

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Hồng Sơn** (2001). Nghiên cứu nạo vét hạch trong điều trị phẫu thuật ung thư dạ dày. Luận án Tiến sĩ y học, Đại học Y Hà Nội.
2. **Jingxu S, Yongxi S et al** (2013). Clinical significance of palliative gastrectomy on the survival of patient with incurable advanced gastric cancer: a system review and meta-analysis. BMC Cancer 2013, 13, pp. 577.
3. **Kobayashi A, Nakagohri T et al** (2004). Aggressive surgical treatment for T4 gastric cancer. J Gastrointest Surg, 8(4), pp. 464-470.
4. **Ruy K W, Kim Y W, Lee J H, Nam B H** (2008). Surgical complications and the risk factors of laparoscopy – assisted distal gastrectomy for advanced gastric cancer. Ann Surg Oncol, 15, pp. 1625-1631.
5. **Zhong Zhang J, Shan Lu H et al** (2011), "Outcome of palliative total gastrectomy for stage IV proximal gastric cancer", Am J Surg, 202(1), pp. 91-96.
6. **Yang K, Liu K et al** (2015), "The value of palliative gastrectomy for gastric cancer patients with intraoperatively proven peritoneal seeding". Medicine, 94(27), pp. 1-9.
7. **Ozer I, Birol Bostanci E et al** (2009), "Surgical outcomes and survival after multiorgan resection for locally advanced gastric cancer", Am J Surg, 198(1), pp. 25-30.
8. **Fujitani K, Kwang Yang H et al** (2016), "Gastrectomy plus chemotherapy versus chemotherapy alone for advanced gastric cancer with a single non- curable factor (REGATTA): a phase 3, randomized controlled trial", The Lancet Oncology, s1470-2045 (15), pp. 1-10.

## ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CHƯƠNG TRÌNH PHỤC HỒI CHỨC NĂNG TIM NGẮN HẠN SAU CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA ĐIỀU TRỊ NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Hoàng Thị Diệu Nguyên<sup>2</sup>, Trần Thị Huỳnh Nga<sup>1</sup>, Lưu Minh Tú<sup>1</sup>  
Nguyễn Trung Hiếu<sup>2</sup>, Phạm Đình Ngân Thanh<sup>2</sup>, Tô Trường Duy<sup>2</sup>  
Dương Thị Trang<sup>3</sup>, Nguyễn Ngọc Phương Thu<sup>4</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Can thiệp mạch vành qua da đã giúp cải thiện được tỉ lệ tử vong trong vòng 30 ngày sau nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên gánh nặng bệnh tật sau đó như tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tái thông cũng như tỉ lệ tử vong chung vẫn còn cao, lên đến 20% trong năm đầu và 12,2% trong 3 năm sau nhồi máu cơ tim. Phục hồi chức năng tim đã được chứng minh một biện pháp điều trị có thể giúp giảm tỷ lệ tử vong, giảm triệu chứng và cải thiện chức năng vận động ở bệnh nhân sau nhồi máu cơ tim. **Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá tính hiệu quả của chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn cho bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả loạt ca trên 5 bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đã can thiệp mạch vành qua da ổn định đến khám và tập phục hồi chức năng tim tại Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim Thành phố Hồ Chí Minh, từ tháng 6/2023 đến tháng 09/2023. **Kết quả:** Phục hồi chức năng tim giúp cải thiện VO<sub>2</sub> tối đa 3,6 ml/kg.phút, KTC 95% [-0,9; 8,1] và tăng khoảng cách đi bộ 6 phút 117m, KTC 95% [92; 142]. Chương trình phục hồi chức năng tim

chưa ghi nhận biến cố nào xảy ra trong quá trình thực hiện. **Kết luận:** Chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn an toàn và có hiệu quả trên kết quả lượng giá chức năng tim mạch cho bệnh nhân sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp.

**Từ khoá:** Phục hồi chức năng tim, nhồi máu cơ tim cấp, VO<sub>2</sub> tối đa, khoảng cách đi bộ 6 phút

## SUMMARY

### EFFECTS OF SHORT-TERM CARDIAC REHABILITATION PROGRAM FOLLOWING ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION POST PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION

**Background:** Percutaneous coronary intervention (PCI) has proven to improve the 30-day mortality rate following acute myocardial infarction (AMI). However, the burden of disease afterward, such as the rate of reinfarction, restenosis, and all-cause mortality, remains high, reaching up to 20% in the first year and 12.2% within 3 years after myocardial infarction. Cardiac rehabilitation is a intervention that has been shown to help mortality reduction, symptom relief and improved exercise tolerance. **Objective:** To assess the effectiveness of short-term cardiac rehabilitation programs for AMI patients post PCI. **Materials and methods:** Case series report of five AMI patients who underwent PCI have been stable and attended cardiac rehabilitation at the Rehabilitation Department of Heart Institute, Ho Chi Minh City from June 2023 to September 2023. **Results:** Cardiac rehabilitation contributed to improving maximum oxygen consumption (VO<sub>2</sub> max) by 3.6 ml/kg/min, 95% CI [-0.9; 8.1], and increasing the 6-minute walking

<sup>1</sup>Viện Tim TP.HCM

<sup>2</sup>Đại học Y dược TP.HCM

<sup>3</sup>Bệnh viện Quận 6

<sup>4</sup>Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thị Diệu Nguyên

Email: dieunguyen105@hotmail.com

Ngày nhận bài: 11.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 18.3.2024

distance by 117 meters, 95% CI [92; 142]. No recorded events occurred during the implementation of the cardiac rehabilitation program. **Conclusions:** The short-term cardiac rehabilitation program is safe and effective in improving cardiac functional outcomes for patients undergoing PCI in the treatment of AMI.

**Keywords:** Cardiac rehabilitation, acute myocardial infarction, VO2 max, 6MWT

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh tim thiếu máu cục bộ là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu theo báo cáo năm 2019 của WHO [8]. Thống kê đến năm 2017 tử vong do tim mạch chiếm 31% tử vong chung [8]. Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là thể bệnh mạch vành cần điều trị cấp cứu kết hợp dự phòng lâu dài để phòng ngừa biến cố thứ phát. Mặc dù can thiệp mạch vành qua da (PCI) trên bệnh nhân NMCT cấp đã giúp giảm tỉ lệ tử vong 30 ngày, tuy nhiên gánh nặng bệnh tật sau đó như tỉ lệ tái nhồi máu, tỉ lệ tái thông, tỉ lệ tử vong chung vẫn còn cao, lên đến 20% trong năm đầu và 12.2% trong 3 năm sau NMCT [8]. Phục hồi chức năng tim (PHCNT) là một biện pháp điều trị nhằm giúp cải thiện các khoảng trống lâm sàng nêu trên và được khuyến cáo nhóm I mức chứng cứ A cho các bệnh nhân sau NMCT cấp.

Theo Hướng dẫn của các Hiệp hội tim mạch trên thế giới, PHCNT được chỉ định cho hầu hết các bệnh lý tim mạch sau PCI hoặc bắc cầu động mạch vành (CABG), phẫu thuật thay thế van tim và suy tim. PHCNT được chứng minh là một can thiệp hiệu quả và là một thành phần không thể thiếu trong điều trị dự phòng thứ phát. Ở Việt Nam, PHCNT vẫn còn là một lĩnh vực rất mới, đã có những bước đi đầu tiên trong quá trình phát triển và hoàn thiện. Tại thành phố Hồ Chí Minh, nhiều bệnh viện lớn đã có đơn vị PHCNT, tuy nhiên theo hiểu biết của chúng tôi cho đến nay vẫn chưa có nghiên cứu khoa học được công bố về hiệu quả của PHCNT trên bệnh nhân NMCT cấp. Nhận thấy tính quan trọng và cấp thiết của vấn đề, chúng tôi tiến hành thực hiện đề tài nghiên cứu "Đánh giá hiệu quả chương trình phục hồi chức năng tim ngắn hạn sau can thiệp mạch vành qua da điều trị nhồi máu cơ tim cấp".

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân NMCT cấp đã PCI ổn định đến khám và tập PHCNT tại Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim Tp.HCM, từ tháng 6/2023 đến tháng 09/2023.

### **Tiêu chuẩn chọn vào**

- Bệnh nhân NMCT cấp, đã được can thiệp mạch vành qua da ổn định, xuất viện  $\geq$  2 tuần
- Đủ 18 tuổi trở lên;
- Đồng ý tham gia nghiên cứu.

### **Tiêu chuẩn loại trừ**

- Bệnh nhân có chống chỉ định tập PHCNT;
- Bệnh nhân có chống chỉ định của nghiệm pháp gắng sức tim mạch-hô hấp (CPET) và nghiệm pháp đi bộ 6 phút (6MWT).

**2.2. Thiết kế nghiên cứu.** Tiền cứu mô tả loạt ca

**2.3. Phương pháp nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân tham gia PHCNT đều được đo CPET và 6MWT trước và sau tập. Quá trình PHCNT thực hiện theo chương trình cá thể hoá cường độ tập luyện, dựa trên kết quả CPET lần đầu, kéo dài 6 tuần, tần suất tập luyện 3 – 5 buổi/ tuần, nội dung tập luyện là tập sức bền, sức mạnh, sức dẻo, thăng bằng, điều hợp, với các bài tập được thiết kế sẵn, khởi đầu với các bài tập dễ ở cường độ thấp và tăng tiến dần theo sự dung nạp của từng bệnh nhân.

**Tập sức bền:** Tần suất 3–5 buổi/ tuần, và hướng dẫn tập luyện tại nhà thêm tùy khả năng của từng bệnh nhân; cường độ dựa trên kết quả CPET ban đầu, ở mức 40–80 % tần số tim dự trữ, hoặc Borg 12–16 (thang điểm 6-20); thời lượng 20–60 phút đủ 3 giai đoạn vận động theo thứ tự: khởi động - tập luyện - phục hồi; loại bài tập là xe đạp, có bộ phận theo dõi nhịp tim và công thực hiện (watt). Khởi đầu bằng 15 lần/phút và tăng dần đến khi đạt nhịp tim mục tiêu.

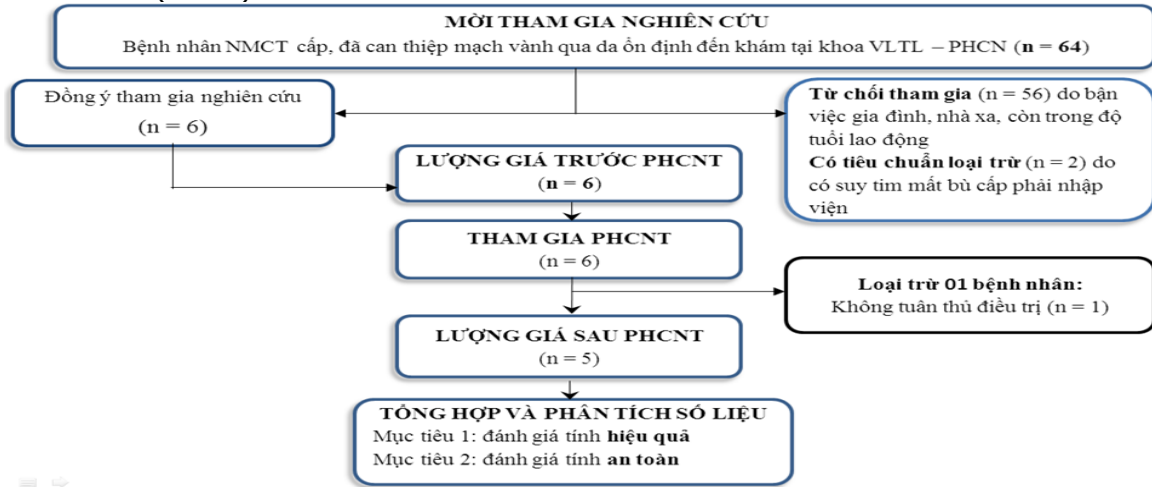
**Tập sức mạnh:** tần suất 2–3 lần/ tuần, cách ngày, 10–15 lần lặp lại/hiệp x 1–3 hiệp/bài với 8–10 bài tập khác nhau ở các nhóm cơ lớn, mà không quá mệt, thang điểm Borg 11–13 hoặc 40–60% RPM với các dụng cụ an toàn và thuận tiện cho bệnh nhân.

**Tập sức dẻo:** tần suất  $\geq$  2–3 lần/ tuần, cường độ đạt đến vị trí cảm thấy căng và khó chịu nhẹ, giữ 15 giây đối với bài kéo dẫn tĩnh và lặp lại  $\geq$  4 lần. Các bài tập gồm: kéo dẫn tĩnh hoặc động tập trung ở những khớp lớn của chi và vùng lưng dưới, tập tạo thuận cảm thụ bản thể PNF.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

**3.1. Đặc điểm lâm sàng trước can thiệp.** Từ tháng 06–09/2023, có 64 bệnh nhân sau NMCT cấp đã PCI ổn định được chuyển đến Khoa Phục hồi chức năng – Viện Tim để tư vấn tham gia PHCNT, tuy nhiên do hoàn cảnh cá nhân (nhà xa, bận công việc,...) và do tiêu chuẩn loại trừ (suy tim cấp nhập viện và huyết khối mồm thất trái mới xuất hiện sau NMCT) nên chỉ có 6 bệnh nhân tham gia, chiếm tỷ lệ 9.4%. Trong quá trình nghiên cứu, 1 bệnh nhân không tuân thủ điều trị do bận công việc nên bị loại trừ. Còn lại 5 bệnh nhân hoàn thành chương trình

PHCNT 6 tuần (Hình 1).



**Hình 4. Sơ đồ nghiên cứu**

✓ **Ca lâm sàng 1:** Bệnh nhân nam, 53 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên, đã đặt stent phủ thuốc lần đầu ngày 10/05/2023 trên đoạn gần-giữa nhánh LAD, lần hai ngày 16/05/2023 trên đoạn gần-giữa nhánh RCA, trên nền ĐTĐ típ 2 và RLLM.

✓ **Ca lâm sàng 2:** Bệnh nhân nam, 66 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên đã được đặt stent phủ thuốc đoạn xa nhánh RCA (ngày 20/05/2023), trên nền THA, RLLM, suy tim NYHA II.

✓ **Ca lâm sàng 3:** Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp không ST chênh lên, đã

đặt stent phủ thuốc ngày 26/05/2023 trên đoạn gần nhánh LAD và đoạn giữa nhánh LCx, trên nền THA, ĐTĐ típ 2, RLLM, thoát vị đĩa đệm cột sống thắt lưng, suy tim NYHA III.

✓ **Ca lâm sàng 4:** Bệnh nhân nam, 57 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên, biểu chứng nhịp nhanh thất, đã đặt stent phủ thuốc ngày 19/06/2023 trên đoạn giữa nhánh LAD, trên nền RLLM, thoái hoá khớp gối độ III.

✓ **Ca lâm sàng 5:** Bệnh nhân nam, 49 tuổi, chẩn đoán NMCT cấp ST chênh lên đã đặt 1 stent phủ thuốc trên đoạn giữa nhánh LAD ngày 26/07/2023, trên nền RLLM.

**Bảng 5. Đặc điểm lâm sàng trước PHCNT của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
Tuổi	53	66	65	57	49
Chiều cao (cm)	158	160	150	169	168
Cân nặng (kg)	62	54	55	64	60
BMI (kg/m <sup>2</sup> )	25	21	24	22	21
Vòng eo (cm)	89	88	90	88	93
<b>Yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành</b>					
Hút thuốc lá	.	.	.	.	.
Ít vận động	.	.	.	.	.
Béo phì	.	.	.	.	.
RLLM	.	.	.	.	.
THA	.	.	.	.	.
ĐTĐ	.	.	.	.	.
Bệnh cơ xương khớp mạn tính	.	.	.	.	.
Phân độ NYHA	1	2	3	1	2
PSTM thất trái	65%	53%	62%	66%	65%
Phân tầng nguy cơ	Thấp	TB	Cao	Thấp	TB
Đặc điểm	BN 1	BN 2	BN 3	BN 4	BN 5
<b>Xét nghiệm sinh hoá</b>					
Total cholesterol (mmol/L)	6,0	2,9	4,6	4,8	4,8
LDL - C (mmol/L)	3,3	2,0	2,9	3,2	3,1
HDL - C (mmol/L)	1,1	0,8	1,2	1,1	1,2
Triglyceride (mmol/L)	7,3	0,8	1,9	2,9	1,8

Glucose (mmol/L)	8,8	-	-	5	-
HbA1C (%)	7,8	-	-	5,6	-
<b>Toa thuốc lúc xuất viện</b>					
Kháng kết tập tiểu cầu kép	.	.	.	.	.
ACEi/ARB	.	.	.	.	.
Chẹn beta	.	.	.	.	.
Chẹn kênh Calci	.	.	.	.	.
SGLT2	.	.	.	.	.
Statin/ Ezetimibe	.	.	.	.	.
Nitrat	.	.	.	.	.
Ức chế bơm proton	.	.	.	.	.

**3.2. Kết quả phục hồi chức năng tim**

Bệnh nhân được khám, lượng giá, phân tầng nguy cơ trước tập luyện và xác định cường độ tập luyện cá thể hoá trước khi tập, đồng thời được theo dõi cường độ tập luyện bằng nhịp tim

bluetooth và thang điểm Borg. Trong 6 tuần, không ghi nhận bất kỳ biến cố bất lợi nào xảy ra trong quá trình tập luyện và thực hiện nghiêm nghiệm pháp gắng sức. Hiệu quả của PHCNT được ghi nhận trong Bảng 2.

**Bảng 6. Kết quả PHCNT 6 tuần của nhóm bệnh nhân nghiên cứu**

Biến số	BN	BN 1		BN 2		BN 3		BN 4		BN 5	
	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	Trước	Sau	
VO <sub>2</sub> tối đa (ml/kg.phút)	27	28	29	37	15	16	36	34	22	32	
METs	7,8	8,1	8,4	10,6	4,4	4,7	10,4	9,8	6,4	9,2	
VT1 (Watt)	54	63	80	105	54	65	94	97	59	66	
HRR (nhịp/phút)	18	18	23	5	5	16	13	26	25	30	
Ve/VCO <sub>2</sub>	41	40	41	37	34	40	39	43	37	36	
Tải tối đa (Watt)	108	119	89	124	50	65	114	141	97	121	
6MWT (mét)	540	651	400	510	375	462	549	660	465	630	
EQ-5D-5L	0,793	1	0,867	0,857	0,482	0,463	0,661	0,709	0,724	0,742	

**IV. BÀN LUẬN**

Tuy PHCNT đã được khuyến cáo ở mức cao nhất cho hầu hết các bệnh lý tim mạch nhưng ở Việt Nam, lĩnh vực này cũng còn khá mới, các bác sĩ chuyên khoa PHCN và kỹ thuật viên VLTL chưa được đào tạo nhiều về lĩnh vực tim mạch, bác sĩ chuyên khoa Tim mạch cũng chưa có thói quen chỉ định PHCNT như một liệu pháp điều trị. Những rào cản trên bao gồm thiếu chỉ định của bác sĩ cũng như thiếu nhân lực được đào tạo và cơ sở thực hành PHCNT, đều là những trở ngại lớn không chỉ ở Việt Nam mà còn ở các nước trên thế giới. Nghiên cứu của Chindhy tại Mỹ năm 2020 ghi nhận trung bình chỉ có 60% bệnh nhân sau PCI được kê toa PHCNT, thấp hơn nhiều nếu so sánh với tỉ lệ được kê toa các thuốc như Aspirin (98%) và Statin (89%) [6].

Mặt khác bệnh nhân tim mạch trên thực tế không bị mất chức năng rõ rệt dễ nhận thấy như đột quỵ hay chấn thương, nên chưa hiểu rõ về sự suy giảm chức năng tim phổi. Bệnh nhân cũng có sự lo lắng về vận động sau khi gặp biến cố tim mạch cấp. Điều này cũng được ghi nhận trên y văn và được biết đến như chứng sợ vận động. Tỉ lệ bệnh nhân sau NMCT được tư vấn về PHCNT đồng ý tham gia nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 9,4%, tương đương với các nước châu

Á là 12,3% ở Singapore và 1,5% ở Hàn Quốc [5]. Tuy không có số liệu thống kê, nhóm nghiên cứu cũng ghi nhận được một vài lý do không tham gia PHCNT như nhà xa, phải quay trở lại công việc sớm, bệnh lý nền chưa kiểm soát, bảo hiểm y tế chưa thanh toán,...

Về tính hiệu quả của PHCNT, tuy nghiên cứu có cỡ mẫu rất nhỏ, nhưng nhìn chung vẫn thấy được xu hướng cải thiện sức khoẻ tim phổi. Vì chưa có ý nghĩa thống kê, chúng tôi so sánh với ngưỡng ý nghĩa lâm sàng (MCID), với sự thay đổi VO<sub>2</sub> tối đa tăng > 1ml/kg.phút là có ý nghĩa [4]. Bệnh nhân thứ 2 và thứ 5 cải thiện được chỉ số này có ý nghĩa lâm sàng (tăng 8 và 10ml/kg.phút), bệnh nhân thứ 1 và thứ 3 có sự thay đổi ít (chỉ tăng 1ml/kg.phút). Riêng bệnh nhân thứ 4 có giảm 2 ml/kg.phút VO<sub>2</sub> tối đa. Lý giải điều này chúng tôi cho rằng lý do của sự giảm chức năng có thể là do hệ cơ xương khớp. Chức năng tim phổi (biểu hiện qua chỉ số VO<sub>2</sub> tối đa) vốn được cấu thành từ hệ hô hấp, tim mạch và cả hệ cơ xương. Phân tích trên các thông số CPET của bệnh nhân cho thấy ở lần lượng giá sau, đau khớp gối là nguyên dẫn đến việc ngừng nghiệm pháp. Có thể giải thích rằng việc tập luyện 6 tuần trên bệnh nhân ít vận động làm kích hoạt đợt cấp của thoái hoá khớp gối, khiến

bệnh nhân giảm khả năng gắng sức. Vì vậy chương trình tập luyện, bên cạnh mục tiêu cải thiện chức năng tim phổi, cũng cần được thiết kế cá thể hoá để phù hợp với bệnh lý của mỗi bệnh nhân. Cụ thể đối với bệnh nhân này, tập luyện ở giai đoạn duy trì tiếp theo nên chọn những hình thức không chịu tải trên khớp như đạp xe hoặc bơi lội. Bên cạnh  $VO_2$  tối đa, các thông số CPET khác như METs, VT1, tải tối đa đều tăng, phù hợp với y văn. Tất cả 5 bệnh nhân đều cải thiện khoảng cách đi bộ 6 phút đạt MCID là 25m (bệnh nhân cải thiện ít nhất là 87m) [3].

Tuy nhiên  $Ve/VCO_2$  lại không cho thấy sự cải thiện. So với mức bình thường là 25–30, thì  $Ve/VCO_2 > 34$  thường thấy ở người bệnh tim phổi nặng. Đây cũng là ngưỡng cắt phát hiện suy giảm chức năng tim phổi và tiên lượng tử vong do tim mạch ở bệnh nhân suy tim. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy ngay từ trước khi bắt đầu vào chương trình PHCNT  $Ve/VCO_2$  đã khá cao (TB là  $38,5 \pm 3$ ), và hầu như không đổi sau tập luyện ( $39 \pm 3$ ). Kết quả này cũng gần giống tác giả Vilela [7] với thay đổi  $Ve/VCO_2$  sau PHCNT ở hai nhóm trẻ và già lần lượt là  $-0,2$  và  $-0,1$  ( $p=0,367$ ). Có thể thấy, chưa tìm được mối liên hệ của tập luyện lên sự thay đổi  $Ve/VCO_2$ . Do đó, với bệnh nhân có  $Ve/VCO_2$  cao, thì bên cạnh tập luyện, vẫn nên được quản lý tối ưu bằng điều trị dùng thuốc hoặc thủ thuật/phẫu thuật (nếu cần).

Hồi phục tần số tim (HRR) là một chỉ số phản ánh chức năng thần kinh tự chủ (trương lực hệ thần kinh phó giao cảm sau khi gắng sức). Nhiều y văn cho rằng  $HRR < 12$  nhịp/phút là chỉ báo độc lập dự đoán nguy cơ tử vong ở bệnh nhân suy tim và TMCB [1]. Tuy nhiên kết quả của chúng tôi chưa thấy rõ ảnh hưởng của tập luyện lên HRR.

Bên cạnh các chỉ số khách quan (kết quả lượng giá chức năng tim phổi), nhóm nghiên cứu cũng đánh giá chỉ số chủ quan là chất lượng cuộc sống (CLCS). Nhưng kết quả ghi nhận sự tăng rất ít thang điểm EQ-5D-5L, trước và sau tập lần lượt là 0,71 và 0,75 trên thang điểm 1. Tương đồng với báo cáo của Ferrer-Sargues [2] cho thấy EQ-5D-5L là 0,9 [0,7; 1,1] trước tập cũng bằng sau tập là 0,9 [0,8; 1,1]. Có thể do chương trình PHCNT ngắn hạn chưa đủ làm thay đổi CLCS, bệnh nhân sau NMCT cấp cũng không bị suy giảm chức năng rõ rệt. Vì vậy mà sự cải thiện CLCS trong nghiên cứu không ghi nhận được. Mặt khác, 2 bệnh nhân có giảm số điểm EQ-5D-5L là do yếu tố đau. Do thói quen ít vận động lâu ngày nên khi bắt đầu tập luyện sẽ có tình trạng đau cơ thoáng qua có hồi phục.

Nhưng đây là phản ứng bình thường, nên chúng tôi kì vọng nếu bệnh nhân giữ thói quen tập luyện trong giai đoạn duy trì như khuyến cáo, có thể cải thiện CLCS dài hạn.

Để đảm bảo an toàn cho bệnh nhân, nhóm nghiên cứu đã nỗ lực thực hành theo đúng khuyến cáo của các tổ chức như Hiệp hội Y học Thể thao Hoa Kỳ (ACSM), Hội Tim mạch Châu Âu (ESC), Hiệp hội Tim mạch Hoa Kỳ (AHA/ACC), đặc biệt là vấn đề khám và phân tầng nguy cơ, đồng thời xác định cường độ tập luyện thích hợp cho từng bệnh nhân. Trong phạm vi nghiên cứu này, chúng tôi không ghi nhận bất kì biến chứng bất lợi nào xảy ra trong và sau quá trình PHCNT, kể cả biến chứng khi đo CPET. Kết quả không có biến chứng này cũng tương đồng với các nghiên cứu tổng quan hệ thống và phân tích tổng hợp gần đây về PHCNT của tác giả Qin [6] và Pattyn [5].

## V. KẾT LUẬN

PHCNT ngắn hạn có hiệu quả cải thiện chức năng vận động cho bệnh nhân sau NMCT cấp có PCI. Chương trình tập luyện thể dục có lượng giá, phân tầng nguy cơ và xác định cường độ tập luyện bằng CPET là an toàn sau NMCT cấp. Tuy vậy, tỉ lệ tham gia thấp vẫn còn là một thách thức rất lớn đối với sự phát triển của chuyên ngành này tại Việt Nam.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Dewar A, Kass L, Stephens RCM, et al. Heart Rate Recovery Assessed by Cardiopulmonary Exercise Testing in Patients with Cardiovascular Disease: Relationship with Prognosis. *Int J Environ Res Public Health*. Mar 7 2023;20(6).
2. Ferrer-Sargues FJ, Fabregat-Andrés Ó, Martínez-Hurtado I, et al. Effects of neuromuscular training compared to classic strength-resistance training in patients with acute coronary syndrome: A study protocol for a randomized controlled trial. *PLoS One*. 2020;15(12):e0243917.
3. Gremeaux V, Troisgros O, Benaïm S, et al. Determining the minimal clinically important difference for the six-minute walk test and the 200-meter fast-walk test during cardiac rehabilitation program in coronary artery disease patients after acute coronary syndrome. *Arch Phys Med Rehabil*. Apr 2011;92(4):611-9.
4. Kerrigan DJ, Williams CT, Ehrman JK, et al. Cardiac rehabilitation improves functional capacity and patient-reported health status in patients with continuous-flow left ventricular assist devices: the Rehab-VAD randomized controlled trial. *JACC Heart Fail*. Dec 2014;2(6):653-9.
5. Pattyn N, Beulque R, Cornelissen V. Aerobic Interval vs. Continuous Training in Patients with Coronary Artery Disease or Heart Failure: An Updated Systematic Review and Meta-Analysis with a Focus on Secondary Outcomes. *Sports Med*. May 2018;48(5):1189-1205.

6. **Qin Y, Kumar Bundhun P, Yuan ZL, Chen MH.** The effect of high-intensity interval training on exercise capacity in post-myocardial infarction patients: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Prev Cardiol.* Mar 25 2022;29(3):475-484.
7. **Vilela EM, Ladeiras-Lopes R, João A, et al.** Cardiac rehabilitation in elderly myocardial

- infarction survivors: focus on circulatory power. *Rev Cardiovasc Med.* Sep 24 2021;22(3):903-910.
8. **World Health Organization.** Global Health Estimates: Life expectancy and leading causes of death and disability. Accessed Oct 30, 2023. <https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ TỈ LỆ BẢO TỒN TỬ CUNG TRONG XỬ TRÍ RAU CÀI RĂNG LỢC TẠI BỆNH VIỆN PHỤ SẢN HÀ NỘI

Nguyễn Đức Việt<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1</sup>,  
Lương Hoàng Thành<sup>1,2</sup>, Lê Văn Đạt<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và xác định tỷ lệ bảo tồn tử cung trong xử trí rau cài răng lược tại Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 93 sản phụ được chẩn đoán và xử trí RCRL tại Bệnh viện Phụ sản Hà Nội từ 01/01/2020 đến hết 30/04/2022. **Kết quả:** Phần lớn sản phụ RCRL không biểu hiện triệu chứng lâm sàng, chiếm 69,9%. Có 95,7% sản phụ RCRL được chẩn đoán trước mổ trên siêu âm. Rau bám tại mặt trước tử cung chiếm tỉ lệ 76,3%. RCRL độ 2 chiếm tỉ lệ 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật RCRL là 23,7%. **Kết luận:** Phần lớn các sản phụ rau cài răng lược không biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Rau cài răng lược độ 2 chiếm 75,3%. Tỉ lệ bảo tồn tử cung trong phẫu thuật rau cài răng lược là 23,7%. **Từ khóa:** rau cài răng lược, rau tiền đạo, bảo tồn tử cung.

### SUMMARY

#### DESCRIBE CLINICAL AND PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND PREVALENCE THE RATE OF UTERINE PRESERVATION IN THE TREATMENT OF PLACENTA ACCRETA AT HANOI OBSTETRICS AND GYNECOLOGY HOSPITAL

**Objectives:** To describe clinical and paraclinical characteristics and prevalence the rate of uterine preservation in the treatment of placenta accreta at Hanoi obstetrics and gynecology hospital. **Subjects and Methods:** A cross-sectional descriptive study on 93 pregnant women diagnosed and treated with placenta accreta at Hanoi Hospital from January 1, 2020 to April 30, 2022. **Results:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms, accounting for 69.9%. There are 95.7% of

pregnant women with placenta accreta diagnosed preoperatively on ultrasound. Placenta attached to the front of the uterus accounts for 76.3%. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%. **Conclusions:** Most pregnant women with placenta accreta do not show clinical symptoms. The grade 2 placenta accreta accounts for 75.3%. Prevalence the rate of uterine preservation in placenta accreta surgery is 23.7%.

**Keywords:** placenta accreta, placenta previa, uterine preservation.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rau cài răng lược (RCRL) là bệnh lý do các gai rau bám bất thường đến lớp cơ tử cung hoặc đâm xuyên qua thành tử cung tới lớp thanh mạc, có thể lan đến cơ quan xung quanh như bàng quang, trực tràng,... RCRL là biến chứng hiếm gặp, tuy nhiên trong những năm gần đây số sản phụ mắc bệnh lý này ngày càng gia tăng. Tại Hoa Kỳ, giai đoạn 1996 - 2002 tỉ lệ này là 0,08% đến giai đoạn 2015 - 2017 là 0,29% [1]. Tại Bệnh viện Phụ sản Trung ương từ 2007 - 2011 tỉ lệ RCRL quan sát trên tổng số ca đẻ là 0,1%, năm 2015 là 0,29% và đến năm 2017 là 0,39% [2][3][4].

RCRL thường xảy ra ở phụ nữ mang thai có các yếu tố nguy cơ như đẻ nhiều lần, nạo hút thai nhiều lần, tiền sử viêm niêm mạc tử cung, đặc biệt hay gặp ở những bệnh nhân có tiền sử mổ lấy thai với hình thái RCRL đâm xuyên qua cơ tử cung, xâm lấn vào các cơ quan xung quanh.

RCRL tuy là bệnh hiếm gặp nhưng biến cố chảy máu tối cấp trong RCRL lại là lý do hàng đầu dẫn đến chỉ định cắt tử cung cấp cứu và cũng là một trong những nguyên nhân chủ yếu gây tử vong mẹ và sơ sinh trong sản khoa. Việc chẩn đoán sớm để chủ động xử trí RCRL là vô cùng quan trọng để tránh biến chứng nặng nề cho sản phụ như chảy máu ồ ạt, rối loạn đông máu, có thể làm tổn thương các cơ quan xung quanh như bàng quang, ruột, trực tràng trong

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Đạt

Email: lvdat.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.2.2024

Ngày duyệt bài: 22.3.2024