

**ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ  
CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH QUA DA  
TRÊN BỆNH NHÂN BỆNH NHIỀU NHÁNH ĐỘNG MẠCH VÀNH  
TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ**

*Nguyễn Bình Đăng<sup>1\*</sup>, Phạm Thu Thùy<sup>1</sup>, Huỳnh Trung Cang<sup>2</sup>*

*1. Trường Đại học Y Dược Cần Thơ*

*2. Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang*

*\*Email: nbdang.bv@ctump.edu.vn*

**TÓM TẮT**

**Đặt vấn đề:** tỉ lệ bệnh nhiều nhánh mạch vành rất lớn. **Mục tiêu nghiên cứu:** khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ và kết quả can thiệp mạch vành qua da trên bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành được điều trị bằng can thiệp mạch vành qua da trên nhiều nhánh mạch vành tại Bệnh viện Đa khoa Trung ương Cần Thơ từ 04/2020 – 12/2020, thiết kế nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** yếu tố nguy cơ tim mạch hàng đầu là tăng huyết áp 82%, kế đến là đái tháo đường 24%. Đau ngực điển hình kiểu mạch vành chiếm 74%, thể lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp chiếm tỉ lệ cao nhất 84% và phân độ Killip I chiếm 85,7%. Điện tâm đồ có biểu hiện thiếu máu hay nhồi máu cơ tim chiếm 86%, siêu âm tim ghi nhận phân suất tống máu trung gian đến bảo tồn chiếm 82%, rối loạn vận động vùng thường gặp nhất là giảm động với 76%. Điểm gensini trung bình  $60,61 \pm 27,51$ . Kỹ thuật can thiệp: nong bóng kết hợp đặt stent chiếm tỉ lệ cao nhất 76%, tất cả đều dùng stent phủ thuốc, số stent trung bình  $1,86 \pm 0,93$ . Tỉ lệ thành công thủ thuật, chụp mạch vành là 100%, chưa ghi nhận biến cố tim mạch chính nội viện nào, thời gian nằm viện trung bình  $10,48 \pm 3,86$  ngày. **Kết luận:** yếu tố nguy cơ bệnh nhiều nhánh mạch vành thường gặp hàng đầu là tăng huyết áp, phần lớn bệnh nhân đau ngực điển hình kiểu mạch vành, thể lâm sàng thường gặp nhất là nhồi máu cơ tim cấp, can thiệp mạch vành qua da điều trị bệnh nhiều nhánh mạch vành là một phương pháp điều trị an toàn.

**Từ khóa:** bệnh nhiều nhánh mạch vành, can thiệp mạch vành qua da, stent phủ thuốc.

## ABSTRACT

**CLINICAL, LABORATORY FEATURES AND RESULTS OF  
PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN PATIENTS WITH  
MULTIVESSEL CORONARY ARTERY DISEASE  
AT CAN THO CENTRAL GENERAL HOSPITAL**

*Nguyen Binh Dang<sup>1\*</sup>, Pham Thu Thuy<sup>1</sup>, Huynh Trung Cang<sup>2</sup>*

*1. Can Tho University of Medicine and Pharmacy*

*2. Kien Giang General hospital*

**Background:** the rate of multivessel coronary artery disease is remarkably high.

**Objectives:** to investigate the clinical, laboratory characteristics, several risk factors and the results of percutaneous coronary intervention in patients with multivessel coronary artery disease.

**Materials and method:** patients with multiple coronary artery disease treated by percutaneous coronary intervention in multiple coronary artery at Can Tho Central General Hospital from 04/2020 to 12/2020. **Results:** the leading cardiovascular risk factor was hypertension with 82%, followed by diabetes at 24%. Typical angina pectoris accounted for 74%, acute myocardial infarction saw the highest percentage at 84% among all types of multivessel coronary artery disease and Killip I was 85.7%. Most electrocardiograms showed signs of myocardial ischemia or infarction, at 86%. Echocardiography recorded intermediate to preserved ejection fractions in 82% of the cases, the most common regional movement disorder was reduced mobility with 76%. Average gensini score was  $60.61 \pm 27.51$ . Intervention technique: incandescent combined with stenting accounted for the highest percentage, at 76%, all using drug-eluting stents, the average number of stents were  $1.86 \pm 0.93$ . The success rate of the procedures and coronary angiography was 100%, no Major Adverse Cardiovascular Events have been recorded in hospital, the average time of hospitalization was  $10.48 \pm 3.86$  days. **Conclusion:** the leading common risk factor for coronary artery disease is hypertension, the majority of patients with typical coronary chest pain, the most common clinical form is acute myocardial infarction, percutaneous coronary intervention for multiple coronary artery disease is a safe treatment.

**Keywords:** multivessel coronary artery disease, percutaneous coronary intervention, drug-eluting stent.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ở các bệnh nhân được chụp mạch vành thì tỉ lệ bệnh nhiều nhánh động mạch vành rất lớn, trong nghiên cứu Huỳnh Trung Cang năm 2014 là 71,4% [1], theo thống kê khác tại Viện Tim thành phố Hồ Chí Minh thì trong số bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên được chụp mạch vành thì có hơn 50% bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành [2]. Có hai phương pháp điều trị tái thông bệnh nhiều nhánh mạch vành là phẫu thuật bắc cầu mạch vành hoặc can thiệp và đặt nhiều stent mạch vành, việc lựa chọn phương pháp nào tối ưu là tùy vào lâm sàng, tình trạng thiếu máu cơ tim và bệnh đi kèm [4]. Từ khi ra đời thì phương pháp chụp và đặt nhiều stent mạch vành ngày càng phổ biến để điều trị bệnh nhiều nhánh mạch vành, để đánh giá kết quả điều trị bệnh nhiều nhánh mạch vành bằng chụp và can thiệp mạch vành qua da chúng tôi tiến hành nghiên cứu với hai mục tiêu sau:

1. Khảo sát đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, một số yếu tố nguy cơ bệnh nhiều nhánh động mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019 đến 2021.

2. Đánh giá kết quả can thiệp động mạch vành qua da trên bệnh nhân bệnh nhiều nhánh động mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ năm 2019 đến 2021.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu

Tất cả bệnh nhân bệnh nhiều nhánh mạch vành được can thiệp mạch vành qua da trên nhiều nhánh mạch vành tại bệnh viện Đa khoa Trung Ương Cần Thơ 04/2020 đến 12/2020.

#### 1.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân có kết quả chụp mạch vành hẹp nhiều nhánh mạch vành ( $\geq 70\%$ , riêng thân chung động mạch vành trái là  $\geq 50\%$ ) được can thiệp trên nhiều nhánh mạch vành và không có tiêu chuẩn loại trừ.

#### 1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, gián đoạn quá trình theo dõi do chuyển tuyến, bệnh nhân suy thận nặng (độ lọc cầu thận ước tính  $< 30\text{ml/phút}/1,73\text{m}^2$  da), dị ứng với thuốc cản quang, bệnh nhân có chống chỉ định với thuốc kháng đông và chống kết tập tiểu cầu, bệnh nhân có bệnh lý kèm theo nặng (bệnh lý ác tính, nhiễm trùng) ảnh hưởng đến kết cục.

### 2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: tính theo công thức  $n = \frac{Z^2 \times p \times (1-p)}{c^2}$ . Chọn  $Z = 1,96$  (cho độ tin cậy ước muốn là 95%). Cỡ mẫu được tính theo mục tiêu 3, tỉ lệ thành công lâm sàng theo nghiên cứu Huỳnh Trung Cang (2014) là 95,5% [6], chọn  $p = 0,955$ . Chọn  $c = 0,05$ , sai số mong muốn là 5%, độ chính xác là 95%. Tính được cỡ mẫu là 61.

Phương pháp chọn mẫu: chọn mẫu thuận tiện, chọn tất cả bệnh nhân thỏa tiêu chuẩn chọn và không có bất kì tiêu chuẩn loại trừ nào.

Nội dung nghiên cứu: đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, yếu tố nguy cơ bệnh nhiều nhánh mạch vành và kết quả can thiệp mạch vành qua da.

Phương tiện và phương pháp nghiên cứu: hồ sơ bệnh án, phiếu thu thập số liệu, tổng hợp và xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 18.0.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### 1. Đặc điểm chung của bệnh nhiều nhánh mạch vành

Bảng 1. Tuổi và giới tính

| Đặc điểm chung |         | Tần số | Tỉ lệ % |
|----------------|---------|--------|---------|
| Tuổi           | <40     | 0      | 0%      |
|                | 40 – 60 | 16     | 32%     |
|                | >60     | 34     | 68%     |
| Giới tính      | Nam     | 28     | 56%     |
|                | Nữ      | 22     | 44%     |

Nhận xét: trong nghiên cứu không có bệnh nhân <40 tuổi, nhóm cao tuổi >60 tuổi chiếm tỉ lệ cao với 68%, giới tính nam gặp nhiều hơn nữ.

## 2. Yếu tố nguy cơ tim mạch

Bảng 2. Yếu tố nguy cơ tim mạch

| Yếu tố nguy cơ tim mạch |       | Tần số | Tỉ lệ % |
|-------------------------|-------|--------|---------|
| Hút thuốc lá            | Có    | 6      | 12%     |
|                         | Không | 44     | 88%     |
| Thừa cân                | Có    | 2      | 4%      |
|                         | Không | 48     | 96%     |
| Đái tháo đường          | Có    | 12     | 24%     |
|                         | Không | 38     | 76%     |
| Rối loạn lipid máu      | Có    | 6      | 12%     |
|                         | Không | 44     | 88%     |
| Tăng huyết áp           | Độ 1  | 21     | 42%     |
|                         | Độ 2  | 18     | 36%     |
|                         | Độ 3  | 2      | 4%      |
|                         | Không | 9      | 18%     |

Nhận xét: Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là tăng huyết áp 82%, kế đến là đái tháo đường 24%.

## 3. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhiều nhánh mạch vành

Bảng 3. Đặc điểm về đau ngực

| Đặc điểm đau ngực        |         | Tần số | Tỉ lệ % |
|--------------------------|---------|--------|---------|
| Không đau ngực           |         | 0      | 0       |
| Đau ngực không điển hình |         | 13     | 26%     |
| Đau ngực điển hình       | CCS I   | 0      | 0       |
|                          | CCS II  | 0      | 0       |
|                          | CCS III | 36     | 72%     |
|                          | CCS IV  | 1      | 2%      |

Nhận xét: trong nghiên cứu không có trường hợp không đau ngực, đau ngực điển hình là chủ yếu với 74% và hầu hết là đau ngực nặng nặng CCSIII.

Bảng 4. Thể lâm sàng

| Thể lâm sàng                           | Tần số | Tỉ lệ % |
|----------------------------------------|--------|---------|
| Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên       | 24     | 48%     |
| Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên | 18     | 36%     |
| Đau thắt ngực không ổn định            | 5      | 10%     |
| Đau thắt ngực ổn định                  | 3      | 6%      |

Nhận xét: thể lâm sàng chiếm chủ yếu là nhồi máu cơ tim cấp 84%, trong đó nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên gặp nhiều hơn.

Bảng 5. Phân độ Killip nhóm nhồi máu cơ tim cấp

| Phân độ Killip | Tần số | Tỉ lệ % |
|----------------|--------|---------|
| Killip I       | 36     | 85.7%   |
| Killip II      | 4      | 9.5%    |
| Killip III     | 0      | 0%      |
| Killip IV      | 2      | 4.8%    |

Nhận xét: trong nhóm nhồi máu cơ tim cấp thì chủ yếu là Killip I chiếm 85,7%.

Bảng 6. Đặc điểm về điện tâm đồ

| Đặc điểm về điện tâm đồ                             | Tần số | Tỉ lệ % |
|-----------------------------------------------------|--------|---------|
| Không có hình ảnh thiếu máu hay nhồi máu cơ tim cấp | 7      | 14%     |
| Hình ảnh thiếu máu cơ tim                           | 19     | 38%     |
| Hình ảnh nhồi máu cơ tim                            | 24     | 48%     |

Nhận xét: bệnh nhân thường có biểu hiện trên điện tâm đồ, tuy nhiên có 14% không thể hiện hình ảnh thiếu máu hay nhồi máu cơ tim trên điện tâm đồ.

Bảng 7. Đặc điểm về siêu âm tim

| Đặc điểm về siêu âm tim  |                | Tần số | Tỉ lệ % |
|--------------------------|----------------|--------|---------|
| Phân suất tổng máu (EF%) | <40            | 4      | 8%      |
|                          | 40 – 50        | 12     | 24%     |
|                          | >50            | 34     | 68%     |
| Rối loạn vận động vùng   | Giảm động      | 38     | 76%     |
|                          | Vô động        | 3      | 6%      |
|                          | Không rối loạn | 9      | 18%     |

Nhận xét: phân suất tổng máu chủ yếu  $\geq 40\%$  chiếm 92%, rối loạn vận động vùng hay gặp nhất là giảm động với 76%.

Bảng 8. Đặc điểm về chụp mạch vành

| Số nhánh hẹp | Tần số | Tỉ lệ % |
|--------------|--------|---------|
| 2 nhánh      | 21     | 42%     |
| 3 nhánh      | 29     | 58%     |

Nhận xét: hẹp cả 3 nhánh mạch vành thường gặp hơn với 58%.

Bảng 9. Điểm Gensini

| Điểm Gensini             | Tần số | Tỉ lệ % | Trung bình $\pm$ SD |
|--------------------------|--------|---------|---------------------|
| Hẹp nhẹ (<23)            | 5      | 10%     | 60,61 $\pm$ 27,51   |
| Hẹp trung bình (23 – 52) | 20     | 40%     |                     |
| Hẹp nặng (>52)           | 25     | 50%     |                     |

Nhận xét: Mức độ hẹp theo Gensini chủ yếu là hẹp trung bình đến nặng với 90%, điểm Gensini trung bình 60,61 $\pm$ 27,51.

#### 4. Kết quả can thiệp mạch vành qua da.

Chưa ghi nhận biến cố tim mạch nặng nội viện, tỉ lệ thành công về chụp mạch vành và thành công thủ thuật là 100% và thời gian nằm viện trung bình là 10,48 $\pm$ 3,86 ngày.

Bảng 10. Kỹ thuật can thiệp

| Kỹ thuật can thiệp                     | Tần số | Tỉ lệ % |
|----------------------------------------|--------|---------|
| Hút huyết khối + nong bóng + đặt stent | 11     | 22%     |
| Nong bóng + đặt stent                  | 38     | 76%     |
| Nong bóng                              | 1      | 2%      |

Nhận xét: kỹ thuật chủ yếu là nong bóng và đặt stent chiếm 76%.

Bảng 11. Loại stent và số stent

| Loại stent dùng | Tần số | Tỉ lệ % | Số stent trung bình |
|-----------------|--------|---------|---------------------|
| DES             | 50     | 100%    | 1,86 $\pm$ 0,93     |

Nhận xét: tất cả bệnh nhân được can thiệp bằng stent thuốc, số stent dùng trung

bình là  $1,86 \pm 0,93$ .

#### IV. BÀN LUẬN

##### 1. Đặc điểm chung và yếu tố nguy cơ bệnh nhiều nhánh mạch vành

Qua nghiên cứu của chúng tôi thì bệnh nhiều nhánh mạch vành chưa ghi nhận trường hợp nào <40 tuổi và độ tuổi cao >60 tuổi là thường gặp nhất với 68%. Giới tính nam gặp nhiều hơn nữ. Điều này phù hợp với y văn là cao tuổi và giới tính nam là yếu tố nguy cơ không thay đổi được, theo đó thì giới tính nam và tuổi càng cao thì tỉ lệ mắc bệnh mạch vành nói chung và bệnh nhiều nhánh mạch vành nói riêng sẽ tăng. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với một số nghiên cứu khác như: nghiên cứu Huỳnh Trung Cang (2014) tại Việt Nam trên đối tượng bệnh mạch vành được chụp và can thiệp mạch vành thì tuổi trung bình là  $65,8 \pm 12,3$  và giới tính nam chiếm 67,2% [1], nghiên cứu của Phạm Thị Thanh Tâm về đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng vành cấp rất cao tuổi cho thấy ở nhóm cao tuổi 60 – 79 có tỉ lệ bệnh nhân Nam cao hơn 75,2% [3], theo nghiên cứu CARDIA (2010) tại Anh và Ireland trên đối tượng bệnh nhiều nhánh mạch vành và có đái tháo đường ghi nhận tuổi trung bình là 64 và giới tính nam chiếm 74%, theo nghiên cứu của FREEDOM (2012) tiến hành trên đa quốc gia ở đối tượng đái tháo đường và bệnh nhiều nhánh mạch vành ghi nhận tuổi trung bình 63 và giới tính nam chiếm 71% [5].

Khảo sát các yếu tố nguy cơ tim mạch trong nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân có tăng huyết áp chiếm cao nhất với 82%, trong đó có 42% tăng huyết áp độ 1 và 36% tăng huyết áp độ 2, tăng huyết áp độ 3 chiếm 4%, yếu tố nguy cơ thường gặp kế đến là đái tháo đường chiếm 24%, các yếu tố còn lại là hút thuốc lá 12%, rối loạn lipid máu 6% và thừa cân là 4%. So sánh với nghiên cứu Huỳnh Trung Cang cho thấy: tỉ lệ bệnh nhân tăng huyết áp tương đương nhau 82% so với 80,4%, tỉ lệ đái tháo đường thấp hơn 24% so với 38,8%, tỉ lệ bệnh nhân có hút thuốc lá thấp hơn 12% so với 68,1%, tỉ lệ có tiền căn rối loạn lipid máu rất thấp hơn 12% so với 77,7% [1]. Sự khác biệt trên trước tiên do đối tượng nghiên cứu của hai nghiên cứu là khác nhau nhưng nhìn chung là tăng huyết áp và đái tháo đường vẫn là yếu tố nguy cơ tim mạch thường gặp.

##### 2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhiều nhánh mạch vành

Đặc điểm về đau ngực, trong 50 trường hợp thì đau ngực không điển hình chiếm 26% và đau ngực điển hình kiểu mạch chiếm 74% (72% đau ngực CCS III và 2% đau ngực CCS IV). Theo y văn thì các trường hợp lớn tuổi, bệnh đái tháo đường có thể có biểu hiện của đau ngực không điển hình, mơ hồ hoặc không đau ngực dù có nhồi máu cơ tim cấp. Trong nghiên cứu chúng tôi thì tuổi cao chiếm đa số cũng như có đến 24% bệnh nhân có kèm theo đái tháo đường nên kết quả thu được từ nghiên cứu là phù hợp.

Thể lâm sàng của bệnh nhiều nhánh mạch vành: tỉ lệ cao nhất là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên 48%, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên là 36%, đau thắt ngực không ổn định là 10% và đau thắt ngực ổn định là 6%. Kết quả ghi nhận bệnh nhân có hội chứng vành cấp chiếm tỉ lệ cao 94% và chủ yếu là nhồi máu cơ tim cấp 84%. Điều này phù hợp với kết quả thu được từ một số nghiên cứu khác là tỉ lệ bệnh nhân có hội chứng vành cấp cao: Huỳnh Trung Cang (2014) 46,2%, bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh là 42,8% và bệnh viện 115 là 51,6% [1].

Phân độ Killip nhóm nhồi máu cơ tim: Killip I chiếm 85,7%, Killip II chiếm 9,5%,

Killip III chưa ghi nhận trường hợp nào và Killip IV chiếm 4,8%. Kết quả này tương đương với kết quả nghiên cứu Huỳnh Trung Cang (2014) Killip I chiếm 80,5% [1].

Biểu hiện trên điện tâm đồ: hình ảnh thiếu máu cơ tim chiếm 38%, hình ảnh nhồi máu cơ tim chiếm 48% và chưa ghi nhận hình ảnh thiếu máu hay nhồi máu chiếm 14%. Hình ảnh nhồi máu cơ tim chiếm tỉ lệ cao phù hợp với tỉ lệ thể lâm sàng nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên cao nhất.

Biểu hiện trên siêu âm tim: tỉ lệ bệnh nhân có phân suất tống máu giảm (<40%) chiếm tỉ lệ thấp 8%, phân suất tống máu trung gian (40-50%) chiếm 24% và phân suất tống máu bảo tồn (>50%) chiếm chủ yếu với 68%. Điều này phù hợp với đặc điểm lâm sàng bệnh nhân có hội chứng vành cấp cao nhưng chủ yếu phân độ Killip I, chưa có biểu hiện suy tim cấp. Biểu hiện rối loạn vận động vùng chủ yếu là giảm động vùng 76%, vô động là 6% và có 18% bệnh nhân chưa ghi nhận có biểu hiện rối loạn vận động vùng trên siêu âm tim.

Tỉ lệ bệnh nhân hẹp 2 nhánh mạch vành chiếm 42% và hẹp 3 nhánh mạch vành chiếm 58%. Bệnh nhân có điểm gensini ở mức trung bình – nặng chiếm 90%, điểm gensini trung bình là  $60,61 \pm 27,51$ . Điều này phù hợp vì đối tượng nghiên cứu của chúng tôi là bệnh nhân nhiều nhánh mạch vành.

### 3. Kết quả can thiệp mạch vành qua da điều trị bệnh nhân nhiều nhánh mạch vành

Kỹ thuật can thiệp chủ yếu là nong bóng kết hợp đặt stent với 76%, kết quả này phù hợp với nghiên cứu Huỳnh Trung Cang (2014) là kỹ thuật nong bóng kết hợp đặt stent chiếm đến 80,6%.

Số stent trung bình là  $1,86 \pm 0,93$ , tất cả bệnh nhân được can thiệp bằng stent phủ thuốc. Phần lớn bệnh nhân được can thiệp từ 2 stent trở lên.

Chưa ghi nhận biến cố tim mạch nặng nội viện, tỉ lệ thành công về chụp mạch vành và thủ thuật là 100%. Tỉ lệ thành công về chụp mạch vành cũng như thủ thuật của chúng tôi khá cao, hiện tại chưa ghi nhận biến chứng nặng nội viện nào.

Thời gian nằm viện trung bình là  $10,48 \pm 3,86$  ngày.

## V. KẾT LUẬN

Yếu tố nguy cơ thường gặp nhất của bệnh nhân nhiều nhánh mạch vành là tăng huyết áp và đái tháo đường chiếm lần lượt là 82% và 24%.

Triệu chứng đau ngực có ở tất cả bệnh nhân, trong đó đau ngực điển hình kiểu mạch vành chiếm 74%, chủ yếu là đau ngực nặng CCS III. Thể lâm sàng thường gặp nhất là hội chứng vành cấp. Điện tâm đồ ghi nhận 82% trường hợp có hình ảnh thiếu máu hay nhồi máu cơ tim. Kết quả siêu âm tim phân suất tống máu chủ yếu là trung gian và bảo tồn 92%, rối loạn vận động vùng thường gặp nhất là giảm động chiếm 76%. Tỉ lệ bệnh nhân hẹp 2 nhánh là 42%, hẹp 3 nhánh là 58%. Điểm gensini trung bình là  $60,61 \pm 27,51$ .

Phương pháp can thiệp chủ yếu là nong bóng và đặt stent chiếm 76%. Chưa ghi nhận biến cố tim mạch nặng nội viện. Thời gian nằm viện trung bình là  $10,48 \pm 3,86$  ngày.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Huỳnh Trung Cang (2014). Kết quả 2 năm can thiệp động mạch vành qua da tại Bệnh viện Đa khoa Kiên Giang. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam*, số 68, 161-169.
2. Đỗ Quang Huân và Hồ Huỳnh Quang Trí (2018), *Phác đồ điều trị 2018 viện tim Thành phố Hồ Chí Minh*, Nhà xuất bản Y học.

3. Phạm Thị Thanh Tâm, Nguyễn Văn Tân và Hồ Thượng Dũng (2017). Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp rất cao tuổi. *Y học Thành phố Hồ Chí Minh*, Phụ bản 21, số 1, 199-204.
4. Zimarino M., Curzen N., Cicchitti V. et al (2013). The adequacy of myocardial revascularization in patients with multivessel coronary artery disease. *International Journal of Cardiology*, 168(3),1748-1757.
5. Spadaccio C., and Benedetto U. (2018). Coronary artery bypass grafting (CABG) vs. percutaneous coronary intervention (PCI) in the treatment of multivessel coronary disease: quo vadis?-a review of the evidences on coronary artery disease, *Annals of cardiothoracic surgery*, 7(4), 506-515.

(Ngày nhận bài: 03/01/2021 - Ngày duyệt đăng: 05/04/2021)

---