

**ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ RỐI LOẠN NHỊP THẮT
TRÊN BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN
SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH CẤP CỨU TẠI BỆNH VIỆN
ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ NĂM 2019-2020**

Nguyễn Thụy Thiên Hương^{1}, Ngô Văn Truyền²*

1. Bệnh viện Tim mạch Thành phố Cần Thơ

2. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

**Email: drnguyenthuythienhuong@gmail.com.*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ngày nay, nhồi máu cơ tim cấp vẫn là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong và tàn tật trên thế giới. Bệnh nhân sống sót sau nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp ST chênh lên luôn phải đối mặt với nguy cơ tử vong do nhiều biến cố tim mạch sớm, trong đó đột tử do loạn nhịp tim, chủ yếu là các rối loạn nhịp thất chiếm khoảng 30-50%. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỉ lệ và đánh giá giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019 – 2020. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, có phân tích. Có 145 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên điều trị nội trú tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ được can thiệp mạch vành cấp cứu. **Kết quả:** 145 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên có 69,0% là nam giới và 31,0% là nữ giới, tuổi trung bình là 63,19±12,73 tuổi. Tỉ lệ bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu có rối loạn nhịp thất là 22,1%. 93,7% sử dụng Amiodarone điều trị rối loạn nhịp thất. Sau điều trị rối loạn nhịp thất: 100% được điều trị thành công. **Kết luận:** Điều trị nội khoa rối loạn nhịp thất bằng amiodarone đạt kết quả cao ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, rối loạn nhịp thất.

ABSTRACT

**EVALUATED THE RESULT OF POST-PRIMARY PCI VENTRICULAR
ARRHYTHMIA TREATMENT ON ST-ELEVATION MYOCARDIAL
INFARCTION PATIENTS AT CAN THO CENTRAL GENERAL
HOSPITAL IN 2019-2020**

Nguyen Thuy Thien Huong^{1}, Ngo Van Truyen²*

1. Can Tho Cardiovascular Hospital

2. Can Tho University of Medicine and Pharmacy

Background: Nowadays, myocardial infarction is one of the major causes of death and invalid on over the world. Survivors of ST-Elevation Myocardial Infarction (STEMI) always face the risk of death from many early cardiovascular events, including sudden death due to arrhythmia, mainly ventricular arrhythmia accounting for about 30%-50%. **Objectives:** Defined the ratio and evaluated the results of post-primary PCI ventricular arrhythmia on STEMI patients at Cardiology Intervention Department, Can Tho Central General Hospital from 2019 to 2020. **Materials and methods:** A cross-sectional study with analysis. A total of 145 STEMI patients with a primary PCI in Cardiology Intervention Department, Can Tho Central General Hospital during the study period. **Results:** We included 145 STEMI patients: 69% male, 31% female, median age: 63.19 ± 12.73. The prevalence of Post-Primary PCI ventricular arrhythmia on STEMI patients was 22.1%. 93.7% patients used amiodarone in treatment of ventricular arrhythmia. After

successful treatment of ventricular arrhythmia, 100% patients had perfect results. **Conclusion:** Treatment of ventricular arrhythmia by amiodarone achieved high results on STEMI patients with a primary PCI.

Keywords: ST-Elevation Myocardial Infarction, Ventricular arrhythmia.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ngày nay, nhồi máu cơ tim cấp vẫn là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong và tàn tật trên thế giới. Vào năm 2017, có khoảng 695.000 người Mỹ mới mắc nhồi máu cơ tim cấp và 325.000 người có biến cố nhồi máu cơ tim cấp tái phát [6]. Bệnh nhân sống sót sau nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên luôn phải đối mặt với nguy cơ tử vong do các biến cố tim mạch sớm như: rối loạn nhịp, suy tim, các biến chứng cơ học, nhồi máu cơ tim tái phát, các biến chứng do huyết khối gây thuyên tắc phổi, nhồi máu não và các phản ứng màng ngoài tim. Đột tử do loạn nhịp tim, chủ yếu là các rối loạn nhịp thất chiếm khoảng 30-50%, nguyên nhân tử vong ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim [4].

Cho đến nay phương pháp can thiệp động mạch vành qua da vẫn là phương pháp điều trị tối ưu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên [8].

Tại Cần Thơ, đã có nhiều nghiên cứu về biến cố tim mạch ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được điều trị nội khoa. Nhưng chưa có nghiên cứu nào đánh giá những biến cố tim mạch sớm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành qua da và các yếu tố liên quan để tìm ra các giải pháp khắc phục. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với tên đề tài: “Đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019 – 2020” với mục tiêu sau:

Xác định tỉ lệ và đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ năm 2019-2020.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được chụp và can thiệp động mạch vành qua da đang điều trị nội trú tại Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 04 năm 2020.

Tiêu chuẩn chọn mẫu

Bệnh nhân thỏa điều kiện:

- Chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên theo tiêu chuẩn của Hội Tim mạch Hoa Kỳ 2015 [8]:

- + Men tim tăng: Troponin T tăng ($\geq 0,14\text{ng/L}$) và thay đổi động học.
- + Biến đổi điện tâm đồ với đoạn ST chênh lên mới tại điểm J $\geq 0,2\text{mV}$ (nam), $\geq 0,15\text{mV}$ (nữ) ở V1-V2; và/hoặc $\geq 0,1\text{mV}$ ở các chuyển đạo khác
- + Và/hoặc lâm sàng đau thắt ngực kiểu mạch vành.

- Có chụp mạch vành và can thiệp động mạch vành qua da thành công.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên nhưng có kèm theo các bệnh như sau:

- Bệnh lý nội khoa nặng: suy thận mạn (mức lọc cầu thận $< 30\text{mL/phút/1,73m}^2$

đa), ung thư giai đoạn cuối.

- Bệnh nhân viêm phổi, hen phế quản, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính phải dùng thuốc dẫn phế quản.

- Bệnh nhân cường giáp, rối loạn điện giải.

- Bệnh nhân sử dụng chất kích thích.

- Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu:

- Công thức xác định tỉ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân NMCT cấp:

$$n = \frac{Z^2_{(1-\alpha/2)} \times p \times (1 - p)}{d^2}$$

Trong đó:

n: là cỡ mẫu tối thiểu; α : mức ý nghĩa = 0,05; d: sai số tương đối cho phép = 0,06.

$Z_{1-\alpha/2}$: hệ số tin cậy, chọn hệ số tin cậy là 95% $\rightarrow Z_{1-\alpha/2} = 1,96$.

$p = 14,4\%$ là tỉ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân NMCT cấp được can thiệp mạch vành cấp cứu [1]. Như vậy có 132 bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành. Và trong thực tế chúng tôi có 145 bệnh nhân.

- Công thức tính cỡ mẫu cho mục tiêu đánh giá rối loạn nhịp thất tương tự công thức xác định tỉ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân NMCT cấp. Tuy nhiên giá trị p sẽ là 97,7% là tỉ lệ điều trị rối loạn nhịp thất thành công theo nghiên cứu của tác giả Bhar-Amato J và cộng sự [7]. Như vậy theo công thức, $n = 24$ bệnh nhân. Trong thực tế chúng tôi có 32 bệnh nhân rối loạn nhịp thất đã tham gia nghiên cứu.

Địa điểm và thời gian nghiên cứu: Khoa Tim mạch can thiệp Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ tháng 02 năm 2019 đến tháng 04 năm 2020.

Nội dung nghiên cứu: Nghiên cứu đặc điểm chung, tỉ lệ rối loạn nhịp thất và đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

Phương pháp thu thập mẫu: Khám lâm sàng, ghi nhận cận lâm sàng, tiến hành điều trị rối loạn nhịp thất theo phát đề

Phương pháp xử lý số liệu: Số liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua phân tích 145 trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, chúng tôi ghi nhận kết quả nghiên cứu như sau:

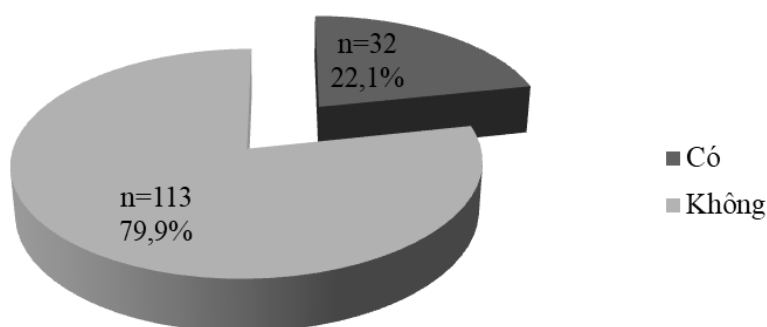
3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Mô tả dưới dạng tần suất (%) hoặc trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn
Tuổi (năm)	63,19 $\pm$ 12,73
Giới nam (%)	69,0

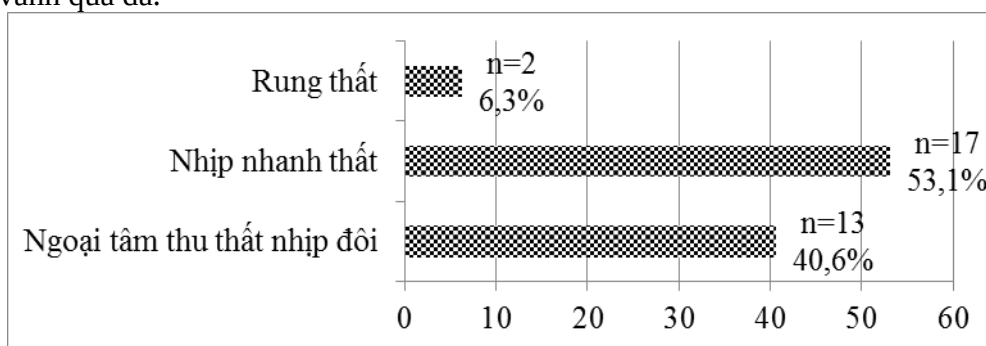
Nhận xét: Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 63,19 $\pm$ 12,73 tuổi. Nam giới chiếm 69,0%.

3.2. Tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên



Biểu đồ 1. Tỷ lệ rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên

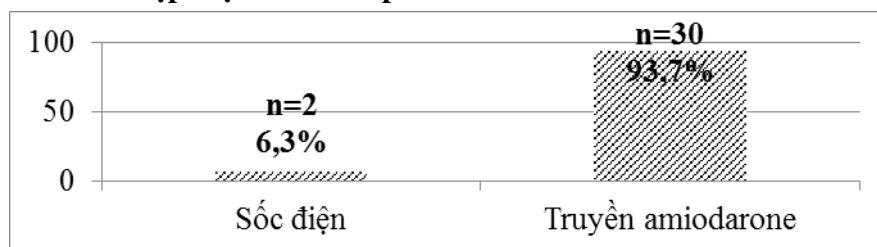
Nhận xét: Có 22,1% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành qua da.



Biểu đồ 2. Đặc điểm rối loạn nhịp thất

Nhận xét: Đặc điểm rối loạn nhịp ở bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên có can thiệp động mạch vành qua da: nhịp nhanh thất chiếm tỷ lệ cao nhất 53,1%, 40,6% ngoại tâm thu thất nhịp đôi và thấp nhất là rung thất 6,3%.

3.3. Đánh giá kết quả rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu



Biểu đồ 3. Phương pháp điều trị

Nhận xét: Đa số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu có rối loạn nhịp thất được điều trị bằng truyền amiodarone với tỷ lệ 93,7%.

Bảng 2. Kết quả điều trị

Kết quả điều trị	Tần số (n=32)	Tỉ lệ (%)
Thành công	32	100,0
Thất bại	0	0,0
Tổng	32	100

Nhận xét: 100% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được can thiệp mạch vành cấp cứu có biến cố tim mạch sớm là rối loạn nhịp thất được điều trị thành công.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Kết quả nghiên cứu, chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là $63,19 \pm 12,73$ tuổi; nam giới chiếm 69,0%.

Về đặc điểm tuổi và giới tính, kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương tự như các tác giả khác: Nhận xét này tương tự với tác giả Nguyễn Tiến Dũng [1], Trần Hòa [2]. Tuổi cao là một yếu tố nguy cơ tim mạch của bệnh động mạch vành đã được nhiều nghiên cứu trên thế giới khẳng định. Tuổi là một yếu tố nguy cơ mạnh mẽ của bệnh động mạch vành, đặc biệt là bệnh nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên.

4.2. Tỉ lệ và đánh giá kết quả điều trị rối loạn nhịp thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên

Qua nghiên cứu 145 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành qua da, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ rối loạn nhịp thất là 22,1%, trong đó nhịp nhanh thất chiếm tỉ lệ cao nhất 53,1%, 40,6% ngoại tâm thu thất đôi và thấp nhất là rung thất 6,3%. Kết quả này tương tự với tác giả Nguyễn Tiến Dũng nghiên cứu trên 193 bệnh nhân NMCT cấp. Trong đó có 153 bệnh nhân được can thiệp động mạch vành và 40 bệnh nhân điều trị nội khoa. Kết quả nghiên cứu cho thấy tỉ lệ rối loạn nhịp trên thất ở bệnh nhân sau NMCT được can thiệp ĐMV là 60,1%, đặc biệt chỉ có 14,4% số bệnh nhân có cơn nhịp nhanh thất, thấp hơn rõ rệt so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần có tỉ lệ nhịp nhanh trên thất là 30% ($p < 0,05$) [1]. Tác giả Hàn Nhất Linh nghiên cứu trên 511 bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp ghi nhận: có 116/511 bệnh nhân biến chứng, chiếm tỉ lệ 22,7% [3]. Các rối loạn nhịp thất đe dọa tính mạng sau thủ thuật xảy ra ở 1,6-4,4% dân số nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên trong vòng 48 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng. Tỉ lệ mắc rối loạn nhịp thất sớm ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thậm chí còn tăng gấp năm lần so với những người mắc hội chứng mạch vành cấp không ST chênh lên. Rung thất và /hoặc nhịp nhanh thất đa hình thường được kích hoạt bởi thiếu máu cục bộ cấp tính và do đó có thể là một chỉ điểm của tái tưới máu không hoàn toàn hoặc thiếu máu cục bộ tái phát sau can thiệp động mạch vành qua da tiên phát (ví dụ huyết khối trong stent cấp tính), trong khi nhịp nhanh thất đơn hình thường liên quan đến sự hiện diện của một kích thích gây rối loạn nhịp tim đã có từ trước (ví dụ như sẹo cơ tim).

Về điều trị rối loạn nhịp thất, chúng tôi điều trị rối loạn nhịp thất theo hướng dẫn của Trường Tim mạch học Hoa Kỳ (ACC), Hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA) và Hội Nhịp Tim (HRS) 2018 về quản lý rối loạn nhịp thất và dự phòng chết tim đột ngột [5]. Kết quả điều trị như sau: đa số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can

thiệt mạch vành cấp cứu có rối loạn nhịp thất được điều trị bằng truyền amiodarone với tỉ lệ 93,7%; 100% được điều trị rối loạn nhịp thất thành công. Tác giả Bhar-Amato J và cộng sự ghi nhận có 97,7% bệnh nhân NMCT cấp có rối loạn nhịp thất được điều trị thành công [7].

Nhịp nhanh thất là rối loạn nhịp chủ yếu sau tái tưới máu và các cơ chế không do vòng vào lại chịu trách nhiệm khởi đầu cho hầu hết các đợt nhịp nhanh thất. Bên cạnh đó, một số trường hợp rối loạn nhịp thất do can thiệp mạch vành qua da tiên phát có thể bị kích hoạt bởi các yếu tố liên quan đến động mạch chủ phạm của NMCT, như: co thắt của động mạch vành phải, tiêm thuốc cản quang trực tiếp vào động mạch nút xoang, tắc nghẽn nhánh bên của động mạch vành phải hoặc thao tác đặt ống thông gây tổn thương động mạch.

Tái tưới máu gây ra ngoại tâm thu dai dẳng, nhịp nhanh thất, rung thất, được định nghĩa là rối loạn nhịp tim xảy ra tại thời điểm hoặc trong những phút đầu tiên sau khi phục hồi lưu lượng máu mạch vành và tương đối phổ biến trong bệnh nhân can thiệp mạch vành qua da tiên phát (khoảng ở 4-5% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên). Trên thực tế, nhịp tự thất gia tăng (15-42%) và nhịp thất không dai dẳng (khoảng 26%) là rối loạn nhịp tim sau tái tưới máu thường gặp nhất. Nhờ khả năng theo dõi liên tục trong thời gian kéo dài 24-48 giờ, điện tim Holter cho phép phát hiện và phân tích các rối loạn nhịp đầy đủ và chính xác. Các kết quả nghiên cứu khác trên bệnh nhân NMCT cũng khẳng định Holter 24h rất có giá trị để theo dõi và phát hiện những rối loạn nhịp tim nguy hiểm để có hướng can thiệp và điều trị cho những đối tượng có yếu tố nguy cơ cao [5].

Chính vì vậy, sau khi được can thiệp mạch vành cấp cứu có biến cố tim mạch sớm là rối loạn nhịp thất, 100% bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên trong nghiên cứu đã được điều trị thành công.

V. KẾT LUẬN

Điều trị nội khoa rối loạn nhịp thất bằng amiodarone đạt kết quả cao ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên sau can thiệp mạch vành cấp cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tiên Dũng (2009), *Nghiên cứu đặc điểm rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp động mạch vành*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
2. Trần Hòa, Vũ Hoàng Vũ, Nguyễn Hữu Khoa Nguyên, Trương Quang Bình (2012), Kết quả can thiệp động mạch vành tiên phát (thì đầu) trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên Tại bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh, *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Tập 16 (Phụ bản của Số 1), tr.94 - 100.
3. Hàn Nhất Linh (2014), *Khảo sát đặc điểm một số biến chứng trong 24 giờ đầu can thiệp động mạch vành qua da tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam*, Luận án Tiến sĩ Y học, Học viện Quân Y, Hà Nội.
4. Ahmed TAN, Abdel-Nazeer AA, et al (2019), Electrocardiographic measures of ventricular repolarization dispersion and arrhythmic outcomes among ST elevation myocardial infarction patients with pre-infarction angina undergoing primary percutaneous coronary intervention, *Ann Noninvasive Electrocardiol*, 24 (4), pp.1-8.
5. Al-Khatib SM, Stevenson WG, et al (2018), 2017 AHA/ACC/HRS Guideline for Management of Patients With Ventricular Arrhythmias and the Prevention of Sudden Cardiac Death:

- Executive Summary, *Heart Rhythm*, 15 (10), pp.e190-e252.
6. Benjamin EJ, Blaha MJ, *et al* (2017), Heart Disease and Stroke Statistics—2017 Update A Report From the American Heart Association, *Circulation*, 135 (10), e146–e603.
 7. Bhar-Amato J, Davies W, *et al* (2017), Ventricular Arrhythmia after Acute Myocardial Infarction: ‘The Perfect Storm’, *Arrhythm Electrophysiol Rev*, 6 (3), pp.134–139.
 8. O'Connor RE, Al Ali AS, *et al* (2015), Part 9: acute coronary syndromes 2015 american heart association guidelines update for cardiopulmonary resuscitation and emergency cardiovascular care, *Circulation*, 132 (2), pp. 483–500.

Ngày nhận bài: 1/8/2020 - Ngày duyệt đăng: 07/10/2020
