

So Sánh Đặc Điểm Điện Sinh Lý Tim, Hiệu Quả Điều Trị Bằng Năng Lượng Sóng Tần Số Radio Của Rối Loạn Nhịp Thất Phải Và Thất Trái

TS.BSCKII Nguyễn Hồng Hạnh

ĐẶT VẤN ĐỀ

Rối loạn nhịp thất (RLN/T) là hội chứng bệnh lý tim mạch thường gặp, phức tạp, nguy hiểm trong cấp cứu tim mạch. Nguyên nhân chủ yếu dẫn đến tử vong do rối loạn nhịp tim là các rối loạn nhịp thất [1, 2]. Trên lâm sàng các RLN/T thường xuất hiện dưới các dạng: Ngoại tâm thu thất (NTTT), cơn nhịp tim nhanh thất (CNTNT), xoắn đỉnh, cuồng thất, rung thất [1, 2, 5, 7].

Thăm dò điện sinh lý tim (ĐSLT) để chẩn đoán cơ chế và vị trí các ổ phát sinh RLN/T và điều trị triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng sóng có tần số radio (năng lượng RF) là các phương pháp chẩn đoán và điều trị ưu việt, lựa chọn hàng đầu trên thế giới hiện nay [1], [3, 4]. Ở Việt Nam, từ năm 1999-2008 Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Hồng Hạnh và cộng sự [1, 2, 3] đã tiến hành nghiên cứu ĐSLT và điều trị RLN/T bằng năng lượng RF tại Viện tim mạch Việt Nam với hiệu quả cao, an toàn.

Mục tiêu nghiên cứu của chúng tôi là so sánh đặc điểm ĐSLT của RLN/T phải với RLN/T trái và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF đối với hai loại RLN/T này, để rút ra được những kết luận về thông số chẩn đoán ĐSLT và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF của các RLN/T ở thất phải và thất trái, giúp cho các thầy thuốc tim mạch có thêm kinh nghiệm và tiên lượng khi chẩn đoán và điều trị các RLN/T.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Gồm 150 bệnh nhân (BN), đã được chẩn đoán NTTT và hoặc CNTNT bằng kỹ thuật thăm dò ĐSLT, trong đó có 146/150BN được điều trị triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng RF, tại viện tim mạch quốc gia Việt Nam từ tháng 6/1999 đến tháng 8/ 2008. Tiêu chuẩn chẩn đoán vị trí ổ RLN/T và chỉ định điều trị bằng năng lượng RF dựa theo hướng dẫn (Guidelines) của Hội tim mạch Mỹ (AHA/ACC) và Hội điện sinh lý học tim và tạo nhịp Bắc Mỹ (NASPE) năm 1995, 2006 [3, 7]. Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang không đối chứng. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu. Xử lý số liệu thống kê: Các số liệu nghiên cứu được xử lý theo các thuật toán thống kê phần mềm thống kê y học SPSS 14.0.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Kết quả nghiên cứu điện sinh lý học tim

150 BN có NTTT và hoặc CNTNT: nam 38BN (25,4%), nữ 112BN (74,6%). Tuổi trung bình của 150BN: 42 ± 13 năm, tuổi trung bình của BN nam là 41 ± 15 năm, tuổi trung bình của BN nữ là 43 ± 12 năm. Có 121/150 (tỷ lệ 80,6%) BN không có tiền sử bệnh tim thực tổn, 22/150 BN tiền sử tăng huyết áp (tỷ lệ 14,7%), và 7 BN có tiền sử bệnh tim thực tổn (tỷ lệ 4,7%).

1.1 Kết quả nghiên cứu chức năng nút xoang

Bảng 1: So sánh các thông số đánh giá chức năng nút xoang của bệnh nhân rối loạn nhịp thất và người bình thường của một số tác giả:

Tác giả	tDTXN (ms)	tPHNX (ms)	tPHNXđ (ms)	P
Chúng tôi (n=150)	111 ± 21(1) (111)	1216 ± 178(3) (1216)	449 ± 147(5) (449)	(1) với (2): >0,05 (3) với (4): >0,05
Phạm Quốc Khánh (n=19)	113 ± 22(2)	1166 ± 152(4)	387 ± 69(6)	(5) với (6): >0,05
Breithardt	48 - 112	<1400	<508	
Josephson	45 - 125	<1500	<550	
Nguyễn Mạnh Phan		1194,7 ± 148,4(7)	384,6 ± 92,9(8)	(7) với (3): >0,05 (8) với (5): >0,05

Bảng 1 thể hiện 3 thông số đánh giá chức năng nút xoang là Thời gian phục hồi nút xoang (tPHNX), Thời gian phục hồi nút xoang điều chỉnh (tPHNXđ), Thời gian dẫn truyền xoang nhĩ (tDTXN) của BN rối loạn nhịp thất và người Việt nam bình thường của Phạm Quốc Khánh [3] và Nguyễn Mạnh Phan [4], so sánh các cặp thông số này của chúng tôi với hai tác giả trên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với Breithardt, Josephson [8]. Như vậy chức năng nút xoang của BN rối loạn nhịp thất trong giới hạn bình thường.

1.2. Kết quả đo các khoảng dẫn truyền trong tim

Bảng 2: Kết quả nghiên cứu các khoảng dẫn truyền trong tim của bệnh nhân rối loạn nhịp thất và người bình thường của một số tác giả

Các tác giả	PA (ms)	AH (ms)	HH (ms)	HV (ms)	PQ (ms)
Chúng tôi (n=150)	10 - 68 (30 ± 10)	40 - 152 (79 ± 18)	11 - 64 (18 ± 5)	24 - 90 (49 ± 9)	116 - 240 (150 ± 16)
Phạm Quốc Khánh (n=19)	15 - 80 (35 ± 12)	45 - 101 (70 ± 13)	11 - 28 (16 ± 2)	40 - 75 (54 ± 8)	116 - 219 (158 ± 23)
Beikheit (n=6)	10-50	50- 125	15 -25	34- 45	154± 19
Damato (n=27)	24 -45	60 -140	10 - 15	30 - 55	(167 ± 16)
Narula (n=5)	25 -60	50 - 120	25	35 - 45	172 ± 11

Bảng 2 là số liệu nghiên cứu của chúng tôi và của một số tác giả: Các khoảng dẫn truyền trong tim PA, AH, HH, HV, PQ của 150 BN rối loạn nhịp thất so với người bình thường của các tác giả Phạm Quốc Khánh [3], Narula [4] và một số tác giả khác không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Như vậy các khoảng dẫn truyền trong tim của BN rối loạn nhịp thất trong giới hạn bình thường.

2. Kết quả nghiên cứu các rối loạn nhịp thất

2.1. Đặc điểm chung các rối loạn nhịp thất

- Trong 150 BN nghiên cứu của chúng tôi có 169 ổ RLN/T, trong đó Thất phải có 134 ổ RLN/T (tỷ lệ 79,0%), vị trí hay gặp nhất ở thất phải là đường ra thất phải (DRTP) với 119 ổ RLN/T (tỷ lệ 70,4%). Thất trái có 35 ổ RLN/T (tỷ lệ 21,0%). Kết quả này phù hợp với một số nghiên cứu khác [6, 7].

- 72 CNTNT chung, trong số 72 CNTNT chung gồm 57 Con nhịp tim nhanh thất phải

(CNTNTP) (tỷ lệ 79,2%) và 15 Con nhịp tim nhanh thất trái (CNTNT/T) tỷ lệ 20,8%. Có 160 ổ NTTT chung (của 143BN), bao gồm 132 ổ ngoại tâm thu thất phải (NTTTP) tỷ lệ 82,5% và 28 ổ ngoại tâm thu thất trái (NTTT/T) tỷ lệ 17,5%. Tổng số 169 ổ RLN/T (của 150BN) được chẩn đoán ĐSLT, có 164 ổ RLN/T (của 146 BN) được điều trị triệt đốt bằng năng lượng RF.

2.2. Đặc điểm điện sinh lý của con nhịp tim nhanh thất phải và trái

Bảng 3: So sánh đặc điểm điện sinh lý con nhịp tim nhanh thất phải và trái

Đặc điểm điện sinh lý CNTNT	Loại con nhịp tim nhanh thất (n=72)		p
	CNTNTP (n=57)	CNTNT/T (n=15)	
Số lượng và tỷ lệ %	57 (79,2)	15 (20,8)	
Thời gian chu kỳ (ms)	357,3 ± 67,3	367,9 ± 55,4	> 0,05
Tần số (ck/p)	173,7 ± 32,2	166,9 ± 27,7	> 0,05
Thời gian QRS (ms)	143,0 ± 13,4	143,3 ± 15,0	> 0,05

Bảng 3 cho thấy so sánh các thông số Thời gian chu kỳ (TGCK), Tần số, Thời gian QRS của CNTNTP với CNTNT/T, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Kết quả nghiên cứu này cho thấy các thông số ĐSLT của CNTNTP và CNTNT/T là tương đương. Nghiên cứu của David J. Wilber [6] cho thấy tổng số 268 CNTNT, thì tỷ lệ CNTNTP ở là 215/268 (tỷ lệ 80%), số liệu của chúng tôi số ổ CNTNTP là 79,2%, kết quả tương đương với các nghiên cứu khác [7], [10]. Tất cả 15 CNTNT/T đều gặp ở những BN có bệnh tim thực tổn như bệnh cơ tim phì đại, bệnh cơ tim giãn v.v. Chúng tôi gặp 4 BN (BN số 28, 30, 48, 74) bị CNTNT/T phải điều trị thuốc chống loạn nhịp đặc hiệu, sốc điện, kích thích thất vượt tần số để cắt CNTNT/T.

2.3. Đặc điểm điện sinh lý của ngoại tâm thu thất phải và trái

Đặc điểm điện sinh lý NTTT	Loại ngoại tâm thu thất (n=160)		P
	NTTTP (n=132)	NTTT/T (n=28)	
Số lượng và tỷ lệ %	132 (82,5)	28 (17,5)	
Thời gian QRS (ms)	140,3 ± 12,8	138,9 ± 13,9	> 0,05
Khoảng ghép NTTT (ms)	478,1 ± 57,2	498,1 ± 63,7	< 0,05

Kết quả bảng 4: Số lượng ổ NTTIP có 132/160 ổ (tỷ lệ 82,5%), số ổ NTTT/T có 28/160 ổ (tỷ lệ 17,5%). So sánh thời gian QRS của NTTIP với thời gian QRS của NTTT/T không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$). Khoảng ghép của NTTIP so với khoảng ghép của NTTT/T có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P < 0,05$). Như vậy khoảng ghép của NTTT/T dài hơn khoảng ghép của NTTIP. NTTIP hay gặp ở vị trí đường ra thất phải (DRTP), nhưng NTTT/T thì phân bố rải rác hơn.

Bảng 5: So sánh các thông số triệt đốt ổ loạn nhịp thất theo vị trí

Các thông số triệt đốt	Vị trí ổ rối loạn nhịp thất			P
	Thất phải (n = 130 ổ)	Thất trái (n = 34 ổ)	DRTP (n = 116 ổ)	
Nhiệt độ triệt đốt/1 lần (°C)	60,6 ± 8,6(1)	63,6 ± 8,2(2)	60,4 ± 8,5(3)	(1) với (2) > 0,05 (2) với (3) > 0,05
Năng lượng/1 lần triệt đốt (W)	29,5 ± 4,9(4)	30,2 ± 5,3(5)	29,3 ± 4,4(6)	(4) với (5) > 0,05 (5) với (6) > 0,05
Thời gian triệt đốt/1 ổ (s)	275,1 ± 151,7(7)	274,8 ± 137,3(8)	268,9 ± 143,7(9)	(7) với (8) > 0,05 (8) với (9) > 0,05
Số lần triệt đốt/1 ổ (lần)	5,8 ± 3,1(10)	5,9 ± 2,9(11)	5,5 ± 2,9(12)	(10) với (11) > 0,05 (11) với (12) > 0,05

- So sánh các thông số triệt đốt của thất phải với thất trái: Nhiệt độ triệt đốt trung bình/1 ổ, năng lượng triệt đốt trung bình/1 lần triệt đốt/1 ổ, số lần triệt đốt/1 ổ, các thông số này không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $P > 0,05$. So sánh các thông số triệt đốt ổ RLN/T ở DRTP với các thông số triệt đốt ổ ở thất trái: nhiệt độ triệt đốt trung bình/1 ổ, năng lượng triệt đốt trung bình/1 lần/1 ổ, số lần triệt đốt/1 ổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($P > 0,05$).

- So sánh với một số nghiên cứu khác của một số tác giả về số lần triệt đốt/1 ổ RLN/T: Nghiên cứu của Gerhard [8] là 5 ± 3 lần, số lần triệt đốt của Hanskottkamp [3] là 7 ± 5 lần (2-18 lần), của S.L.klein [9] là 6,8 lần (1-19 lần) và của MS Wen [10] 6 ± 5 lần, chúng tôi nhận thấy các kết quả này cũng giống

3. Kết quả điều trị rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio

3.1. Các thông số triệt đốt ổ rối loạn nhịp thất theo vị trí

Các thông số triệt đốt ổ RLN/T bao gồm: nhiệt độ triệt đốt; mức năng lượng triệt đốt; thời gian triệt đốt 1 lần/1 ổ; số lần triệt đốt/1 ổ; điện trở triệt đốt/1 lần/1 ổ.

n nhau. So sánh mức nhiệt độ triệt đốt ổ RLN/T của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả nghiên cứu của Gerhard [8]. So sánh mức năng lượng triệt đốt của chúng tôi với các tác giả khác: Gerhard đã sử dụng mức 56 ± 31w, và L.S.Klein [9] sử dụng mức 59w. Trong khi đó Hans kottkamp [3] cũng sử dụng mức năng lượng 32 ± 7w, và MS Wen [10] sử dụng mức năng lượng 28 ± 3w, tương đương với mức năng lượng triệt đốt của chúng tôi, với mức này là có hiệu quả và an toàn cho BN.

3.2. Hiệu quả triệt đốt ổ rối loạn nhịp thất phải và trái

* Tỷ lệ điều trị thành công, thất bại

- Tỷ lệ thành công

+ Tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải là

96,2%. Tỷ lệ thành công ở thất trái là 88,2%. Tỷ lệ điều trị thành công tính riêng ở ĐRTP là 97,4%.

+ So sánh tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải của chúng tôi với nghiên cứu của Wen [10] tỷ lệ điều trị thành công với 44 CNTNTP là 89%. Mandrola với 35 CNTNTP ở ĐRTP [7], tỷ lệ điều trị thành công là 100%; Nghiên cứu khác của David J. Wilber [6] với 45 CNTNTP ở ĐRTP, tỷ lệ điều trị thành công là 97,8%. G. Breithardt và cộng sự [8] triệt đốt CNTNTP ở BN có loạn sản thất phải tỷ lệ thành công là 70%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng phù hợp với kết quả của các tác giả trên.

+ Đánh giá, so sánh tỷ lệ điều trị thành công ở thất trái với một số tác giả khác cho thấy: nghiên cứu của Akihiko Nogami [5] với CNTNT/T nhạy cảm với verapamil tỷ lệ điều trị thành công là 95%, với CNTNT/T vào lại nhánh ở phần nhánh trái trước tỷ lệ điều trị thành công là 87,5%, ở phần nhánh trái sau tỷ lệ điều trị thành công là 96,7% [10]. Nghiên cứu khác của Nakagawa [7] với 8 CNTNT/T ở phần sau vách thất trái tỷ lệ điều trị thành công là 87,5%, Nghiên cứu của Rodriguez [9] với 13 CNTNT/T tỷ lệ điều trị thành công là 92%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi phù hợp với kết quả nghiên cứu của một số tác giả trên thế giới.

- Tỷ lệ điều trị thất bại

Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất phải là 5/130 ổ (3,8%). Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất trái là 4/34 ổ (11,8%). Tỷ lệ điều trị thất bại ở ĐRTP là 3/116 ổ (2,6%).

* Số lượng, tỷ lệ tái phát và biến chứng

- Tỷ lệ tái phát:

Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở thất phải là 18/125 ổ (14,4%). Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở thất trái là 4/30 ổ (13,3%). Tỷ lệ ổ RLN/T tái phát ở ĐRTP là 14/113 ổ (12,4%). Tuy thời gian theo dõi sau điều trị bằng năng lượng RF có khác nhau, nhưng tỷ lệ tái phát của chúng tôi cũng phù hợp với tỷ lệ tái phát của Rodriguez là 14,3% [8], tỷ lệ tái phát của MS. Wen là 10,3% [10], tỷ lệ tái phát của Delon Wu [7] là 11%. Tỷ lệ tái phát của một số nghiên cứu là 10,3-14,3% [8].

- Tỷ lệ biến chứng

Chúng tôi gặp 3BN (tỷ lệ 2,1%) có biến chứng sau điều trị bằng năng lượng RF: 2BN (1,4%) có tràn dịch màng ngoài tim cấp và cường phế vị, 1BN (0,7%) biến chứng block nhánh phải hoàn toàn.

KẾT LUẬN

Từ kết quả nghiên cứu, so sánh về thông số ĐSLT và hiệu quả điều trị bằng năng lượng RF của 134 ổ RLN/T phải và 35 ổ RLN/T trái, chúng tôi rút ra một số kết luận sau.

1. Kết quả nghiên cứu điện sinh lý học tim:

- Các khoảng dẫn truyền trong tim PA, AH, HH, HV, PQ của BN rối loạn nhịp thất phải và trái và chức năng nút xoang (thể hiện qua 3 thông số tDTXN, tPHNX, tPHNXd) của BN có RLN/T phải và trái trong giới hạn bình thường.

- Số lượng và tỷ lệ RLN/T phải (79%) gặp nhiều hơn thất trái (21%), vị trí phổ biến nhất là đường ra thất phải (tỷ lệ 70,4%). Số lượng và tỷ lệ CNTNTP (79,2%) gặp nhiều hơn CNTNT/T (20,8%). Đặc điểm ĐSLT (Thời gian chu kỳ, Tần số, Thời gian QRS) của CNTNTP và CNTNT/T không có sự khác biệt. Số lượng và tỷ lệ NTTTP (82,5%) gặp nhiều hơn NTTT/T (17,5%). Thời gian QRS của NTTTP và NTTT/T không có sự khác biệt; Nhưng khoảng ghép của NTTTP thì ngắn hơn khoảng ghép của NTTT/T.

2. Hiệu quả điều trị rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio

- So sánh các thông số triệt đốt ổ RLN/T bằng năng lượng sóng có tần số radio (nhiệt độ triệt đốt 1 lần; Mức năng lượng triệt đốt 1 lần; Thời gian triệt đốt cho 1 ổ; Số lần triệt đốt cho 1 ổ) của thất phải với thất trái, cũng như ở ĐRTP với thất trái không có sự khác biệt.

- Tỷ lệ điều trị thành công ở thất phải là 96,2%; Tỷ lệ điều trị thành công ở thất trái là 88,2%; Tỷ lệ điều trị thành công ở ĐRTP là 97,4%. Tỷ lệ điều trị

thất bại ở thất phải là 3,8%; Tỷ lệ điều trị thất bại ở thất trái là 11,8%; Tỷ lệ điều trị thất bại ở ĐRTT là 2,6%. Tỷ lệ tái phát ở thất phải là 14,4%; Tỷ lệ tái phát ở thất trái là 13,3%; Tỷ lệ tái phát ở ĐRTT là 12,4%. Số lượng và tỷ lệ biến chứng là 3 BN(2,1%), gặp ở thất phải; Các biến chứng là tràn máu màng ngoài tim, cường phế vị, Blocc nhánh phải hoàn toàn; Không có biến chứng tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Hồng Hạnh (2010), Nghiên cứu ứng dụng điện sinh lý học tim để chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp thất bằng năng lượng sóng có tần số radio, Luận án tiến sỹ y học, Học viện Quân y, Hà Nội.
2. Phạm Quốc Khánh, Nguyễn Hồng Hạnh, Nguyễn Lâm Việt, Vũ Đình Hải, Phạm Gia Khải (2001), "Nghiên cứu sử dụng năng lượng sóng có tần số radio qua dây thông điện cực trong điều trị một số rối loạn nhịp thất", Tạp chí tim mạch học Việt Nam, (25), tr.25-31.
3. Phạm Quốc Khánh (2002), Nghiên cứu điện sinh lý học tim qua đường mạch máu trong chẩn đoán và điều trị một số rối loạn nhịp tim, Luận án tiến sỹ y học, Học viện quân y, Hà Nội.
4. Thomas Bump, Phạm Quốc Khánh, Phạm Như Hùng, Tạ Tiến Phước, Vương Du Thịnh (2007), "Tim nhanh thất", Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch năm 2007, tr.358-402.
5. David J.Wilber. MD (2000), "Ablation of Idiopathic Right Ventricular Tachycardia in Radiofrequency Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic concepts and clinical applications", Edited by Shoei K, Stephen Huang MD, David J. Wilber MD, chapter 30, pp.621-652, second edition, futura publishing company, Inc.usa.
6. Delon Wu.MD, Ming Shien Wen.MD, San Jou Yeh. MD (2000), "Ablation of Idiopathic Left Ventricular Tachycardia in Radiofrequency Catheter Ablation of Cardiac Arrhythmias: Basic concepts and clinical applications", Edited by Shoei K, Stephen Huang MD, David J. Wilber MD, chapter 29, pp.601-620, second edition, futura publishing company, Inc.USA.
7. G.Breithardt, M.Borggrefe and T.Wichter(1990), "Catheter Ablation of Idiopathic Right Ventricular Tachycardia", Circulation, 82, pp. 2273-2276.
8. GerHard.Lauck, Dietmar Burkhardt (1999), "Radiofrequency Catheter Ablation of Symptomatic Ventricular Ectopic Beats Originating in the Right Ventricular Outflow Tract", Journal of pacing and clinical electrocardiography, vol 22, part 1.
9. LS.Klein, Hue The Shih, E.Kevin Hackett(1992), "Radiofrequency Catheter Ablation of Ventricular Tachycardia in Patient Without Structural Heart Disease", Circulation, volume 85, pp.1666-1674.
10. MSWen, SJ Yeh, CCWang, FCLin(1994), "Radiofrequency Ablation Therapy in Idiopathic Left Ventricular Tachycardia with No Obvious Structural Heart Disease", Circulation, volume 89, pp.1690-1696.

ABSTRACTS:

Objectives: Study and comparison the electrophysiologic features and effect of the treatment by using radiofrequency catheter ablation(RFCA) between ventricular arrhythmias(VA) in right ventricle and left ventricle. **Methods:** 150 pts with 169 ventricular arrhythmias had done target site by EP study and treatment of RFCA. **Results:** 134 of VA in right ventricle(79%) and 35 of AV in left ventricle(21%) including 57/72(79,2%) of right Ventricular Tachycardia(RVT) and 15/72(20,8%) of Left Ventricular Tachycardia(LVT); 132/160(82,5%) of right ventricular premature contraction(RVPC) and 28/160(17,5%) of left ventricular premature contraction(LVPC). The electrophysiologic features of RVT and LVT(Cycle length, Rate, QRS duration) were not significantly different two groups($P > 0,05$). The QRS duration of RVPC and LVPC were also not significantly different two groups($P > 0,05$), but the Coupling interval of RVPC and LVPC were significantly different two groups($P < 0,05$). **Comperasion** Some of ablation parameter between right AV and left AV such as temperature of ablation(OC), Energy of ablation(w), time of ablation(second), number of times for ablation for one target site had no significantly different two groups($P > 0,05$). **Conclusions:** Number and ratio of RVA were higher in LVA; Conduction times of impul in the heart including PA, AH, HH, HV, PQ of patients had RVA and LAV were normal; The electrophysiologic features of RVT and LVT(Cycle length, Rate, QRS duration) were similar. The Coupling interval of RVPC and LVPC were significantly different two groups($P < 0,05$). Some of ablation parameters between right AV and left AV had no significantly different two groups. Ratio of successful treatment by RFCA for VA in right ventricle were 96,2%, in left ventricle 88,2%. Ratio of fail treatment by RFCA for VA in right ventricle were 3,8 %, in left ventricle 11,8%. Ratio of recurrence for VA in right ventricle were 14,4 %, in left ventricle 13,3%. Ratio of complication were 2,1% in right ventricle.

U Tiểu thể Cảnh: Chẩn Đoán Và Điều Trị Tại Bệnh Viện Hữu Nghị Việt Đức

Đoàn Quốc Hưng* Lê Thanh Dũng** Mai Thanh Tú***

TÓM TẮT

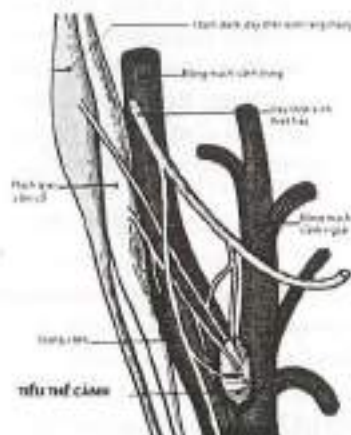
U tiểu thể cảnh (chemodectomas) là u xuất phát từ hóa thụ cảm thể của xoang cảnh (chemoreceptor). Nghiên cứu của chúng tôi tìm hiểu về lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị bệnh lý này. Nghiên cứu tiến hành trên những bệnh nhân được chẩn đoán là u tiểu thể cảnh điều trị tại khoa phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực Bệnh viện Việt Đức từ năm 2008 đến năm 2010. Trong 3 bệnh nhân có 2 nữ 1 nam. Cả 3 trường hợp đều khám thấy khối u vùng cổ trên chỗ chia hai động mạch cảnh, một trường hợp tăng huyết áp, đau đầu. Chẩn đoán xác định dựa vào siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính, chụp mạch máu, và khẳng định lại bằng kết quả giải phẫu bệnh. 2 trường hợp được tiến hành nút mạch can thiệp trước sau đó mổ cắt bỏ khối u, có 1 trường hợp bị di chứng liệt hầu họng hồi phục chậm sau mổ. Kết luận U tiểu thể cảnh là bệnh không thường gặp, phải nghĩ đến u tiểu thể cảnh khi có khối u nằm ở góc hàm chỗ chia hai động mạch cảnh, chẩn đoán xác định bằng siêu âm, CT-Scanner, chụp mạch máu. Phẫu thuật cắt bỏ u là bắt buộc, song cần xem xét điều trị phối hợp và dự phòng, điều trị di chứng sau mổ.

ĐẶT VẤN ĐỀ

U tiểu thể cảnh (u cuộn cảnh) là u xuất phát từ hóa thụ cảm thể của xoang cảnh. Đây là bệnh lý không thường gặp, chẩn đoán không khó bằng lâm sàng, cận lâm sàng (đặc biệt là siêu âm Doppler và cắt lớp vi tính), biến chứng của u là chèn ép tạng lân cận (mạch máu thần kinh) và ác tính hóa [3]. Yếu tố gia đình thường được ghi nhận ở nhóm u tiểu thể cảnh hai bên [8, 9]. Can thiệp phẫu thuật là phương pháp điều trị chung nhất. Chúng tôi nghiên cứu các trường hợp U tiểu thể cảnh đã được mổ tại bệnh viện Việt Đức Hà Nội từ năm 2008 đến 2010, phân tích đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, kỹ thuật và kết quả mổ, góp phần bổ sung vào y văn trong nước và quốc tế về bệnh lý hiếm này.

Vài nét về giải phẫu sinh lý liên quan

Xoang cảnh



Hình 1: Xoang cảnh và tiểu thể cảnh.

Ở chỗ chia đôi của động mạch (ĐM) cảnh chung và đoạn đầu tiên của ĐM cảnh trong, ĐM phình ra tạo thành một xoang gọi

* Khoa Phẫu thuật Tim mạch và Lồng ngực BV Hữu Nghị Việt Đức.

** Khoa Chẩn Đoán Hình Ảnh BV Hữu Nghị Việt Đức

*** Khoa Ngoại Chấn Thương BV Đa Khoa Tỉnh Ninh Bình

là xoang cảnh. Ở xoang cảnh có các thụ cảm thần kinh (TK) nhạy cảm với áp suất máu gọi là áp thụ cảm. Khi áp suất mạch máu ở đây tăng (ví dụ khi đè ép vào xoang cảnh) thì xung động TK dẫn truyền lên trung tâm vận mạch, làm giãn mạch và giảm nhịp tim. Tiểu thể cảnh Phần sau đoạn tận cùng của ĐM cảnh chung có một tuyến nhỏ hình bầu dục đường kính 3 x 6mm gọi là tiểu thể cảnh. Ở đây có các thụ cảm TK nhạy cảm với áp suất riêng phần của khí trong máu gọi là hóa thụ cảm. Đặc biệt khi pH máu giảm, PO₂ giảm và

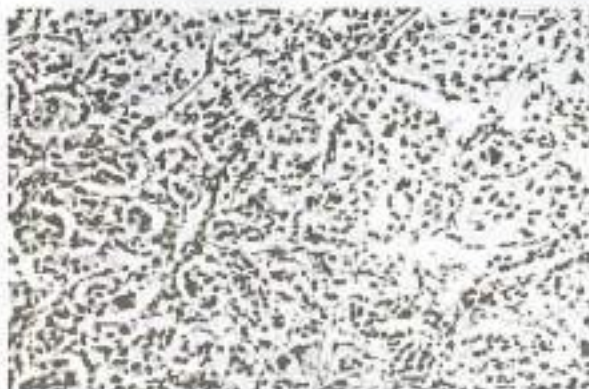
PCO₂ tăng.

Các sợi TK đi đến xoang cảnh và tiểu thể cảnh chủ yếu phát sinh từ dây TK thiệt hầu (dây XII), ngoài ra còn có một số nhánh của dây TK lang thang (dây X), tiểu thể này có mối liên quan giải phẫu với các thành phần của ống cảnh (ĐM cảnh, tĩnh mạch (TM) cảnh, TK X) cũng như các thành phần của vùng tam giác cảnh (thanh quản, khí quản...).

Giải phẫu bệnh



Hình 2: Hình ảnh đại thể U tiểu thể cảnh[4]



Hình 3: Hình ảnh vi thể U tiểu thể cảnh[4]

Đại thể: Khối u tiểu thể cảnh có hình dạng khối hình trứng, màu đỏ nâu, có vỏ ranh giới rõ, kích thước từ vài cm đến khoảng 20cm (Hình 2).

Mô bệnh học: các tế bào hình đa giác xếp thành vòng (Zellbalen) với nhân tế bào bắt màu acid, tế bào chất mờ nhạt, xen kẽ là hệ thống lưới giàu vi mạch, các tế bào không thường xuyên hoạt động phân bào. Không có những tiêu chuẩn điển hình của sự ác tính hóa (như nhân chia, nhân quái), hình ảnh chỉ điểm cho sự ác tính hóa là hoại tử khối u, tăng sinh, xâm nhập mạch máu, tăng hoạt động phân bào, trong đó dĩ căn là chỉ tiêu đáng tin cậy nhất [4].

Số liệu và phương pháp nghiên cứu

Từ năm 2008 đến năm 2010 khoa phẫu thuật Tim mạch Bệnh viện Việt Đức đã điều

tri cho 3 bệnh nhân (Bn) với chẩn đoán U tiểu thể cảnh.

Bệnh án 1 (số hồ sơ 28061) Nữ 48 tuổi. Nghề nghiệp: Làm Ruộng. Địa chỉ: Thanh long – Bình Xuyên – Vĩnh Phúc. Vào 18/11/08, mổ 25/11/08, ra 28/11/08.

- **Lý do vào viện:** Tự sờ thấy khối vùng góc hàm trái.

- **Bệnh sử:** Khối u vùng góc hàm trái xuất hiện từ 3 năm trước. U to dần không đau đã điều trị phẫu thuật tại cơ sở y tế tuyến trước 2 lần với chẩn đoán không rõ ràng (không có giấy ra viện). Bệnh không đỡ, bệnh nhân tự đến Bệnh Viện Việt Đức khám.

- **Khám lúc vào:** Khối u vùng góc hàm trái kích thước 3x3cm mật độ chắc ấn không đau,

di động hạn chế, đập theo nhịp mạch, không có tiếng thổi. Không liệt khu trú.



Hình 4: Khối u bắt thuốc, nằm tại chạc ba ĐM cảnh trên phim cắt lớp vi tính

CT-Scanner: Khối u vùng chạc ba ĐM cảnh kích thước 4x5cm đẩy lệch ĐM cảnh trong, ngoài, khí quản, ranh giới rõ không xâm lấn mạch cảnh, bắt thuốc cân quang mạnh (Hình 4). Chụp động mạch: Khối tăng sinh mạch lớn vùng góc hàm trái, được cấp máu bởi rất nhiều nhánh mạch máu nhỏ từ ĐM cảnh ngoài và chạc ba ĐM cảnh (Hình 5). Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cảnh trái.

- **Cẩn thiệp:** Rạch da theo sẹo mổ cũ mờ



Hình 5: Khối U giàu mạch máu trên phim ĐM cảnh

rộng dọc bờ trước cơ ức đòn chũm. Khối u dính vào tổ chức xung quanh, dính chặt vào thành bên ĐM cảnh gốc trái vùng vị trí phình cảnh, khối u rất giàu mạch máu. Phẫu tích, cắt toàn bộ u, khâu cầm máu thành bên ĐM cảnh chỉ prolene 3.0. Đặt dẫn lưu. Cắt bỏ sẹo mổ cũ, khâu phục hồi tổ chức theo lớp giải phẫu.

- **Giải phẫu bệnh (GPB):** U tiểu thể cảnh lành tính. Sau mổ bệnh nhân tỉnh, vết mổ khô, không liệt khu trú (nói tốt nuốt tốt) ra viện sau mổ 03 ngày.

Bệnh án 2 (số hồ sơ 30903) Nam 20 tuổi, Nghề nghiệp: Công nhân. Địa chỉ: Tân Hưng - Phố Phú - Thái Nguyên. Vào 19/9/09, mổ 08/10/09, ra 12/10/09.

- **Lý do vào viện:** Tự sờ thấy khối u vùng cổ trái.

- **Bệnh sử:** Khối u vùng cổ trái to dần từ 3 năm nay, gần đây đau tăng dần.



Hình 6: Khối u vùng góc hàm trái đẩy lệch mốc giải phẫu các ĐM cảnh

- **Khám lúc vào:** Khối u vùng góc hàm, dọc cơ ức đòn chũm, kích thước 7x4 cm ấn đau, di động hạn chế, đập theo nhịp mạch, nghe không có tiếng thổi. Khối u làm đẩy lệch mốc giải phẫu hệ ĐM cảnh (Hình 6). Bệnh nhân

nói nuốt bình thường, sụp mí bên trái. CT-Scanner: Khối u vùng chạc ba ĐM cảnh kích thước 7x5 cm đẩy lệch ĐM cảnh trong, ngoài, xoang cảnh, bắt thuốc cản quang mạnh, ranh giới rõ, không xâm lấn mạch cảnh. Chụp động mạch: Hình ảnh tăng sinh mạch vào khối u vùng cổ trái từ 1 nhánh ĐM xuất phát từ ĐM cảnh ngoài trước khi tách ra 2 nhánh tận là ĐM thái dương nông và ĐM hàm trong. Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cảnh trái.

- **Cận thiệp:** Nút mạch: Gây tê tại chỗ ĐM đùi phải, đặt Desile 5 F, luồn sonde 5F vào ĐM cảnh gốc bên trái, luồn chọn lọc nhánh ĐM cấp máu cho khối u bằng sonde 2.7 F (từ ĐM cảnh ngoài) tiến hành nút ĐM này bằng 0,5ml hạt PVA 355-500 μ m, chụp kiểm tra tắc hoàn toàn nhánh mạch vào u. Phẫu thuật cắt bỏ u sau nút mạch 2 ngày. Khối u lớn kích thước 7x4cm nằm ngay sau chạc ba ĐM cảnh trái, đẩy toàn bộ bó mạch cảnh trái, TK X ra trước. Khối u lan xuống sát cột sống và lên tới sau xương hàm dưới, u có vỏ rõ, vỏ có nhiều mạch máu tân tạo, có các mội mạch nuôi xuất phát từ ĐM cảnh ngoài. Giải phóng 3 ĐM cảnh, TK, TM, thắt cắt các mạch nuôi u. Cắt bỏ toàn bộ u. Đặt redon. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

- **GPB:** U gồm các tế bào schwan hình thoi, nhân bầu dục, bào tương thoi dài, tập trung thành dải, bó chạy song song, u có viền xơ bao bọc rõ. Kết Luận: schwanome.

Siêu âm Doppler (sau mổ): Hệ ĐM cảnh, tĩnh TM cảnh, ĐM đốt sống bên trái bình thường. Sau phẫu thuật bệnh nhân tỉnh, vết mổ khô, nói tốt nuốt tốt ra viên sau mổ 4 ngày.

Bệnh án 3 (số hồ sơ 35907): Nữ 56 tuổi. Nghề nghiệp: Nội trợ. Địa chỉ: Hàng Buồm-Hoàn Kiếm - Hà Nội. Vào 14/12/10, mổ lần 1 ngày 24/12/10, mổ lần 2 ngày 06/01/11 ra 17/01/11.

- **Lý do vào viện:** Đau đầu.

- **Bệnh sử:** Đau đầu tăng dần trong 10 ngày trước vào viện.

- **Khám lúc vào:** Bệnh nhân đau đầu âm ỉ, không nôn, không liệt khu trú, Huyết áp 150/90 mmHg (không rõ tiền sử tăng huyết áp trước đó), có khối u vùng góc hàm 2 bên chắc di động hạn chế, ấn không đau.

SA doppler hệ ĐM cảnh: Hình ảnh khối u tiểu thể cảnh bên phải kích thước 24x30mm giảm âm đều, tăng sinh mạch trong khối, khối nằm giữa, đẩy rộng 2 ĐM cảnh sang 2 bên. Hình ảnh khối u tiểu thể cảnh bên trái kích thước 26x38mm giảm âm đều, tăng sinh mạch trong khối, khối nằm chủ yếu phía ngoài ĐM cảnh trong và ĐM cảnh ngoài bên trái. CT-Scanner: U tiểu thể cảnh ở ngã 3 phình cảnh phải (Carotid body paraganlioma) và u tiểu thể cảnh dây X Trái (Glomus vagale paraganlioma) ở khoang cảnh hầu. Chụp mạch: Khối u tiểu thể cảnh 2 bên tăng sinh mạch, cấp máu từ nhánh ĐM cảnh ngoài. ĐM cảnh trong 2 bên không có nhánh đi vào khối u. Các xét nghiệm sinh hóa, huyết học trong giới hạn bình thường.



Hình 7: Khối u nằm ở chạc ba dây động mạch cảnh

- **Chẩn đoán:** U tiểu thể cánh 2 bên.

- **Can thiệp lần 1 (bên phải)** Nút mạch: Luồn microcatheter, chọn lọc nhánh mạch cấp máu chính cho khối u tiểu thể cánh bên phải (ĐM giáp trên) nút mạch bằng hạt PVA 355-500 μm . Chụp kiểm tra thấy tắc hoàn toàn nhánh ĐM này. Phẫu thuật: Tiến hành sau nút mạch 1 ngày. Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm bên phải, bóc lộ ĐM cảnh gốc phải. Khối u có kích thước 3cm, nằm giữa chạc ba ĐM cảnh đầy rộng rộng 2 ĐM cảnh sang 2 bên, khối u rất giàu mạch máu (Hình 7). U được nuôi bởi nhiều nhánh xuất phát từ ĐM cảnh ngoài, thắt prolene 5.0 một nhánh lớn. Phẫu tích giải phóng 3 ĐM cảnh, TM cảnh, TK, cắt bỏ toàn bộ u (Hình 8). Sau cắt u 3 ĐM cảnh đập tốt, phong bế xylocain, đặt dẫn lưu. Đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.



Hình 8: Chạc ba động mạch cảnh sau khi cắt bỏ u hoàn toàn

- **GPB:** Carotid body paraganglioma. Sau mổ tình trạng bệnh nhân ổn định, ra viện, hẹn điều trị đợt 2 khối u bên trái.

- **Can thiệp lần 2 (bên trái)** Nút mạch: Chụp ĐM cảnh gốc trái thấy hình ảnh tăng

sinh khối u bên trái đến từ 1 nhánh ĐM xuất phát từ mặt sau ĐM cảnh ngoài cách chạc ba khoảng 1,5cm, luồn microcatheter 2.7F vào nhánh ĐM này, nút mạch bằng hạt PVA 355-500 μm . Kiểm tra thấy không còn nhánh mạch nào vào u. Phẫu thuật: Tiến hành sau nút mạch 1 ngày. Rạch da bờ trước cơ ức đòn chũm bên trái, khối u kích thước 3cm nằm ngang trên chạc ba ĐM cảnh, đè sát vào ĐM cảnh trong, TM cảnh trái, lan lên trên tới sát móm chẩm chũm và nền sọ, tới sát góc giữa dây X và XII, khối u rất tăng sinh mạch. Phẫu tích tách u khỏi các thành phần mạch máu và TK. Cắt bỏ toàn bộ u sau khi thắt 1 nhánh ĐM nuôi u (không rõ nguồn). Đặt dẫn lưu Redon, đóng vết mổ theo lớp giải phẫu.

- **GPB:** Paraganglioma.

Sau mổ bệnh nhân tỉnh, xuất hiện nuốt sặc, nói khàn, khám chuyên khoa Tai Mũi Họng chẩn đoán liệt dây X (Hình 9), chuyển chuyên khoa Tai Mũi Họng điều trị tiếp. Bệnh nhân hồi phục chậm, đã tiến hành mở thông dạ dày nuôi dưỡng sau mổ u tiểu thể cánh 4 tuần.



Hình 9: Bệnh nhân liệt dây thần kinh X sau phẫu thuật (Đặt nội khí quản và sonde dạ dày)

BÀN LUẬN

1. Dịch tễ học:

Ba bệnh nhân của chúng tôi gồm 2 nữ 1 nam. Theo một số tác giả, bệnh lý u tiểu thể cánh gặp ở nữ nhiều hơn nam [10], thường gặp hơn ở những cộng đồng người sống ở vùng cao (so với mực nước biển), nơi có nồng độ oxy thấp, yếu tố gia đình được ghi nhận ở những trường hợp u tiểu thể cánh 2 bên [10,11]. Chúng tôi chưa có điều kiện nghiên cứu về yếu tố dịch tễ của bệnh lý này.

2. Chẩn đoán

***Lâm sàng:** Kinh điển triệu chứng lâm sàng thường là khối u vùng góc hàm với kích thước khác nhau, mật độ chắc, di động kém, không đau, không nóng đỏ, không có tiếng thổi. U có thể gặp một hoặc hai bên. Dấu hiệu cơ năng có thể gặp như nói khó, nuốt vướng, sụp mí... Cả 3 bệnh nhân đều có triệu chứng lâm sàng không rõ rệt, không đặc hiệu hoặc hoàn toàn không có triệu chứng cơ năng, phù hợp với nhiều nghiên cứu. Triệu chứng thường gặp nhất là khối u vùng góc hàm ở 1 hoặc 2 bên [6, 7, 11, 12], rất dễ lẫn với hạch, nang, u máu vùng cổ, phồng ĐM cánh. Tác giả Chapman DB [1] nghiên cứu nhận thấy khối u vùng góc hàm đau, tăng kích thước nhanh ở người trẻ tuổi là một yếu tố tiên đoán bệnh lý ác tính. Từ đó thấy rằng với khối u vùng góc hàm đã chẩn đoán là viêm hạch, điều trị kháng sinh kéo dài không đỡ cần phải nghĩ tới bệnh lý u tiểu thể cánh. Cần hỏi kỹ bệnh sử, triệu chứng cơ năng, khám lâm sàng, CLS nhằm phát hiện bệnh sớm, tránh bỏ qua hay phát hiện bệnh muộn.

***Cận lâm sàng**

Chẩn đoán hình ảnh: Theo y văn hình ảnh điển hình trên Siêu âm Doppler là khối giãn âm ở chỗ chia hai ĐM cánh. Cắt lớp vi tính có

thuốc cản quang; hình ảnh khối bầu dục bất thường mạnh vị trí chỗ chia hai ĐM cánh, làm giãn rộng 2 ĐM cánh trong, ngoài. Chụp mạch: khối u hình bầu dục tại vị trí chia hai ĐM cánh, giàu mạch máu bao quanh, góc chia hai ĐM cánh trong, ngoài giãn rộng. Các bệnh nhân của chúng tôi đều được chẩn đoán chính xác trước mổ với thăm khám cận lâm sàng siêu âm Doppler, CT-Scanner, chụp hệ ĐM cánh và được làm GPB sau đó. Qua đó có thể thấy các phương tiện chẩn đoán hình ảnh có độ đặc hiệu rất cao trong bệnh lý U tiểu thể cánh đặc biệt khi sử dụng phối hợp cùng nhau. Mỗi phương pháp đều có những ưu nhược điểm riêng. Siêu âm Doppler chi phí rẻ, không xâm lấn, có thể làm đi làm lại nhiều lần, nhưng kết quả phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người thực hiện. Chụp mạch chi phí cao, có ưu điểm là can thiệp mạch (nút mạch) đồng thời giúp hạn chế chảy máu trong phẫu thuật sau đó, nhưng đây là 1 thăm dò xâm nhập nhiều có nguy cơ nhất định về biến chứng mạch máu, dị ứng thuốc... ở Việt Nam chỉ có thể tiến hành ở những trung tâm y khoa lớn. Chụp cắt lớp vi tính (đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy) cho hình ảnh chính xác về khối u, mối liên quan giải phẫu của u với xung quanh, tính chất u. Đây là 1 phương tiện chẩn đoán tốt ít xâm lấn và đã có thể tiến hành tại nhiều cơ sở y tế của Việt Nam, nhưng cắt lớp vi tính chỉ để chẩn đoán không có khả năng can thiệp hỗ trợ điều trị như chụp mạch (nút mạch).

Định lượng Catecholamin: Do u tiểu thể cánh có bản chất là u cận hạch nên một số tác giả nghiên cứu định lượng catecholamine nhận thấy chỉ số này tăng cao trong máu và nước tiểu, đặc biệt ở những bệnh nhân có khối u với tính chất gia đình [11]. Bệnh nhân của chúng tôi chưa làm xét nghiệm này.

Mô bệnh học: Giá trị trong chẩn đoán xác

định thể bệnh của bệnh lý u tiểu thể cánh. Kết quả GPB còn giúp cho định hướng theo dõi bệnh nhân sau mổ, quyết định điều trị hỗ trợ sau mổ như hóa chất, tia xạ (với u ác tính, u có nguồn gốc TK schwannoma) [7, 12].

3. Chỉ định điều trị

Điều trị nội: Do tình chất U ác tính hóa và nguy cơ chèn ép các tổ chức xung quanh nên không có chỉ định điều trị nội khoa. Chỉ định phẫu thuật là bắt buộc [3].

Nút mạch: Không phải là điều trị triệt để nên đây chỉ là giải pháp làm chậm sự phát triển của khối u hoặc hỗ trợ trước mổ nhằm hạn chế chảy máu khi mổ. Nên tiến hành mổ càng sớm càng tốt sau nút mạch. Bệnh nhân của chúng tôi vì điều kiện sắp xếp lịch mổ, lịch can thiệp chụp mạch nên được tiến hành phẫu thuật sau chụp mạch 1 hoặc 2 ngày.

Phẫu thuật: Do tỉ lệ ác tính có thể lên đến 10% (có tài liệu đến 10-25%), nguy cơ gây chèn ép mạch thần kinh vùng cổ mà chỉ định phẫu thuật điều trị triệt để là bắt buộc [3]. Một số lưu ý khi tiến hành phẫu thuật

1. Chụp CT-Scanner, chụp mạch trước mổ để có thể xác định vị trí, mối liên quan giải phẫu của khối u với xung quanh, đặc biệt là với mạch máu, thần kinh.

2. Nút mạch trước mổ nhằm hạn chế chảy máu trong mổ. Có 2 trường hợp chúng tôi tiến hành nút mạch khối u trong chụp mạch nhằm hạn chế chảy máu trước khi mổ phù hợp với khuyến cáo của UCSF (1996), tuy nhiên có nghiên cứu thấy nút mạch không làm hạn chế chảy máu, mất máu trong phẫu thuật [8]. Chúng tôi chưa đánh giá được kết quả này.

3. U nằm tại xoang cánh là chỗ chia hai của ĐM cánh, là ĐM cấp máu chính cho vùng đầu cổ. Hệ động mạch, tĩnh mạch, thần kinh, các tổ chức quan trọng khác tại vùng này có mối liên quan giải phẫu phức tạp. Nên chỉ

nên tiến hành loại phẫu thuật này tại chuyên khoa phẫu thuật mạch máu với phẫu thuật viên mạch máu có kinh nghiệm, cơ sở phòng mổ tuyến chuyên khoa, nơi có khả năng cắt và ghép mạch máu trong trường hợp u xâm lấn mạch máu, do đó cũng cần dự trữ máu, mạch nhân tạo, tĩnh mạch hiến... khi mổ.

4. Chỉ định mổ là bắt buộc dù mối liên quan giải phẫu phức tạp, do nguy cơ chèn ép tại chỗ, ác tính hóa. Nên trong mổ cần giải phóng u khỏi các thành phần quan trọng (ĐM, TM, TK) xung quanh, bóc lộ rõ. Trường hợp u dính hay xâm lấn vào ĐM cánh có thể phải cắt và ghép mạch. Nguyên liệu ưu tiên là tĩnh mạch hiến lớn ở đùi, vì vậy chuẩn bị vùng Scarpa trong trường mổ là bắt buộc. Ba bệnh nhân của chúng tôi ca bệnh thứ 3 (u tiểu thể cánh 2 bên) có kết quả liệt thần kinh X sau mổ phù hợp với các nghiên cứu của các tác giả khác [7, 12]. Từ đó thấy rằng không chỉ với nút mạch, cũng như đòi hỏi cao, phức tạp về phương tiện, kĩ thuật mổ, phải xem xét đến chỉ định hóa chất, xạ trị điều trị triệt để cũng như dự kiến điều trị phục hồi chức năng sau mổ cho bệnh nhân (hiện tại chỉ định phẫu thuật là bắt buộc và không có tiêu chuẩn vàng (GPB) để có thể chẩn đoán u là ác tính như với các u khác) [4]. Vậy nên nguy cơ tái phát chưa được kiểm định, về lâu dài cần được theo dõi thông qua khám kiểm tra định kỳ.

KẾT LUẬN:

U tiểu thể cánh là bệnh hiếm gặp (chỉ có 3 trường hợp trong 3 năm nghiên cứu). Triệu chứng lâm sàng không điển hình nhưng chẩn đoán dễ bằng siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính đa dãy và chụp mạch... Phải nghĩ đến u tiểu thể mạch cánh khi có khối u nằm ở vùng góc hàm chỗ chia hai ĐM cánh, có vậy mới cho làm CT-scanner, chụp ĐM mạch cánh để chẩn đoán. Đối với u lành tính, phẫu

thuật lấy trọn u không khó, nhưng với u ác tính, phẫu thuật rất nguy hiểm vì chảy máu nhiều và dính. Ngoài phẫu thuật cần xem xét các phương pháp điều trị khác như xạ trị, nút mạch, nhằm lựa chọn hướng giải quyết hợp lý nhất cho mỗi ca bệnh cụ thể, cũng như cần theo dõi, hướng dự phòng, phục hồi chức năng cho bệnh nhân sau phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Chapman DB, Lippert D, Geer CP, Edwards HD, Russell GB, Rees CJ, Browne JD (2010):* Clinical, histopathologic, and radiographic indicators of malignancy in head and neck paragangliomas.
2. *Chang L (2005):* Retrospective analysis of the diagnosis and surgical treatment of carotid body tumors. Article in Chinese.
3. *Durdik S, Malinovsky P Durdik S, P Malinovsky Bratisl Lek Listy (2002):* Chemodectoma-carotid body tumor Surgical treatment: 422-423
4. *Gattuso, Reddy, David (2002):* Differential Diagnosis in Surgical Pathology 2nd, Saunders Elsevier.
5. *Hollon W, Farr MD (1980):* Carotid Body Tumors: A 40-Year Study. CA: A Cancer Journal for Clinicians. Vol 30: 260-265
6. *Muham-M, Wien-Klin (2000):* Glomus caroticum chemodectoma. Review on diagnosis and therapy. Feb 11 - 112
7. *Myers EN, Suen JY (1996):* Cancer of the head and neck. 3rd ed. Philadelphia, Pa: Saunders: 562-585
8. *Le Nu Thi Hoa Hiep, Van Tan, Tran Nhu Hang Viet (2009):* Carotid body tumors: clinical diagnosis and treatment. Y Hoc TP: Ho Chi Minh. Vol.13
9. *Lorenzo (1992):* Carotid Body Tumor. US Evaluation Radiology. 182: 457-459
10. *Rodriguez-Cuevas S, Lopez-Garza J, Labastida-Almendarez S (1998):* Carotid body tumour in inhabitants of altitudes higher than 2000 meters above sea level. Head & Neck. 20(5): 374-378.
11. *Shedd DP et al (1990):* Familial occurrence of carotid body tumours. Head and Neck. 12(6)
12. *Urquhart AC, Johnson JT, Myers EN, Schechter GL (1994):* Glomus vagale: paraganglioma of the vagus nerve. Laryngoscope. 104:440-445.

ABSTRACT:

Carotid Body Tumors (Chemodectomas) derived from chemical receptors of the sinus exit (chemoreceptor). Study on clinical diagnosis, paraclinical diagnosis and surgical treatment. From 2008 to 2010, at the department of Cardiovascular and thoracic surgery - Việt Đức Hospital, three carotid body tumors were operated. There were 1 man and 2 women. clinical symptoms 3 painless palpable mass over the carotid bifurcation region of the neck. One with hypertension, headache. The paraclinical diagnosis of carotid body tumor is: ultrasound, CT-Scanner, carotid arteriography. After transarterial embolization the tumours were surgically excised, 1 patient had cranial nerve palsy after operation. Conclusion Carotid body tumors are rare lesions. When there is a neck tumor located at the bifurcation of the common carotid arteries, the ultrasound, CT-Scanner, carotid arteriography are needed for the diagnosis. Complete surgical excision is the treatment of choice.

CHUYÊN ĐỀ ĐÀO TẠO LIÊN TỤC

Khuyến Cáo 2010 Của Hội Tim Mạch Học Quốc Gia Việt Nam Về Chẩn Đoán Và Điều Trị Bệnh Động Mạch Chi Dưới (Phần II)

Trưởng Tiểu Ban: PGS.TS. BS. Đinh Thị Thu Hương

Thư ký: Ths.BS. Nguyễn Tuấn Hải

Ban biên soạn:

PGS.TS. BS. Đinh Thị Thu Hương

Ths.BS. Nguyễn Tuấn Hải

GS. Văn Tấn

PGS.TS. Phạm Minh Thông

PGS.TS. Phạm Thắng

PGS.TS. Cao Văn Thịnh

PGS.TS. Lê Nữ Hòa Hiệp

TS. BS. Đoàn Quốc Hưng

Th.s.BS. Nguyễn Văn Mão

TS.BS. Dương Đức Hùng

1. Điều trị triệu chứng đau cách hồi chi dưới

1.1. Các bài tập vận động và phục hồi chức năng BDMCD

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Chương trình tập luyện có giám sát được chỉ định đầu tiên trong điều trị bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi (mức độ bằng chứng A).

- Bệnh nhân được hướng dẫn tập luyện ít nhất 30 – 45 phút mỗi ngày, tối thiểu 3 lần/tuần trong khoảng thời gian ít nhất là 12 tuần (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIb:

- Tập luyện không có sự giám sát chưa chứng minh được hiệu quả thực sự trong

điều trị bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi (mức độ bằng chứng B).

1.2. Điều trị nội khoa triệu chứng đau cách hồi chi dưới bằng thuốc Cilostazol:

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Cilostazol (100 mg uống 2 lần/ngày) được chỉ định điều trị bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi nhằm cải thiện triệu chứng và làm tăng quãng đường đi được (trong trường hợp không có suy tim) (mức độ bằng chứng A).

Pentoxifylline:

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Pentoxifylline (400 mg uống 3 lần/ngày) có thể được cân nhắc điều trị xen kẽ với cilostazol cho

bệnh nhân BDMCD có đau cách hồi nhằm cải thiện quãng đường đi (mức độ bằng chứng A).

- Hiệu quả lâm sàng điều trị triệu chứng đau cách hồi của Pentoxifylline không đáng kể và chưa thật rõ ràng (mức độ bằng chứng C).

Các điều trị nội khoa khác:

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- L-arginin chưa được chứng minh hiệu quả điều trị bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

- Propionyl - L - carnitine chưa được chứng minh có hiệu quả cải thiện quãng đường đi được ở BN có đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

- Ginkgo biloba chưa được chứng minh hiệu quả điều trị bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III:

- Prostaglandins đường uống gây giãn mạch như beraprost hay illoprost không có hiệu quả trong điều trị chứng đau cách hồi chi dưới ở BN BDMCD (mức độ bằng chứng A).

- Vitamin E không được chỉ định trong điều trị bệnh nhân đau cách hồi (mức độ bằng chứng C).

1.3. Chỉ định tái tưới máu điều trị triệu chứng đau cách hồi

Trước khi chỉ định can thiệp qua da hoặc phẫu thuật để điều trị đau cách hồi cho BN bị BDMCD, cần phải cân nhắc đến các yếu tố sau:

- Bệnh nhân đáp ứng không tốt với điều trị bằng các bài tập phục hồi chức năng và các thuốc điều trị nội khoa chứng đau cách hồi.

- Bệnh nhân có sự suy giảm rõ rệt khả năng thực hiện công việc hàng ngày, hay các hoạt động thể lực quan trọng của bản thân.

- Không có các bệnh lý khác làm hạn chế vận động của bệnh nhân (đau thắt ngực, bệnh phổi mạn tính ...).

- Tiến triển tự nhiên và tiên lượng bệnh

đối với bệnh nhân.

- Đặc điểm hình thái tổn thương (cần được tính đến nhằm giúp lựa chọn phương pháp can thiệp/phẫu thuật có nguy cơ thấp đồng thời đem lại hiệu quả điều trị trước mắt và lâu dài cho bệnh nhân).

Bệnh nhân được chỉ định điều trị tái tưới máu có thể phải làm thêm các thăm dò chẩn đoán hình ảnh không xâm nhập như siêu âm Doppler, chụp cộng hưởng từ hoặc cắt lớp vi tính và/hoặc chụp động mạch cản quang, để lựa chọn phương pháp can thiệp hay phẫu thuật phù hợp.

1.4. Điều trị tái tưới máu cho BN BDMCD có triệu chứng đau cách hồi bằng can thiệp động mạch qua da

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Can thiệp động mạch qua da được chỉ định cho những BN BDMCD có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do chứng đau cách hồi, mà các triệu chứng này có thể được cải thiện với điều trị tái tưới máu, VÀ ...

a. Điều trị nội khoa hay tập luyện PHCN không đủ hiệu quả và/hoặc

b. Các cân lợi ích/nguy cơ phù hợp (VD tổn thương khu trú tầng chủ - chậu) (mức độ bằng chứng A).

- Can thiệp tái tưới máu DM qua da được chỉ định với tổn thương tầng DM chậu và tầng DM đùi - khoeo type A theo TASC (mức độ bằng chứng B).

- Đo chênh lệch áp lực qua vị trí tổn thương để đánh giá mức độ hẹp (có hoặc không kèm theo giãn mạch) được chỉ định trước khi can thiệp những tổn thương gây hẹp lòng động mạch chậu từ 50 - 75% (mức độ bằng chứng C).

- Can thiệp đặt stent tạm thời được chỉ định "cứu vãn" với tổn thương DM chậu khi nong bằng bóng thất bại hoặc không hiệu quả (Chênh áp qua vị trí hẹp còn cao, hẹp > 50% lòng mạch, tích thành DM cản trở dòng chảy) (mức độ bằng chứng B).

- Đặt stent có hiệu quả và là lựa chọn hàng đầu đối với tổn thương hẹp hoặc tắc DM chậu chung (mức độ bằng chứng B).

- Đặt stent có hiệu quả và là lựa chọn hàng đầu đối với tổn thương hẹp hoặc tắc DM chậu ngoài (mức độ bằng chứng C).

Nhóm IIa:

- Can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác, được chỉ định “cứu vãn” với tổn thương tăng DM đùi, khoeo và DM chày khi nong bằng bóng thất bại hoặc không hiệu quả (Chèn ép qua vị trí hẹp còn cao, hẹp > 50% lòng mạch, tách thành DM cản trở dòng chảy) (mức độ bằng chứng C).

Nhóm IIb:

- Hiệu quả của phương pháp can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác vẫn chưa rõ ràng đối với tổn thương DM vùng đùi - khoeo (ngoại trừ trường hợp nong bằng

bóng thất bại) (mức độ bằng chứng A).

- Hiệu quả của phương pháp can thiệp đặt stent và các kỹ thuật bổ sung khác vẫn chưa rõ ràng đối với tổn thương DM vùng cẳng chân (ngoại trừ trường hợp nong bằng bóng thất bại) (mức độ bằng chứng C).

Nhóm III:

- Can thiệp DM qua da không được chỉ định nếu như không có hẹp khít động mạch, cho dù có tăng dòng chảy dưới tác dụng của thuốc giãn mạch (mức độ bằng chứng C).

- Đặt stent DM không phải là chỉ định đầu tiên đối với các tổn thương DM đùi, khoeo hay DM chày (mức độ bằng chứng C).

- Can thiệp DM qua da không được chỉ định trong điều trị dự phòng với bệnh nhân BDMCD không triệu chứng (mức độ bằng chứng C).

Bảng 4: Đặc điểm hình thái tổn thương động mạch chậu theo TASC

TASC	Đặc điểm tổn thương
A	1. Hẹp đơn độc dưới 3 cm của DM chậu gốc, DM chậu ngoài (một hoặc hai bên)
B	2. Hẹp đơn độc từ 3 – 10 cm chiều dài, không lan tới động mạch đùi chung 3. Tổng số 2 vị trí hẹp, có độ dài dưới 5cm của DM chậu gốc và/hoặc chậu ngoài, không lan tới DM đùi. 4. Tắc động mạch chậu gốc một bên.
C	5. Hẹp cả hai bên trên đoạn dài 5 – 10 cm của DM chậu gốc và/hoặc chậu ngoài, không lan tới động mạch đùi. 6. Tắc động mạch chậu ngoài một bên, không lan tới DM đùi 7. Hẹp động mạch chậu ngoài một bên, lan tới tận DM đùi 8. Tắc động mạch chậu gốc hai bên
D	9. Hẹp lan tỏa, nhiều vị trí, dài trên 10 cm ở DM chậu gốc, chậu ngoài và DM đùi chung. 10. Tắc DM chậu gốc và chậu ngoài cùng bên. 11. Tắc DM chậu ngoài hai bên. 12. Tổn thương lan tỏa cả DM chủ bụng và DM chậu hai bên. 13. Hẹp DM chậu trên BN có phình DMC bụng hoặc có tổn thương khác đòi hỏi phải phẫu thuật DMC bụng hoặc DM chậu.

Bảng 5: điểm hình thái tổn thương động mạch đùi – khoeo theo TASC

TASC	Đặc điểm tổn thương
A	1. Hẹp đơn độc dưới 3 cm của ĐM đùi nông hoặc ĐM khoeo.
B	2. Hẹp đơn độc từ 3 – 10 cm chiều dài, không lan tới đoạn xa ĐM khoeo. 3. Hẹp kèm theo vôi hóa nặng trên 3 cm chiều dài. 4. Hẹp hoặc tắc nhiều vị trí, mỗi vị trí dài dưới 3 cm. 5. Hẹp đơn độc hoặc nhiều vị trí nhưng không lan tới ĐM vùng cẳng chân.
C	6. Hẹp đơn độc hoặc tắc nghẽn dài trên 5 cm. 7. Hẹp hoặc tắc ở nhiều vị trí, mỗi vị trí dài từ 3 – 5 cm, có hoặc không kèm theo sự vôi hóa nặng nề.
D	8. Tắc hoàn toàn ĐM đùi chung, hoặc ĐM đùi nông, hoặc tắc hoàn toàn ĐM khoeo tới tận vị trí chia ra thân chân mào.

1.5. Điều trị triệu chứng đau cách hồi chỉ dưới bằng phẫu thuật

1.5.1. Chỉ định

Khuyến cáo

Nhóm I:

• Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM được chỉ định cho những BN có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, không đáp ứng với điều trị nội khoa và tập luyện PHCN, mà các triệu chứng này có thể được cải thiện với điều trị tái tưới máu (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb:

• Đối với nhóm bệnh nhân BDMCD trẻ hơn 50 tuổi có kèm theo bệnh lý xơ vữa động mạch ở các vị trí khác, hiệu quả của phẫu thuật điều trị triệu chứng đau cách hồi vẫn chưa rõ ràng (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III:

• Phẫu thuật không được chỉ định để điều trị dự phòng tiến triển thiếu máu chi dưới trầm trọng ở bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi (mức độ bằng chứng B).

1.5.2. Đánh giá trước phẫu thuật

Khuyến cáo:

Nhóm I:

• Bệnh nhân bị BDMCD có chỉ định phẫu thuật bắc cầu cần được đánh giá đầy đủ về các yếu tố nguy cơ tim mạch trước khi tiến hành phẫu thuật (mức độ bằng chứng B).

Bệnh động mạch chi dưới thường phối hợp với bệnh lý mạch vành, với nguy cơ thiếu máu cục bộ cơ tim cả ngắn hạn và dài hạn đều cao, vì vậy, cần lượng giá đầy đủ nguy cơ tim mạch trước phẫu thuật, dù tổn thương ở tầng động mạch nào. Nguy cơ quanh phẫu thuật càng cao nếu bệnh nhân có tiền sử thiếu máu cục bộ cơ tim, đang bị đau thắt ngực, hoặc có bất thường trên điện tâm đồ.

1.5.3. Mối tương quan giữa triệu chứng lâm sàng và vị trí tổn thương giải phẫu

Phẫu thuật bắc cầu nối động mạch nhằm phục hồi khả năng tưới máu qua vị trí động mạch bị tổn thương và cải thiện triệu chứng đau cách hồi. Vị trí đau cách hồi thường ở các nhóm cơ phía sau vị trí tắc hoặc hẹp khít của động mạch.

Về giải phẫu, có thể chia làm ba tầng tổn thương động mạch, với đặc điểm lâm sàng khác nhau:

a, Tầng động mạch chủ - chậu: thường gây ra chứng đau cách hồi vùng mông, hoặc vùng đùi.

Nếu tổn thương ở vị trí chia đôi của động mạch chậu, hay tại động mạch chậu trong, có thể gây ra rối loạn về cương dương đối với nam giới.

b, Tắc động mạch đùi - khoeo: chỉ những tổn thương hẹp tắc từ động mạch đùi xuống tới trước vị trí chia của thân chày mác. Trong đó, hẹp/ tắc động mạch đùi nông là tổn thương phổ biến nhất, thường gây ra triệu chứng đau cách hồi vùng bắp chân điển hình. Tuy nhiên, do động mạch đùi sâu đóng vai trò động mạch bàng hệ quan trọng nối với động mạch khoeo, tắc động mạch đùi nông đơn độc hiếm khi gây ra tình trạng thiếu máu chi dưới trầm trọng.

c, Tắc động mạch vùng cẳng chân: chỉ những tổn thương của động mạch chày trước, chày sau, mác và các động mạch vùng bàn chân. Do tuần hoàn bàng hệ vùng này tương đối nghèo nàn, tắc nghẽn các động mạch vùng cẳng chân thường gây ra thiếu máu chi dưới trầm trọng. Nhưng chỉ tổn thương đơn độc một động mạch ít khi gây ra triệu chứng đau cách hồi.

1.5.4. Phương pháp phẫu thuật

Đối với bệnh nhân BDMCD có triệu chứng đau cách hồi, chiến lược tái tưới máu đầu tiên được lựa chọn là can thiệp động mạch qua da, do nguy cơ thấp hơn. Phẫu thuật bắc cầu thường chỉ đặt ra khi tổn thương giải phẫu không phù hợp với điều trị can thiệp động mạch. Sau khi đã phân tích các hình ảnh cận lâm sàng của tổn thương động mạch, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật còn phải cân nhắc trên cơ sở tuổi, giới của bệnh nhân, các can thiệp động mạch trước đó. Mục đích điều trị là cải thiện tưới máu ở xa, hay cải thiện khoảng cách đi bộ. Nếu bệnh nhân có bệnh lý động mạch ở cả tầng chủ - chậu, và đùi - khoeo, thì các tổn thương động mạch tầng chủ - chậu được ưu tiên phẫu thuật trước.

1.5.4.1. Phẫu thuật với BDMCD tầng chủ - chậu

Khuyến cáo

Nhóm I

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM chủ - ĐM

đùi hai bên được chỉ định cho những BN có suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống do đau cách hồi, nhưng không đáp ứng với điều trị nội khoa và tập luyện PHCN, với tổn thương giải phẫu không phù hợp cho can thiệp động mạch qua da (mức độ bằng chứng B).

- Chỉ định phẫu thuật lấy màng xơ vữa ĐM chậu và bắc cầu nối chủ - chậu hay chậu - đùi đối với tắc một bên động mạch chậu, hoặc phối hợp với cầu nối ĐM đùi - đùi trong trường hợp có tắc nghẽn động mạch chậu hai bên, và không thể làm cầu nối động mạch chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi có thể được cân nhắc chỉ định với tổn thương tắc nghẽn động mạch chủ bụng dưới chỗ chia động mạch thận với triệu chứng đau cách hồi làm suy giảm rõ rệt khả năng hoạt động trong công việc và cuộc sống, nhưng không thể làm phẫu thuật bắc cầu ĐM chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III

- Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi không được chỉ định đối với tổn thương tắc nghẽn động mạch chủ bụng dưới chỗ chia động mạch thận nhưng không gây triệu chứng đau cách hồi rõ rệt (mức độ bằng chứng B).

1.5.4.2. BDMCD tầng đùi - khoeo:

Khuyến cáo

Nhóm I

- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía trên gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng A).
- Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIa

- Đối với phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối, chỉ nên sử dụng

cấu nối nhân tạo khi không thể lấy được tĩnh mạch tự thân từ hai chân hoặc tay (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIb

- Cấu nối động mạch đùi – động mạch chày bằng tĩnh mạch tự thân hiếm khi được chỉ định cho bệnh nhân đau cách hồi chi dưới (do nguy cơ cao cắt cụt chi, và tắc lại cấu nối) (mức độ bằng chứng B).

- Cấu nối nhân tạo tới động mạch khoeo phía trên gối hiếm khi được chỉ định do tuổi thọ thấp (mức độ bằng chứng B).

Nhóm III

- Cấu nối động mạch đùi – động mạch chày bằng vật liệu nhân tạo không được chỉ định trong phẫu thuật điều trị đau cách hồi chi dưới (mức độ bằng chứng C).

1.5.4.3. Theo dõi sau phẫu thuật

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ bụng – động mạch đùi hai bên cần được theo dõi định kỳ về sự tái phát hay tiến triển của triệu chứng đau cách hồi, bắt mạch đùi hai bên, đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng tĩnh mạch hiển tự thân cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cấu nối, mạch phía hạ lưu), siêu âm Doppler toàn bộ mạch chi dưới với đo vận tốc tâm thu tối đa trong cấu nối, tỷ số vận tốc tại các vị trí tổn thương (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng mạch nhân tạo cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm: ghi nhận sự tái phát chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cấu nối, mạch phía hạ lưu), đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng C).

2. Điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng

2.1. Điều trị nội khoa

Điều trị nội khoa thiếu máu chi dưới trầm trọng chủ yếu là giảm đau, chăm sóc để làm liền vết loét hay hoại tử, giảm nguy cơ bị cắt cụt chi. Prostaglandins là nhóm thuốc duy nhất được chứng minh là có hiệu quả cải thiện vi tuần hoàn, tăng cường tuần hoàn bằng hệ tưới máu cho chi bị tổn thương.

Cilostazol và Pentoxifylline

Khuyến cáo:

Nhóm III:

- Pentoxifylline không có hiệu quả điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng (mức độ bằng chứng B).

Cilostazol chưa được nghiên cứu đầy đủ và cũng chưa chứng minh được hiệu quả điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng.

Prostaglandins

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Điều trị PGE – 1 hoặc iloprost đường tĩnh mạch từ 7 – 28 ngày có thể làm giảm triệu chứng đau khi nghỉ, làm vết loét chi dưới của BN TMCDT chóng lành hơn, nhưng hiệu quả điều trị vẫn còn giới hạn trong các nghiên cứu nhỏ có số lượng bệnh nhân hạn chế (mức độ bằng chứng A).

Nhóm III:

- Iloprost đường uống không làm giảm nguy cơ cắt cụt chi hay tử vong ở BN TMCDT (mức độ bằng chứng B).

Các yếu tố tân tạo mạch máu

Khuyến cáo:

Nhóm IIb:

- Các yếu tố tân tạo mạch máu chưa chứng minh được hiệu quả điều trị với BN TMCDT và cần được nghiên cứu thêm bằng các thử nghiệm lâm sàng bệnh - chứng (mức độ bằng chứng C).

2.2. Điều trị can thiệp qua da với bệnh nhân TMCDT

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Bệnh nhân TMCDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, cần được ưu tiên điều trị tầng động mạch chủ - chậu trước (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân TMCDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, nếu sau can thiệp tái tưới máu tầng chủ - chậu vẫn còn triệu chứng của TMCDT hoặc nhiễm trùng, cần chỉ định các biện pháp tái tưới máu điều trị tổn thương tầng đùi - khoeo (mức độ bằng chứng B).

Chỉ định điều trị kinh điển của TMCDT là phẫu thuật bắc cầu động mạch, hoặc cắt cụt chi hoại tử. Nhưng các tiến bộ trong lĩnh vực can thiệp động mạch qua da đã giúp phương pháp này được chỉ định ngày càng phổ biến trong TMCDT, ngay cả đối với những trường hợp phức tạp như tắc động mạch chậu, động mạch đùi hay động mạch chày trên đoạn dài.

Yêu cầu đặt ra trước điều trị can thiệp/phẫu thuật là xác định (a) tính chất cấp tính, hay mạn tính của thiếu máu chi dưới trầm trọng; (b) các bệnh lý phối hợp; (c) đặc điểm giải phẫu động mạch. Những bệnh nhân có TMCDT trầm trọng với hoại tử chi, nhiễm trùng toàn thân cần phải được chỉ định cắt cụt phần chi hoại tử sớm, tránh sốc nhiễm khuẩn. Chỉ định can thiệp động mạch phụ thuộc vào việc tưới máu móm cụt có đủ để liền vết mổ hay không. Với bệnh nhân có các bệnh lý kèm theo nặng nề như thiếu máu cục bộ cơ tim, TBMN, suy tim, suy thận, bệnh phổi mạn, can thiệp động mạch qua da nếu có thể, được ưu tiên hơn phẫu thuật bắc cầu, do những nguy cơ quanh phẫu thuật cao.

2.3. Điều trị lấy huyết khối/tiêu huyết khối đối với thiếu máu chi dưới trầm trọng cấp và mạn tính

Khuyến cáo:

Nhóm I:

- Điều trị tiêu huyết khối qua catheter là phương pháp hiệu quả để điều trị bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới (Rutherford độ I và IIa) trong vòng 14 ngày (mức độ bằng chứng A).

Nhóm IIa:

- Hút huyết khối bằng dụng cụ thường xuyên được chỉ định như là điều trị bổ sung với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới do tắc nghẽn động mạch ngoại biên (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIb:

- Tiêu huyết khối qua đường catheter và hút huyết khối có thể cân nhắc chỉ định với bệnh nhân thiếu máu cấp chi dưới (Rutherford độ IIb) có thời gian trên 14 ngày (mức độ bằng chứng B).

2.4. Điều trị thiếu máu chi dưới trầm trọng bằng phẫu thuật

Khuyến cáo

Nhóm I:

- Bệnh nhân TMCDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, cần được ưu tiên phẫu thuật điều trị tầng động mạch chủ - chậu trước (mức độ bằng chứng C).

- Bệnh nhân TMCDT có tổn thương cả tầng động mạch chủ - chậu và chậu - đùi, nếu sau điều trị tái tưới máu tầng chủ - chậu vẫn còn triệu chứng của TMCDT hoặc nhiễm trùng, cần chỉ định các biện pháp tái tưới máu điều trị tổn thương tầng đùi - khoeo (mức độ bằng chứng B).

- Bệnh nhân có hoại tử nặng vùng tỷ đè, không thể co duỗi được bàn chân, mất cảm giác đầu chi, đau khi nghỉ dai dẳng, nhiễm trùng, hoặc tuổi thọ hạn chế do bệnh lý phổi hợp cần được đánh giá để phẫu thuật cắt cụt chi (mức độ bằng chứng C).

Nhóm III:

- Phẫu thuật hay can thiệp tái tưới máu không được chỉ định cho bệnh nhân có giảm cấp máu chi dưới trầm trọng với ABI < 0,4 nhưng không có triệu chứng lâm sàng của TMCDT.

2.4.1. *Phẫu thuật với BDMCD tĩnh chủ - chậu* Khuyến cáo:

Nhóm I:

• Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM chủ - ĐM đùi hai bên được chỉ định cho những BN tổn thương tầng động mạch chủ bụng - 2 động mạch chậu có triệu chứng lâm sàng rõ rệt gây ảnh hưởng huyết động (mức độ bằng chứng B).

• Chỉ định phẫu thuật lấy mảnh xơ vữa ĐM chậu và bắc cầu nối chủ - chậu hay chậu - đùi đối với tắc một bên động mạch chậu, hoặc phối hợp với cầu nối ĐM đùi - đùi trong trường hợp có tắc nghẽn động mạch chậu hai bên, và không thể làm cầu nối động mạch chủ - ĐM đùi hai bên (mức độ bằng chứng B).

• Phẫu thuật bắc cầu nối ĐM nách - đùi - đùi được chỉ định cho BN tổn thương tầng động mạch chủ bụng - động mạch chậu gây TMCDTT nhưng không thực hiện được các can thiệp tái tưới máu khác (mức độ bằng chứng B).

2.4.2. *Phẫu thuật với BDMCD tĩnh đùi - khoeo*

Khuyến cáo

Nhóm I

• Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía trên gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng A).

• Phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối nên sử dụng tĩnh mạch tự thân làm cầu nối (mức độ bằng chứng B).

• Động mạch ở phía xa nhất vẫn ghi được dòng chảy liên tục, và mức độ hẹp dưới 20% được sử dụng làm vị trí miệng nối đầu tiên của cầu nối động mạch (mức độ bằng chứng B).

• Động mạch chảy hoặc mu chân vẫn còn ghi được dòng chảy liên tục, được sử dụng để làm miệng nối xa của cầu nối động mạch (mức độ bằng chứng B).

• Cầu nối động mạch đùi - chân nên được sử dụng bằng tĩnh mạch hiển lớn tự thân cùng bên, hoặc bằng các tĩnh mạch chi dưới hoặc chi trên khác (mức độ bằng chứng B).

• Cầu nối composite đùi - khoeo - chân, hoặc tới ĐM khoeo đơn độc nhưng có tuần hoàn bằng hệ tưới bàn chân, là phương pháp phẫu thuật được lựa chọn khi không tìm được cầu nối tự thân phù hợp (mức độ bằng chứng B).

Nhóm IIa:

• Đối với phẫu thuật bắc cầu tới động mạch khoeo phía dưới gối, chỉ nên sử dụng cầu nối nhân tạo khi không thể lấy được tĩnh mạch tự thân từ chi dưới hoặc chi trên (mức độ bằng chứng B).

2.4.3. *Theo dõi sau phẫu thuật*

Khuyến cáo:

Nhóm I:

• Trừ khi có chống chỉ định, tất cả bệnh nhân sau phẫu thuật tái tưới máu chi dưới do TMCDTT đều phải được điều trị chống ngưng tập tiểu cầu, và việc điều trị này cần thiết phải duy trì cả đời (mức độ bằng chứng A).

• Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chủ bụng - động mạch đùi hai bên cần được theo dõi định kỳ về sự tái phát hay tiến triển của triệu chứng đau cách hồi, bắt mạch đùi hai bên, đo ABI (mức độ bằng chứng B).

• Nếu sau điều trị tái tưới máu tầng động mạch chủ - chậu, vẫn còn tồn tại nhiễm trùng, loét hay hoại tử chi với ABI > 0,8 thì cần phải chỉ định điều trị tái tưới máu cho tất cả các tổn thương tắc nghẽn hay hẹp có ý nghĩa của tầng động mạch đùi - khoeo (mức độ bằng chứng A).

• Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng tĩnh mạch hiển tự thân cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm ghi nhận sự tái phát hoặc tiến triển của chứng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cầu nối, mạch phía hạ lưu), siêu âm Doppler toàn bộ mạch chi dưới với đo vận tốc tâm thu tối đa trong cầu nối, tỷ số vận tốc tại các vị trí tổn thương (mức độ bằng chứng A).

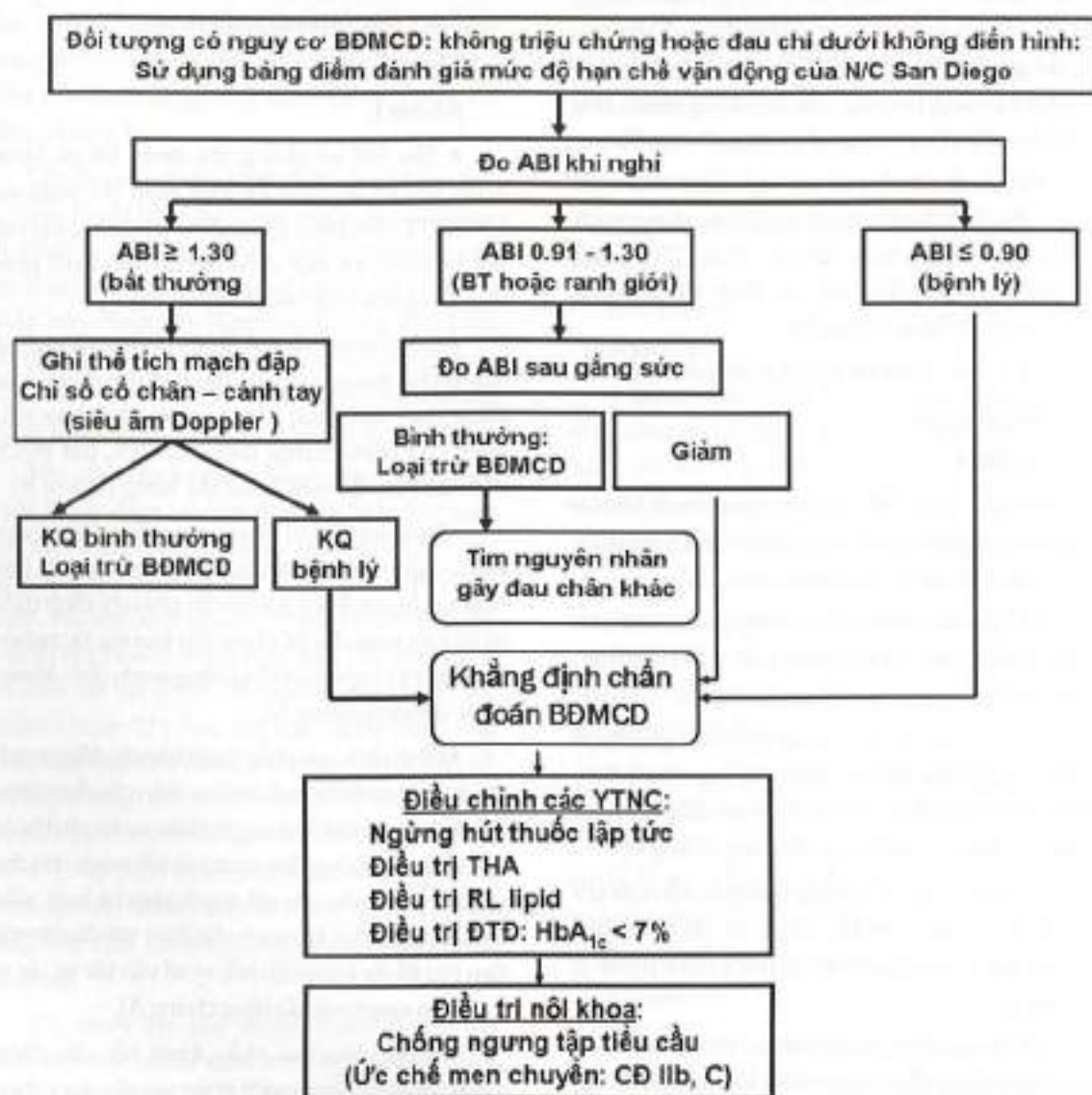
• Bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch chi dưới bằng mạch nhân tạo cần được theo dõi định kỳ ít nhất 2 năm ghi nhận sự tái phát

chúng đau cách hồi, bắt mạch chi (chú ý mạch đoạn gần, cầu nối, mạch phía hạ lưu), đo ABI khi nghỉ và sau gắng sức (mức độ bằng chứng A).

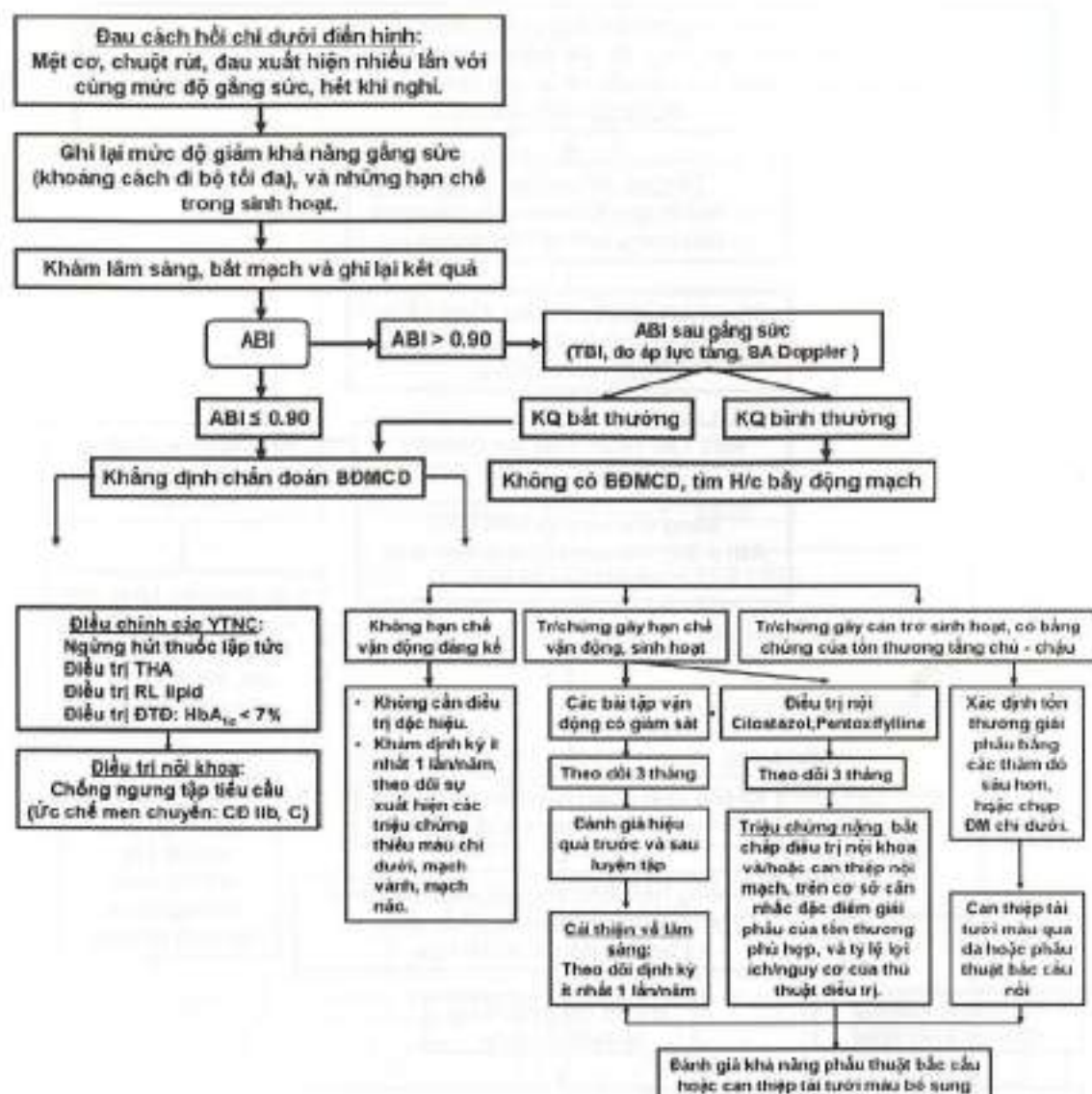
Để đảm bảo kết quả tái tưới máu tối ưu, và giảm tối thiểu nguy cơ bị các biến cố tim mạch (NMCT, đột quỵ), bệnh nhân sau phẫu thuật bắc cầu động mạch cần tiếp tục được điều trị duy trì chống ngưng tập tiểu cầu với aspirin hoặc clopidogrel, phối hợp điều trị các yếu tố nguy cơ tim

mạch và bệnh lý kèm theo. Việc theo dõi định kỳ được tiến hành ít nhất 2 năm, siêu âm Doppler được chỉ định theo dõi cầu nối tĩnh mạch, đánh giá dòng chảy, các miệng nối, phát hiện hẹp tái phát... Vai trò của siêu âm trong theo dõi cầu nối động mạch nhân tạo chưa rõ ràng, trong trường hợp này, đánh giá định kỳ ABI lúc nghỉ và sau gắng sức là cần thiết.

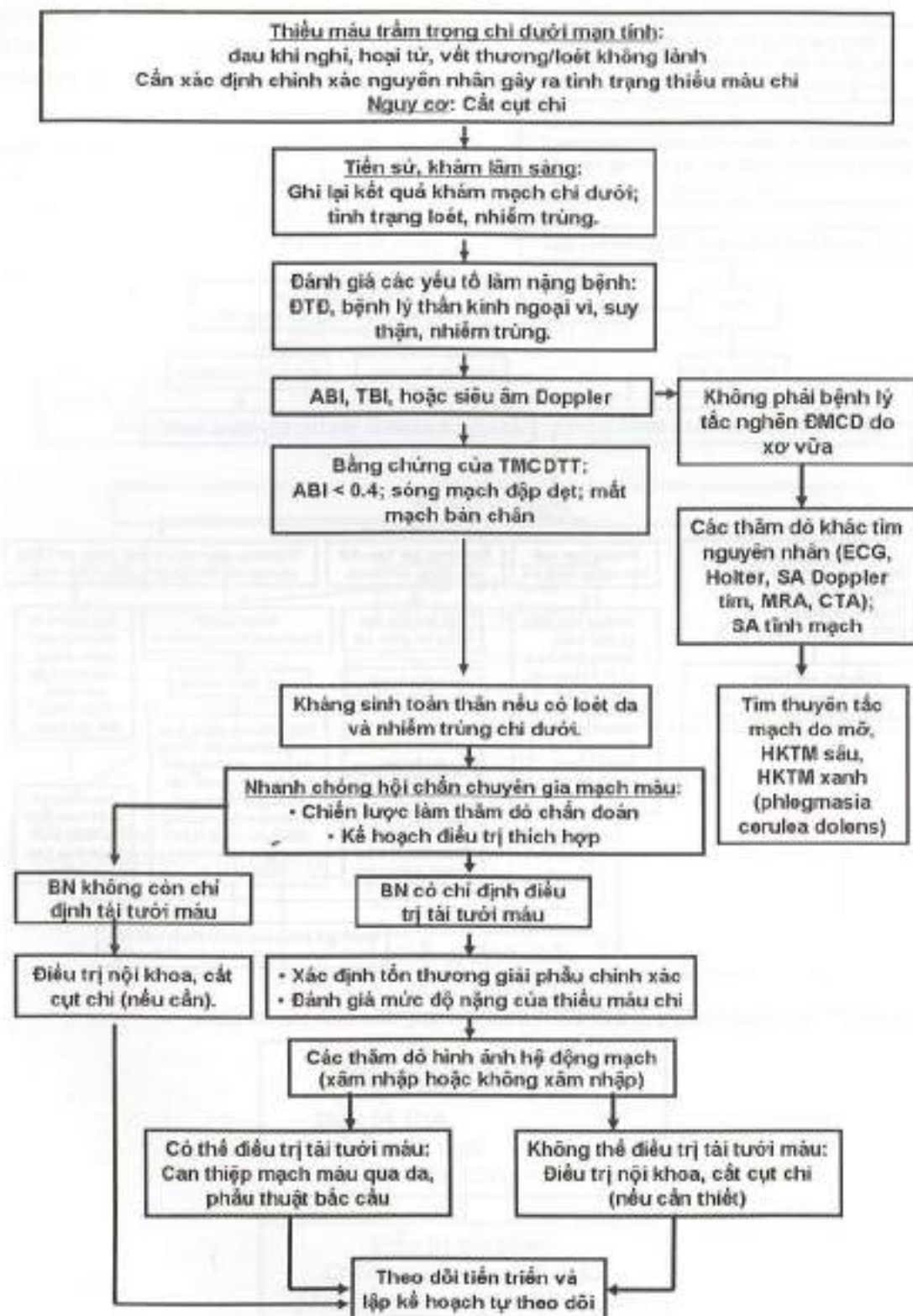
SƠ ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH ĐỘNG MẠCH CHI DƯỚI



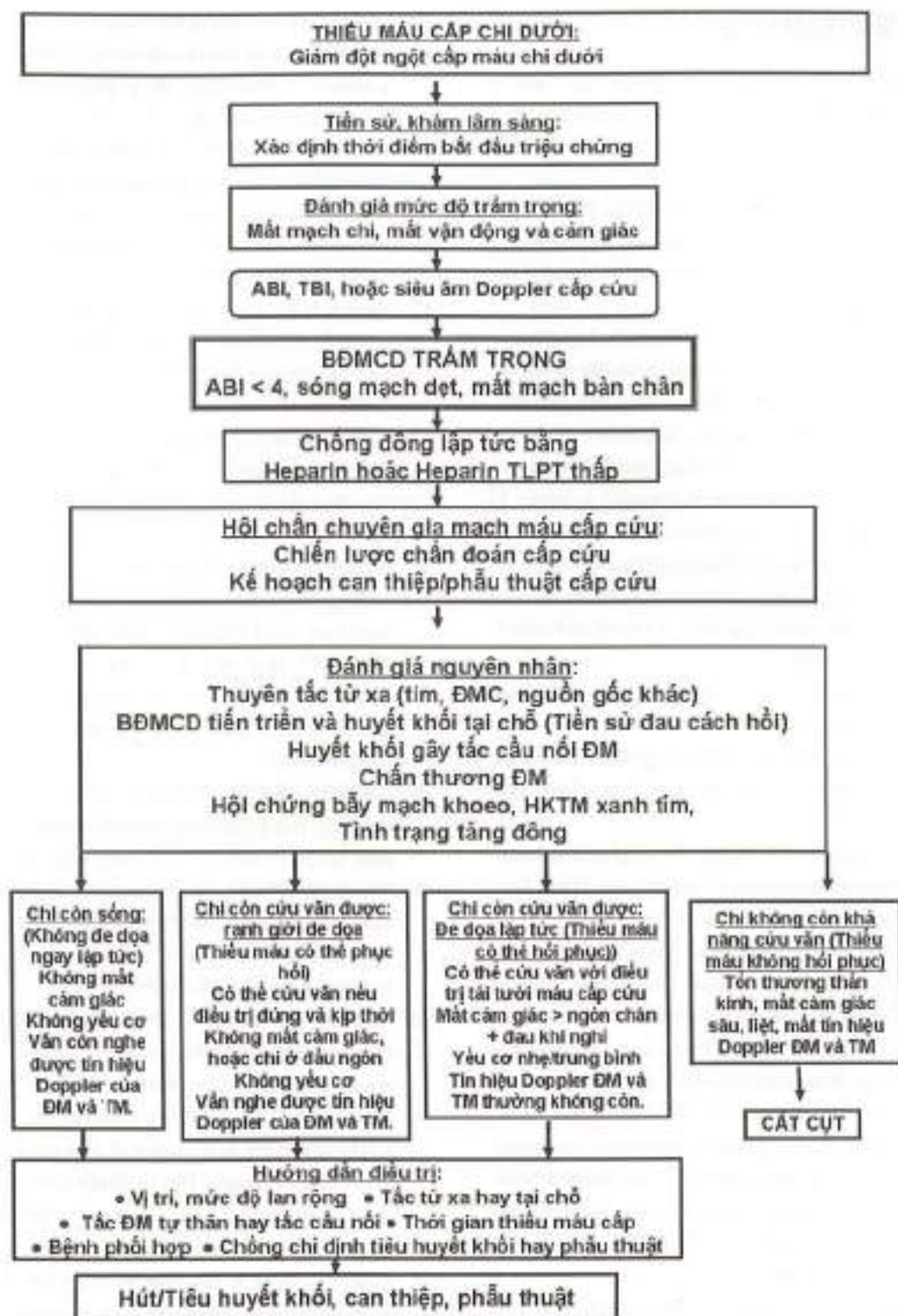
Sơ đồ 1: Chẩn đoán và điều trị BDMCD không có triệu chứng hoặc triệu chứng không điển hình.



Sơ đồ 2: Chẩn đoán và điều trị BDMCD có triệu chứng đau cách hồi chi dưới.



Sơ đồ 3: Chẩn đoán và điều trị ĐMCD có triệu chứng thiếu máu chi dưới trầm trọng



Sơ đồ 5: Chẩn đoán và điều trị BDMCD có triệu chứng thiếu máu chi dưới cấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị, dự phòng tăng huyết áp ở người lớn. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, 235 – 291.
2. Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị rối loạn lipid máu. Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, 476 – 497.
3. Phạm Việt Tuấn, Nguyễn Lân Việt. Nghiên cứu mô hình bệnh tật ở bệnh nhân điều trị nội trú tại Viện Tim mạch Việt Nam trong thời gian 2003 – 2007. Luận văn thạc sỹ y học, 2008.
4. Alan T. Hirsch, Ziv J. Haskal, Norman R. Hertzler, Curtis W. Bakal, Mark A. Creager, Jonathan L. Halperin et al. ACC/AHA 2005 Guidelines for the Management of Patients With Peripheral Arterial Disease (Lower Extremity, Renal, Mesenteric, and Abdominal Aortic) J Am Coll Cardiol, 2006; 47:1-192.
5. Boccalon H et al. Appréciation de la prévalence de l'artériopathie des membres inférieurs en France à l'aide de l'index systolique dans une population à risque vasculaire. J Mal Vasc 2000 ; 25 : 38-46.
6. G. Premalatha, V. Mohan. Is peripheral vascular disease less common in Indians. Ins. J.Diab.Dev. Countries (1995). Vol.15, 68 – 69.
7. Haute autorité de santé. Prise en charge de l'artériopathie chronique oblitérante athéroscléreuse des membres inférieurs (indication médicamenteuse, de revascularisation et de rééducation). 2006. www.has-sante.fr.
8. Fowkes FG, Housley E, Riemersma RA, et al. Smoking, lipids, glucose intolerance, and blood pressure as risk factors for peripheral atherosclerosis compared with ischemic heart disease in the Edinburgh Artery Study. Am J Epidemiol 1992;135:331-40.
9. Taylor LM Jr, DeFrang RD, Harris EJ Jr, et al. The association of elevated plasma homocyst(e)ine with progression of symptomatic peripheral arterial disease. J Vasc Surg 1991;13:128-36.
10. Criqui MH, Denenberg JO, Langer RD, et al. The epidemiology of peripheral arterial disease: importance of identifying the population at risk. Vasc Med 1997;2:221-6.
11. Price JE, Mowbray PL, Lee AJ, et al. Relationship between smoking and cardiovascular risk factors in the development of peripheral arterial disease and coronary artery disease: Edinburgh Artery Study. Eur Heart J 1999;20:344-53.
12. Kannel WB, McGee DL. Update on some epidemiologic features of intermittent claudication: the Framingham Study. J Am Geriatr Soc 1985;33:13-8.
13. Smith GD, Shipley MJ, Rose G. Intermittent claudication, heart disease risk factors, and mortality. The Whitehall Study. Circulation 1990;82:1925-31.
14. Bowlin SJ, Medalie JH, Flocke SA, et al. Epidemiology of intermittent claudication in middle-aged men. Am J Epidemiol 1994;140:418-30.
15. Meijer WT, Hoes AW, Rutgers D, et al. Peripheral arterial disease in the elderly: the Rotterdam Study. Arterioscler Thromb Vasc Biol 1998;18:185-92.
16. Cole CW, Hill GB, Farzad E, et al. Cigarette smoking and peripheral arterial occlusive disease. Surgery 1993;114:753-6; discussion 756-7.
17. Powell JT, Edwards RJ, Worrell PC, et al. Risk factors associated with the development of peripheral arterial disease in smokers: a case-control study. Atherosclerosis 1997;129:41-8.
18. Kannel WB, Shurtleff D. The Framingham Study: cigarettes and the development of intermittent claudication. Geriatrics 1973;28: 61-8.
19. Newman AB, Scovick DS, Manolio TA, et al. Ankle-arm index as a marker of atherosclerosis in the Cardiovascular Health Study. Cardiovascular Health Study (CHS) Collaborative Research Group. Circulation 1993;88:837-45.
20. Hiatt WR, Hoag S, Hamman RF. Effect of diagnostic criteria on the prevalence of peripheral arterial disease. The San Luis Valley Diabetes Study. Circulation 1995;91:1472-9.
21. Beks PJ, Mackaay AJ, de Neeling JN, et al. Pe-

- ipheral arterial disease in relation to glycaemic level in an elderly Caucasian population: the Hoorn study. *Diabetologia* 1995;38:86-96.
22. Katsilambros NL, Tsapogas PC, Arvanitis MP, et al. Risk factors for lower extremity arterial disease in non-insulin-dependent diabetic persons. *Diabet Med* 1996;13:243-6.
23. Bowers BL, Valentine RJ, Myers SI, et al. The natural history of patients with claudication with toe pressures of 40 mm Hg or less. *J Vasc Surg* 1993;18:306-11.
24. McDaniel MD, Cronenwett JL. Basic data related to the natural history of intermittent claudication. *Ann Vasc Surg* 1989;3:273-7.
25. Dormandy JA, Murray GD. The fate of the claudicant-a prospective study of 1969 claudicants. *Eur J Vasc Surg* 1991; 5:131-3.
26. Most RS, Sinnock P. The epidemiology of lower extremity amputations in diabetic individuals. *Diabetes Care* 1983;6:87-91.
27. Murabito JM, Evans JC, Nieto K, et al. Prevalence and clinical correlates of peripheral arterial disease in the Framingham Offspring Study. *Am Heart J* 2002;143:961-5.
28. Ingolfsson IO, Sigurdsson G, Sigvaldason H, et al. A marked decline in the prevalence and incidence of intermittent claudication in Icelandic men 1968-1986: a strong relationship to smoking and serum cholesterol—the Reykjavik Study. *J Clin Epidemiol* 1994;47:1237-43.
29. Murabito JM, D'Agostino RB, Silbershatz H, et al. Intermittent claudication. A risk profile from The Framingham Heart Study. *Circulation* 1997;96:44-9.
30. Bainton D, Sweetnam P, Baker I, et al. Peripheral vascular disease: consequence for survival and association with risk factors in the Speedwell prospective heart disease study. *Br Heart J* 1994; 72:128-32.
31. Novo S, Avellone G, Di Garbo V, et al. Prevalence of risk factors in patients with peripheral arterial disease: a clinical and epidemiological evaluation. *Int Angiol* 1992;11:218-29.
32. Hooi JD, Stoffers HE, Kester AD, et al. Risk factors and cardiovascular diseases associated with asymptomatic peripheral arterial occlusive disease. The Limburg PAOD Study. *Peripheral Arterial Occlusive Disease. Scand J Prim Health Care* 1998;16:177-82.
33. Kannel WB, Skinner JJ Jr, Schwartz MJ, et al. Intermittent claudication: incidence in the Framingham Study. *Circulation* 1970;41:875-83.
34. Hirsch AT, Criqui MH, Treat-Jacobson D, et al. Peripheral arterial disease detection, awareness, and treatment in primary care. *JAMA* 2001;286:1317-24.

CHUYÊN ĐỀ CHO NGƯỜI BỆNH

Trầm Cảm Ở Bệnh Nhân Suy Tim: Một Thách Thức Lâm Sàng

Văn Đức Hạnh, Phạm Mạnh Hùng, Phạm Thị An, Phạm Gia Khải
Viện Tim Mạch Quốc Gia Việt Nam

TÓM TẮT:

Trầm cảm là một bệnh lý thường gặp ở những bệnh nhân suy tim, tỉ lệ bệnh nhân bị trầm cảm tăng lên rõ rệt theo mức độ nặng của suy tim, mặt khác trầm cảm là một yếu tố làm nặng thêm tình trạng suy tim. Nhiều nghiên cứu kết luận trầm cảm làm tăng tỉ lệ tái nhập viện, tăng tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim. Mặc dù thuốc chẹn beta giao cảm thường được cho là yếu tố làm phát triển và nặng lên tình trạng trầm cảm ở bệnh nhân suy tim nhưng những bằng chứng cho mối liên quan này còn rất hạn chế, vì vậy không khuyến cáo ngừng điều trị thuốc chẹn beta giao cảm ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm. Hiện tại vẫn chưa có biện pháp điều trị trầm cảm nào được chứng minh cải thiện tiên lượng lâu dài ở những bệnh nhân suy tim, chúng ta cần thêm nhiều nghiên cứu sâu hơn để tìm ra một liệu pháp điều trị trầm cảm tối ưu cho các bệnh nhân suy tim này. Mặt khác việc chẩn đoán sớm trầm cảm ở bệnh nhân suy tim còn là một thách thức không nhỏ đối với thầy thuốc lâm sàng.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM VÀ SUY TIM KHÔNG RÕ RÀNG NHƯ MỐI LIÊN QUAN GIỮA TRẦM CẢM VÀ BỆNH LÝ ĐỘNG MẠCH VÀNH. RẤT NHIỀU CÁC CÂU HỎI NGHIÊN CỨU ĐƯỢC ĐẶT RA:

- Tỉ lệ trầm cảm ở bệnh nhân suy tim là bao nhiêu phần trăm?
- Mức độ nặng của suy tim có ảnh hưởng đến trầm cảm không?
- Trầm cảm có phải là một yếu tố nguy cơ của suy tim? nếu có thì tại sao?
- Phương pháp nào giúp chẩn đoán được trầm cảm ở những bệnh nhân suy tim?
- Điều trị trầm cảm có giúp cải thiện tiên lượng ở bệnh nhân suy tim không?

Phần khó khăn trong việc xác định mối quan hệ giữa trầm cảm và suy tim là ở chỗ suy tim là một bệnh mạn tính thường gặp ở người cao tuổi – những người hay gặp các rối loạn về cảm xúc lo âu sâu não và trầm cảm với tỉ lệ tương ứng là 22,3% và 13,3%. Tuy nhiên, từ lâu mối quan

hệ giữa trầm cảm và suy tim đã được quan tâm và rất nhiều nghiên cứu về mối quan hệ này đã được tiến hành. Nhưng hầu hết các nghiên cứu không được thực hiện một cách chuẩn hóa, do đó việc so sánh các kết quả của các nghiên cứu rất khó khăn.

Trầm cảm: vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim

Nhiều nghiên cứu chứng minh rằng tỉ lệ mắc trầm cảm ở bệnh nhân suy tim khá cao, đặc biệt ở những bệnh nhân cao tuổi, mắc bệnh nhiều năm. Hơn nữa, trầm cảm có mối quan hệ chặt chẽ với mức độ nặng của suy tim và làm nặng thêm tiên lượng bệnh. Một nghiên cứu của Jiang và cộng sự năm 2001 dùng bộ câu hỏi trầm cảm Beck để sàng lọc trầm cảm ở bệnh nhân suy tim, nghiên cứu này được tiến hành trong 374 bệnh viện. Kết quả của nghiên cứu cho thấy có khoảng 35% bệnh nhân suy tim có biểu hiện trầm cảm ít nhất ở mức độ nhẹ. Các thăm dò sâu hơn cho thấy có 14% các trường hợp phù hợp với các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm.

Một nghiên cứu cộng gộp dựa trên 27 nghiên cứu được Rutledge tiến hành năm 2006 phát hiện có 21% bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm. Tỷ lệ trầm cảm thay đổi theo các tiêu chuẩn khác nhau, ví dụ nếu áp dụng các tiêu chuẩn chẩn đoán trầm cảm mở rộng thì tỷ lệ gặp trầm cảm chiếm đến 38% nhưng nếu chẩn đoán trầm cảm theo những tiêu chí nghiêm ngặt hơn thì tỷ lệ này chỉ khoảng 14%. Theo hiệp hội tim mạch New York, khả năng gắng sức có mối tương quan chặt chẽ với tỷ lệ trầm cảm: tỷ lệ này tăng đều từ 11% ở nhóm bệnh nhân suy tim NYHA I, đến 20% ở nhóm suy tim NYHA II, 38% ở nhóm suy tim NYHA III và 42% ở nhóm suy tim NYHA IV.

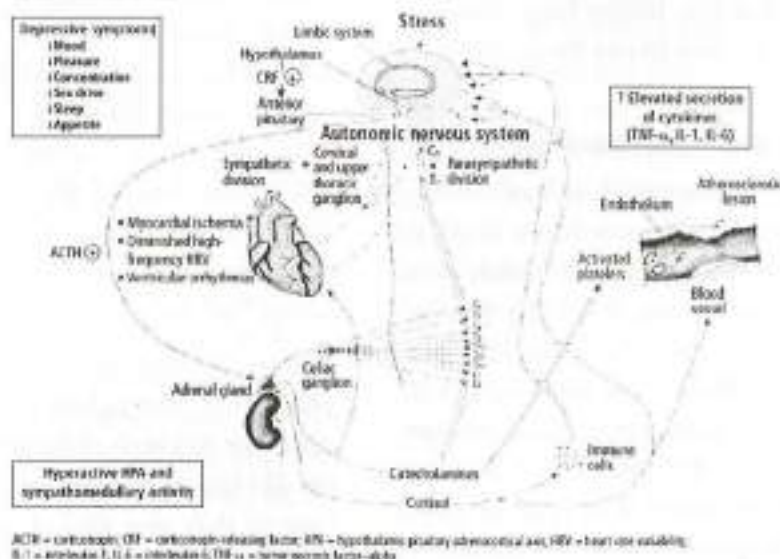
Trong một nghiên cứu trong phân tích gộp tiến hành trên các bệnh nhân suy tim điều trị nội trú, Freedland và cộng sự đã kết luận rằng tỷ lệ trầm cảm có mối liên quan mật thiết với tuổi và khả năng hoạt động thể lực của họ. Ở nhóm bệnh nhân dưới 60 tuổi, tỷ lệ mắc trầm cảm tăng đặc biệt rõ rệt theo mức độ nặng của suy tim. Trong thử nghiệm SCD-HeFT, các nhà nghiên cứu thấy có 36% bệnh nhân suy tim có kèm theo trầm cảm. Tương tự, theo dữ liệu chưa công bố của nghiên cứu HART thì có đến 1/3 số bệnh nhân suy tim trong cộng đồng bị trầm cảm.

Trầm cảm và suy tim có cùng một cơ sở sinh lý bệnh

Mối quan hệ giữa trầm cảm và bệnh lý tim mạch được mô tả chi tiết trong Hình 1. Hình này chỉ ra cơ chế sinh lý bệnh tương đồng nhau của 2 tình trạng bệnh. Hầu hết các cơ chế tâm lý và sinh lý học dẫn đến trầm cảm ở bệnh nhân suy tim đều đồng nhất với các cơ chế sinh lý bệnh của suy tim, bao gồm mất điều hòa hệ thống thần kinh thực vật, tăng sản xuất cortisol, cũng với tình trạng đông máu và tiền viêm toàn cơ thể. Một hướng nghiên cứu đáng lưu ý về tính đa hình của gen vận chuyển serotonin, chất có tác dụng kích thích bài tiết thứ phát catecholamine do stress ở chuột. Các gen vận chuyển serotonin cũng được tìm thấy là có liên quan đến trầm cảm do stress ở người. Đồng thời, norepinephrine cũng được cho là yếu tố nguy cơ làm nặng thêm tình trạng bệnh ở bệnh nhân suy tim và bệnh mạch vành.

Tóm lại, các bằng chứng cho thấy có một mối liên hệ chung giữa suy tim và trầm cảm, đồng thời những bằng chứng này cũng cho phép mở ra những hướng điều trị mới thống nhất cho cả 2 tình trạng bệnh.

The relationship between major depression and cardiovascular disease



Hình 1: Mối liên hệ giữa trầm cảm và suy tim

Thuốc chẹn beta giao cảm không làm tăng nguy cơ trầm cảm

Quan điểm trước đây cho rằng các biện pháp điều trị thuốc thông thường ở bệnh nhân suy tim đặc biệt là biện pháp điều trị thuốc chẹn beta giao cảm là một yếu tố làm tiến triển và làm nặng thêm mức độ trầm cảm ở bệnh nhân suy tim. Tuy nhiên, các bằng chứng mới lại cho chúng ta một cái nhìn khác biệt về vấn đề này. Một phân tích gộp được công bố năm 2002 dựa trên 8 thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên ở 2 nhóm bệnh nhân được điều trị bằng thuốc chẹn beta giao cảm và giả dược cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ trầm cảm ở 2 nhóm bệnh nhân cũng như số lượng bệnh nhân rút khỏi nghiên cứu giá định là do xuất hiện triệu chứng trầm cảm hay do nguyên nhân khác. Tương tự, một nghiên cứu khác cũng cho thấy không có sự khác biệt về tỉ lệ mắc trầm cảm ở các bệnh nhân tăng huyết áp điều trị bằng các nhóm thuốc khác nhau (ví dụ như chẹn beta, lợi tiểu, reserpine hay không điều trị thuốc).

Với những lí do trên, chúng ta hoàn toàn có thể tiến hành điều trị chẹn beta cho các bệnh nhân suy tim có trầm cảm như một điều trị nền tảng dựa trên những bằng chứng rõ ràng về hiệu quả điều trị của thuốc trên bệnh nhân suy tim.

Trầm cảm làm gánh nặng ở bệnh nhân suy tim

Trầm cảm không chỉ là vấn đề thường gặp ở bệnh nhân suy tim mà nó còn là yếu tố làm nặng thêm tiên lượng bệnh ở bệnh nhân suy tim. Một nghiên cứu tiến hành ở nhóm bệnh nhân nội trú trên 70 tuổi cho thấy tỉ lệ tái nhập viện ở những bệnh nhân suy tim có trầm cảm là 67% trong khi tỉ lệ này ở nhóm suy tim không có trầm cảm chỉ là 44%. Cũng trong nghiên cứu này, tỉ lệ tử vong tăng lên gấp 3 lần ở nhóm bệnh nhân có suy tim so sánh với nhóm không có suy tim, và tỉ lệ tử

vong cũng tăng gấp 2 lần ở nhóm bệnh nhân trầm cảm so sánh với nhóm không trầm cảm. Tỉ lệ tử vong là 21% ở những bệnh nhân vừa có suy tim vừa trầm cảm trong khi tỉ lệ này ở nhóm suy tim không có trầm cảm là 15%.

Trầm cảm làm giảm chất lượng cuộc sống ở bệnh nhân suy tim. Gottlieb và cộng sự đã thấy rằng, điểm chất lượng cuộc sống giảm rõ rệt ở những bệnh nhân suy tim có triệu chứng trầm cảm xác định theo thang điểm trầm cảm Beck. Rutledge và cộng sự đã tiến hành một phân tích gộp trên 27 nghiên cứu với mục đích phát hiện sớm các triệu chứng trầm cảm nhằm dự đoán sớm tiên lượng nặng qua các thông số tỉ lệ tái nhập viện, khả năng gắng sức, thời gian đi bộ. Phân tích này cũng kết luận tỉ lệ tử vong ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm cao gấp 2 lần so với bệnh nhân suy tim không có trầm cảm.

Trong một thử nghiệm ở nhóm bệnh nhân trong cộng đồng gồm 48000 bệnh nhân suy tim, Macchia và cộng sự cũng cho thấy tỉ lệ sống còn giảm đáng kể ở bệnh nhân có tiền sử trầm cảm. Nghiên cứu này cũng chỉ ra rằng các bệnh nhân trầm cảm thường ít tuân thủ chế độ điều trị với chẹn beta và ức chế men chuyển hơn nhóm các bệnh nhân khác, do đó giải thích được đáng kể lí do giảm tỉ lệ sống còn của nhóm bệnh nhân trầm cảm. Trong một nghiên cứu ở nhóm bệnh nhân bệnh mạch vành chưa có suy tim và trầm cảm, May và cộng sự tìm ra rằng ở nhóm bệnh nhân này nguy cơ bị trầm cảm cao gấp trên 4 lần nguy cơ mắc suy tim.

Suy tim kèm theo trầm cảm làm tăng chi phí điều trị. Một nghiên cứu hồi cứu trong 3 năm theo dõi bệnh nhân trong cộng đồng từ lần đầu tiên nhập viện vì suy tim, Sullivan và cộng sự thấy rằng tổng chi phí đã được hiệu chỉnh hàng năm tăng hơn khoảng 30% ở các

bệnh nhân suy tim có kèm theo trầm cảm, và nhu cầu cần sử dụng dịch vụ chăm sóc y tế cũng cao hơn ở nhóm bệnh nhân trầm cảm.

Chẩn đoán và điều trị

Chẩn đoán trầm cảm ở bệnh nhân suy tim

Có nhiều phương pháp chẩn đoán trầm cảm nhưng để tìm ra một phương pháp thực sự hữu ích, phù hợp với các thầy thuốc lâm sàng, có khả năng áp dụng ở bệnh nhân suy tim thực sự là một thử thách không nhỏ. Đơn giản như việc hỏi "Anh/ chị có bị trầm cảm không?" có độ nhạy 55% và độ đặc hiệu 74% trong cho chẩn đoán trầm cảm. Một nghiên cứu tại Anh đã thay đổi câu hỏi thành "Bạn có cảm thấy cuộc sống của bạn trống rỗng không?" cho thấy là câu hỏi sàng lọc phù hợp hơn ở nhóm bệnh nhân cao tuổi.

Hiệu quả của các phương pháp điều trị trầm cảm trên suy tim chưa rõ ràng.

Hiện tại vẫn chưa có nhiều bằng chứng thuyết phục về phương pháp điều trị trầm cảm ở bệnh nhân suy tim. Một số hướng dẫn điều trị hiện đang được sử dụng dựa vào các nghiên cứu trên đối tượng bệnh nhân bị bệnh mạch vành. Thử nghiệm SADHART là một thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm, ngẫu nhiên, có đối chứng về tính hiệu quả cũng như độ an toàn của phương pháp điều trị trầm cảm với sertraline trong 24 tuần ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp nằm viện. Nghiên cứu kết luận không có sự khác biệt về phân số tổng máu thất trái, huyết áp, điện tâm đồ khi nghỉ và các rối loạn nhịp tim giữa hai nhóm bệnh nhân sau quá trình điều trị, có một số trường hợp tử vong hoặc có biến cố tim mạch nặng ở nhóm điều trị tích cực bằng thuốc chống trầm cảm tuy nhiên như vậy cũng chưa đủ bằng chứng để kết luận liệu điều trị thuốc chống trầm cảm có ảnh hưởng đến tỉ lệ tử vong hay không. Một nghiên cứu sau đó đã được thực hiện đánh giá điều trị sertraline

sau 12 tuần ở bệnh nhân suy tim có trầm cảm. Mặc dù triệu chứng trầm cảm có cải thiện sau điều trị nhưng không thấy có lợi ích trên suy tim. Nghiên cứu HART được tiến hành trên những bệnh nhân được lựa chọn ngẫu nhiên về các tiêu chí rối loạn chức năng tâm thu, tâm trương; khả năng gắng sức (NYHA II hoặc III); các bệnh nhân được chia làm hai nhóm, nhóm thứ nhất nhận được chương trình giáo dục suy tim, nhóm thứ 2 nhận được chương trình giáo dục suy tim kèm theo chiến lược tự chăm sóc bản thân. Sau theo dõi 3 năm, không thấy có sự khác biệt giữa 2 nhóm về tỉ lệ cũng như thời gian sống, hoặc tái nhập viện do suy tim.

Như vậy, hiệu quả của chiến lược điều trị tối ưu trầm cảm ở bệnh nhân suy tim còn chưa rõ ràng và còn cần thêm nhiều nghiên cứu nữa. Mặc dù vẫn có những hướng dẫn trong kiểm soát trầm cảm ở bệnh nhân mạch vành nhưng những hướng dẫn này không thực sự được sử dụng ở các bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm.

KẾT LUẬN

Mặc dù có nhiều bằng chứng cho thấy vai trò điều trị bằng các thuốc cũng như các liệu pháp tâm lý trong việc cải thiện triệu chứng trầm cảm nhưng hiệu quả điều trị của các phương pháp này chưa thấy rõ ràng ở các bệnh nhân suy tim. Mặc dù trầm cảm và suy tim có mối liên hệ mật thiết và dường như có cùng một cơ chế bệnh sinh nhưng những hiểu biết sâu hơn về mối quan hệ giữa các giai đoạn suy tim cần được tiếp tục nghiên cứu thêm.

Bệnh nhân suy tim kèm theo trầm cảm cần được phát hiện sớm, can thiệp kịp thời từ ngay giai đoạn đầu của bệnh. Vì vậy việc tìm ra phương pháp chẩn đoán và nhận biết sớm mối quan hệ giữa suy tim và trầm cảm là hết sức cần thiết.

TRAO ĐỔI CỦA CÁC CHUYÊN GIA

Bệnh tim mạch ở phụ nữ. Một báo động đỏ!

PGS. TS. BS Trần Văn Huy FACC FESC

Theo báo cáo của Tổ chức Y Tế Thế Giới năm 2004 cho thấy bệnh tim mạch đang là nguyên nhân tử vong hàng đầu ở người lớn trên toàn thế giới và chiếm nhiều nhất là ở các nước đang phát triển, đặc biệt ở nữ chết nhiều hơn nam giới. Mỗi năm, phụ nữ chết do bệnh tim và đột quỵ là nhiều hơn cả ung thư, bệnh lao, sốt rét và nhiễm HIV/AIDS cộng lại. Cứ mỗi phút có trên 16 phụ nữ tử vong do bệnh tim mạch. Nó cũng là nguyên nhân hàng đầu gây tàn phế, mất sức lao động ở phụ nữ đang tuổi làm việc ảnh hưởng lớn đến nền kinh tế quốc gia. Tuy nhiên mỗi quan tâm hàng ngày ở phụ nữ đều cho rằng ung thư là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở phụ nữ. Nhưng thực tế cứ mỗi hai phụ nữ thì 1 người sẽ chết vì bệnh tim mạch. Trong lúc đó cứ 25 người mới có 1 người chết vì ung thư vú.

Bệnh tim mạch mà hàng đầu là xơ vữa động mạch bao gồm mạch vành, mạch não và mạch máu ngoại vi là do một số yếu tố nguy cơ tim mạch kinh điển là rối loạn mỡ máu, huyết áp tăng, đường máu tăng, thuốc lá, béo phì... và một số yếu tố khác như tuổi, giới, tính di truyền v.v... làm tổn thương tăng sinh nội mạc mạch máu, qua nhiều năm tháng hình thành mảng xơ vữa gây hẹp tắc lòng động mạch vành tạo nên các biến cố ở tim là cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim gọi chung là bệnh mạch vành và ở mạch não gọi là đột quỵ. Ở phụ nữ còn có thêm yếu tố nguy cơ gây gia tăng bệnh tim mạch là mãn kinh và dùng thuốc ngừa thai trong khi đang hút thuốc.

Sở dĩ bệnh tim mạch ở phụ nữ chưa được quan tâm bởi sai lầm lớn nhất là quan niệm bệnh mạch vành là bệnh của đàn ông. Triệu chứng bệnh mạch vành cấp ở phụ nữ thường mơ hồ làm rất khó khăn trong chẩn đoán, gần 40% là không có triệu chứng đau ngực, và thường có thể có những biểu hiện của những cơn đau khác như đau ở cổ, vai, vùng dạ dày, nhịp thở gấp, nôn mửa, đổ mồ hôi, hoa mắt chóng mặt hoặc những sự mệt mỏi khác dễ nhầm lẫn với các bệnh lý khác. Mặt khác 2/3 bệnh mạch vành ở phụ nữ thường chết đột ngột không có dấu hiệu báo trước. Ngoài ra một đặc tính có tính cách truyền thống của phụ nữ Á Đông là luôn có tính chịu đựng, chịu thương, chịu khó, luôn hết mình lo cho chồng, cho con, cho gia đình hơn là cho chính bản thân mình nên dẫn đến khi phát hiện bệnh thì thường đã nặng. Đa số phụ nữ ngay cả khi lên cơn đau, vẫn có khuynh hướng lưỡng lự do dự chần chừ không đi cấp cứu sớm. Hậu quả là đến bệnh viện quá trễ. Một số không ít phụ nữ thường thích tự chọn chuyên khoa để đến khám bệnh dựa theo triệu chứng, nên nhiều người ít khi đến ngay thấy thuốc chuyên khoa tim mạch mà lòng vòng nhiều nơi, nên không can thiệp kịp thời. Ngày nay bệnh tim không chỉ gặp ở phụ nữ lớn tuổi với nhiều bệnh phối hợp mà còn gặp nhiều ở phụ nữ <50 tuổi và tử vong do nhồi máu cơ tim ở nhóm tuổi này thường gấp đôi so với nam giới. Chính vì vậy Đại hội Tim Mạch toàn quốc năm nay đã tập trung cảnh báo về nguy cơ bệnh tim mạch ở phụ nữ mà đã được thế giới đặc biệt chú ý

trong nhiều năm qua. Biểu tượng cảnh báo bệnh tim mạch ở phụ nữ là hình ảnh người phụ nữ với áo dài đỏ, đây không chỉ màu của truyền thống hào hùng dân tộc, màu của thủy chung trung hậu đảm đang của phụ nữ Việt Nam anh hùng qua các thời đại, mà còn bao hàm một ý nghĩa lớn là Nguy Cơ Bệnh Tim Mạch ở Phụ Nữ đang Báo Động Đỏ. Cộng đồng thầy thuốc tim mạch khẩn thiết kêu gọi tất cả phụ nữ Việt Nam ngay từ tuổi trung thiếu niên cho đến người lớn tuổi hãy cùng nhận thức để hành động, cùng chung tay vì một sức khỏe tim mạch cộng đồng, vì sức khỏe tim mạch của phụ nữ, hãy cùng nhau vì một trái tim khỏe để phục vụ xã hội, phục vụ cộng đồng, gia đình và cho chính bản thân của mình, làm cho xã hội phát triển tiến bộ bền vững bởi vì phụ nữ chính là nền tảng của gia đình và xã hội.

Phụ nữ khi nhận thức tốt về các yếu nguy cơ tim mạch sẽ là người bảo vệ phòng ngừa bệnh tim mạch tốt nhất không chỉ cho bản thân mà cho mọi người trong gia đình vì chính họ là người quyết định bữa ăn của gia đình, người cần nhắc chọn lựa thực phẩm thực hiện những bữa ăn có lợi cho sức khỏe tim mạch, như tránh ăn mặn, khẩu phần bữa cơm gia đình hài hòa ít chất béo động vật, dùng dầu thực vật để chế biến thức ăn, khẩu phần hàng ngày nhiều rau củ quả, ăn nhiều cá ít nhất 3 lần một tuần, ăn thịt gia cầm hơn là ăn thịt mỡ, thịt heo bò, hạn chế da động vật và các đồ ăn có chứa nhiều cholesterol như trứng, tim, gan, hạn chế chiên xào, hạn chế dùng các loại bánh kẹo thực phẩm đóng gói có sử dụng dầu thực vật sẽ có nhiều trans fat. Nếu chúng ta có một khẩu phần ăn uống hợp lý thường xuyên thì có thể làm giảm huyết áp, tránh béo phì, tránh tăng đường máu và mỡ máu.

Mỗi ngày nên uống nhiều nước, ít nhất 6 ly. Không lạm dụng rượu bia, mức cho phép

rượu bia có lợi cho sức khỏe tim mạch ở phụ nữ là không quá 2 đơn vị ngày, 1 đơn vị là 284ml bia 3,5% hoặc 125ml rượu vang 8%. Khi mang thai thì không nên uống rượu bia.

Cần tích cực vận động gắng sức, ít nhất 30 phút đi bộ mỗi ngày có thể giảm nguy cơ nhồi máu cơ tim ở phụ nữ đến 50%. Luyện tập gắng sức hàng ngày có thể làm hạ huyết áp, hạ mỡ máu, giảm béo phì, giảm nguy cơ đái tháo đường và ngay cả giảm nguy cơ ung thư tử cung và ung thư vú. Hơn 50% nữ bệnh nhân tử vong do nhồi máu cơ tim bị béo phì từ lâu nhưng không cương quyết giảm cân. Chẳng những thế, hơn phân nửa số bệnh nhân may mắn qua cơn nguy kịch không chịu tìm cách giảm cân. Thậm chí, không dưới 1/3 trong số đó lại tiếp tục tăng cân. Chính vì vậy phụ nữ bị béo phì cần tích cực luyện tập giảm cân và duy trì cân nặng phù hợp với tập vận động cường độ từ mức trung bình đến mạnh ít nhất 60 -90phút/ ngày. Phát hiện béo phì, đặc biệt béo phì bụng là rất nguy hiểm cho bệnh tim mạch, bằng cách đo vòng eo với chỉ cần một thước dây, đứng thẳng đo ngang vùng hông từ mào chậu phải sang trái. Phụ nữ Á đông cần giữ vòng eo dưới 80cm. Hiện nay không có một biện pháp nào tối ưu cho giảm cân được tìm thấy ngoài luyện tập và tiết thực là cơ bản, giảm cân và duy trì cân nặng phải thực hiện thời gian dài, mỗi tháng giảm 2kg với tiêu chí giảm 10% so với cân nặng ban đầu, chứ không nên theo những quảng cáo giảm cân nhanh chưa có chứng cứ khoa học chứng minh.

50% bệnh tim mạch ở phụ nữ có liên quan đến thuốc lá, hoặc môi trường có khói thuốc gọi là nhiễm độc thuốc lá thì nguy cơ bệnh tim sớm hơn 10 năm so không nhiễm độc thuốc lá, và nếu vừa nhiễm độc thuốc lá, vừa dùng thuốc ngừa thai thì nguy cơ bệnh tim mạch tăng lên 30 lần. Ngừng hút thuốc

lá gắn liền với giảm 36% tử vong tim mạch ở người có bệnh mạch vành. Chính vì vậy, phụ nữ hãy cùng nhau thẳng thắn nói KHÔNG với khói thuốc ở mọi lúc mọi nơi, buộc tất cả mọi thành viên trong cộng đồng phải từ bỏ thuốc lá. Cùng nhau phòng chống những rào cản trong việc chống thuốc lá, động viên hỗ trợ tinh thần trong giai đoạn cai nghiện, cùng hiệp lực chống tăng cân tạm thời sau cai nghiện.

Phụ nữ thường có nhiều áp lực trong gia đình và công việc hơn so với đàn ông. Phụ nữ có những stress trong đời sống hôn nhân làm gia tăng nguy cơ bệnh tim mạch tăng 3 lần. Một kết quả nghiên cứu ở phụ nữ cho thấy phiền muộn lo âu là một yếu tố nguy cơ độc lập dẫn đến bệnh tim mạch. Nên cần phòng chống các stress, hãy luôn yêu đời, sống hòa thuận, tránh xa những căng thẳng lo âu không cần thiết. Luyện tập gắng sức thường xuyên cũng sẽ giảm stress.

Tăng huyết áp thường gặp ở phụ nữ béo phì và dùng thuốc ngừa thai. Tăng huyết áp là một trong những mắc xích khởi đầu quan trọng của chuỗi bệnh lý của tim mạch. Sau 45 tuổi huyết áp tăng đều ở phụ nữ và ở tuổi 60 huyết áp tâm thu của phụ nữ cao hơn nam giới.

Đái tháo đường ở phụ nữ có nguy cơ tim mạch 5-7 lần so với nam giới chỉ 2-3 lần. Phụ nữ bị đái tháo đường có hút thuốc lá thì nguy cơ đột quỵ 84% cao hơn so với người không hút thuốc. Cứ 3 phụ nữ bị đái tháo đường sẽ có 2 người chết vì bệnh tim mạch.

Tỷ lệ rối loạn mỡ máu ở phụ nữ qua nghiên cứu trong cộng đồng của chúng tôi và trên thế giới đều cho thấy cao hơn nam giới chiếm >50%. Tiêu chí trong chẩn đoán và điều trị về mức cholesterol có hai là lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL) không khác biệt giữa nam và nữ nhưng mức cholesterol có lợi là lipo-

protein tỷ trọng cao (HDL) ở nữ cần phải đạt cao hơn so với nam giới.

Những thuốc không cần sử dụng ở phụ nữ cho mục đích dự phòng tim mạch là các hormone thay thế, các vitamine E, C, A, acid folic với hoặc không có bổ sung B12, B6.

Nói tóm lại chúng ta cần phải biết trị số huyết áp, vòng eo của mình như biết mình bao nhiêu tuổi, cần phải có chế độ kiểm tra sức khỏe định kỳ, cần kiểm tra các chỉ số đường máu, mỡ máu theo hướng dẫn của bác sĩ. Cần phải phát hiện sớm tất cả các yếu tố nguy cơ gây bệnh tim mạch ở phụ nữ ngay khi chưa có biểu hiện bệnh tim mạch và can thiệp điều trị kiểm soát tốt các yếu tố nguy cơ nấy một cách bền vững lâu dài. Cũng như khi đã phát hiện có bệnh tim mạch rồi thì càng tích cực triệt để điều trị kiểm soát hơn. Một con số mà chúng ta cần nên nhớ để luôn có một trái tim khỏe cho những người chưa mắc bệnh tim mạch là 035140530. Thông điệp của những con số nầy bao gồm 0 là không hút thuốc, 3 đi bộ 3 km ngày, hay vận động gắng sức ít nhất 30 phút ngày, 5 là năm đơn vị rau củ quả ngày (1 đơn vị là một trái chuối, cam, lê, 1 đĩa rau....), 140 là giữ huyết áp tối đa của mình dưới 140mmHg, 5 là mức cholesterol máu toàn phần dưới 5mmol/l, 3 là lipoprotein tỷ trọng thấp (LDL) dưới 3 mmol/l và 0 là không để tăng đường huyết, không thừa cân. Để đạt được những mục tiêu nầy, đó không chỉ là trách nhiệm của cộng đồng y tế, của ngành tim mạch, mà của toàn xã hội, của tất cả mọi người, đặc biệt tất cả phụ nữ đều có thể làm được, tất cả hãy cùng nhau nhận thức để hành động vì một một nếp sống văn minh lành mạnh, vì một xã hội tiến bộ thịnh vượng hạnh phúc cho mọi người mọi nhà

HƯỚNG DẪN VIẾT BÀI

Hướng dẫn cho các tác giả Đăng bài trên Tạp chí *Tim mạch học Việt Nam*

(Ban Biên tập - Tim Mạch Học Việt Nam)

Tạp chí Tim mạch học Việt Nam sẽ xét đăng những bài viết phù hợp về các vấn đề liên quan đến nội và ngoại khoa Tim mạch học. Mục đích của tạp chí là nhằm mang đến độc giả những nghiên cứu quan trọng, những bài viết sâu sắc, những trường hợp lâm sàng và những quan điểm liên quan đến thực hành tim mạch học.

Quy định biên tập

Nội dung của các bài viết là thuộc về chính tác giả chứ không phải của ban biên tập hay nhà xuất bản. Ban biên tập và nhà xuất bản sẽ không chịu trách nhiệm về mặt pháp lý hay đạo đức nội dung các bài báo. Ban biên tập và nhà xuất bản cũng không chịu trách nhiệm về chất lượng của các sản phẩm hay dịch vụ nào được quảng cáo trên tạp chí. Khi gửi bài viết, các tác giả phải xác nhận trong bản thảo gửi cho toà soạn: "Tôi đồng ý chuyển toàn bộ bản quyền xuất bản bài báo này [tên bài báo] cho Hội Tim Mạch học Việt Nam và cam đoan bài viết là nguyên bản, không xâm phạm bất kỳ quyền xuất bản hay quyền sở hữu của một bên thứ ba, không gửi đến một tạp chí khác và chưa từng được đăng tải".

Tranh chấp về quyền lợi

Tác giả của các bài viết gửi tới Tạp chí Tim mạch học Việt Nam phải nêu rõ các nguồn tài trợ cho nghiên cứu (nếu có). Ban biên tập phải được biết về các tổ chức khác có thể có tranh chấp về bản quyền (như quyền đồng sở hữu, tư vấn...).

Đánh giá

Các bài viết sẽ được hai hay nhiều biên tập viên đánh giá. Bài viết được chấp nhận trên cơ sở

nội dung, tính sáng tạo và tính giá trị. Nếu được chấp nhận đăng, biên tập viên có thể chỉnh sửa để làm cho bài viết rõ ràng và dễ hiểu hơn mà không làm thay đổi ý nghĩa của nó. Bản thảo không được đăng sẽ không được hoàn lại, tuy nhiên những bản in công phu sẽ được gửi trả lại cho tác giả.

Các chuyên mục

Tạp chí sẽ bao gồm các chuyên mục dưới đây. Để đảm bảo bài viết của mình sẽ được xét đăng trong một chuyên mục nào đó tác giả phải viết tên của chuyên mục gửi bài lên phong bì.

Các nghiên cứu lâm sàng

Là các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng mới, chuyên sâu.

Các bài tổng quan

Các bài phân tích tổng hợp và sâu sắc về các vấn đề chung có liên quan đến thực hành nội khoa tim mạch hay phẫu thuật lồng ngực.

Các chuyên đề thời sự Tim mạch

Các phân tích quan trọng và sâu sắc về những khía cạnh mới trong tim mạch học, đặc biệt là vai trò của các phương pháp chẩn đoán và điều trị mới trong thực hành tim mạch học.

Chuyên đề cho người bệnh

Là những chuyên đề mang tính chất giáo dục sức khỏe cộng đồng trong việc tìm hiểu, phòng, chống các bệnh tim mạch cũng như các chung sống với bệnh tim mạch. Một chuyên đề cho người bệnh phải được viết theo ngôn ngữ thông dụng, dễ hiểu và đối tượng đọc là đã rõ ràng. Mỗi chuyên đề không nên quá 8 trang bao gồm cả tài liệu tham khảo. Ban biên tập thường

có trách nhiệm liên hệ các chuyên gia đầu ngành viết các chủ đề theo yêu cầu. Tuy nhiên, ban biên tập cũng rất khuyến khích tất cả các tác giả khác gửi các bài tâm huyết để có thể xét đăng.

Chuyên đề Phản biện trao đổi của các chuyên gia

Đây là một chuyên đề mới, do ban biên tập tạp chí gửi tới các chuyên gia hàng đầu trong ngành để yêu cầu đọc và phản biện, trao đổi về các đề tài nghiên cứu khoa học. Ban biên tập sẽ chọn một phản biện tiêu biểu để đăng trong mỗi số.

Các chuyên đề giáo dục thường xuyên

Là các bài cơ bản trong thực hành nội khoa tim mạch hay phẫu thuật lồng ngực giành cho mọi đối tượng có quan tâm đến thực hành tim mạch.

Chuyên đề thiết kế nghiên cứu

Tóm tắt về các đề cương nghiên cứu, bao gồm những khái niệm, những giả thuyết cơ sở, phương pháp luận và kế hoạch nghiên cứu.

Ca lâm sàng

Những ca lâm sàng hay minh họa cho các nguyên lý nội và ngoại khoa tim mạch.

Chuẩn bị bản thảo

Tạp chí chỉ xét đăng những bản thảo gốc. Bản thảo được chế bản đúng sẽ tạo thuận lợi cho quá trình biên tập và xuất bản. Các yêu cầu bao gồm: 3 bản sao của bản thảo cùng với tất cả những tài liệu liên quan (bao gồm cả giấy uỷ quyền xuất bản).

Các bản sao phải được in trên một mặt giấy khổ A4, kích thước 210 x 297 mm hoặc tương đương, khoảng cách dòng ở chế độ double và đặt lề đủ rộng. Các bài viết phải có các đề mục như: Tóm tắt (có cả bản tiếng Anh), Đặt vấn đề, Phương pháp nghiên cứu, Kết quả, Bàn luận và Kết luận. Toà soạn khuyến khích các tác giả gửi bài theo đường thư điện tử.

Khi bài viết được nhận đăng, bản thảo cuối cùng phải được gửi đến bằng đĩa mềm hoặc đĩa CD cùng với 3 bản in trên giấy khác. Bài viết, bao gồm cả các bảng biểu, cần được soạn trên môi trường Microsoft Word, hoặc dưới dạng một file text-only. Tác giả phải đảm bảo nội dung trong

đĩa mềm hoặc đĩa CD phải hoàn toàn khớp với nội dung trên bản in của bản thảo cuối cùng.

Cách trình bày

Các bản thảo phải được trình bày bằng văn phạm Việt Nam được chấp nhận. Các chữ viết tắt cần được dùng nhất quán trong toàn bộ bài viết. Các cụm từ viết tắt cần được viết đầy đủ khi xuất hiện lần đầu tiên trong bài và sau đó là ký hiệu viết tắt được đặt trong dấu ngoặc đơn. Có thể tham khảo thêm cuốn "Scientific Style and Format" của Ban biên tập tạp chí Biology, cuốn "The Chicago Manual of Style" của Nhà xuất bản Trường Đại học Chicago, hoặc cuốn "Manual of Style" xuất bản lần thứ 9 của AMA để tham khảo thêm về quy định trình bày bản thảo.

Đánh số trang

Trang tiêu đề được đánh số là trang 1, trang đề mục tóm tắt là trang 2, và tiếp tục đến toàn bộ các trang tài liệu tham khảo, hình chú thích và các bảng biểu. Số của trang được đặt ở góc trên bên phải của từng trang.

Trang tiêu đề

Trang tiêu đề cần được đánh theo chế độ tách dòng là double, bao gồm tiêu đề, tên đầy đủ của tác giả, học hàm cao nhất đạt được, chức vụ tại nơi làm việc, và tên tiêu đề thu gọn trong khoảng tối đa 40 ký tự cần chọn ra một người trong các đồng tác giả (có đủ địa chỉ, số điện thoại, số fax, nơi công tác cũng như địa chỉ e-mail) để nhận thư hồi đáp, bản in thứ, và các yêu cầu tái bản.

Phản tóm tắt

Mỗi bài viết phải có phần tóm tắt không quá 250 từ. Sử dụng các đề mục sau cho từng phần trong tóm tắt: Cơ sở nghiên cứu, Phương pháp, Kết quả, Kết luận. Phần tóm tắt này không được đưa ra những nội dung không có trong bản thảo.

Tài liệu tham khảo

Danh sách các tài liệu tham khảo phải được đánh số lần lượt theo trình tự mà tài liệu đó được trích dẫn trong bài viết và được liệt kê trên một bảng

riêng cũng với chế độ cách dòng như trên. Cách trình bày tài liệu tham khảo nên được viết theo hướng dẫn trong cuốn "Uniform Requirements for Manuscripts Submitted to Biomedical Journals" (Ann Intern Med 1997; 126: 36-47). Nếu tài liệu tham khảo là trích dẫn từ các ấn phẩm định kỳ thì nên bao gồm các thông tin theo trình tự sau: tên của 3 tác giả đầu tiên, tiêu đề bài báo, tên tạp chí, năm xuất bản, số tạp chí và trang; ví dụ: Figueras J, Monasterio Y, Lidón RM, Nieto E, Soler-Soler J. Thrombin formation and fibrinolytic activity in patients with acute myocardial infarction or unstable angina: in-hospital course and relationship with recurrent angina at rest. J Am Coll Cardio 2000; 36: 2036-43. Tên viết tắt của các tạp chí phải theo cách viết được dùng trong cuốn "Cumulated Index Medicus". Với các tài liệu tham khảo là sách thì nên bao gồm các thông tin theo trật tự sau: tên của 3 tác giả đầu tiên, tiêu đề của chương, (những) tác giả chủ biên, tên sách, tập (nếu có), xuất bản lần thứ mấy (nếu có), nhà xuất bản, thành phố, năm và số trang được trích dẫn (nếu có); ví dụ: Marelli AJ, Moodie DS, Adult congenital heart disease. In: Topol EJ, ed. Textbook of cardiovascular medicine. Lippincott-Raven, Philadelphia, PA, 1998: 769-96. Những số liệu chưa được công bố và những trao đổi thông tin cá nhân cũng có thể được trích dẫn trong bài viết nhưng không được coi là tài liệu tham khảo. Các tác giả phải chịu trách nhiệm về tính xác thực của các trích dẫn tham khảo.

Chú thích và hình minh họa

Cần gửi 3 bản sao rõ ràng được in trên giấy chất lượng cao để có thể quét vào máy tính. Để có được chất lượng bản in tốt nhất, tránh trình bày minh họa trên nền thẫm màu hoặc nền có chấm, trong trường

hợp không thể tránh được, nên gửi những hình minh họa bằng dạng ảnh để có chất lượng tốt nhất. Sử dụng những đường kẻ liền đậm nét và kiểu chữ đậm. Nên viết chữ trên nền trắng; tránh kiểu ngược lại (chữ trắng trên nền sẫm màu).

Các hình minh họa (gồm 3 bản in trên nền gián có thể sẽ yêu cầu tác giả đóng thêm một khoản lệ phí để in các hình màu. Trước khi xuất bản, các tác giả gửi bài sẽ nhận được một bản dự trữ kinh phí in bài, sau đó tác giả bài viết có thể quyết định sẽ trả thêm khoản lệ phí trên hay chấp nhận in hình đen trắng. Chỉ những bức ảnh chụp các hình vẽ chất lượng tốt mới được sử dụng. Không gửi các hình vẽ nguyên bản, phim X-quang hay các bản ghi điện tâm đồ. Nên sử dụng ảnh in trên giấy bóng, có độ tương phản đen trắng cao. Kích thước phù hợp của một hình minh họa là 9 x 12 cm. Các chú thích cho hình nên được đánh theo chế độ cách dòng đã nêu trên một trang giấy riêng và được đưa vào cuối bản thảo. Nếu hình ảnh được lấy từ một bài xuất bản trước đó phần chú thích phải đưa đầy đủ thông tin về nguồn trích dẫn và phải gửi kèm thư chấp thuận của tác giả cùng bản thảo. Nhà xuất bản sẽ không hoàn lại các hình minh họa nhận được.

Các biểu đồ có thể được gửi theo dạng văn bản điện tử. Tất cả các hình phải có chiều rộng ít nhất là 9cm. Các hình nên được ghi dưới dạng .JPEG hoặc .TIF trong đĩa nén, đĩa CD hoặc đĩa mềm. Sử dụng các phần mềm đồ họa như Photoshop hay Illustrator để tạo hiệu ứng, không dùng các phần mềm trình chiếu như PowerPoint, CorelDraw hay Harvard Graphics. Các hình màu nên đặt là CMYK, ít nhất bản dưới dạng in màu. Độ sáng tối của hình nên đặt ở mức ít nhất.

Địa chỉ liên hệ và gửi bài:

BAN BIÊN TẬP

Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam, Viện Tim mạch - Bệnh viện Bạch Mai,

76 Đường Giải Phóng, Đống Đa, Hà Nội

ĐT/ Fax: (844) 38688488;

Email: info@vnha.org.vn; Web: www.vnha.org.vn