

SO SÁNH KẾT QUẢ CAN THIỆP NHÁNH THỦ PHẠM VÀ CAN THIỆP THEO GIAI ĐOẠN Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM ST CHÊNH LÊN CÓ TỔN THƯƠNG NHIỀU MẠCH

Hồ Anh Tuấn, Nguyễn Văn Điền, Hoàng Anh Tiến

Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế

Tóm tắt

Cho đến nay, có nhiều phương pháp khác nhau để can thiệp cho bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên (NMCTSTCL) có tổn thương nhiều mạch. **Mục tiêu:** So sánh kết quả các phương pháp can thiệp ở bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu 64 bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch trên chụp mạch vành đã được can thiệp tại Khoa Nội tim mạch Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2013 đến tháng 1/2014. Các bệnh nhân được chia làm hai nhóm: nhóm can thiệp nhánh thủ phạm, sau đó điều trị nội khoa (nhóm 1) và nhóm can thiệp nhánh thủ phạm sau đó can thiệp trị hoãn nhánh không phải thủ phạm (nhóm 2). **Kết quả:** Nhóm 2 có tỉ lệ gộp các biến cố (tử vong + nhồi máu cơ tim + tái can thiệp) tương đương nhưng phát hiện được nhiều nhánh hẹp cần can thiệp hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm 1. **Kết luận:** Tuy các biến cố tim mạch lớn không khác biệt nhau giữa hai phương pháp nhưng can thiệp nhánh thủ phạm sau đó can thiệp trị hoãn nhánh hẹp có ý nghĩa là phương pháp can thiệp tránh bỏ sót bệnh hơn phương pháp chỉ can thiệp nhánh thủ phạm và điều trị nội khoa tối ưu trong theo dõi trung hạn các bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật bắc cầu nối tại Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

Từ khóa: Nhồi máu cơ tim cấp, bệnh lý nhiều mạch, can thiệp động mạch vành qua da tiên phát

Abstract

SOLELY INFARCT-RELATED ARTERY VERSUS STAGED PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION IN ST ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION PATIENTS WITH MULTIVESSEL CORONARY DISEASE

Ho Anh Tuan, Nguyen Van Dien, Hoang Anh Tien

Hue University Hospital

Today, there are different interventional approaches for patients undergoing ST elevation myocardial infarction (STEMI) with multiple vessel diseases. **Objectives:** To compare the mid-term results of two strategies of myocardial revascularization used for the management of patients with STEMI with multiple vessel diseases. **Material and methods:** we analyzed retrogradely 64 profiles of patients diagnosed STEMI with multiple vessel diseases on coronary angiography and underwent angioplasty in Cardiovascular department from 5/2013 – 1/2014. The patients had been divided into 2 groups: group 1 (percutaneous coronary intervention (PCI) of the sole Infarct-related artery followed by medical therapy, n=33) and group 2 (staged PCI in STEMI patients with multiple vessel diseases, n=31). **Results:** Group 2 had comparable combined end-points (death + Myocardial infarction + revascularization) rate but higher rate of detection of significantly stenosed non-culprit vessels than those of group 1. **Conclusion:** For the

- Địa chỉ liên hệ: Hồ Anh Tuấn, email: tuanhoanh85@gmail.com

DOI: 10.34071/jmp.2014.3.8

- Ngày nhận bài: 15/5/2014 * Ngày đồng ý đăng: 12/6/2014 * Ngày xuất bản: 10/7/2014

STEMI patients with multiple vessel diseases admitted to Hue University hospital, staged PCI was better than PCI of the sole infarct-related artery in term of omitting less patients who were appropriate for revascularization (these patients had no indication for coronary artery bypass graft). However, these two approaches had no statistical difference regarding to major adverse cardiac events.

Key words: *Acute myocardial infarction, Multivessel disease, Primary percutaneous coronary intervention*

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo y văn, tỉ lệ bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều nhánh chiếm tỉ lệ 40 – 67% . Đây là những bệnh nhân có dự hậu lâm sàng xấu hơn so với nhóm NMCTSTCL chỉ có tổn thương ở một nhánh [5], [9]. Tái thông mạch máu bị tắc nghẽn là mục tiêu chủ yếu trong can thiệp thì đầu nhồi máu cơ tim có ST chênh lên (NMCTSTCL), trong đó phương pháp được lựa chọn là can thiệp mạch vành qua da (CTMVQD). Hiện nay, có ba chiến lược CTMVQD: điều trị can thiệp nhánh bị tắc (nhánh thủ phạm), điều trị can thiệp đồng thời nhiều nhánh trong đó có nhánh bị tắc và điều trị theo giai đoạn (can thiệp cấp cứu nhánh bị tắc sau đó can thiệp các nhánh bị hẹp). Việc lựa chọn phương pháp nào vẫn còn là vấn đề tranh cãi. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu so sánh kết quả can thiệp ở nhóm điều trị can thiệp nhánh thủ phạm và nhóm điều trị theo giai đoạn.

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Chúng tôi hồi cứu hồ sơ bệnh án và phân tích kết quả theo dõi trung hạn ($6,6 \pm 0,8$ tháng) CTMVQD được dùng điều trị cho 64 bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch tại Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế từ tháng 5/2013 đến tháng 1/2014.

2.1. Tiêu chuẩn chọn bệnh: Tất cả những bệnh nhân được chẩn đoán NMCTSTCL theo khuyến cáo của ACC/AHA 2013 [2] với tăng men tim (troponin T hoặc I) kèm theo một trong các triệu chứng sau: đau thắt ngực, điện tâm đồ có ST chênh lên kéo dài (≥ 20 phút) hoặc block nhánh trái mới xuất hiện, mất hình ảnh vùng cơ tim còn sống hoặc bất thường vận động thành tim trên siêu âm tim. Đây là những bệnh nhân:

a. NMCT có ST chênh lên vào viện trong vòng 12 giờ từ khi đau ngực hoặc từ 12-24 giờ nhưng vẫn còn đau ngực nhiều;

b. Có giấy cam đoan đồng ý phẫu thuật;

c. Được chụp mạch vành với kết quả hẹp có ý nghĩa huyết động ($\geq 70\%$) ở ≥ 2 nhánh mạch vành lớn hoặc một nhánh lớn và một nhánh bên với điều kiện hai nhánh này cấp máu cho hai vùng khác nhau,

d. Có chỉ định và đã được can thiệp mạch vành qua da tiên phát.

2.2. Tiêu chuẩn loại trừ

a. Suy tim cấp Killip III-IV.

b. Hẹp có ý nghĩa thân chung động mạch vành trái ($\geq 50\%$).

c. Ngưng tim ngoại viện.

Các bệnh nhân được chia thành 2 nhóm:

- Nhóm chỉ CTMVQD nhánh bị tắc, sau đó điều trị nội khoa tối ưu theo khuyến cáo của AHA, chỉ xét chụp mạch vành nếu có triệu chứng gợi ý thiếu máu cơ tim (nhóm can thiệp thủ phạm). Nhóm này có 33 bệnh nhân.

- Nhóm CTMVQD nhánh bị tắc, sau đó chụp mạch vành kiểm tra, can thiệp nếu nhánh hẹp có ý nghĩa sau 4-6 tuần (nhóm can thiệp theo giai đoạn) với 31 bệnh nhân.

Chúng tôi ghi nhận và so sánh các đặc điểm nhân trắc, lâm sàng và chụp mạch vành, kết quả theo dõi ở hai nhóm. Thời gian trung bình giữa hai lần can thiệp ở nhóm can thiệp theo giai đoạn là $39,5 \pm 6,4$ ngày. Tất cả các bệnh nhân đều được sử dụng thuốc chống ngưng tập tiểu cầu kép (aspegic 100mg và plavix 75mg/ngày) trong suốt thời gian từ sau can thiệp (dự định là 12 tháng), statin, ức chế men chuyển, chẹn beta (nếu không có chống chỉ định) và có kết quả chụp mạch vành lần 2. Các kết cục theo dõi ở các bệnh nhân là tử vong, tái nhồi máu cơ tim, tái hẹp trong stent, tái can thiệp mạch máu đã can thiệp hoặc chưa can thiệp, kết hợp các kết cục (nhồi máu cơ tim, tử vong, tái can thiệp).

2.3. Định nghĩa một số biến

2.3.1. Đánh giá kết quả can thiệp

- Thành công về mặt hình ảnh: sau can thiệp, mức độ hẹp $< 20\%$, TIMI 3.

- Thành công về mặt thủ thuật: Thành công về mặt hình ảnh và không có biến chứng.

- Thành công về mặt lâm sàng: Thành công về mặt hình ảnh, thủ thuật và giảm được triệu chứng thiếu máu cơ tim.

2.3.2. Đánh giá hình ảnh

- Hẹp có ý nghĩa: Hẹp $\geq 50\%$ đường kính lòng

mạch trên ít nhất một mặt cắt

Kết quả nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm Excel 2007, Medcalc 12.2.2.1. Các biến định tính được biểu thị bằng phần trăm, các biến liên tục được biểu thị bằng trung bình $\pm$ độ lệch chuẩn. Sử dụng các test t, χ^2 để kiểm định. Mức ý nghĩa $p < 0,05$ được xem là có ý nghĩa thống kê.

3. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm nhân trắc và lâm sàng

Bảng 1. Đặc điểm nhân trắc và lâm sàng

Đặc điểm	Nhóm can thiệp		Chung (n=64)	p (a,b)
	Nhánh thủ phạm (n=33) ^a	Theo giai đoạn (n=31) ^b		
Tuổi (năm)	60,1 $\pm$ 8,8	61,2 $\pm$ 9,1	60,9 $\pm$ 9,3	>0,05
Nam (n,%)	25 (75,76%)	25 (80,64%)	50(78,13)	>0,05
Tăng huyết áp (n,%)	24 (72,73%)	22 (70,97%)	46(71,88)	>0,05
Đái tháo đường (n,%)	9 (27,28%)	8 (25,81%)	17(26,56)	>0,05
Rối loạn lipid máu (n,%)	14 (42,42%)	15 (48,39%)	29(45,31)	>0,05
Phân suất tổng máu (%)	49,8 $\pm$ 7,2	51,2 $\pm$ 5,6	50,4 $\pm$ 6,8	>0,05
Suy tim cấp Killip II (n,%)	6 (18,18%)	5 (16,13%)	11(17,19)	>0,05
Thời gian xuất hiện triệu chứng đến khi nhập viện (giờ)	9,1 $\pm$ 2,4	8,9 $\pm$ 1,8	9,1 $\pm$ 1,9	>0,05
Thời gian cửa bóng (phút)	68,7 $\pm$ 14,8	70,1 $\pm$ 15,8	69,4 $\pm$ 18,1	>0,05

Bảng 2. Kết quả chụp mạch vành

Chỉ số	Nhóm can thiệp		P(a,b)
	Nhánh thủ phạm (n=33) ^a	Theo giai đoạn (n=31) ^b	
Bệnh 3 thân (n,%)	22 (66,67%)	16 (51,61%)	>0,05
Điểm Syntax	23,2 $\pm$ 8,7	21,4 $\pm$ 8,3	>0,05
Số stent nhánh thủ phạm (TP)	1,4	1,3	>0,05
Số stent nhánh không phải TP(KPTP)	-	1,3	-
Độ dài stent ở nhánh TP (mm)	21,7 $\pm$ 7,8	22,2 $\pm$ 6,8	>0,05
Đường kính stent nhánh TP(mm)	3,2 $\pm$ 0,6	3,4 $\pm$ 0,4	>0,05
Độ dài stent ở nhánh KPTP(mm)	-	21,7 $\pm$ 10,4	-
Đường kính stent nhánh KPTP (mm)	-	3,4 $\pm$ 0,7	-
Lượng cản quang (ml)	240,5 $\pm$ 110,6	245 $\pm$ 95,3	>0,05
Thời gian phát tia (phút)	34,5 $\pm$ 12,4	37,4 $\pm$ 14,5	>0,05
Nhánh vành phải là TP %	54,55	42,42	>0,05

Bảng 3. Kết quả can thiệp

Đặc điểm	Nhóm can thiệp		Chung (n=64)	p
	Nhánh thủ phạm (n=33)	Theo giai đoạn (n=31)		
Thành công nhánh TP(%)	31 (94,9%)	29 (93,6%)	60(93,8)	>0,05
Thời gian theo dõi (ngày)	115,4±36,6	124,4±43,1	119,1±37,1	>0,05
Tử vong (TV)(n, %)	3 (9,1%)	1 (3,2%)	4(6,3%)	>0,05
Nhồi máu cơ tim (NMCT)	2 (6,1%)	1 (3,2%)	3(4,7%)	>0,05
Can thiệp lại (CTL) nhánh TP	0 (0%)	1 (3,2%)	8(3,1%)	-
Can thiệp nhánh KPTP	7 (21,21%)	16 (51,61%)	31 (48,44%)	<0,05
Can thiệp lại (chung) (n,%)	7 (21,21%)	16 (51,61%)	38 (59,38%)	<0,05
Tái hẹp trong stent (chung)	0 (0%)	1 (3,23%)	2(3,13%)	>0,05
Kết hợp (NMCT + TV+ CTL)	12 (36,4%)	19 (61,05%)	15(23,4%)	>0,05

4. BÀN LUẬN

4.1. Chọn lựa phương pháp xử trí nhánh không phải thủ phạm

Mục tiêu chính của can thiệp động mạch vành qua da những bệnh nhân NMCTSTCL là hồi phục dòng chảy và tái tưới máu cho cơ tim ở nhánh động mạch thủ phạm. Tuy vậy, ở thời điểm can thiệp tiên phát, trên những bệnh nhân có thêm 1 hoặc nhiều nhánh tổn thương phù hợp với điều trị can thiệp đặt stent hoặc nong bóng, không thích hợp với điều trị phẫu thuật thì có 3 chiến lược đặt ra sau khi can thiệp nhánh thủ phạm. Đó là điều trị bảo tồn, can thiệp ngay tổn thương không phải thủ phạm trong giai đoạn đầu hoặc điều trị nhánh không phải thủ phạm theo giai đoạn (sau một thời gian). Cho đến nay vẫn chưa có thử nghiệm ngẫu nhiên lớn nào được thực hiện hoặc dự định so sánh ba phương pháp điều trị nhánh không phải thủ phạm này.

Can thiệp nhiều mạch ngay tại thời điểm cấp cứu tiên phát có nhiều lợi điểm: tái thông sớm, hoàn toàn các mạch máu bị hẹp và tắc, tái thông được các vùng cơ tim thiếu máu ở xa, giảm được tần suất phải thực hiện lại thủ thuật, ổn định tất cả các mảng vữa có thể bị nứt vỡ thêm, rút ngắn thời gian nằm viện và viện phí, đáp ứng được mong muốn của bệnh nhân (có cảm giác đã khỏi bệnh hoàn toàn sau khi được can thiệp). Tuy vậy, can thiệp nhiều mạch tại một thời điểm cũng có nhiều điều bất lợi: thời gian thực hiện thủ thuật kéo dài,

lượng cản quang và thời gian tiếp xúc tia tăng lên (điều này đặc biệt đáng chú ý ở những bệnh nhân suy tim, suy thận), tỉ lệ biến chứng (như tái hẹp, bóc tách, nhồi máu cơ tim) liên quan đến thủ thuật, đặt nhiều stent cao hơn, điều trị nhánh không phải thủ phạm trong khi huyết động không hoàn toàn ổn định như bệnh mạch vành ổn định, đánh giá không chính xác mức độ hẹp ở các vị trí tổn thương do tình trạng tăng đông, tăng viêm, huyết khối trong bối cảnh hội chứng vành cấp. Như vậy giá trị của phương pháp này là chưa rõ ràng về mặt lí luận. Đến năm 2013, khuyến cáo điều trị cho bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch của AHA/ACC không chỉ định can thiệp cho nhóm đối tượng có huyết động ổn định (mức độ IIb). Kết quả phân tích một phần nghiên cứu APEX-AMI với 2201 bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch được can thiệp cả nhánh không phải thủ phạm (9,9%) và can thiệp chỉ nhánh thủ phạm (90,1%) cũng ủng hộ cho khuyến cáo này. Phân tích này cho thấy sau 90 ngày, tỉ lệ tử vong, suy tim, sốc ở nhóm can thiệp cả nhánh không phải thủ phạm cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm chỉ can thiệp nhánh thủ phạm. Kết quả này vẫn giữ nguyên ngay cả khi đã hiệu chỉnh theo đặc điểm bệnh nhân và thủ thuật [10]. Kết quả của một nghiên cứu gộp 4 nghiên cứu tiến cứu và 14 nghiên cứu hồi cứu trên 40280 bệnh nhân do Vlaar P.J và cs sử dụng phương pháp ghép cặp để so sánh ba phương pháp điều trị trên nhận thấy

nhóm can thiệp nhiều mạch tại thời điểm can thiệp tiên phát có tỉ lệ tử vong ngắn hạn và dài hạn cao nhất so với hai phương pháp còn lại [4]. Dựa trên các kết quả này chúng tôi không sử dụng phương pháp can thiệp nhiều mạch tại thời điểm can thiệp tiên phát cho nhóm đối tượng NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch có huyết động ổn định sau khi đã can thiệp nhánh thủ phạm. Trong thực tế, chúng tôi đã can thiệp một số trường hợp bệnh nhân huyết động không ổn định có chẩn đoán NMCTSTCL với nhiều mạch tổn thương. Tuy nhiên, do số lượng bệnh còn hạn chế nên chúng tôi chưa đưa vào phân tích so sánh trong nghiên cứu này.

Cho đến nay, kết quả của các thử nghiệm vẫn chưa khẳng định phương pháp nào trong số hai phương pháp còn lại là phương pháp tối ưu, chắc chắn được áp dụng cho bệnh nhân NMCTSTCL với tổn thương nhiều mạch. Do vậy đây là mục tiêu nghiên cứu mà chúng tôi muốn làm rõ trong nghiên cứu này.

4.2. Đặc điểm nhân trắc

Trong nhóm các bệnh nhân được can thiệp theo giai đoạn, thời gian giữa các lần can thiệp trong nghiên cứu của chúng tôi là $39,5 \pm 6,4$ ngày. Kết quả nghiên cứu của Ochara và cs năm 2004 có thời gian giữa hai lần can thiệp là $27,3 \pm 12,8$ (ngày), Politi và cs năm 2010 là $56,8 \pm 12,9$ (ngày), Han và cs năm 2008 là 7-15 ngày [4],[7],[8]. Như vậy thời gian giữa hai lần can thiệp theo giai đoạn của chúng tôi tương đương với các tác giả khác.

Trong hai nhóm can thiệp của chúng tôi, tỉ lệ nam giới, bị tăng huyết áp chiếm tỉ lệ khá cao ($>75\%$). Hơn 50% bệnh nhân ở cả hai nhóm có bệnh mạch vành 3 thân và số lượng các tổn thương không phải thủ phạm ở hai nhóm khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p>0,05$). Động mạch vành phải là động mạch liên quan thủ phạm chiếm ưu thế ở cả hai nhóm. Kết quả nghiên cứu của Ghani A., Kornowskia cũng nhận thấy động mạch vành phải thường là động mạch thủ phạm [3],[6].

4.3. Kết quả chụp và can thiệp

Tất cả các bệnh nhân của chúng tôi đều có dòng chảy tốt với TIMI 3 sau can thiệp. Phương pháp can thiệp được áp dụng trên mọi bệnh nhân là đặt stent. Không có sự khác biệt về số lượng và kích thước stent giữa hai nhóm.

Các biến cố tim mạch lớn (MACE: major adverse cardiac event) được chúng tôi đánh giá là tử vong, tái nhồi máu cơ tim, tái hẹp trong stent và tái can thiệp tổn thương/mạch máu. Ở Bảng 3, kết quả cho thấy có sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê về tử vong và/hoặc nhồi máu cơ tim giữa hai nhóm. Về tỉ lệ tái can thiệp tổn thương/mạch máu, nhóm can thiệp nhánh thủ phạm có 7 đối tượng, chiếm 21,21%, thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với nhóm can thiệp theo giai đoạn với 16 đối tượng chiếm 51,61%. Như vậy, việc can thiệp theo giai đoạn đã phát hiện và can thiệp được nhiều mạch máu hẹp có ý nghĩa hơn so với nhóm chỉ can thiệp thủ phạm. Nhưng tính chung các biến cố tim mạch lớn thì không có sự khác biệt giữa hai nhóm.

Kết quả của các nghiên cứu khác về các biến cố rất khác nhau. Nghiên cứu của Ghani A. và cs. sau 3 năm trên hai nhóm đối tượng tương tự như của chúng tôi có tỉ lệ tử vong và/hoặc tái nhồi máu cơ tim cao hơn có ý nghĩa thống kê ($p=0,002$) ở nhóm can thiệp theo giai đoạn (20%) so với nhóm điều trị bảo tồn (0%) nhưng khi gộp chung các biến cố thì không khác biệt nhau giữa hai nhóm. Điều này có thể giải thích là nghiên cứu của Ghani A. và cs là nghiên cứu có sử dụng phương pháp FFR (phân suất dự trữ vành) để đánh giá khách quan nhóm can thiệp theo giai đoạn, từ đó đưa ra quyết định can thiệp cho bệnh nhân chính xác và nhiều hơn. Nghiên cứu này cũng chứng tỏ rằng khi sử dụng FFR để đánh giá sẽ làm giảm được số trường hợp can thiệp nhánh không phải thủ phạm ở nhóm can thiệp theo giai đoạn [3].

Nghiên cứu xét duyệt gần đây của Widimsky và cs cũng đề xuất chỉ điều trị nhánh liên quan tắc nghẽn trong giai đoạn cấp khi can thiệp tiên phát. Các tác giả đề xuất nên điều trị nhánh không phải thủ phạm bằng thuốc hoặc theo giai đoạn [12].

Biondi-Zoccai và cs trong một bài phân tích gộp gần đây với 10 thử nghiệm có đối chứng đã đưa ra khuyến cáo là chỉ nên can thiệp nhiều mạch tại thời điểm NMCTSTCL cấp ở đối tượng có huyết động không ổn định hoặc có nguy cơ rất cao. Ở các đối tượng khác, nên đợi kết quả của các xét nghiệm khác để chứng tỏ tình trạng thiếu máu cơ tim cần phải can thiệp [3].

Nghiên cứu của Vlaar và cs trên hơn 40.000 bệnh nhân có kết quả: can thiệp theo giai đoạn có tử suất ngắn và dài hạn thấp hơn so với chỉ điều trị nhánh thủ phạm hoặc nhiều nhánh [4].

Theo chúng tôi, việc chọn lựa phương pháp tái thông mạch máu CTMVQD nào cho đối tượng này phải tùy thuộc vào từng cá nhân, trên cơ sở xem xét các đặc điểm lâm sàng cũng như kết quả chụp mạch vành.

Kết quả này tương đồng với một số nghiên cứu khác. Tarasov R.S, Ganiukov V.I., Krotikov Yu. V., so sánh kết quả tái thông bằng 4 phương pháp, trong đó có thêm 2 phương pháp khác là can thiệp nhiều nhánh đồng thời (nhóm 3) và can thiệp theo trình tự CTMVQD sau đó là phẫu thuật bắc cầu nối (nhóm 4). Kết quả thu được sau theo dõi 10,6±5,9 tháng cho thấy nhóm 4 có tổn thương 3 nhánh mạch vành và thang điểm Syntax cao hơn có ý nghĩa thống kê so với các phương pháp còn lại [9].

Như vậy, chúng ta vẫn cần một nghiên cứu có quy mô lớn, thử nghiệm ngẫu nhiên đối chứng có giá trị để đánh giá về hiệu quả cũng như các biến cố tim mạch lớn ở nhóm NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch. Tuy vậy, với các kết quả của các nghiên cứu hiện có, can thiệp nhiều nhánh là phương pháp không được chọn lựa trong giai đoạn NMCT cấp. Nếu chúng ta xem rằng, nhóm chỉ can thiệp nhánh nguyên nhân có tỉ lệ các biến cố gộp (tử vong + nhồi máu cơ tim + tái can thiệp) tương

đương nhưng tỉ lệ phát hiện được các tổn thương hẹp cần can thiệp thấp hơn có ý nghĩa thống kê ($p<0,05$) so với nhóm can thiệp theo giai đoạn thì chúng ta có thể kết hợp với khuyến cáo của ACC/AHA 2013 để kết luận rằng: can thiệp theo giai đoạn là phương pháp được lựa chọn cho những bệnh nhân NMCTSTCL có tổn thương nhiều mạch, với điểm syntax chấp nhận để CTMVQD, tỉ lệ tử vong khi thực hiện bắc cầu nối cao và bệnh nhân mong muốn được CTMVQD [1], [2].

5. HẠN CHẾ CỦA ĐỀ TÀI

- Đề tài được thực hiện theo phương pháp hồi cứu nên chưa đảm bảo tính phân phối ngẫu nhiên.

- Chưa áp dụng các phương pháp đánh giá khách quan hơn như FFR (đo phân suất dự trữ vành)

- Nghiên cứu đơn trung tâm, cỡ mẫu còn hạn chế nên chưa thể đưa ra được mô hình tiên đoán đa biến và các kết quả có giá trị hơn.

6. KẾT LUẬN

Tuy các biến cố tim mạch lớn không khác biệt nhau giữa hai phương pháp nhưng can thiệp nhánh thủ phạm sau đó can thiệp trị hoãn nhánh hẹp có ý nghĩa là phương pháp can thiệp tránh bỏ sót bệnh hơn phương pháp chỉ can thiệp nhánh thủ phạm và điều trị nội khoa tối ưu trong theo dõi trung hạn các bệnh nhân không có chỉ định phẫu thuật bắc cầu nối tại bệnh viện Trường Đại học Y Dược Huế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alfonso F. (2010), “Multivessel Intervention During Primary Angioplasty”, *JACC: Cardiovascular interventions*, 3:32-34.
2. O’Gara P.T., Kushner F.G., Ascheim D.D., (2013), “2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction”, *J Am Coll Cardiol*;61:e78 –140.
3. Ghani A., Dambrink J-H E., van ’t Hof A. W. J. (2012), “Treatment of non-culprit lesions detected during primary PCI: long-term follow-up of a randomised clinical trial”, *Neth Heart J* (2012) 20:347–353.
4. Han YL, Wang B, Wang XZ, et al. “Comparative effects of percutaneous coronary intervention for infarct-related artery only or for both infarct- and non-infarct-related arteries in patients with ST-elevation myocardial infarction and multi-vessel disease”. *Chin Med J* 2008;121:2384–7.
5. Jaguszewski M., Radovanovic D., Nallamothu B.K. (2013), “Multivessel versus culprit vessel percutaneous coronary intervention in ST-elevation myocardial infarction: is more worse?”, *EuroIntervention*; 9:909 – 915.
6. Kornowski R., Mehran R., Dangas G. (2011), “Prognostic impact of staged versus “one-time” multivessel percutaneous intervention in acute myocardial infarction”, *J Am Coll Cardiol*;58:704–711.
7. Ochala A, Smolka GA, Wojakowski W, et al. “The function of the left ventricle after complete multivessel one-stage percutaneous coronary intervention in patients with acute myocardial

- infarction". *J Invasive Cardiol* 2004;16:699 –702.
8. Politi L, Sgura F, Rossi R, et al. "A randomised trial of target-vessel versus multi-vessel revascularisation in ST-elevation myocardial infarction: major adverse cardiac events during long-term follow-up". *Heart* 2010;96:662–7.
 9. Tarasov R.S., Ganiukov V.I., Krotikov Yu. V. (2012), "Comparing multiple stenting with staged myocardial revascularization in STEMI patients with multivessel coronary disease", *International Journal of interventional cardiology*, vol 27/28, pp. 10 – 16.
 10. Toma M., Buller C.E., Westerhout C.M. (2010), "Non-culprit coronary artery percutaneous coronary intervention during acute ST-segment elevation myocardial infarction: insights from the APEX-AMI trial", *European Heart Journal* (2010) 31, pp.1701–1707.
 11. Vlaar P.J., Mahmoud K.D., Holmes D.R., (2011), "Culprit Vessel Only Versus Multivessel and Staged Percutaneous Coronary Intervention for Multivessel Disease in Patients Presenting With ST-Segment Elevation Myocardial Infarction", *J Am Coll Cardiol*;58:692–703.
 12. Widimsky P., Holmes David R. Jr (2011), "How to treat patients with ST-elevation acute myocardial infarction with multi-vessel diseases", *European Heart Journal*, 32:396-403.