

Kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu mạch vành trên bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn tính tại Bệnh viện thành phố Thủ Đức giai đoạn 2018 - 2023

Early outcomes of coronary artery bypass surgery in patients with chronic coronary artery disease at Thu Duc City Hospital in the period 2018 - 2023

Nguyễn Ngọc Tín¹, Nguyễn Kim Anh¹,
Vũ Trí Thanh¹ và Lâm Thảo Cường^{2*}

¹Bệnh viện Thành phố Thủ Đức,
²Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Tóm tắt

Mục tiêu: Mô tả kết quả sớm bao gồm đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước và trong phẫu thuật, các kết quả hậu phẫu, biến chứng chung và tử vong sớm trong viện. **Đối tượng và phương pháp:** Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức giai đoạn 2018 - 2023. Phương pháp nghiên cứu: Hồi cứu, mô tả loạt ca không đối chứng. **Kết quả:** 34 trường hợp trong nghiên cứu có tuổi trung bình là $66,7 \pm 7,2$ tuổi, nam chiếm 55,9%, độ tuổi < 70 chiếm 67,6%. Các bệnh nội khoa và yếu tố nguy cơ thường gặp là tăng huyết áp 79,4%, đái tháo đường chiếm 55,9%, rối loạn lipid máu chiếm 23,5%. Chức năng thất trái trước mổ EF trung bình $58,29 \pm 9,14\%$. Tổn thương ghi nhận 3 nhánh động mạch vành chiếm 70,6%, thân chung đi kèm khoảng 26,5%. Thời gian phẫu thuật trung bình là $291,8 \pm 88,0$ phút, ngắn nhất 200 phút, dài nhất là 560 phút. Số lượng cầu nối được thực hiện trung bình là $2,7 \pm 0,5$ cầu nối. Có 67,6% ca mổ được sử dụng 2 động mạch vú trong và 1 tĩnh mạch hiển lớn dùng làm cầu nối. Thời gian thở máy, thời gian nằm hồi sức, thời gian nằm viện sau mổ trung bình lần lượt là $19,1 \pm 27,3$ giờ (thở máy kéo dài chiếm 11,8%), $4,2 \pm 1,9$ ngày, $13 \pm 4,3$ ngày. Tỷ lệ tử vong thấp với 2,94% và bệnh nhân có sự cải thiện lâm sàng đau thắt ngực rõ rệt sau mổ 30 ngày. Tiền căn suy thận mạn tính trước phẫu thuật có ảnh hưởng đến tỷ lệ suy thận cấp sau mổ của bệnh nhân. **Kết luận:** Phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức bước đầu đã đạt được kết quả đáng mong đợi với tỷ lệ tử vong thấp.

Từ khóa: Phẫu thuật bắc cầu mạch vành, biến chứng sớm sau phẫu thuật, bệnh lý mạch vành mạn tính.

Summary

Objective: To describe the early outcomes including clinical and subclinical characteristics before and during surgery, postoperative results, general complications, and early in-hospital mortality. **Subject and method:** Patients indicated for coronary artery bypass grafting (CABG) at Thu Duc City Hospital from 2018 to 2023. Study method: A retrospective, descriptive case series without control group. **Result:** The study included 34 cases with an average age of 66.7 ± 7.2 years, with males accounting for 55.9%, and those under 70 years old making up 67.6%. Common medical conditions and risk factors included hypertension at 79.4%, diabetes at 55.9%, and dyslipidemia at 23.5%. The preoperative left ventricular

Ngày nhận bài: 04/9/2024, ngày chấp nhận đăng: 18/11/2024

* Tác giả liên hệ: lamthaocuong.md@gmail.com - Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

function had an average ejection fraction (EF) of $58.29 \pm 9.14\%$. Three-vessel coronary artery disease was recorded in 70.6% of cases, with left main disease accompanying in about 26.5%. The average surgery duration was 291.8 ± 88.0 minutes, with the shortest being 200 minutes and the longest 560 minutes. The average number of grafts performed was 2.7 ± 0.5 grafts. About 67.6% of the cases utilized 2 internal thoracic arteries and 1 great saphenous vein for grafting. The average duration of mechanical ventilation, ICU stay, and postoperative hospital stay were 19.1 ± 27.3 hours (with prolonged mechanical ventilation in 11.8% of cases), 4.2 ± 1.9 days, and 13 ± 4.3 days, respectively. There were a low mortality rate of 2.94% and significant clinical improvement in angina symptoms 30 days post-operation. A history of chronic kidney disease before surgery influenced the incidence of acute kidney injury after surgery. **Conclusion:** Coronary artery bypass surgery at Thu Duc City Hospital has initially achieved desirable outcomes with a low mortality rate.

Keywords: Coronary artery bypass surgery, early postoperative complications, chronic coronary artery disease.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh động mạch vành mạn tính (chronic coronary artery disease - CAD) là một trong những bệnh lý tim mạch phổ biến nhất trên toàn thế giới. Ước tính, bệnh động mạch vành là nguyên nhân của khoảng 16% tất cả các ca tử vong trên toàn cầu. Theo Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), ước tính có khoảng 126 triệu người (1,72% dân số thế giới) sống với bệnh mạch vành mạn tính. Điều trị bệnh động mạch vành mạn tính dựa trên các biện pháp điều trị các yếu tố nguy cơ tim mạch, điều trị nội khoa, điều trị can thiệp động mạch vành (ĐMV) qua ống thông và phẫu thuật bắc cầu nối mạch vành¹. Vấn đề đặt ra là lựa chọn phương pháp nào thích hợp cho người bệnh. Nghiên cứu SYNTAX cho thấy được phẫu thuật bắc cầu động mạch vành vẫn được coi là phương pháp điều trị tốt nhất ở nhóm bệnh nhân có điểm SYNTAX ≥ 33 , hẹp thân chung kèm với các nhánh mạch vành khác và đặc biệt ở bệnh nhân có bệnh 3 nhánh mạch vành có hoặc không kèm đái tháo đường nhằm mục đích: (1) Cải thiện triệu chứng; (2) Cải thiện tiên lượng sống còn²⁻⁵.

Tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức, việc triển khai mổ tim ở bệnh viện tuyến quận huyện đầu tiên của cả nước, từ năm 2018 cho đến nay với hơn 185 bệnh nhân mổ tim, đã gặt hái được những bước tiến ban đầu vững chắc. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: (1) Đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành; (2) Đánh giá lại kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại bệnh viện trong vòng 30 ngày. Kết quả được ghi nhận nhằm

mục đích có cái nhìn tổng quan về phẫu thuật bắc cầu mạch vành nói riêng và phẫu thuật tim nói chung tại bệnh viện trong giai đoạn 2018 - 2023.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP

2.1. Đối tượng

Tất cả các hồ sơ bệnh nhân có bệnh mạch vành mạn tính có chỉ định và được phẫu thuật bắc cầu mạch vành trong giai đoạn từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023, có đủ tiêu chuẩn sau:

Tiêu chuẩn chọn:

Tất cả các bệnh nhân không phân biệt tuổi, giới, có hẹp, tắc các thân ĐMV được chẩn đoán xác định và có chỉ định phẫu thuật CABG (sau khi chụp ĐMV và tính STS và điểm SYNTAX).

Bệnh nhân có/không tiền sử can thiệp động mạch vành qua da trước đó.

Bệnh nhân được phẫu thuật CABG với số cầu nối 1, 2 hoặc cả 3 cầu nối.

Bệnh nhân được phẫu thuật CABG phương pháp truyền thống: Sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể, cặp động mạch chủ, làm ngừng tim.

Tiêu chuẩn loại trừ:

Các bệnh nhân có chỉ định phẫu thuật bắc cầu mạch vành đi kèm với phẫu thuật khác: Thay van tim, thay động mạch chủ lên, thông liên thất, thông liên nhĩ, sửa van 2 lá, sửa van 3 lá ...

Các bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật tim hở trước đây: Thay van tim, phẫu thuật sửa chữa tim bẩm sinh, ...

Các bệnh nhân phẫu thuật bắc cầu mạch vành không theo phương pháp truyền thống: Phẫu thuật không dùng tuần hoàn ngoài cơ thể, bắc cầu mạch vành ít xâm lấn, ...

2.2. Phương pháp

Hồi cứu, mô tả loạt ca.

2.3. Đạo đức nghiên cứu

Được sự chấp thuận của Hội đồng Y đức trong nghiên cứu y sinh học Đại học Y dược Thành phố Hồ

Chí Minh. Số hiệu 322/HĐĐĐ-ĐHYD, ngày 22 tháng 02 năm 2024.

III. KẾT QUẢ

Từ tháng 1/2018 đến tháng 12/2023, chúng tôi ghi nhận được có 34 trường hợp tại Khoa Ngoại Lồng ngực - Mạch máu, Bệnh viện Thành phố Thủ Đức được phẫu thuật bắc cầu mạch vành thoả tiêu chuẩn được đưa vào nhóm nghiên cứu.

3.1. Đặc điểm trước phẫu thuật

Bảng 1. Đặc điểm các yếu tố nguy cơ trước phẫu thuật (n = 34)

Tuổi	66,7 ± 7,2
< 70 tuổi	67,65%
Nam	55,88%
Nữ	44,12%
BMI trong giới hạn bình thường	70,59%
Hút thuốc lá	38,23%
THA	79,41%
Đái tháo đường đang điều trị	55,88%
Rối loạn lipid máu	23,53%
Tiền sử nhồi máu cơ tim	41,16%
Tiền sử can thiệp mạch vành qua da	20,58%
Bệnh mạch máu ngoại biên	5,88%
Bệnh phổi mạn	38,23%
Bệnh thận mạn	5,88%

Bảng 2. Phân độ đau thắt ngực theo Hiệp hội Tim mạch Canada và phân độ suy tim theo chức năng của Hội Tim mạch New York (n = 34)

CCS	Tỷ lệ %	NYHA	Tỷ lệ %
I	0	1	0
II	32,35	2	20,58
III	52,94	3	76,47
IV	14,71	4	2,94

Bảng 3. Đặc điểm cận lâm sàng (n = 34)

Đặc điểm cận lâm sàng	Giá trị
Phân suất tổng máu trung bình trước mổ (EF%)	58,29 ± 9,14%
Tổn thương 3 nhánh mạch vành	70,59%
Tổn thương thân chung > 50% kết hợp các nhánh khác	26,47%
SYNTAX score	31,47 ± 2,99 Min - Max (23 - 37)

3.2. Đặc điểm trong phẫu thuật**Bảng 4. Đặc điểm thời gian trong phẫu thuật (n = 34)**

	Trung bình $\pm$ STD (phút)	Min - Max (phút)
Thời gian phẫu thuật (phút)	291,76 $\pm$ 88,02	200 - 560
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	68,50 $\pm$ 32,28	37 - 188
Thời gian chạy THNCT (phút)	$\pm$ 51,99	70 - 270

Bảng 5. Tỷ lệ số lượng cầu nối được thực hiện (n = 34)

Số cầu nối thực hiện	n	Tỷ lệ %
1	0	0
2	11	32,35
3	23	67,65
4	0	0
Tổng cộng	34	100
Trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn	2,68 $\pm$ 0,47	

Bảng 6. Tỷ lệ phần trăm vật liệu được sử dụng làm cầu nối (n = 34)

Vật liệu dùng làm cầu nối	n	Tỷ lệ %
3 động mạch	0	0
2 động mạch ngực trong	4	11,76
2 động mạch ngực trong và 1 tĩnh mạch hiển lớn	23	67,65
1 động mạch ngực trong trái và 1 tĩnh mạch hiển lớn	7	20,59
Tổng số	34	100

3.3. Kết quả hậu phẫu**Bảng 7. Đặc điểm thời gian sau phẫu thuật (n = 34)**

	Trung bình $\pm$ STD	Min - Max
Thời gian thở máy (giờ)	19,12 $\pm$ 27,27	6 - 168
Thời gian nằm ICU (ngày)	4,24 $\pm$ 1,91	1 - 10
Thời gian nằm viện (ngày)	13 $\pm$ 4,30	6 - 21

Bảng 8. Biến chứng sau phẫu thuật (n = 34)

Biến chứng sau phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Chảy máu phải mổ lại	0	0
Nhồi máu cơ tim sau mổ	1	2,94
Suy thận sau mổ	4	11,76
Tai biến mạch máu não	0	0
Viêm phổi	6	17,64
Thở máy kéo dài	4	11,76

Biến chứng sau phẫu thuật	n	Tỷ lệ %
Nhiễm trùng xương ức	0	0
Tràn khí màng phổi	9	26,47
Tràn dịch màng phổi	1	2,94
Tràn dịch màng ngoài tim	1	2,94
Tử vong	1	2,94

Bảng 9. Mối liên quan giữa tiền căn, YTNC trước phẫu thuật với tỷ lệ tử vong sau mổ và thở máy kéo dài sau mổ (n = 34)

Tiền căn	Đặc điểm	p-value*	
		Tử vong sớm	Thở máy > 24 giờ
Tuổi	Dưới 70	0,676	0,611
	Trên 70		
Giới tính	Nam	0,441	0,603
	Nữ		
EF < 50%		0,794	0,622
Hút thuốc lá	Có	0,618	0,627
	Không		
Tăng huyết áp	Có	0,206	0,180
	Không		
Đái tháo đường	Có	0,559	0,397
	Không		
Rối loạn lipid máu	Có	0,765	0,229
	Không		
NMCT	Có	0,588	0,551
	Không		
PCI trước mổ	Có	0,794	0,622
	Không		
Bệnh phổi mạn tính	Có	0,618	0,498
	Không		
Bệnh thận mạn	Có	0,941	0,775
	Không		

*Kiểm định chính xác Fisher

Bảng 10. Mối liên quan giữa bệnh phổi mạn tính và tỷ lệ viêm phổi bệnh viện (n = 34)

Bệnh phổi mạn tính	Không viêm phổi	Viêm phổi bệnh viện
Không	18 (85,71%)	3 (14,29%)
Có	10 (76,92%)	3 (23,08%)
p-value	0,653*	

*Kiểm định chính xác Fisher

Chúng tôi ghi nhận có 11,76% (n = 4) trường hợp có suy thận cấp sau mổ, trong đó có 2 trường hợp cần lọc máu. Phân tích thống kê cho thấy có sự liên quan giữa bệnh nhân có suy thận mạn trước phẫu thuật có nguy cơ suy thận sau mổ có ý nghĩa thống kê $p=0,011$.

Bảng 11. Mối liên quan giữa bệnh thận mạn và tỷ lệ suy thận cấp sau mổ (n = 34)

Bệnh thận mạn	Không suy thận sau mổ (n = 30)	Suy thận sau mổ (n = 4)
Không	30 (93,75%)	2 (6,25%)
Có	0	2 (100%)
p-value	0,011*	

*Kiểm định chính xác Fisher.

Không ghi nhận trường hợp nào chảy máu sau mổ phải mổ lại và nhiễm trùng xương ức.

Hầu hết các trường hợp được sử dụng 1 vận mạch sau mổ chiếm 50%, không sử dụng vận mạch chiếm 26,47%, còn lại là sử dụng 2 vận mạch liều thấp chiếm 20,59%, 1 trường hợp duy nhất sử dụng 3 vận mạch liều cao chiếm 2,94%.

100% các bệnh nhân sau phẫu thuật đều không còn đau ngực sau 30 ngày.

Tỷ lệ tử vong, nhồi máu cơ tim sau mổ chỉ có 1 trường hợp chiếm 2,94% do tắc cầu nối LCx, diễn tiến suy tim nặng phải đặt bóng đối xung, suy đa tạng cần lọc máu liên tục, thông khí kéo dài gây viêm phổi nhiễm trùng bệnh viện, bệnh nhân phụ thuộc vận mạch liều cao, diễn tiến nặng tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Nhóm nghiên cứu gồm 34 bệnh nhân bệnh ĐMV mạn tính được phẫu thuật CABG (tỷ lệ nam/nữ = 1,26/1) với độ tuổi trung bình là $66,7 \pm 7,2$ tuổi (thấp nhất là 53 tuổi, cao nhất là 78 tuổi). Nhóm tuổi dưới 70 tuổi chiếm đa số với tỷ lệ là 67,65%, nhóm trên 70 tuổi chiếm 32,35%. So sánh với các nghiên cứu của các tác giả khác, Nguyễn Văn Phan là $61,3 \pm 8,5$ tuổi, tác giả Văn Hùng Dũng $61 \pm 9,1$ tuổi, tác giả Nguyễn Công Hựu $65,34 \pm 7,65$ tuổi, độ tuổi trung bình là khá tương đồng, phù hợp với bệnh mạch vành chủ yếu xuất hiện và được phát hiện ở người lớn tuổi (đồng thời cũng đi kèm với các tình trạng tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu,...). Tuổi của bệnh nhân cũng là một yếu tố tiên lượng sau phẫu thuật, theo đánh giá nguy cơ phẫu thuật với thang điểm EuroSCORE thì tuổi tỷ lệ thuận với mức độ nguy cơ⁶⁻⁹.

Đặc điểm cận lâm sàng ghi nhận tổn thương 3 nhánh mạch vành ở nhóm đối tượng nghiên cứu lên đến 70,59%, trong đó có tổn thương thân chung đi kèm lên đến 26,47%, điểm SYNTAX score ở nhóm đối tượng trung bình $31,47 \pm 2,99$. Nhiều nghiên cứu cho thấy có sự ưu thế của CABG so với PCI trong điều trị các bệnh nhân có tổn thương 3 nhánh mạch vành, đặc biệt ở nhóm đối tượng có hẹp thân chung đi kèm¹⁻⁵. Vì thế sau khi bệnh nhân được chụp mạch vành, tính điểm SYNTAX phân tầng nguy cơ, hội chẩn Heart team đưa ra hướng can thiệp CABG là tối ưu cho bệnh nhân phù hợp với các nghiên cứu của thế giới.

Vấn đề lựa chọn mạch máu làm cầu nối, việc nối động mạch ngực trong trái vào động mạch xuống trước trái kèm với các cầu nối bổ sung bằng tĩnh mạch hiển trong được xem là phương pháp bắc cầu nối kinh điển. Theo khuyến cáo của Trường môn Tim Mạch/ Hội Tim Mỹ 2004¹⁰, động mạch ngực trong trái phải được sử dụng và ưu tiên tái tưới máu cho nhánh trái trước xuống. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận việc sử dụng động mạch ngực trong trái với tỷ lệ là 100% và ưu tiên nối vào động mạch xuống trước trái. Bên cạnh đó, số lượng cầu nối trung bình thực hiện là $2,68 \pm 0,47$, đa số là 3 cầu nối, chúng tôi cũng sử dụng 2 động mạch ngực trong và 1 tĩnh mạch hiển lớn để thực hiện. Các loại mạch máu này là dễ tiếp cận. So sánh với nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phan, số cầu nối trung bình $3,2 \pm 0,7$, trung vị = 3 cũng có tỷ lệ sử dụng tĩnh mạch hiển là 95,8%⁷, nghiên cứu của chúng tôi cũng khá tương đồng, tỷ lệ sử dụng tĩnh mạch hiển là 88,24%. Nhiều nghiên cứu cho thấy tĩnh mạch hiển

lớn tuy có nhược điểm lớn với nguy cơ tắc hẹp miệng nối sau 5 năm lên đến 25 - 30%^{8, 10}, nhưng chúng tôi vẫn ưu tiên tiếp cận tĩnh mạch hiển vì nông và dễ phẫu tích trong giai đoạn đầu triển khai phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại bệnh viện.

Tổn thương thận cấp tính (AKI) là một biến chứng thường gặp sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành và làm tăng nguy cơ mắc bệnh và tử vong ngắn hạn và dài hạn¹¹. Trong nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phan ghi nhận nhóm suy thận cấp sau mổ có độ tuổi trung bình cao hơn nhóm không suy thận có ý nghĩa thống kê $p=0,001^7$. Một nghiên cứu với hơn 29330 bệnh nhân đã trải qua phẫu thuật bắc cầu động mạch vành đơn độc đầu tiên từ năm 2000 đến năm 2008 tại Thụy Điển Trong thời gian theo dõi trung bình 4,3 năm, có 123 bệnh nhân phát triển ESRD¹². Nghiên cứu đã tính toán nguy cơ tương đối đối với ESRD ở bệnh nhân mắc AKI giai đoạn 1 và 2-3 so với bệnh nhân không có AKI và kiểm soát sự khác biệt về đặc điểm cơ bản, bao gồm cả chức năng thận trước phẫu thuật. Có nguy cơ mắc ESRD tăng gần gấp 3 lần (tỷ lệ rủi ro 2,96; khoảng tin cậy 95%, 1,92-4,58) đối với bệnh nhân mắc AKI giai đoạn 1 và gần gấp 4 lần (tỷ lệ rủi ro 3,77; khoảng tin cậy 95%, 2,14-6,64) tăng nguy cơ ở bệnh nhân AKI giai đoạn 2-3. Tổn thương thận cấp sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành có liên quan đến sự gia tăng đáng kể nguy cơ mắc ESRD về lâu dài¹². Đối với trường hợp nhóm bệnh nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy thận cấp sau mổ lên đến 11,76% ($n=4$), 2 trong đó cần lọc máu, trong đó có 1 trường hợp nặng diễn tiến tử vong. Tỷ lệ này là cao hơn nhiều so với các nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Phan 5,6% và Nguyễn Công Hựu 5,34%^{7, 9}. Tuy nhiên do cỡ mẫu nhỏ, vẫn chưa ghi nhận được mối liên quan giữa độ tuổi, giới tính với tình trạng suy thận cấp sau mổ của bệnh nhân, thay vào đó chúng tôi ghi nhận có sự liên quan ở nhóm các bệnh nhân có bệnh thận mạn trước mổ thì nguy cơ suy thận cấp sau mổ có ý nghĩa thống kê với giá trị $p=0,011$. Chúng tôi tin rằng những bệnh nhân bị tổn thương thận cấp tính (AKI) sau phẫu thuật bắc cầu động mạch vành nên được theo dõi chặt chẽ hơn về chức năng thận và các biện pháp bảo vệ thận như kiểm

soát huyết áp tối ưu, điều trị bằng thuốc ức chế men chuyển angiotensin hoặc thuốc chẹn thụ thể angiotensin nên được áp dụng sớm để ngăn ngừa hoặc trì hoãn việc cần thiết phải thay thế thận¹³.

Tử vong sau mổ phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: Đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật, kinh nghiệm và khả năng của đội ngũ phẫu thuật và cả ekip gây mê hồi sức trước trong và sau mổ; điều kiện cơ sở vật chất, phương tiện và trang thiết bị phục vụ cho phẫu thuật và hồi sức sau mổ. Chính vì thế tỷ lệ tử vong ở các nhóm nghiên cứu là tương đối rất khác nhau. Tỷ lệ tử vong trong nhóm nghiên cứu chúng tôi là tương đối thấp 2,94%, nhưng vì chỉ ghi nhận 1 trường hợp trong 34 bệnh nhân, các bệnh nhân đều được lựa chọn bệnh kỹ từ đầu vào, nên số liệu là tương đối ít để thể hiện được các yếu tố liên quan.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu với nhóm đối tượng gồm 34 bệnh nhân có chỉ định được phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Thành Phố Thủ Đức từ tháng 01/2018 đến tháng 12/2023, chúng tôi ghi nhận được những kết quả như sau:

Phẫu thuật bắc cầu mạch vành tại Bệnh viện Thành phố Thủ Đức bước đầu đã đạt được kết quả đáng mong đợi với tỷ lệ tử vong thấp 2,94% và có sự cải thiện lâm sàng đau thắt ngực rõ rệt sau mổ của bệnh nhân trong vòng 30 ngày.

Tiền căn suy thận mạn tính trước phẫu thuật có ảnh hưởng đến tỷ lệ suy thận cấp sau mổ.

Còn nhiều hạn chế:

Cỡ mẫu còn nhỏ, việc thu thập số liệu hồi cứu chưa ghi nhận được các biến chứng khác sau phẫu thuật (rối loạn đông máu, tai biến mạch máu não,...). Bên cạnh đó cũng chưa ghi nhận được các mối tương quan có ý nghĩa giữa các yếu tố nguy cơ (tuổi, giới tính, tăng huyết áp, đái tháo đường, nhồi máu cơ tim trước mổ, ...) với tử vong trong 30 ngày.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Serruys PW, Morice MC, Kappetein AP, Colombo A, Holmes DR, Mack MJ, Stähle E, Feldman TE, van den Brand M, Bass EJ, Van Dyck N, Leadley K, Dawkins KD, Mohr FW; SYNTAX Investigators

- (2009) *Percutaneous Coronary Intervention versus Coronary-Artery Bypass Grafting for Severe Coronary Artery Disease*. *N Engl J Med* (360): 961-972.
2. Mohr FW, Morice MC, Kappetein AP et al (2013) *Coronary artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention in patients with three-vessel disease and left main coronary disease: 5-year follow-up of the randomised, clinical SYNTAX trial*. *Lancet* 381(9867): 629-638.
 3. Head SJ, Davierwala PM, Serruys PW et al (2014) *Coronary artery bypass grafting vs. percutaneous coronary intervention for patients with three-vessel disease: final five-year follow-up of the SYNTAX trial*. *Eur Heart J* 35(40): 2821-2830.
 4. Kimura T, Morimoto TY, Furukawa Y et al (2008) *Long-term outcomes of coronary-artery bypass graft surgery versus percutaneous coronary intervention for multivessel coronary artery disease in the bare-metal stent era*. *Circulation* 118(14): 199-209.
 5. Farkouh ME, Domanski M, Sleeper LA et al (2012) *Strategies for multivessel revascularization in patients with diabetes*. *N Engl J Med* 367(25): 2375-2384.
 6. Nguyễn Hoàng Định (2011) *Nghiên cứu hiệu quả sử dụng động mạch ngực trong trái trong phẫu thuật bắc cầu chủ vành*. Luận án tiến sĩ Y học - Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.
 7. Nguyễn Văn Phan (2014) *Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật bắc cầu động mạch ở bệnh nhân tổn thương 3 nhánh động mạch vành*. Tạp chí Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Việt Nam, số 6-tháng 2/2014, tr. 47-58.
 8. Văn Hùng Dũng (2010) *Bắc cầu chủ-vành sử dụng toàn bộ cầu nối là động mạch*. Chuyên đề tim mạch học, số 9, tr. 13- 17.
 9. Nguyễn Công Hựu (2018) *Nghiên cứu phẫu thuật bắc cầu chủ-vành ở bệnh nhân hẹp ba thân động mạch vành tại Trung tâm Tim mạch Bệnh viện E*. Luận án tiến sĩ Y học, Trường đại học Y Hà Nội.
 10. Eagle KA, Guyton RA, Davidoff R, Edwards FH, Ewy GA, Gardner TJ, Hart JC, Herrmann HC, Hillis LD, Hutter AM Jr, Lytle BW, Marlow RA, Nugent WC, Orszulak TA; American College of Cardiology; American Heart Association (2004) *ACC/AHA 2004 guideline update for coronary artery bypass graft surgery: a report of the American College of Cardiology/American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee to Update the 1999 Guidelines for Coronary Artery Bypass Graft Surgery)*. *Circulation* 110(14):e340-437. Erratum in: *Circulation* 111(15):2014.
 11. Kwon JT, Jung TE, Lee DH (2019) *Predictive risk factors of acute kidney injury after on-pump coronary artery bypass grafting*. *Ann Transl Med* 7(3): 44. doi: 10.21037/atm.2018.12.61.
 12. Rydén L, Sartipy U, Evans M, Holzmänn MJ (2014) *Acute kidney injury after coronary artery bypass grafting and long-term risk of end-stage renal disease*. *Circulation* 130(23):2005-2011. doi: 10.1161/CIRCULATIONAHA.114.010622.