

và hoạt động của Phòng Công tác xã hội trong bệnh viện. Đây là những kênh thông tin tiếp cận và tương tác rất lớn với người dân nói chung và bệnh nhân mắc ung thư điều trị ngoại trú nói riêng. Qua đó, khi muốn triển khai các hoạt động, chương trình hỗ trợ người bệnh, Bệnh viện rất dễ dàng tiếp cận được bệnh nhân hoặc khi người bệnh muốn tìm kiếm sự hỗ trợ của Bệnh viện thì cũng dễ dàng trao đổi với bệnh viện.

KẾT LUẬN

Tỷ lệ bệnh nhân nội trú hài lòng với dịch vụ điều trị tại khoa Ngoại tổng quát là 86,5%. Trong đó, hài lòng về tiêu chí sự đáp ứng có tỷ lệ thấp nhất với 44,4%, tiếp đến là cơ sở vật chất 56,8%, sự cảm thông 66,7%.

Những người có thu nhập càng cao thì tỷ lệ hài lòng càng giảm.

Thời gian nằm viện càng lâu thì tỷ lệ hài lòng càng giảm.

Bệnh nhân phẫu thuật nội soi có tỷ lệ hài lòng cao hơn những bệnh nhân phẫu thuật hở.

Một số yếu tố thuận lợi đối với nâng cao sự hài lòng người bệnh bao gồm các chính sách, quy định của bệnh viện, kỹ thuật và trang thiết bị, công tác truyền thông, tiếp thị bệnh viện, mặc dù vậy, một số yếu tố gây khó khăn bao gồm cơ sở hạ tầng bệnh viện, sự đáp ứng của nguồn nhân lực, nguồn tài chính cho việc cải tiến nâng cao sự hài lòng của bệnh nhân.

KHUYẾN NGHỊ

Bệnh viện càng tăng cường hơn về sự đáp ứng chuyên môn, cơ sở vật chất và thái độ cảm thông hơn đối với người bệnh.

Cần nghiên cứu thêm cách phục vụ đối với một số đối tượng cần chú ý tư vấn nhiều hơn như người có thu nhập cao, nằm viện lâu, phẫu thuật hở.

Bệnh viện cần có chính sách tăng cường đầu

tư cơ sở vật chất, kỹ thuật trang thiết bị, tư vấn hơn để tăng sự hài lòng của người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bệnh viện quận Thủ Đức** (2018), *Báo cáo hoạt động khám chữa bệnh năm 2018*, Thành phố Hồ Chí Minh.

2. **Bệnh viện quận Thủ Đức** (2019), *Báo cáo hoạt động khám chữa bệnh năm 2019*, thành phố Hồ Chí Minh.

3. **Tạ Quốc Dũng** (2017), "Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến sự hài lòng của người bệnh nội trú khoa Chi Dưới - Bệnh viện Chấn thương Chính hình thành phố Hồ Chí Minh năm 2017", Luận văn Thạc sĩ Y tế Công cộng, Chuyên ngành Y tế Công cộng, Trường Đại học Y tế Công cộng.

4. **Nguyễn Hồ Kim** (2017), "Sự hài lòng của người bệnh về dịch vụ phẫu thuật đục thủy tinh thể tại Bệnh viện Mắt tỉnh Bình Định năm 2017", Luận văn Thạc sĩ Quản lý Bệnh viện, Chuyên ngành Quản lý Bệnh viện, Trường Đại học Y tế Công cộng.

5. **Võ Chí Thương** (2018), "Sự hài lòng của người bệnh về chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh ngoại trú tại hai bệnh viện tuyến quận/huyện thành phố Hồ Chí Minh, năm 2018", Khóa luận tốt nghiệp Cử nhân Y tế Công cộng, Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh.

6. **Baker A.** (2001), "Crossing the quality chasm: a new health system for the 21st century", *British Medical Journal Publishing Group*.

7. **Jabnoun N., Juma AL Rasasi A.** (2005), "Transformational leadership and service quality in UAE hospitals". *Managing Service Quality: An International Journal*, 15 (1), 70-81.

8. **Mehta S.** (2011), "Service quality as predictor of patient satisfaction: a study of the health care sector". *Journal of Health Management*, 13 (2), 211-229.

TÍNH SỐNG CÒN CƠ TIM DỰA TRÊN XẠ HÌNH TƯỚI MÁU CƠ TIM BẰNG KỸ THUẬT SPECT- CT

TRẦN HỮU THẾ¹, ĐẶNG VẠN PHƯỚC²

¹*Bệnh viện Đa khoa tỉnh Tiền Giang*

²*Trường Đại học Quốc Gia - TP Hồ Chí Minh*

Chịu trách nhiệm: Trần Hữu Thế
Email: the_tranhuu@yahoo.com

Ngày nhận: 16/7/2020
Ngày phản biện: 25/8/2020
Ngày duyệt bài: 10/9/2020

TÓM TẮT

Tổng quan: Đánh giá tính sống còn cơ tim có ứng dụng thực tiễn trên lâm sàng với SPECT-CT là một trong những phương pháp phổ biến. Bệnh nhân (BN) với tỉ lệ cơ tim còn sống cao được hưởng lợi từ tái tưới máu mạch vành.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: nghiên cứu thực hiện trên 168 bệnh nhân bệnh mạch vành mạn ổn định tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy, các bệnh nhân được đánh giá tình trạng thiếu máu cơ tim qua đo đánh giá tính sống còn trên SPECT-CT với quy trình ghi hình bằng Tc-99m sestamibi qua phần mềm 4DM-SPECT/CT, dựa vào các giá trị SSS, SRS, SDS (mỗi phân vùng được tính theo thang 5 điểm: 0=bình thường; 1 = giảm hấp thu nhẹ; 2 = giảm hấp thu trung bình; 3 = giảm hấp thu nặng; 4 = không có hấp thu) sẽ có chiến lược điều trị tùy theo kết quả xạ hình tưới máu cơ tim SPECT-CT theo phác đồ điều trị hiện hành của Bệnh viện Chợ Rẫy, theo dõi tỉ lệ tử vong chung và cải thiện triệu chứng đau ngực, phân độ suy tim theo NYHA sau 03 tháng.

Kết quả: Dựa vào % SDS tổng điểm thiếu máu của 17 vùng tưới máu cơ tim được chia thành 3 mức độ rất nhẹ ($\leq 4\%$), nhẹ (5 – 9%) và trung bình - nặng ($\geq 10\%$) lần lượt được chia làm 2 nhóm can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa. Qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tử vong giữa 2 nhóm can thiệp và điều trị nội ($p > 0,05$), mặc dù ở nhóm BN có mức độ thiếu máu cơ tim trung bình-nặng hay % SDS $\geq 10\%$ thì tỉ lệ tử vong ở nhóm BN được điều trị nội khoa (ĐTNIK) cao hơn so với nhóm BN được can thiệp mạch vành (CTMV) (18,4% so với 4,2%). Khi so sánh về mức độ cải thiện NYHA, nhóm BN được CTMV (14/40) có tỉ lệ cao hơn rõ rệt so với nhóm BN chỉ được ĐTNIK (13/128), 35% so với 10,2%; $p < 0,001$. Mức độ cải thiện NYHA sau 03 tháng theo dõi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm có mức độ thiếu máu trung bình - nặng (% SDS $\geq 10\%$) khi so sánh giữa hai chiến lược điều trị CTMV và ĐTNIK (41,7% so với 5,3%; $p = 0,001$). Ngược lại, không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê ở mức độ cải thiện NYHA giữa hai chiến lược điều trị ở hai nhóm % SDS rất nhẹ ($\leq 4\%$) và nhẹ (5 – 9%).

Kết luận: So với điều trị nội khoa (ĐTNIK), can thiệp mạch vành (CTMV) tăng tỉ lệ cải thiện triệu chứng theo phân độ NYHA ở nhóm BN tình trạng thiếu máu cơ tim mức độ trung bình – nặng (%SDS $\geq 10\%$), không có sự khác biệt có ý nghĩa về tỉ lệ tử vong.

Từ khóa: xạ hình tưới máu cơ tim, SPECT-CT, SSS, SRS, SDS

SUMMARY

MYOCARDIAL VIABILITY USING SPECT-CT MYOCARDIAL PERFUSION IMAGING

Overview: The assessment of myocardial viability have certain clinical value with SPECT-CT as one of the most widely used imaging modalities. Patients with large viable myocardium would certainly benefit from revascularization.

Methods: 168 patients with stable chronic coronary artery disease at the Department of Cardiology of Cho Ray Hospital were assessed for myocardial viability on SPECT-CT and divided into two groups of management with medical treatment or percutaneous coronary intervention (PCI). They have been reassessed for follow-up on mortality and symptom improvement according to NYHA after 03 months.

Results: According to severity of ischemia presented by % SDS which was divided in 3 subgroups of equivocal ($\leq 4\%$), mild (5 – 9%) and moderate-severe ($\geq 10\%$), no statistically significant difference in mortality was found between the two groups of treatment methods with $p > 0.05$, although in the group of patients with % SDS $\geq 10\%$, the mortality rate in the group of patients with medical treatment is higher than the group of patients with PCI (18.4% versus 4.2%). Comparing the improvement of NYHA, the group of patients with PCI (14/40) had a significant higher rate of improvement than the group of patients with medical treatment only (13/128), 35% compared to 10.2%; $p < 0.001$. The improvement in NYHA after 3 month had a statistically significant difference in the group with % moderate-severe SDS ($\geq 10\%$) when compared between the two treatment strategies for PCI and medical treatment (41.7% compared to with 5.3%; $p = 0.001$). In contrast, there was no statistically significant difference in NYHA improvement between the two treatment strategies in the equivocal SDS% ($\leq 4\%$) and mild SDS%(5-9%).

Conclusion: compared to medical treatment, PCI was associated on symptomatic improvement assessed by NYHA score in patients with moderate-severe ischemia of left ventricle and no significant difference with lower mortality.

Keywords: SDS%, SPECT-CT

ĐẶT VẤN ĐỀ

Trên thế giới đã có nhiều công trình NC đánh giá vai trò của SPECT-CT trong việc xác định tính sống còn cơ tim và hướng dẫn chiến lược điều trị ở BN bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ. Các kết quả cho thấy phương pháp này có độ chính xác cao trong chẩn đoán BMV và cung cấp những dữ liệu tiên lượng quan trọng ở BN đã biết hoặc nghi ngờ bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ [1], [2]. Hơn nữa, phương pháp này cũng có lợi là không xâm lấn và thường sẵn có ở các trung tâm tim mạch lớn. Hiện nay, tại Việt Nam đã có một số công trình nghiên cứu về xạ hình tưới máu cơ tim bằng SPECT-CT trên bệnh nhân bệnh động mạch vành, và chủ yếu đề cập đến việc triển khai, kết quả nghiên cứu bước đầu về ứng dụng của các biện pháp chẩn đoán hình ảnh này. Tuy nhiên chưa tìm thấy công trình NC nhắm đến mục tiêu đánh giá tính sống còn cơ tim trên BN bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, đó là lí do chúng tôi thực hiện đề tài nghiên cứu.

Hiện nay, bằng kỹ thuật chụp xạ hình tưới máu cơ tim có gắng sức với nhiều chất đồng vị phóng xạ cũng như quy trình ghi hình nhằm gia tăng khả năng phát hiện cơ tim sống còn, có giá trị trong quyết định có nên can thiệp mạch vành cho bệnh nhân bệnh động mạch vành mạn. Trong đó, có nhiều phần mềm bán định lượng như 4DMSPECT, CEDARS-QPS, ECTb... để đánh giá sống còn cơ tim.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu quan sát, tiền cứu được thực hiện trên 168 bệnh nhân bệnh tim thiếu máu cục bộ tại khoa Nội tim mạch Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 6/2015 đến tháng 12/2016. Tất cả bệnh nhân đã được chẩn đoán hoặc nghi ngờ bị bệnh tim thiếu máu cục bộ dựa vào bệnh sử, yếu tố nguy cơ tim mạch, triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ nghỉ tĩnh, và siêu âm tĩnh, và không nằm trong tiêu chuẩn loại trừ như bệnh lý cấp tính, rối loạn nhịp tim nặng hoặc các nguyên nhân chưa kiểm soát được như suy tim cấp, hen phế quản, tăng áp phổi nặng.

Tính điểm chỉ số hấp thu phóng xạ cho từng vùng:

Điểm	Mức độ hấp thu phóng xạ	Điểm	Mức độ hấp thu phóng xạ
0	≥70%		
1	50-69%	3	10-29%
2	30-49%	4	<10%

Tổng điểm chỉ số hấp thu phóng xạ theo 17

vùng cơ tim:

SSS: chỉ số hấp thu chất đồng vị phóng xạ ở giai đoạn gắng sức

SRS: chỉ số hấp thu chất đồng vị phóng xạ ở giai đoạn nghỉ tĩnh

⇒ SDS = SSS – SRS: SDS chỉ định mức độ thiếu máu (amount of ischemia) và mức độ hồi phục của thương tổn tưới máu

%SDS = SDS/68 với 68=17x4 tương ứng 17 vùng cơ tim và 4 là điểm tối đa cho từng vùng
Cỡ mẫu nghiên cứu là 135 bệnh nhân.

Thu thập số liệu:

- Phân tích kết quả xạ hình tưới máu cơ tim: thất trái được chia thành 17 vùng trên 3 trục [3], [4], [5].

- Đánh giá tính chất khuyết xạ dựa vào sắc thang màu và phân tích bán định lượng bằng máy [3], [4], [5].

- Tình trạng phục hồi bắt xạ để xác định tính sống còn của tế bào cơ tim (tracer uptake > 50%, và <50%) [4], [5].

- Thu thập chỉ số SSS: chỉ số hấp thu chất đồng vị phóng xạ ở giai đoạn gắng sức

SRS: chỉ số hấp thu chất đồng vị phóng xạ ở giai đoạn nghỉ tĩnh

SDS: mức độ thiếu máu và khả năng hồi phục vùng cơ tim thiếu máu

Trong đó SDS= SSS - SRS [3], [4].

% SDS = SDS/68 với 68=17x4 tương đương 17 vùng cơ tim và 4 là điểm tối đa cho từng vùng

Xử lý số liệu:

Nhập số liệu bằng phần mềm Microsoft Excel.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS phiên bản 20.0.

Các biến liên tục phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung bình ± độ lệch chuẩn. Sự khác biệt giá trị trung bình giữa các nhóm dân số được khảo sát bằng phép kiểm phương sai một yếu tố One-way ANOVA.

Các biến liên tục không có phân phối chuẩn được trình bày dưới dạng trung vị và các tứ phân vị.

Các biến định danh rời rạc được trình bày dưới dạng n (%). Sự khác biệt tỉ lệ giữa các nhóm dân số được khảo sát bằng phép kiểm Chi bình phương. Khi có một giá trị $n_i < 5$, chúng tôi thực hiện phép kiểm chính xác Fisher.

Theo dõi biến cố tử vong được ghi nhận trong thời gian 03 tháng sau xuất viện và phân tích tích lũy tỉ lệ sống còn giữa các nhóm BN theo phương pháp Kaplan-Meier. Sự khác biệt

giữa các nhóm được kiểm định bằng phép kiểm định log-rank.

Giá trị $p < 0,05$ được chọn là ngưỡng có ý nghĩa thống kê.

KẾT QUẢ

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch

Yếu tố nguy cơ bệnh tim mạch	Dân số chung N = 168
Tuổi (năm)	63,5 ± 11,9
Nam > 45 tuổi hay Nữ > 55 tuổi	146 (86,9)
Giới (nam)	103 (61,3)
BMI (kg/m ²)	21,9 ± 2,9
BMI ≥ 23	54 (32,1)
Tăng HA	97 (57,7)
Đái tháo đường type 2	46 (27,4)
Rối loạn lipid máu	124 (73,8)
Hút thuốc lá	93 (55,4)
Tiền căn bệnh động mạch vành đã được chẩn đoán	51 (30,4)
Bệnh thận mạn	90 (53,6)

Trong 168 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, tuổi trung bình là 63,5 ± 11,9. Khoảng 61,3% đối tượng tham gia nghiên cứu là nam. Chỉ số khối cơ thể trung bình là 21,9 ± 2,9 kg/m², trong đó 32,1% đối tượng tham gia nghiên cứu có chỉ số khối cơ thể BMI ≥ 23.

Phần lớn dân số nghiên cứu nằm trong lứa tuổi nguy cơ bệnh động mạch vành, chiếm tỉ lệ 86,9%. Rối loạn lipid máu và thừa cân là hai yếu tố nguy cơ chiếm tỉ lệ cao tiếp theo, lần lượt là 73,8% và 32,1%. Gần 30,4% bệnh nhân đã được chẩn đoán bệnh động mạch vành trước đây.

Bảng 2. Đặc điểm triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng lâm sàng	N = 168
Đau ngực kiểu mạch vành	125 (74,4)
Đau ngực không điển hình	42 (25,0)
Phân độ suy tim theo NYHA	
I	87 (51,8)
II	56 (33,3)
III – IV	25 (14,9)

Bảng 3. Kết quả điện tâm đồ

Kết quả điện tâm đồ	N = 168
Nhịp xoang	166 (98,8)
Rung nhĩ	2 (1,2)
Bệnh tim thiếu máu cục bộ	164 (97,6)
Nhồi máu cơ tim cũ	51 (30,4)
Thành trước	26 (15,5)
Thành bên	5 (3,0)
Thành dưới	20 (11,9)

Trong dân số nghiên cứu, hầu như tất cả bệnh nhân có dấu hiệu thiếu máu cơ tim trên

điện tâm đồ, chiếm tỉ lệ 97,6%, gần 1/3 (30,4%) bệnh nhân có tiền sử nhồi máu cơ tim cũ và định vị vùng nhồi máu dựa trên ECG thành trước, thành bên, thành dưới lần lượt 15,5%, 3% và 11,9%.

Bảng 4. Kết quả siêu âm tim

Kết quả siêu âm tim	
Không có giảm động vùng	61 (36,3)
Vị trí giảm động vùng	
Mỏm tim	63 (37,5)
Thành trước	15 (8,9)
Thành bên	10 (6,0)
Thành dưới	14 (8,3)
Vách liên thất	5 (3,0)
Phân suất tổng máu thất trái (%)	48,8 ± 16,6
Phân nhóm phân suất tổng máu thất trái	
< 40%	53 (31,5)
40 – 49%	32 (19,0)
≥ 50%	83 (49,5)

Khảo sát giảm động vùng trên siêu âm tim 2D nghỉ tĩnh, ghi nhận khoảng 2/3 trường hợp có giảm động vùng, trong đó giảm động vùng mỏm tim chiếm 37,5%, thành trước 8,9%; thành bên 6,0%, thành dưới 8,3% và vách liên thất là 3%.

Chức năng cơ bóp thất trái được chia làm 3 phân độ, < 40% chiếm tỉ lệ 31,5%; khoảng giữa từ 40 – 49% chiếm 19% và ≥ 50% chiếm tỉ lệ 49,5%.

Bảng 5. Phần trăm vùng cơ tim còn sống trên SPECT gắng sức

Độ hấp thu phóng xạ > 50% giai đoạn gắng sức	N = 168
Vùng cơ tim do LAD chi phối (7 vùng)	133 (79,2)
Vùng cơ tim do LCx chi phối (5 vùng)	137 (81,5)
Vùng cơ tim do RCA chi phối (5 vùng)	148 (88,1)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, trên mức độ hấp thu phóng xạ (tracer uptake) > 50% hay nói cách khác vùng cơ tim còn sống trên SPECT của các vùng cơ tim do LAD, LCx, RCA chi phối lần lượt là 79,2%, 81,5% và 88,1%.

Bảng 6. Tỉ lệ BN được chụp mạch vành và CTMV theo % SDS

	%SDS		
	≤ 4%	5 – 9%	≥ 10%
Chụp mạch vành	16 (28,1) ^a	14 (24,6) ^a	27 (47,4) ^b
CTMV	8 (12,9) ^c	8 (18,2) ^{c,d}	24 (38,7) ^d

a, b: $p = 0,038$

c, d: $p = 0,001$

Trong 62 bệnh nhân có % tổng điểm của 17 vùng cơ tim chi phối bởi các nhánh mạch vành $\geq 10\%$, có 27 trường hợp được chụp mạch vành (chiếm 47,4%), sự khác biệt giữa nhóm $\geq 10\%$ và 2 nhóm còn lại có ý nghĩa thống kê ($p = 0,038$).

Bảng 7. Phân nhóm tỉ lệ tử vong theo chiến lược điều trị của 3 nhóm theo % SDS

	N	Chiến lược điều trị		Giá trị p
		CTMV	ĐTNIK	
%SDS				
$\leq 4\%$	62	0 (0)	0 (0)	
5 – 9%	44	0 (0)	1 (2,8)	1,0
$\geq 10\%$	62	1 (4,2)	7 (18,4)	0,14

% SDS tổng điểm của 17 vùng tưới máu cơ tim được chia thành 3 mức độ: rất nhẹ ($\leq 4\%$), nhẹ (5 – 9%), trung bình - nặng ($\geq 10\%$) lần lượt được chia làm 2 nhóm can thiệp mạch vành và điều trị nội khoa, qua nghiên cứu chúng tôi nhận thấy không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tỉ lệ tử vong giữa 2 nhóm can thiệp và điều trị nội ($p > 0,05$), mặc dù ở nhóm BN có % SDS $\geq 10\%$ thì tỉ lệ tử vong ở nhóm BN được ĐTNIK cao hơn so với nhóm BN được CTMV (18,4% so với 4,2%).

Bảng 8: Mức độ cải thiện NYHA sau 3 tháng theo chiến lược điều trị

	N	Chiến lược điều trị		Giá trị p
		CTMV	ĐTNIK	
Dân số chung	168	14 (35,0)	13 (10,2)	$< 0,001$
%SDS				
$\leq 4\%$	62	2 (25,0)	6 (11,1)	0,27
5 – 9%	44	2 (25,0)	5 (13,9)	0,54
$\geq 10\%$	62	10 (41,7)	2 (5,3)	0,001

Khi so sánh về mức độ cải thiện NYHA, nhóm BN được CTMV (14/40) có tỉ lệ cao hơn rõ rệt so với nhóm BN chỉ được ĐTNIK (13/128), 35% so với 10,2%; $p < 0,001$.

Mức độ cải thiện NYHA sau 03 tháng theo dõi có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở nhóm có % SDS mức độ trung bình - nặng ($\geq 10\%$) khi so sánh giữa hai chiến lược điều trị CTMV và ĐTNIK (41,7% so với 5,3%; $p = 0,001$). Ngược lại, không có sự khác biệt về ý nghĩa thống kê ở mức độ cải thiện NYHA giữa hai chiến lược điều trị ở hai nhóm % SDS rất nhẹ ($\leq 4\%$) và nhẹ (5 – 9%).

BÀN LUẬN

Đã có nhiều báo cáo về tính ứng dụng của SPECT với Tc-99m trong đánh giá tính sống còn cơ tim. Mặc dù đã có những NC báo cáo về khả năng chẩn đoán chính xác tương đương với TI-201 trong đánh giá tính sống còn cơ tim, đồng vị Tc-99m vẫn bị đánh giá thấp trong vấn

đề này, có lẽ bởi vì quan niệm rằng sự thiếu hụt trong đặc tính phân bố của chất này ngăn cản việc sử dụng nó cho mục đích đánh giá tính sống còn cơ tim. Những vùng có tỉ lệ hấp thu phóng xạ trên 50% ở giai đoạn tái phân bố sau gắng sức so với mức độ hấp thu tối đa khi nghỉ tĩnh thì rất có khả năng sống còn cao.

Chúng tôi nhận thấy trong nghiên cứu này, đối với BN thuộc nhóm % SDS $\geq 10\%$, tỉ lệ tử vong ở nhóm ĐTNIK cao hơn nhóm CTMV (18,4% so với 4,2%), tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Phân tích đường cong Kaplan – Meier của tử vong theo chiến lược điều trị cũng cho thấy nhóm ĐTNIK có đường tích lũy tỉ sống còn thấp hơn, tuy nhiên không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê. Cải thiện NYHA cao hơn có ý nghĩa thống kê ở nhóm CTMV so với nhóm ĐTNIK. Đối với BN thuộc nhóm % SDS $< 10\%$ thì hầu như không có sự khác biệt có ý nghĩa về cả tỉ lệ tử vong và cải thiện NYHA.

Những dữ liệu trong các NC trước đây đã cho thấy tính hợp lý của việc đưa vào các biện pháp CDHA tính sống còn cơ tim không xâm lấn vào việc quyết định chiến lược điều trị trên lâm sàng, bởi thế nỗ lực xác định được nhóm BN nào được hưởng lợi từ liệu pháp điều trị tái tưới máu có thể tập trung chủ yếu vào phân tích các thông số về tính sống còn. Trong NC của tác giả Mai Hồng Sơn và cộng sự tại bệnh viện 108 về giá trị của ^{18}F FDG-PET/CT trong đánh giá khả năng sống của cơ tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim, n [6]. Nhóm bệnh nhân điều trị can thiệp tái tưới máu có khả năng hồi phục tốt hơn so với nhóm điều trị nội khoa. Diện cơ tim còn sống có mối liên quan tới khả năng phục hồi chức năng thất trái sau can thiệp tái tưới máu. Như đã đề cập ở trên, khả năng hồi phục cao được ghi nhận thấy ở các vùng cơ tim có tỉ lệ hấp thu phóng xạ ở hoạt động đỉnh ít nhất 50 – 55% ở giai đoạn nghỉ và có dày thành cơ tim có thể phát hiện được [7]. Trong số những BN suy tim do bệnh tim TMCB có tỉ lệ đáng kể vùng cơ tim còn sống, tái tưới máu giúp giảm tỉ lệ tử vong hàng năm còn 3,2% sv 16% ở nhóm chỉ ĐTNIK [8].

KẾT LUẬN

Sau 03 tháng theo dõi, ở nhóm BN có tỉ lệ khả năng hồi phục vùng cơ tim thiếu máu thất trái và diện tích cơ tim còn sống nhiều, CTMV giúp cải thiện triệu chứng theo thang điểm NYHA so với chiến lược ĐTNIK. Tuy nhiên, giảm tỉ lệ tử vong lại không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa hai chiến lược điều trị này.

Chú thích các từ viết tắt
BN: bệnh nhân. ĐTNK: điều trị nội khoa.
CTMV: can thiệp mạch vành. NC: nghiên cứu.
TMCB: thiếu máu cục bộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đặng Vạn Phước, Trương Quang Bình**, (2006), "Lịch sử, dịch tễ học và tầm quan trọng của bệnh động mạch vành", *Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng*, Nhà xuất bản y học thành phố Hồ Chí Minh, pp. Tr. 1-12.

2. **Nguyễn Thượng Nghĩa**, (2010), *Giá trị của một số phương pháp chẩn đoán bệnh mạch vành so sánh với chụp động mạch vành cân quang*, Luận án Tiến sĩ Y học, Khoa Y, Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

3. **Allman, K. C.**, et al. (2002), "Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis", *J Am Coll Cardiol.* 39(7), pp. 1151-8.

4. **Sharir, T.**, et al. (2019), "Survival benefit of coronary revascularization after myocardial perfusion SPECT: The role of ischemia", *J Nucl Cardiol* (11-Nov), pp. 14-21.

5. **Page, B. J.**, et al. (2015), "Revascularization

of chronic hibernating myocardium stimulates myocyte proliferation and partially reverses chronic adaptations to ischemia", *J Am Coll Cardiol.* 65(7), pp. 684-97.6. **Aye, T. and Graham, R.** (2017), "Risk stratification in stable coronary artery disease", *Continuing Cardiology Education.* 3(1), pp. 37-43.

6. **Mai Hồng Sơn, Lê Ngọc Hà, Nguyễn Thanh Hương** (2016), Vai trò của 18 FDG PET/CT trong đánh giá khả năng sống của cơ tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim, *Đại hội Tim mạch toàn quốc lần thứ 15.*

7. **Acampa W., Cuocolo A., Petretta M.** et al. (2002), "Tetrofosmin imaging in the detection of myocardial viability in patients with previous myocardial infarction: comparison with sestamibi and TI-201 scintigraphy", *J Nucl Cardiol.* 9 (1), pp. 33-40.

8. **Allman K. C., Shaw L. J., Hachamovitch R.** et al. (2002), "Myocardial viability testing and impact of revascularization on prognosis in patients with coronary artery disease and left ventricular dysfunction: a meta-analysis", *J Am Coll Cardiol.* 39 (7), pp. 1151-1158.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG CỦA CƠN HEN CẤP CÓ NHIỄM VIRUS ĐƯỜNG HÔ HẤP Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG

LỮ THỊ HÒA, LÊ THỊ HỒNG HANH,
PHÙNG THỊ BÍCH THUY, TRẦN PHƯƠNG THẢO
Bệnh viện Nhi Trung ương

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hen phế quản là một bệnh hô hấp mạn tính phổ biến, có thể bắt đầu ở mọi lứa tuổi. Một khi không kiểm soát được sẽ gây ra những hậu quả nghiêm trọng đến cuộc sống hàng ngày cũng như gây tử vong.

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của cơn hen phế quản cấp có nhiễm virus ở trẻ em tại Bệnh viện Nhi Trung ương.

Đối tượng và phương pháp: nghiên cứu mô tả tiến cứu trên 79 bệnh nhân có cơn hen cấp trong thời gian từ 7/2019 đến tháng 6/2020. **Kết quả:** Nghiên cứu trên 79 bệnh nhi tại khoa Miễn dịch – Dịch ứng chia làm 2 độ tuổi dưới 5 tuổi và từ 5-16 tuổi. Tỷ lệ trẻ dưới 5 tuổi nhiều hơn và trẻ nam ít hơn trẻ nữ. Triệu chứng khó thở khi nghỉ ngơi chiếm tỷ lệ cao nhất chiếm 72,2%; tiếp đến là triệu chứng ho chiếm 70,9%; 60,8% bệnh nhân ở mức độ nặng chiếm, mức độ nhẹ chỉ chiếm 11,4%. Các chỉ số cận lâm sàng cho thấy ở bệnh nhân hen phế quản CRP cao chiếm từ 43-45,2% ở cả hai nhóm tuổi, chỉ số bạch cầu tăng là 24,1% trong đó bạch cầu trung tính chiếm cao nhất với 78,5%. Tỷ lệ nhiễm virus

Chịu trách nhiệm: Lữ Thị Hòa
Email: luhoa1981@gmail.com
Ngày nhận: 22/7/2020
Ngày phân biện: 26/8/2020
Ngày duyệt bài: 14/9/2020