kết quả:** Không có sự khác biệt về tuổi, giới, bệnh đi kèm giữa 3 nhóm. Nhóm B có nguy cơ cao với điểm Euroscore II cao nhất (10,05%). Tỷ lệ tử vong chung tại bệnh viện là 4,2%. Tỷ lệ này của 3 nhóm lần lượt là 6,67%, 7,7% và 2,8% nhưng không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 3 nhóm. Không có sự khác biệt về tỷ lệ mổ lại do chảy máu và thời gian nằm viện sau mổ giữa 3 nhóm. **Kết luận:** Thời điểm phẫu thuật bắc cầu chủ vành không ảnh hưởng đến kết quả sớm ở người bệnh nhồi máu cơ tim ST không chênh lên.

Từ khóa: Bắc cầu chủ vành, nhồi máu cơ tim cấp, nhồi máu cơ tim cấp ST không chênh lên.

Summary

Objective: Our study aimed to determine the impact of coronary artery bypass grafting (CABG) timing on early outcomes in patients with non-ST-segment-elevation myocardial infarction. **Subject and method:** A retrospective review of 307 patients with non-ST-elevation acute myocardial infarction undergoing coronary artery bypass graft surgery at Hanoi Heart Hospital (Hanoi, Vietnam) from January 1, 2020 to December 31, 2022. We divided these patients in 3 groups: Group A (CABG < 24 hours from symptom onset - 30 patients), Group B (24-72 hours - 65 patients), Group C (> 72 hours - 212 patients). The primary outcome variable was in-hospital mortality and the secondary outcome variables were in-hospital morbidity. **Result:** There was no difference in age, gender, comorbidities between the 3 groups. Group B had the high risk with the highest Euroscore II scores (10.05%). Overall In-hospital mortality was 4.2%. This rate of the 3 groups were 6.67%, 7.7% and 2.8%, respectively, but it did not differ statistically among the 3 groups. There was no difference in the rate of reoperation for bleeding and the duration of

Ngày nhận bài: 05/7/2024, ngày chấp nhận đăng: 17/8/2024

* Tác giả liên hệ: nguyenthaiminh@timhanoi.vn - Bệnh viện Tim Hà Nội

postoperative stay between the 3 groups. *Conclusion:* Timing of coronary artery bypass graft surgery did not affect early results in patients with non-ST-segment-elevation myocardial infarction.

Keywords: Coronary artery bypass grafting, acute myocardial infarction, non-ST-segment-elevation myocardial infarction.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành (ĐMV) vẫn là vấn đề thời sự, chiếm một phần lớn trong các nguyên nhân gây tử vong và gánh nặng cho ngành y tế trên thế giới¹.

Một trong những bệnh cảnh nghiêm trọng nhất của bệnh ĐMV là nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp, có thể gây tử vong hoặc ảnh hưởng nặng nề và lâu dài đến chức năng tim². Nhồi máu cơ tim cấp đặc trưng bởi hậu quả hoại tử tế bào cơ tim, có 2 thể là NMCT cấp ST chênh lên (ST elevation myocardial infarction- STEMI) chiếm 1/3 số trường hợp và NMCT cấp ST không chênh lên (Non ST elevation myocardial infarction- NSTEMI), với sự phân biệt dựa trên mức độ nghiêm trọng của triệu chứng, biểu hiện trên điện tâm đồ³.

Mặc dù bệnh nhân NSTEMI được điều trị phần lớn bằng can thiệp mạch vành qua da (CTĐMVQD-PCI), vai trò của phẫu thuật bắc cầu chủ vành (BCCV-CABG) vẫn có ở một số trường hợp nhất định. Bao gồm những người có các triệu chứng không đáp ứng với điều trị nội khoa, bệnh thân chung ĐMV, bệnh ba thân, giải phẫu mạch vành không phù hợp với can thiệp. Phẫu thuật bắc cầu chủ vành trong bối cảnh NMCT cấp là phẫu thuật có nguy cơ cao do tỷ lệ tử vong và biến chứng cao so với bệnh nhân bệnh ĐMV (ở trạng thái) ổn định⁴.

Một số nghiên cứu trước đây đã chỉ ra rằng tỷ lệ tử vong cao hơn ở nhóm BCCV sớm sau nhồi máu cơ tim^{5,6}. Do đó, nên trì hoãn phẫu thuật ở bệnh nhân NMCT cấp để giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác cho thấy thời điểm mổ không ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân STEMI hoặc NSTEMI^{7,8}. Các khuyến cáo thực hành gần đây cũng chưa đưa ra hướng dẫn nào về thời điểm mổ đối với nhóm NSTEMI.

Vì vậy, nghiên cứu này nhằm mục: *So sánh tỷ lệ tử vong trong bệnh viện và các biến chứng sớm sau mổ của các nhóm CABG ở những thời điểm khác nhau để*

xem thời điểm mổ nào là tối ưu cho bệnh nhân NSTEMI, giúp thực hành lâm sàng tốt hơn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

307 người bệnh NSTEMI được phẫu thuật CABG tại Bệnh viện Tim Hà Nội từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2022.

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả người bệnh được chẩn đoán NSTEMI có chỉ định được phẫu thuật CABG, trong đó có thể kèm sửa tổn thương van hai lá do thiếu máu cơ tim.

Tiêu chuẩn loại trừ: Những trường hợp CABG không sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, có biến chứng cơ học của NMCT (thủng vách liên thất, đứt dây chằng/cột cơ van hai lá, vỡ thất trái), thay van tim hoặc sửa tổn thương khác trong tim hoặc có phẫu thuật động mạch cảnh cùng thì.

2.2. Phương pháp

Nghiên cứu mô tả hồi cứu và tiến cứu. Chọn mẫu thuận tiện trong thời gian nghiên cứu, đáp ứng tiêu chuẩn lựa chọn và tiêu chuẩn loại trừ của nghiên cứu.

Số liệu được thu thập từ hồ sơ của người bệnh tại kho lưu trữ hồ sơ của Bệnh viện Tim Hà Nội với những trường hợp đã được phẫu thuật từ ngày 01/01/2020 đến ngày 31/12/2021. Từ ngày 01/01/2022 đến ngày 31/12/2022, khai thác bệnh sử trực tiếp, sử dụng các thông tin và xét nghiệm trực tiếp từ hồ sơ bệnh án, hoàn thành phiếu thu thập thông tin theo 1 mẫu thống nhất cả ở bệnh án hồi cứu và thu thập trực tiếp.

Chia 3 nhóm người bệnh dựa vào thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng đến khi mổ: Nhóm A (mổ trong vòng 24 giờ), nhóm B (mổ sau 24 giờ đến 72 giờ) và nhóm C (mổ sau 72 giờ).

Biến kết cục chính là tỷ lệ tử vong trong bệnh viện. Biến kết cục phụ bao gồm các biến chứng sớm

sau mổ (lượng máu mất qua dẫn lưu trong 24 giờ (ml), tỷ lệ chảy máu mổ lại, thời gian thở máy sau mổ (giờ), tỷ lệ viêm phổi, tỷ lệ rối loạn nhịp, đột quỵ não, suy thận...). Sử dụng kiểm định Kruskal Wallis và kiểm định Fisher để so sánh sự khác biệt giữa 3 nhóm về các yếu tố (lâm sàng, cận lâm sàng) trước mổ, trong mổ và sau mổ đến tỷ lệ tử vong bệnh viện và các biến chứng sớm sau mổ. Thang điểm Euroscore II tính toán bằng phần mềm trực tuyến (https://qxmd.com/calculate/calculator_285/euroscore-ii) được sử dụng là điểm số tổng hợp từ các yếu tố trước mổ để tiên đoán tỷ lệ tử vong trong bệnh viện. Cũng trong thang điểm này, mổ cấp cứu được định nghĩa là từ khi có quyết định mổ đến khi người bệnh được mổ trước ngày làm việc tiếp theo. Các biến liên tục được biểu diễn dưới dạng trung bình và độ lệch chuẩn, các biến rời rạc được biểu diễn dưới dạng phần trăm.

3.1. Đặc điểm trước mổ của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm trước mổ của người bệnh

Đặc điểm		Tổng (n = 307)	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 65)	Nhóm C (n = 212)	p
		Tỷ lệ (%) / Trung bình (Độ lệch)				
Nam giới		223 (72,6)	23 (76,7)	43 (66,2)	157 (74,1)	0,400
Nữ giới		84 (27,4)	7 (25,3)	22 (33,8)	55 (25,9)	
Tuổi trung bình		66,6 (8,8)	66,1 (11,1)	68,7 (8,7)	66,0 (8,4)	0,120 ^K
Đái tháo đường		118 (38,4)	11 (36,7)	20 (30,8)	87 (41,0)	0,323
Tăng huyết áp		235 (76,5)	22 (73,3)	48 (73,8)	165 (77,8)	0,729
Hút thuốc lá		118 (38,5)	15 (50,0)	23 (35,4)	80 (37,7)	0,156 ^F
Rối loạn mỡ máu		101 (32,9)	9 (30,0)	20 (30,8)	72 (33,96)	0,837
Mức lọc cầu thận (ml/phút)		63,2 (22,1)	62,7 (24,8)	61,2 (25,0)	63,9 (20,9)	0,493 ^K
Mổ cấp cứu		89 (29,0)	28 (93,3)	46 (70,8)	15 (7,1)	<0,001
Thuốc kháng tiểu cầu	Aspirin	293 (95,4)	29 (96,7)	61 (93,8)	203 (95,7)	0,822 ^F
	Plavix	134 (43,7)	18 (60,0)	33 (50,8)	83 (39,2)	0,042
	Birillinta	89 (29,0)	13 (43,3)	29 (44,6)	47 (22,2)	<0,001
Thở máy tới khi mổ		18 (5,9)	5 (16,7)	11 (16,9)	2 (0,94)	<0,001 ^F
Trợ tim, vận mạch hoặc hỗ trợ tuần hoàn cơ học trước mổ		16 (5,2)	2 (6,7)	13 (20,0)	1 (0,47)	<0,001 ^F
Euroscore II (%)		4,96 (7,5)	7,9 (8,9)	10,05 (11,3)	2,9 (4,4)	<0,001 ^K

K: Kiểm định Kruskal Wallis, F: Kiểm định Fisher chính xác

Bảng 1 cho thấy, các đối tượng trong 3 nhóm không có sự khác biệt về tuổi, giới, các bệnh lý đi kèm, tuy nhiên nhóm được mổ sau 3 ngày từ khi xuất hiện triệu chứng có tỷ lệ dùng các thuốc kháng tiểu cầu (plavix, brillinta) đến sát ngày mổ thấp hơn, tỷ lệ mổ trong tình trạng cấp cứu thấp hơn và chỉ số Euroscore II trung bình thấp hơn có ý nghĩa so với 2 nhóm còn lại.

Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập vào bệnh án nghiên cứu, sau đó nhập liệu vào phần mềm Redcap và xử lý bằng phần mềm SPSS.

2.3. Đạo đức trong nghiên cứu

Nghiên cứu đã được Hội đồng đạo đức của Bệnh viện Tim Hà Nội chấp thuận với Quyết định số 517/BVT-GCNHĐĐĐ ngày 15/02/2022. Hội đồng Đạo đức của Trường Đại học Y Hà Nội chấp thuận với Quyết định số 672/GCN-HĐĐĐNCYSH-ĐHYHN ngày 04/6/2022.

III. KẾT QUẢ

Tổng số 307 người bệnh trong nghiên cứu. Các đặc điểm người bệnh trước, trong và sau mổ được chia thành 3 nhóm theo thời điểm mổ, thể hiện trong 4 bảng và 1 hình dưới đây.

3.2. Các đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Bảng 2. Các đặc điểm cận lâm sàng trước mổ

Đặc điểm	Tổng (n = 307)	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 65)	Nhóm C (n = 212)	p
	Tỷ lệ (%) / Trung bình (Độ lệch)				
Thân chung hẹp > 50%	112 (36,5)	15 (50,0)	29 (44,6)	68 (32,1)	0,050
Tổn thương nặng 2 thân có ĐMLTT	20 (6,5)	5 (16,7)	2 (3,1)	13 (6,1)	0,051 ^F
Tổn thương nặng 3 thân	271 (88,3)	24 (80,0)	56 (86,2)	191 (90,1)	0,229
EF (%) theo Simpson	47,2 (13,8)	46,7 (12,9)	47,5 (12,6)	47,1 (14,4)	0,983 ^K
EF < 30%	34 (11,1)	3 (10,0)	5 (7,7)	26 (12,3)	0,578
Hở van hai lá vừa đến nhiều	75 (24,4)	10 (33,3)	17 (26,15)	48 (22,6)	0,415
Troponin-T lớn nhất trước mổ (ng/L)	954,7 (1877,9)	1350,8 (1987,02)	2090,2 (3226,9)	550,5 (910,9)	<0,001 ^K
CK-MB lớn nhất (nhất) trước mổ (U/L)	60,2 (91,1)	91,1 (78,9)	110,9 (132,4)	40,2 (67,3)	0,001 ^K
NT-proBNP lớn nhất trước mổ (pg/ml)	2832,9 (4997,7)	1718,9 (2144,5)	5052,6 (9335,4)	2310,04 (2680,9)	0,225 ^K

ĐMLTT: Động mạch liên thất trước, K: Kiểm định Kruskal Wallis, F: Kiểm định Fisher chính xác

Về một số đặc điểm cận lâm sàng trước mổ: 3 nhóm đều có đặc điểm tổn thương ĐMV, chức năng tâm thu thất trái như nhau. Mức độ hoại tử cơ tim thể hiện trên xét nghiệm hoá sinh (Troponin Ths, CK-MB đỉnh trước mổ) thấp hơn ở nhóm mổ sau 72 giờ.

3.3. Đặc điểm trong và sau mổ của người bệnh

Bảng 3. Đặc điểm trong và sau mổ của người bệnh

Đặc điểm		Tổng (n = 307)	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 65)	Nhóm C (n = 212)	p
		Tỷ lệ (%) / Trung bình (Độ lệch)				
Mạch ghép	ĐM ngực trong trái	294 (95,8)	29 (96,7)	58 (89,2)	207 (97,6)	0,016 ^F
	ĐM ngực trong phải	20 (6,5)	0	4 (6,2)	16 (7,6)	0,373 ^F
	ĐM quay	68 (22,2)	1 (3,33)	8 (12,3)	59 (27,8)	0,001
	TM hiển	292 (95,1)	29 (96,7)	62 (95,4)	201 (94,8)	1 ^F
Số cầu nối		3,55 (0,91)	3,3 (0,71)	3,4 (9,74)	3,6 (0,98)	0,136 ^K
Sửa van hai lá		26 (8,47)	0	4 (6,2)	22 (10,4)	0,121
Thời gian cấp động mạch chủ (phút)		70,8 (21,9)	57,3 (15,2)	67,5 (23,1)	73,8 (21,6)	<0,001 ^K

Đặc điểm	Tổng (n = 307)	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 65)	Nhóm C (n = 212)	p
	Tỷ lệ (%) / Trung bình (Độ lệch)				
Thời gian chạy máy (phút)	95,8 (26,9)	81,8 (18,8)	98,0 (29,4)	97,1 (26,7)	0,007 ^K
Dẫn lưu trung thất trong 24 giờ (ml)	384,2 (258,8)	344,6 (217,5)	504,4 (371,9)	352,9 (207,5)	0,006 ^K
Thời gian thở máy (giờ)	35,8 (51,4)	54,4 (104,9)	51,01 (63,4)	28,5 (30,4)	0,01 ^K
Thời gian điều trị sau mổ (ngày)	13,3 (17,02)	12,6 (6,2)	18,24 (34,8)	11,8 (6,2)	0,448 ^K

ĐM: Động mạch, TM: Tĩnh mạch, K: Kiểm định Kruskal Wallis, F: Kiểm định Fisher chính xác.

Bảng 3 thể hiện một số chỉ số trong và sau mổ của người bệnh. ĐM ngực trong trái và tĩnh mạch hiển là những mạch ghép được sử dụng phổ biến nhất. Số cầu nối trung bình tương đương giữa 3 nhóm. Thời gian liệt tim (cặp ĐMC) và thời gian chạy tuần hoàn ngoài cơ thể ngắn nhất ở nhóm mổ trong vòng 24 tiếng. Nhóm mổ từ 24 đến 72 giờ có lượng máu chảy sau mổ cao nhất, nhóm mổ sau 72 giờ có thời gian thở máy ngắn nhất. Các thông số khác tương đương giữa 3 nhóm.

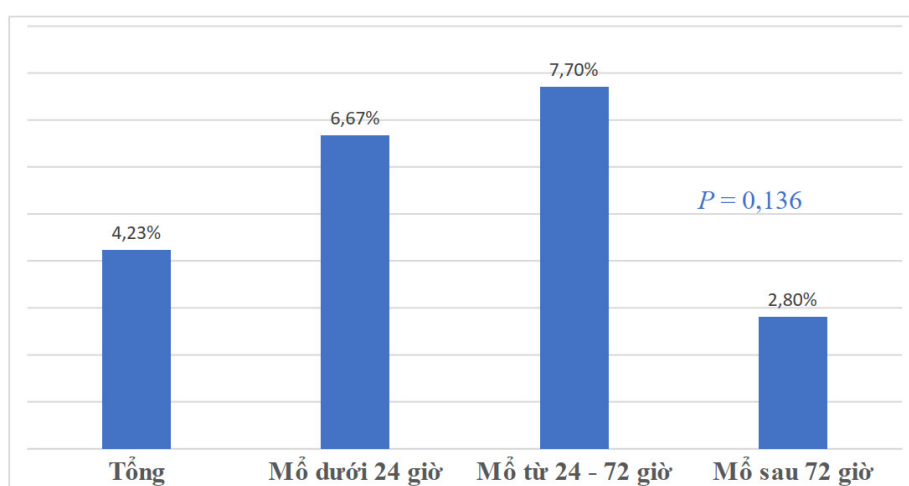
3.4. Các biến chứng sau mổ

Bảng 4. Các biến chứng sau mổ

Đặc điểm	Tổng (n = 307)	Nhóm A (n = 30)	Nhóm B (n = 65)	Nhóm C (n = 212)	p
	Tỷ lệ (%) / Trung bình (Độ lệch)				
Biến chứng*	79 (25,7)	12 (40,0)	21 (32,3)	46 (21,7)	0,039
IABP	10 (3,3)	1 (3,33)	5 (7,69)	4 (1,89)	0,052
ECMO	1 (0,33)	1 (3,33)	0	0	0,098
Đặt lại NKQ	11 (3,6)	2 (6,7)	2 (3,1)	7 (3,3)	0,539
Chảy máu mổ lại	4 (1,3)	0	2 (3,1)	2 (0,94)	0,365
Rung thất	8 (2,6)	1 (3,33)	3 (4,6)	4 (1,89)	0,407
Viêm đường hô hấp	67 (21,8)	10 (33,3)	17 (26,2)	40 (18,9)	0,127
Sốc nhiễm trùng	4 (1,3)	1 (3,33)	2 (3,1)	1 (0,47)	0,116
Loạn thần	21 (6,8)	4 (13,3)	7 (10,8)	10 (4,7)	0,047
Đột quy não	8 (2,61)	1 (3,33)	4 (6,15)	3 (1,42)	0,107
Suy thận cấp	18 (5,9)	3 (10,0)	5 (7,7)	10 (4,7)	0,281
Tắc mạch chi	5 (1,6)	1 (3,33)	3 (4,6)	1 (0,47)	0,051
Tắc mạch tạng	2 (0,65)	0	1 (1,54)	1 (0,47)	0,524
Nhiễm trùng vết mổ	12 (3,91)	2 (6,7)	2 (3,1)	8 (3,8)	0,649

IABP: Bóng đối xung động mạch chủ; ECMO: Thiết bị oxy hoá qua màng ngoài cơ thể; NKQ: Nội khí quản; NMN: Nhồi máu não; XHN: Xuất huyết não.

* Tỷ lệ người bệnh gặp ít nhất một biến chứng sau mổ.



Hình 1. Tỷ lệ tử vong giữa các nhóm

Có 13/307 người bệnh tử vong sau mổ, tỷ lệ tử vong chung là 4,23%, tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm mổ sau 72 giờ (Hình 1), tuy nhiên sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p=0,136$).

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ tử vong chung là 4,23%, tỷ lệ này có vẻ cao hơn trong 2 nhóm được mổ sớm (trong vòng 24 giờ (6,67%) và từ 24 đến 72 giờ (7,70%)) so với 2,8% ở nhóm mổ muộn sau 3 ngày. Tuy nhiên, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê (Hình 1). Khi sử dụng thang điểm Euroscore II là công cụ tiên lượng tỷ lệ tử vong trong 30 ngày cho thấy tỷ lệ ở toàn bộ nhóm, ở nhóm mổ dưới 24 giờ, ở nhóm từ 24-72 giờ và ở nhóm sau 72 giờ lần lượt là 4,96%, 7,9%, 10,05% và 2,9% (Bảng 1). Như vậy so với thang điểm Euroscore II dự báo, ở tất cả các nhóm đều cho thấy tỷ lệ tử vong thấp hơn mức dự báo.

Cho đến nay, thời điểm tối ưu của phẫu thuật ở người bệnh NMCT cấp chưa được khảo sát bằng một thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng, tuy nhiên, nhiều nghiên cứu quan sát, phân tích gộp đã được thực hiện. Nghiên cứu lớn nhất của Weiss⁹ và mới hơn của Nichols¹⁰ ghi nhận mối quan hệ hình chữ U giữa thời gian từ khi khởi phát nhồi máu tới khi mổ đến tỷ lệ tử vong. Các nghiên cứu cũng cho thấy tử vong cao nhất khi bệnh nhân được phẫu thuật vào ngày đầu tiên nhập viện, tương tự như tỷ lệ tử vong cao ở những bệnh nhân bị NMCT dưới 1 ngày¹¹. Khi

được chia thành thời điểm sớm (0 đến 2 ngày sau khi nhập viện) và muộn (từ 3 ngày sau khi nhập viện), thì vẫn có nhiều ca tử vong hơn xảy ra ở nhóm điều trị sớm⁹. Kết quả này cũng được Parikh công bố, tỷ lệ tử vong cao hơn khi mổ dưới 48 giờ so với sau 48 giờ với nhóm NMCT không ST chênh lên¹². Kết quả phân tích gộp năm 2014 cho thấy mổ sớm (trong vòng 24 hoặc 48 giờ) sau NMCT làm tăng tỷ lệ tử vong của bệnh nhân. Tuy nhiên, dữ liệu về bệnh nhân NSTEMI không đầy đủ¹³.

Những nghiên cứu gần đây lại nhận thấy không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong ở các thời điểm phẫu thuật khác nhau. Nichols khi so sánh tỷ lệ tử vong của nhóm mổ dưới 2 ngày và từ 3 đến 7 ngày lại cho biết không có sự khác biệt về tỷ lệ tử vong của 2 nhóm¹⁰. Davierwala không tìm thấy sự khác biệt về tỷ lệ tử vong khi nhập viện hoặc tỷ lệ sống sót lâu dài giữa các bệnh nhân NMCT ST không chênh lên được phẫu thuật trong vòng dưới 24 giờ, 24 đến 72 giờ hoặc sau 72 giờ đến 21 ngày⁸.

Cả 2 tác giả Nichols và Bianco đều kết luận, phẫu thuật sớm thậm chí trong nhóm bệnh nhân nguy cơ cao vẫn cho kết quả tốt với tỷ lệ tử vong trong bệnh viện rất thấp, do đó các tác giả cho rằng thời gian trì hoãn phẫu thuật không ảnh hưởng nhiều đến kết quả^{1, 10}. Một nghiên cứu phân tích gộp năm 2022 của Lang cho biết, nguy cơ phẫu thuật sớm thấy rõ ở nhóm NMCT cấp ST chênh lên, tác giả khuyến cáo phẫu thuật nên được trì hoãn càng lâu càng tốt ít nhất sau 24 giờ. Tuy nhiên, với NMCT ST

không chênh lên thì thời điểm mổ không ảnh hưởng đến tỷ lệ tử vong bệnh viện⁷.

Như vậy, kết quả trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương đồng với những tác giả gần đây về vấn đề thời điểm mổ không ảnh hưởng đến kết quả tử vong sớm trên nhóm đối tượng NMCT cấp ST không chênh lên.

Mặc (dù) có nhiều nghiên cứu về chủ đề này, nhưng câu trả lời vẫn không sáng tỏ. Thời điểm phẫu thuật bị nhiễu bởi rất nhiều yếu tố trong bản thân thiết kế nghiên cứu (chủ yếu là hồi cứu), số lượng mẫu, sự gộp hoặc chia tách hoặc không rõ ràng giữa các thể của NMCT (ST chênh lên hay không chênh lên), mức độ huỷ hoại cơ tim, sự loại bỏ những đối tượng nặng được phẫu thuật trong giai đoạn sớm (tối cấp cứu, có ngừng tuần hoàn...), hoặc những người tử vong trong quá trình chờ đợi. Và một điểm quan trọng nữa liên quan đến đạo đức nghiên cứu, đó là không thể chọn 1 nhóm đối chứng, ngẫu nhiên, do đó rất khó để xác định đâu là thời điểm lý tưởng^{5,11,10}. Một số tác giả đi đến kết luận rằng tình trạng lâm sàng quan trọng hơn thời điểm phẫu thuật¹⁴.

Đối với các biến chứng sớm sau mổ, có một số khác biệt giữa các thời điểm mổ.

Biến chứng liên quan đến chảy máu vẫn là vấn đề đáng quan tâm khi phẫu thuật sớm trên nhóm NNMCT cấp dưới ảnh hưởng của thuốc kháng tiểu cầu và thuốc chống đông. Lượng máu mất qua dẫn lưu ngày đầu tiên sau mổ trung bình trong nghiên cứu là 384,2ml, cao nhất ở nhóm mổ trong vòng từ 24 đến 72 giờ 504,4ml (Bảng 3), nhưng tỷ lệ người bệnh phải mổ lại vì chảy máu trong nhóm này chỉ 3,1% (Bảng 4) và không có sự khác biệt về tỷ lệ chảy máu mổ lại giữa 3 nhóm. Trong Bảng 1, 100% người bệnh được dùng aspirin đến ngày mổ, 43,7% có dùng Plavix và 29% dùng Brillinta, là nguyên nhân gây chảy máu sau mổ nhiều hơn ở nhóm bệnh NMCT cấp. Nghiên cứu của Davierwala, tỷ lệ chảy máu trong nhóm mổ từ 24 đến 72 giờ cũng cao nhất (3,1%) so với 2 nhóm còn lại. Bianco khi nghiên cứu sự khác nhau về kết quả phẫu thuật ở nhóm mổ trong vòng 24 giờ và sau 24 giờ, cho biết tỷ lệ chảy máu phải mổ lại trong nhóm sớm và muộn tương

ứng là 2,03% và 3,61%⁸. Như vậy, ngay cả khi mổ trong thời điểm thuốc kháng tiểu cầu đạt đỉnh tác dụng thì biến chứng do chảy máu ở mức chấp nhận được so với phẫu thuật ở bệnh mạch vành ổn định¹⁵.

Với các biến chứng khác, mặc dù tỷ lệ gặp ít nhất một biến chứng sau mổ cao nhất ở nhóm mổ trong vòng 24 giờ (40%) và thấp nhất trong nhóm mổ sau 3 ngày (21,7%) (Bảng 4), tuy nhiên hầu hết các biến chứng cụ thể không thấy sự khác biệt. Tuy nhiên tỷ lệ loạn thần có sự khác nhau, tỷ lệ này thấp nhất ở nhóm mổ muộn sau 3 ngày chiếm 4,7% (Bảng 4), thời gian thở máy sau mổ cũng thấp nhất ở nhóm mổ sau 72 giờ (Bảng 3). Ngoài ra, không có sự khác biệt về thời gian điều trị sau mổ giữa 3 nhóm.

V. KẾT LUẬN

Thời điểm phẫu thuật bắc cầu chủ vành không ảnh hưởng đến kết quả sớm ở người bệnh nhồi máu cơ tim cấp có ST không chênh lên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Vos T, Lim SS, Abbafati C et al (2020) *Global burden of 369 diseases and injuries in 204 countries and territories, 1990-2019: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019*. The Lancet. 396(10258): 1204-1222. doi:10.1016/S0140-6736(20)30925-9.
2. Mozaffarian D, Benjamin EJ, Go AS et al (2015) *Heart disease and stroke statistics 2015 update: A report from the American Heart Association*. Circulation 131(4): 29-322. doi:10.1161/CIR.000000000000152.
3. Joo JH, Liao JM, Bakaeen FG, Chu D (2018) *Surgical revascularization for acute coronary syndromes: A narrative review*. Vessel Plus 2(2): 2. doi:10.20517/2574-1209.2017.36.
4. Rastan AJ, Eckenstein JI, Hentschel B et al (2006) *Emergency coronary artery bypass graft surgery for acute coronary syndrome: beating heart versus conventional cardioplegic cardiac arrest strategies*. Circulation 114(1): 477-485. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.105.001545.
5. Caceres M, Weiman DS (2013) *Optimal timing of coronary artery bypass grafting in acute myocardial*

- infarction*. Ann Thorac Surg 95(1): 365-372. doi:10.1016/j.athoracsur.2012.07.018.
6. Parikh SV, de Lemos JA, Jessen ME et al (2010) *Timing of in-hospital coronary artery bypass graft surgery for non-ST-segment elevation myocardial infarction patients*. JACC: Cardiovascular Interventions. 3(4): 419-427. doi:10.1016/j.jcin.2010.01.012.
 7. Lang Q, Qin C, Meng W (2022) *Appropriate timing of coronary artery bypass graft surgery for acute myocardial infarction patients: A meta-analysis*. Front Cardiovasc Med. 9: 794925. doi:10.3389/fcvm.2022.794925.
 8. Davierwala PM, Verevkin A, Leontyev S, Misfeld M, Borger MA, Mohr FW (2015) *Does timing of coronary artery bypass surgery affect early and long-term outcomes in patients with non-st-segment-elevation myocardial infarction?* Circulation 132(8): 731-740. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.115.015279.
 9. Weiss ES, Chang DD, Joyce DL, Nwakanma LU, Yuh DD (2008) *Optimal timing of coronary artery bypass after acute myocardial infarction: A review of California discharge data*. J Thorac Cardiovasc Surg 135(3): 503-511, 511. 1-3. doi:10.1016/j.jtcvs.2007.10.042.
 10. Nichols EL, McCullough JN, Ross CS et al (2017) *Optimal timing from myocardial infarction to coronary artery bypass grafting on hospital mortality*. The Annals of Thoracic Surgery 103(1): 162-171. doi:10.1016/j.athoracsur.2016.05.116.
 11. Bianco V, Kilic A, Gleason TG et al (2021) *Timing of coronary artery bypass grafting after acute myocardial infarction may not influence mortality and readmissions*. J Thorac Cardiovasc Surg 161(6): 2056-2064.e4. doi:10.1016/j.jtcvs.2019.11.061.
 12. Parikh SV, de Lemos JA, Jessen ME et al (2010) *Timing of In-Hospital Coronary Artery Bypass Graft Surgery for Non-ST-Segment Elevation Myocardial Infarction Patients: Results From the National Cardiovascular Data Registry ACTION Registry-GWTG (Acute Coronary Treatment and Intervention Outcomes Network Registry-Get With The Guidelines)*. JACC: Cardiovascular Interventions 3(4): 419-427. doi:10.1016/j.jcin.2010.01.012.
 13. Chen HL, Liu K (2014) *Timing of coronary artery bypass graft surgery for acute myocardial infarction patients: A meta-analysis*. International Journal of Cardiology. 177(1): 53-56. doi:10.1016/j.ijcard.2014.09.127.
 14. Rohn V, Grus T, Belohlavek J, Horak J (2017) *Surgical revascularisation in the early phase of ST-segment elevation myocardial infarction: Haemodynamic status is more important than the timing of the operation*. Heart, Lung and Circulation. 26(12): 1323-1329. doi:10.1016/j.hlc.2017.01.009.
 15. Alghamdi AA, Moussa F, Fremes SE (2007) *Does the Use of Preoperative Aspirin Increase the Risk of Bleeding in Patients Undergoing Coronary Artery Bypass Grafting Surgery? Systematic Review and Meta-Analysis*. J Cardiac Surgery 22(3): 247-256. doi:10.1111/j.1540-8191.2007.00402.x.