

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích

Research for clinical and subclinical characteristics in patients of ischemic heart disease with indications for cardiac shock wave therapy

Lê Duy Thành, Phạm Thái Giang,
Phạm Nguyên Sơn, Vũ Điện Biên

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Mục tiêu: Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang trên 50 bệnh nhân có bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích được điều trị nội trú tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2020. Tất cả bệnh nhân được khám lâm sàng, xét nghiệm cận lâm sàng, tìm hiểu các yếu tố nguy cơ. **Kết quả:** Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $71,32 \pm 10,5$ năm; nam (78%). Các yếu tố nguy cơ chính tuổi cao (tuổi ≥ 65) 84%, rối loạn lipid máu 96%, tăng huyết áp 100%, tỷ lệ hút thuốc lá 70%, và đái tháo đường 38%. Tỷ lệ phân độ đau ngực lần lượt CCS 2 (28%); CCS 3 (66%); CCS 4 (6%). Tỷ lệ suy tim (64%), trong đó NYHA II chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%). Số lượng bệnh nhân không can thiệp là (30%), có PCI (56%), có CABG (12%). Phân số tổng máu trung bình EF $55,7 \pm 16,2\%$ (EF theo Simpson's $43,3 \pm 12\%$), điểm vận động thành (WMSI) $1,49 \pm 0,22$. Sức căng chiều dọc trung bình (GLS) $-9,8 \pm 2,68$. Tỷ lệ giảm vận động thành thất chiếm 98%. Tổn thương nhiều nhánh ĐMV (96%). Mức độ hẹp nặng nhiều động mạch vành (58%). Tỷ lệ khuyết xạ kết hợp (100%), khuyết xạ mức độ nặng (52%) và khuyết xạ diện rộng (58%). **Kết luận:** Bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích thường lớn tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ, tổn thương động mạch vành nhiều và phức tạp, mức độ khuyết xạ nặng và rộng.

Từ khóa: Bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính, liệu pháp sóng xung kích tim.

Summary

Objective: To investigate the clinical and subclinical characteristics in patients of ischemic heart disease with indications for cardiac shock wave therapy at Internal Cardiology Department of the 108 Military Central Hospital. **Subject and method:** This is a prospective, cross-sectional study on 50 patients with ischemic heart disease with

Ngày nhận bài: 7/9/2021, ngày chấp nhận đăng: 20/9/2021

Người phản hồi: Phạm Thái Giang, Email: giangpt108@yahoo.com.vn - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

indications for cardiac shock wave therapy managed at Internal Cardiology Department of the 108 Military Central Hospital from January 2017 to January 2020. All patients were performed clinical examination and laboratory tests, learn risk factors onset. *Result:* The average age of the study group was 71.32 ± 10.5 years, men accounted for 78%. The main risk factors were advanced age (age ≥ 65) 84%, dyslipidemia (96%), hypertension (100%), smoking prevalence (70%), and diabetes (38%). The rate of chest pain grade of CCS 1, respectively, was (2%), CCS 2 (26%), CCS 3 (66%), CCS 4 (6%). The rate of heart failure (64%), in which NYHA II accounted for the highest rate (51.9%). Ejection fraction's $55.7 \pm 16.2\%$ (EF Simpson's $43.3 \pm 12\%$), wall motion septal index (WMSI) 1.49 ± 0.22 ; global longitudinal strain (GLS) -9.8 ± 2.68 . The rate of hypokinesia accounted for the highest rate (98%). Akinesia (8%), dyskinesia (2%), aneurysm (14%). The number of patients without intervention was (30%), with PCI (56%), with CABG (12%). There was 1 patient (2%) with both PCI and CABG. Damage to multiple branches of coronary artery (96%). Severe severity of multiple coronary artery stenosis (58%). The percentage of combined perfusion defect accounted for (100%), severe perfusion defects (52%) and large perfusion defect (58%). *Conclusion:* Patients with chronic ischemic heart disease with indications for cardiac shock wave therapy are often older, have many risk factors. Coronary artery lesions are many and complicated, and the degree of perfusion defect is severe and extensive.

Keywords: Ischemic heart disease (IHD), cardiac shock wave therapy.

1. Đặt vấn đề

Bệnh thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính (TMCTCBMT) là bệnh thường gặp ở các nước phát triển và xu hướng ngày càng gia tăng ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. Theo ESC 2013 bệnh TMCTCBMT là bệnh lý liên quan đến sự ổn định tương đối của mảng xơ vữa động mạch vành (ĐMV), khi không có sự nứt vỡ đột ngột hoặc sau giai đoạn cấp hoặc sau khi đã được can thiệp/phẫu thuật. Khi mảng xơ vữa tiến triển dần gây hẹp lòng ĐMV một cách đáng kể (hẹp trên 70% đường kính lòng mạch) thì có thể gây ra triệu chứng, điển hình nhất là đau thắt ngực khi bệnh nhân gắng sức và đỡ khi nghỉ [6]. Hiện nay, có 3 phương pháp điều trị bệnh TMCTCBMT gồm: Điều trị nội khoa, mổ bắc cầu chủ vành (CABG) và can thiệp ĐMV qua da (PCI). Mục đích của các

phương pháp này là loại bỏ đau ngực, giảm được tỷ lệ phải nhập viện, phục hồi lại hoạt động bình thường của bệnh nhân và giảm tỷ lệ tử vong. Tuy nhiên vẫn có một tỷ lệ lớn bệnh nhân vẫn còn triệu chứng đau ngực dai dẳng sau khi tái thông ĐMV bằng PCI hoặc CABG mặc dù đã được điều trị nội khoa tối ưu. Tại châu Âu tỷ lệ bệnh nhân (BN) vẫn còn đau ngực sau PCI khoảng 26% và sau CABG khoảng 30% [3]. Ngoài ra, có những trường hợp không thể tái thông ĐMV (do bệnh nhân từ chối, già yếu, mắc nhiều bệnh nặng phối hợp, mạch vành nhỏ xoắn vặn, vôi hóa nhiều không phù hợp tái thông...), đã được điều trị nội khoa tối ưu nhưng vẫn còn xuất hiện đau ngực. Gần đây, ngoài các phương pháp điều trị truyền thống còn có các phương pháp khác, đặc biệt là điều trị bằng sóng xung kích đã giúp cải thiện triệu chứng và khả năng gắng sức ở những bệnh nhân này.

Theo hướng dẫn Operating Manual của Medispec, Hoa Kỳ 2006 chỉ định điều trị sóng xung kích cho những bệnh nhân có bệnh TMCTCBMT không phù hợp cho tái thông bằng PCI hoặc CABG, bệnh nhân vẫn còn đau ngực mặc dù đã được tái thông bằng PCI hoặc CABG và được điều trị nội khoa tối ưu. Vì vậy, chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: *Đánh giá một số đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích.*

2. Đối tượng và phương pháp

2.1. Đối tượng

Gồm 50 BN được chẩn đoán xác định bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính có đau ngực dai dẳng, điều trị nội trú tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 từ tháng 1/2017 đến tháng 1/2020.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân

Bệnh nhân TMCT cục bộ mạn tính không phù hợp với PCI hoặc CABG mặc dù đã được điều trị nội khoa tối ưu nhưng vẫn còn đau ngực.

Bệnh nhân còn đau ngực sau khi đã tái thông ĐMV bằng can thiệp hoặc phẫu thuật bắc cầu và được điều trị nội khoa tối ưu.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia vào nghiên cứu.

2.2. Phương pháp

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu tiến cứu mô tả cắt ngang.

Các bước tiến hành nghiên cứu

Khai thác tiền sử, bệnh sử.

Khám lâm sàng (tuổi giới, phân độ mức độ đau ngực theo CCS).

Làm các xét nghiệm cận lâm sàng thường quy, điện tim, siêu âm tim, xạ hình tưới máu cơ tim, chụp động mạch vành.

2.3. Xử lý số liệu

Các biến số định tính, tính tỷ lệ phần trăm (%). Các biến liên tục có phân phối chuẩn được tính trung bình và độ lệch chuẩn. Các số liệu thu thập được xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0.

3. Kết quả

Bảng 1. Đặc điểm giới, tuổi của đối tượng nghiên cứu

Giới, tuổi (năm)	Nhóm nghiên cứu (n = 50)	
	Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Nam giới	39	78,0
Nữ giới	11	22,0
Tuổi nhỏ nhất/lớn nhất	62 - 89	
Tuổi trung bình (năm)	71,32 ± 10,53	

Nhận xét: Nhóm nghiên cứu có tỷ lệ nam giới (78%) cao hơn so với nữ giới (22%), tỷ lệ nam/nữ là 3,5. Tuổi trung bình là: 71,32 ± 10,53 tuổi.

Bảng 2. Các yếu tố nguy cơ của nhóm nghiên cứu

Yếu tố nguy cơ	Số bệnh nhân (n = 50)	Tỷ lệ %
Tuổi ≥ 65	42	84,0
Nam giới	39	78,0
BMI (kg/m ²) ≥ 25	22	44,0
Tăng huyết áp	50	100,0
Hút thuốc lá	35	70,0
Rối loạn lipid máu	48	96,0
Đái tháo đường	19	38,0
≥ 5 yếu tố nguy cơ	36	72,0

Nhận xét: Độ tuổi cao (tuổi ≥ 65), tỷ lệ nam giới chiếm đa số. Tỷ lệ tăng huyết áp 100%, rối loạn lipid máu 96%, hút thuốc lá chiếm đến 70%.

3.2. Đặc điểm lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 3. Đặc điểm đau ngực của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm đau ngực	Số bệnh nhân (n = 50)	Tỷ lệ %
CCS 2	14	28,0
CCS 3	33	66,0
CCS 4	3	6,0

Nhận xét: Nhóm bệnh nhân nghiên cứu đa số có CCS độ 3 chiếm tỷ lệ cao nhất 66%, nhóm CCS 2 chiếm tỷ lệ 28%, CCS 4 chiếm tỷ lệ 8%.

Bảng 4. Đặc điểm tỷ lệ suy tim của nhóm nghiên cứu

Tỷ lệ suy tim		Nhóm nghiên cứu (n = 50)	
		Số lượng (n)	Tỷ lệ %
Không có suy tim		23	46,0
Suy tim	NYHA I	02	4,0
	NYHA II	14	28,0
	NYHA III	11	12,0
	NYHA IV	0	0

Nhận xét: Tỷ lệ không có suy tim (46%). Trong nhóm nghiên cứu tỷ lệ NYHA II có tỷ lệ nhiều nhất là 28%, thấp nhất là NYHA I (4%).

3.3. Một số đặc điểm cận lâm sàng của các bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 5. Một số chỉ số xét nghiệm máu của đối tượng nghiên cứu

Chỉ số	Trung bình ($\bar{X} \pm SD$)	Khoảng giá trị
Glucose (mmol/l)	6,5 $\pm$ 2,3	5,6 - 15,6
Ure (mmol/l)	7,1 $\pm$ 2,5	3,27 - 15,1
Creatinin (μ mol/l)	94,7 $\pm$ 24,6	51 - 164
GOT (U/L)	31,36 $\pm$ 15,54	10 - 76
GPT (U/L)	28,5 $\pm$ 16,9	10 - 98
Cholesterol (mmol/l)	4,52 $\pm$ 1,63	3,75 - 5,8
Triglycerid (mmol/l)	2,56 $\pm$ 1,92	1,2 - 3,6
HDL-C (mmol/l)	1,01 $\pm$ 0,24	0,8 - 1,4
LDL-C (mmol/l)	2,67 $\pm$ 0,90	1,6 - 3,5
CKMB (ng/ml)	2,7 $\pm$ 1,7	0,37 - 7,50
TnT-hs (ng/ml)	0,048 $\pm$ 0,2	0,004 - 1,32
Pro-BNP (pg/ml)	994,99 $\pm$ 1708,4	12,79 - 8360

Nhận xét: Xét nghiệm ure, creatinin, GOT, GPT, men tim trong giới hạn bình thường.

Bảng 6. Một số đặc điểm về điện tim của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm điện tim		n	Tỷ lệ %
Không có biểu hiện TMCT		4	8
Có biểu hiện TMCT	Có biến đổi đoạn ST	15	30
	Sóng Q	23	46
	Sóng T âm	8	16

Nhận xét: Tỷ lệ không có biểu hiện TMCT trên điện tâm đồ (8%). Tỷ lệ có hình ảnh điện tâm đồ của NMCT cũ là 46%.

Bảng 7. Đặc điểm hình thái và chức năng tim trên siêu âm của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm hình thái và chức năng tim	Nhóm nghiên cứu ($\bar{X} \pm SD$)	Khoảng giá trị
Dd (mm)	50,62 $\pm$ 7,87	38 - 69
Ds (mm)	35,62 $\pm$ 9,42	19 - 60
FS (%)	30,98 $\pm$ 10,74	12 - 53
EF (%)	55,70 $\pm$ 16,22	24 - 81
EF Simpson (%)	43,26 $\pm$ 11,99	22 - 69
Điểm vận động thành (WMSI)	1,49 $\pm$ 0,22	1 - 2,56
GLS (-%)	-9,79 $\pm$ 2,68	-13,9 - 3,4

Nhận xét: Phân xuất tổng máu EF 55,7%, EF theo Simpson 43,3%. WMSI $1,49 \pm 0,22$. Chỉ số sức căng chiều dọc cơ tim: $-9,79 \pm 2,68$.

Bảng 8. Đặc điểm về rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim

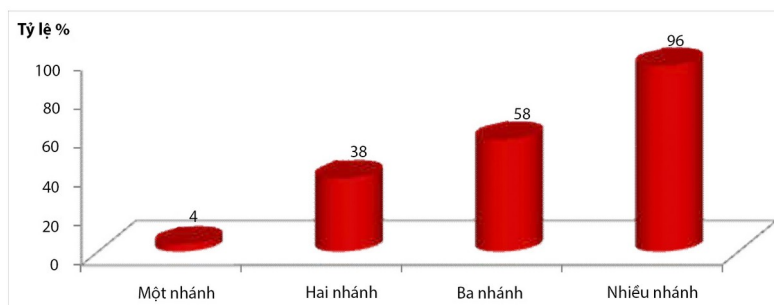
Đặc điểm rối loạn vận động	Số lượng (n = 50)	Tỷ lệ %
Không có rối loạn vận động	0	0
Giảm vận động	49	98,0
Mất vận động	4	8,0
Vận động nghịch thường	1	2,0
Phình thành tim	7	14,0

Nhận xét: Trong các rối loạn vận động vùng thì giảm vận động là có tỷ lệ cao nhất 98%, mất vận động 8%, phình thành tim có 7 BN (14%).

Bảng 9. Đặc điểm tái thông động mạch vành của nhóm nghiên cứu

Đặc điểm can thiệp ĐMV		Tỷ lệ (n, %)
Không tái thông động mạch vành		15 30,0
Có tái thông động mạch vành		35 70,0
Trong đó	PCI	28 56,0
	CABG	6 12,0
	PCI + CABG	1 2,0

Nhận xét: Không tái thông ĐMV (30%), có tái thông ĐMV (70%). Bệnh nhân có PCI, CABG và kết hợp vừa PCI và CABG lần lượt là: 56%, 12% và 2%.



Biểu đồ 1. Đặc điểm tổn thương ĐMV ở nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Tỷ lệ BN có tổn thương nhiều nhánh ĐMV (96%).

Bảng 10. Mức độ tổn thương hẹp động mạch vành

Mức độ hẹp		Tổng (n = 50)	
		n	Tỷ lệ %
RCA	Hẹp 50 - 74%	6	12,0
	Hẹp $\geq 75\%$	27	54,0
LM	Hẹp 50 - 74%	3	6,0
	Hẹp $\geq 75\%$	1	2,0
LAD	Hẹp 50 - 74%	4	8,0

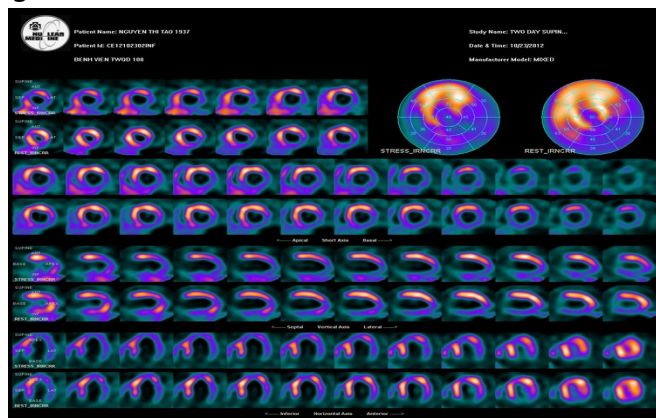
	Hẹp $\geq 75\%$	35	70,0
LCx	Hẹp 50 - 74%	5	10,0
	Hẹp $\geq 75\%$	25	50,0
Hẹp nặng $\geq 75\%$	1 ĐM	19	38,0
	2 ĐM	18	36,0
	3 ĐM	11	22,0

Nhận xét: Hẹp nhánh LAD là chiếm tỷ lệ cao nhất và thấp nhất là nhánh Cx, tỷ lệ bệnh nhân hẹp nặng ba nhánh ĐMV chiếm 22%.

Bảng 11. Đặc điểm khuyết xạ trên xạ hình tưới máu cơ tim

Đặc điểm khuyết xạ		Số BN (n = 50)	Tỷ lệ %
Khả năng phục hồi	Khuyết xạ có hồi phục	50	100,0
	Kết hợp	50	100,0
Mức độ khuyết xạ	Nhẹ	2	4,0
	Vừa	22	44,0
	Nặng	26	52,0
Độ rộng khuyết xạ	Hẹp	2	4,0
	Trung bình	19	38,0
	Rộng	29	58,0

Nhận xét: Khuyết xạ kết hợp chiếm (50%). Khuyết xạ mức độ nặng chiếm (52%) và khuyết xạ diện rộng (58%).



Hình 1. Hình ảnh xạ hình thiếu máu cơ tim BN Nguyễn Văn V., 76 tuổi, SBA 1706

4. Bàn luận

4.1. Đặc điểm chung của các bệnh nhân nghiên cứu

Giới: Nam 39 BN chiếm 78%, nữ 11 BN chiếm 22%. Như vậy ở nhóm của chúng tôi, tỷ lệ nam/giới là 3,5. Có lẽ liên quan đến lối sống và sinh hoạt, nam giới thường hay hút thuốc lá nhiều hơn, tăng huyết áp

cũng nhiều hơn nữ giới. Ngoài ra vì đối tượng phục vụ của bệnh viện chủ yếu là quân nhân về hưu (tỷ lệ nam giới rất cao) nên đa số các BN trong nghiên cứu của chúng tôi là nam giới.

Tuổi: Tuổi trung bình là $71,32 \pm 10,53$ tuổi, độ tuổi thấp nhất và độ tuổi cao nhất lần lượt là 62 tuổi và 89 tuổi. Tác giả Takakuwa (2017), nghiên cứu trên 10 bệnh

nhân, tuổi trung bình $72,6 \pm 9,51$ tuổi, tuổi bệnh nhân nghiên cứu từ 63 - 89 tuổi [9]. Các nghiên cứu cho thấy độ tuổi mắc bệnh ĐMV ở những người cao tuổi. Các nghiên cứu về giải phẫu bệnh cho thấy quá trình XVĐM có từ rất sớm và tăng lên theo tuổi đời kèm theo các yếu tố nguy cơ mắc bệnh và biến chứng của bệnh TMCTCBMT. Tuổi ngày càng cao, thì tỷ lệ mắc các biến chứng bệnh tim mạch nói chung, bệnh ĐMV nói riêng ngày càng gia tăng.

Đặc điểm các yếu tố nguy cơ

Tăng huyết áp là YTNC độc lập và có thể can thiệp được đối với bệnh TMCTCBMT. Cơ chế của tăng huyết áp gây bệnh TMCTCBMT, có thể được giải thích do tăng áp lực trong động mạch, làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, rối loạn chức năng nội mạc, tạo điều kiện cho các chất chuyển hóa, lipid xâm nhập vào thành động mạch, giải phóng các marker viêm, thu hút bạch cầu và lại kích thích giải phóng hàng loạt các marker viêm khác, gây phản ứng viêm hình thành vữa xơ thành động mạch. Tổn thương vữa xơ do THA thường tổn thương ở các mạch máu lớn, chỗ chia nhánh, lưu lượng máu lưu thông nhiều. Trong nghiên cứu của chúng tôi THA chiếm 100%. Shkolnik và cộng sự (2018) THA chiếm 92,1% tác giả nhận thấy huyết áp càng cao nguy cơ xuất hiện các biến cố tim mạch đối với người có bệnh ĐMV càng nặng [8].

RLLM là yếu tố nguy cơ độc lập, trực tiếp đến quá trình hình thành bệnh động mạch vành và tử vong tim mạch. Lipid máu là thành phần hạt nhân của tổn thương vữa xơ thành động mạch. Sự phát triển của vữa xơ gia tăng theo tuổi, và phát triển theo nhiều mức độ, tính chất tổn thương khác nhau trong bệnh TMCTCBMT. Trong nghiên cứu của chúng tôi RLLM máu chiếm 96%. Kết quả của các nghiên cứu đều thấy có sự

liên quan về tỷ lệ RLLM, nồng độ các loại lipid trong huyết tương giữa các nhóm mức độ tổn thương ĐMV (mức độ hẹp lòng đường kính ĐMV, số lượng ĐMV, tính chất tổn thương ĐMV) [4].

Khi nồng độ glucose máu tăng sẽ tác động làm tổn thương lớp nội mạc mạch máu, gây rối loạn chức năng lớp nội mạc, từ đó tạo điều kiện cho xâm nhập các phân tử lipid vào trong lớp nội mạc, kích hoạt các tế bào, giải phóng các marker viêm, gây các phản ứng viêm vữa xơ thành động mạch. Đái tháo đường chiếm 34,5%. Nghiên cứu của tác giả Nielson C (2006) cho thấy những bệnh nhân ĐTĐ có tỷ lệ BN tổn thương cả 3 nhánh động (LAD, CX, RCA) cao hơn nhóm bệnh không bị bệnh ĐTĐ (30,5%, so với 15,1%, $p < 0,001$), bệnh nhân ĐTĐ có tỷ lệ phải phẫu thuật bắc cầu chủ - vành, tỷ lệ chết do bệnh tim mạch cao hơn so với BN không bị bệnh ĐTĐ ($p < 0,001$) [7]. Kết quả những nghiên cứu trên cho thấy bệnh nhân ĐTĐ có mức độ tổn thương nặng hơn, tổn thương nhiều nhánh ĐMV hơn và tổn thương với tính chất phức tạp hơn, do đó khả năng thành công của can thiệp thấp hơn.

Khoảng hơn một nửa trường hợp tử vong vì bệnh tim do hút thuốc. Những người hút thuốc lá có tăng nồng độ các sản phẩm oxy hóa bao gồm cả cholesterol LDL oxy hóa, và làm giảm nồng độ HDL-C, những yếu tố này cùng với các ảnh hưởng trực tiếp của CO₂ và nicotine gây tổn thương lớp nội mạc mạch máu. Những cơ chế giải thích cho ảnh hưởng của thuốc lá làm gia tăng nguy cơ bệnh lý tim mạch bao gồm: Tăng nồng độ fibrinogen, tăng kết tập tiểu cầu, suy giảm chức năng nội mạc, giảm nồng độ HDL- cholesterol trong máu và phản ứng gây co thắt mạch vành. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ hút thuốc lá chiếm 70%. Hút thuốc lá đây là yếu tố

nguy cơ có thể thay đổi được và độc lập với các yếu tố nguy cơ khác của bệnh ĐMV [2].

4.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Trong nhóm nghiên cứu, chúng tôi nhận thấy có 50/50 BN (100%) có triệu chứng là đau thắt ngực. Đây là những bệnh nhân TMCTCBMT có đau ngực dai dẳng. Bệnh nhân đã được tái thông và hoặc chưa tái thông ĐMV, được điều trị nội khoa tối ưu nhưng vẫn còn đau thắt ngực dai dẳng. Theo ESC 2013 [6], cơn đau thắt ngực điển hình là đau thắt chẹn sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình, xuất hiện khi gắng sức và xúc cảm, đỡ khi nghỉ ngơi hoặc dùng nitrat. Có 42 BN (84%) đau thắt ngực điển hình, 08 BN (16%) đau ngực không điển hình (chỉ gồm 2 yếu tố trên).

Khi đánh giá mức độ đau ngực theo phân độ đau ngực CCS của Canada chúng tôi nhận thấy tỷ lệ CCS 2 (28%), CCS 3 (66%), CCS 4 (8%). Tác giả Shkolnik và cộng sự (2018) tỷ lệ đau ngực trong nhóm nghiên cứu là CCS 1 là 2,9%, CCS 2 (37,1%), CCS 3 cao nhất (60%) [8]. Vậy phần lớn bệnh nhân có đau ngực nhiều dai dẳng thường từ CCS 2 trở lên nghĩa là bệnh nhân chỉ cần hoạt động thể lực nhẹ cũng đau ngực. Chính điều này gây ra khó chịu, mệt mỏi cho bệnh nhân khiến bệnh nhân cần phải đi điều trị.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ suy tim chiếm (54%), trong đó tỷ lệ bệnh nhân NYHA I là 4% và cũng là nhóm không có biểu hiện suy tim trên lâm sàng, NYHA II là 28%, NYHA III là 22%, NYHA IV là 0%. Tỷ lệ mức độ suy tim chủ yếu là NYHA II và III. Do đặc điểm đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là các bệnh nhân TMCTCBMT, có nhiều yếu tố nguy cơ nên đa số đã tiến triển biến chứng suy tim. Megha Prasad (2015) tỷ lệ suy tim 36% [5].

4.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Các kết quả xét nghiệm glucoce, chức năng gan, chức năng thận, mỡ máu, và men tim nằm trong giới hạn bình thường. Điều này có nghĩa là nhóm nghiên cứu của chúng tôi đã được kiểm soát các yếu tố nguy cơ và điều trị nội khoa tối ưu đầy đủ theo hướng dẫn của Hội Tim mạch Việt Nam. Đồng thời men tim không tăng, duy nhất có chỉ số pro-BNP tăng, nguyên do trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi có đến 64% có suy tim.

Điện tâm đồ rất quan trọng trong chẩn đoán thiếu máu cơ tim, xác định vùng thiếu máu, vùng cơ tim bị nhồi máu và các biến đổi rối loạn nhịp kèm theo. Tuy nhiên có một số bệnh nhân không có thấy biểu hiện thiếu máu cơ tim trên hình ảnh điện tâm đồ khoảng 8%. Có thay đổi đoạn ST chiếm 30% và có sóng T âm 16%. Biểu hiện thiếu máu cơ tim trên điện tim, tổn thương thiếu máu dưới nội tâm mạc với đoạn ST chênh xuống, đi ngang hoặc chệch xuống $\geq 1\text{mm}$, kéo dài 0,06 - 0,08s. Hoặc hình ảnh thiếu máu dưới thượng tâm mạc với đoạn ST chênh lên $\geq 2\text{mm}$, sóng T âm tính, nhọn, đối xứng, ngoài ra còn có các biểu hiện khác như block nhánh. Thông thường những bệnh nhân TMCTCBMT chỉ phát hiện được tới 60% có biểu hiện thiếu máu cơ tim trên điện tim lúc nghỉ [1]. Những người có tiền sử NMCT cũ được coi là những bệnh nhân nặng, diễn biến nặng hơn những trường hợp chưa có tiền sử NMCT cũ về diễn biến lâm sàng, điều trị và dự phòng. Khi khảo sát siêu âm tim của 50 bệnh nhân, chúng tôi nhận thấy giá trị trung bình của Dd và EF lần lượt là $50,6 \pm 7,9\text{mm}$ và $55,7 \pm 16,2\%$. EF theo Simpson là $43,26 \pm 11,2\%$. Chỉ số vận động thành thất (WMSI) $1,49 \pm 0,22$. Chỉ số đánh giá sức căng dọc mô cơ tim (GLS) $-9,8 \pm 2,68\%$. Tác giả Vainer J (2010) nghiên cứu 14 BN có TMCBCTMT nhận thấy EF $55 \pm$

12% [10]. Rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim là một yếu tố quan trọng khi đánh giá TMCTCBMT. Theo Hội Siêu âm Hoa Kỳ có 5 mức đánh giá vận động vùng thiếu máu. Trong 50 bệnh nhân nghiên cứu, có 49 bệnh nhân có giảm vận động vùng chiếm tỷ lệ cao nhất 98%. Mất vận động chỉ chiếm 8%. Có 1 bệnh nhân có vận động nghịch thường (2%). Có 7 bệnh nhân có phình thành tim chiếm tỷ lệ (14%). Điều này cho thấy ở các bệnh nhân nhóm nghiên cứu do thiếu máu cơ tim dẫn đến rối loạn vận động thành thất và sức căng mô cơ tim dẫn đến giảm chức năng phân suất tống máu.

Số lượng bệnh nhân không tái thông ĐMV là 15 BN (30%), có tái thông ĐMV (70%). Trong đó có PCI trước đó chiếm 56%, tỷ lệ CABG có 6 (12%). Có 1 bệnh nhân (2%) vừa PCI và vừa làm CABG trước đó. Trong nghiên cứu đa trung tâm của Megha Prasad (2015) tỷ lệ có can thiệp PCI 29,4%, trong khi tỷ lệ không PCI (36,04%) và tỷ lệ có CABG (31,2%) [5]. Vì phần lớn bệnh nhân của chúng tôi già yếu, nhiều bệnh nặng phối hợp, thường từ chối hoặc không có chỉ định PCI và CABG, một số là đã can thiệp PCI hoặc CABG nhưng bệnh nhân vẫn còn đau ngực dai dẳng mặc dù đã được điều trị nội khoa tối ưu.

Nhóm bệnh nhân tổn thương một nhánh ĐMV chiếm 4% thấp hơn nhiều so với nhóm tổn thương nhiều nhánh ĐMV chiếm 48 bệnh nhân (96%). Vì phần lớn bệnh nhân đau ngực dai dẳng thường là tổn thương nhiều mạch máu, nếu là tổn thương một mạch thường mạch nhỏ hẹp lan tỏa do bẩm sinh. Tương tự với kết quả nghiên cứu của Megha Prasad có 78,5% tổn thương nhiều mạch, 21,5% bệnh nhân tổn thương một mạch [5].

Về mức độ tổn thương ĐMV nhánh ĐM liên thất trước (LAD) có tỷ lệ hẹp 39 (78%), trong đó hẹp nặng chiếm tới 70%, nhánh ĐM vành phải có 33 (66%), trong đó hẹp nặng chiếm 54%; nhánh ĐM mũ có 30 (60%), trong đó hẹp nặng chiếm 50%, nhánh hẹp ít nhất là nhánh ĐM thân chung (LM) có (8%), trong đó hẹp nặng chiếm 2%, hẹp nặng nhiều nhánh chiếm 58%. Kết quả trên cho thấy phần lớn BN của nhóm chúng tôi là hẹp đa thân ĐMV và tỷ lệ hẹp nặng rất cao. Đó là một trong những yếu tố khiến cho BN không thể can thiệp tái thông ĐMV bằng PCI hoặc CABG. Mặt khác điều kiện và thói quen kiểm tra sức khỏe định kỳ tại Việt Nam còn rất hạn chế nên những bệnh nhân thường đến viện khi đã có triệu chứng và diễn biến nặng do đó trong kết quả chủ yếu những BN hẹp nặng là tương đối phù hợp.

Chúng tôi gặp 100% BN có tổn thương khuyết xạ có hồi phục và khuyết xạ kết hợp. Tỷ lệ BN có khuyết xạ mức độ nhẹ, vừa và nặng lần lượt là 4%, 44% và 52%. Bệnh nhân có khuyết xạ mức độ rộng 58%, mức độ trung bình chiếm tỷ lệ 38%. Đặc điểm tổn thương khuyết xạ của BN trong nghiên cứu của chúng tôi tương đối nặng là do đa số các BN có tổn thương đa mạch với tính chất xơ vữa ĐMV lan tỏa và số bệnh nhân có NMCT cũ chiếm 46%.

5. Kết luận

Qua khảo sát trên 50 bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ mạn tính có chỉ định điều trị bằng sóng xung kích chúng tôi có một số nhận xét như sau:

Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu $71,32 \pm 10,5$ năm, nam (78%), nữ (22%). Các yếu tố nguy cơ chính tuổi cao (tuổi ≥ 65) 84%, rối loạn lipid máu (96%), tăng

huyết áp (100%), tỷ lệ hút thuốc lá (70%), và đái tháo đường (38%).

Tỷ lệ phân độ đau ngực lần lượt là CCS 2 (28%), CCS 3 (66%), CCS 4 (6%). Tỷ lệ suy tim (54%), trong đó NYHA II chiếm tỷ lệ cao nhất (51,9%).

Phân số tổng máu trung bình 55,7% (EF theo Simpson 43,3%), WMSI $1,49 \pm 0,22$, GLS: $-9,8 \pm 2,68$. Giảm vận động chiếm (98%), mất vận động (8%), vận động nghịch thường (2%), phình thành tim (14%).

Số lượng BN không can thiệp là (30%), có PCI (56%), có CABG (12%). Có 1 BN (2%) vừa PCI và CABG. Tổn thương nhiều nhánh ĐMV (96%). Mức độ hẹp nặng nhiều ĐMV (58%).

Tỷ lệ khuyết xạ kết hợp chiếm (100%), khuyết xạ mức độ nặng (52%) và khuyết xạ diện rộng (58%).

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Mạnh Hùng (2019) *Lâm sàng tim mạch học*. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội.
2. Crichley J, Capewell S (2004) *Smoking cessation for the secondary prevention of coronary heart disease*. Cochrane Database Syst. Rev.
3. Bourassa MG (2002) *Effect of prior revascularization on outcome following percutaneous coronary intervention; NHLBI Dynamic Registry*. Eur Heart J 23(19): 1546-1555.
4. Knuti J, Wijns W (2019) *ESC Guidelines for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes The Task Force for the diagnosis and management of chronic coronary syndromes of the European Society of Cardiology*. Eur Heart J 41(3): 407-477.
5. Prasad M, Wan Ahmad WA, Sukmawan R, Magsombol EB, Cassar A, Vinshtok Y, Ismail MD, Mahmood Zuhdi AS, Locnen SA, Jimenez R, Callleja H, Lerman A (2015) *Extracorporeal shockwave myocardial therapy is efficacious in improving symptoms in patients with refractory angina pectoris - a multicenter study*. Coronary Artery Disease 26(3): 194-200.
6. Montalescot G, Sechtem U (2013) *ESC Guidelines on the management of stable coronary artery disease*. Eur. H. Journal 34: 2949-3003.
7. Nielson C, Lange T, Hadjokas N (2006) *Blood glucose and coronary artery disease in nondiabetic patients*. Diabetes Care 29(5): 998-1001.
8. Shkolnik E, Burneikaitė G, Jakutis G, Scherbak M, Zuoženė G, Petrauskienė B (2018) *A randomized, triple-blind trial of cardiac shock-wave therapy on exercise tolerance and symptoms in patients with stable angina pectoris*. Coron Artery Dis Coronary Artery Disease 29(7): 579-586.
9. Takakuwa Y, Sarai M, Nagahara Y (2017) *Extracorporeal shock wave therapy for coronary artery disease: Relationship of symptom amelioration and ischemia improvement*. Asia Ocean J Nucl Med Biol 6(1): 1-9.
10. Vainer J, Habets J, Waltenberger J (2010) *Cardiac shockwave therapy in patients with end-stage coronary artery disease and chronic refractory angina pectoris - mild term results*. Eur. Heart J 31(1): 198.