

ĐÁNH GIÁ VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ BỆNH NHÂN PHẪU THUẬT TIM

Bùi Đức Phú¹, Huỳnh Văn Minh¹,
Đoàn Đức Hoàng¹, Lê Nhật Anh¹, Phạm Văn Huệ¹

Các nghiên cứu đánh giá trước mổ và phân tầng nguy cơ ở các bệnh nhân phẫu thuật tim có vai trò rất quan trọng trong việc chăm sóc người bệnh giai đoạn trước, trong và sau mổ. Dựa vào đó, các thầy thuốc có thể xây dựng phác đồ chăm sóc và điều trị thích đáng cho các bệnh nhân với các tình trạng bệnh lý khác nhau. Các khuyến cáo về thăm khám và đánh giá bệnh nhân trước mổ giúp người thầy thuốc có thể tổng hợp được các nguy cơ phẫu thuật và đưa ra các phương án cho từng bệnh nhân cụ thể.

Từ năm 1980, Trường môn Tim mạch và Hội Tim mạch Hoa Kỳ (ACC/AHA) đã phối hợp cùng đưa ra những khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch. Từ đó, các khuyến cáo liên tục được phát triển, cập nhật và chỉnh sửa để hoàn thiện thành các quy trình chuẩn giúp ích rất nhiều cho người thầy thuốc trong thực hành lâm sàng. Với mục đích nâng cao chất lượng chăm sóc và điều trị cho các bệnh nhân phẫu thuật tim, chúng tôi thực hiện chuyên đề này nhằm giúp người thầy thuốc chuyên khoa trong việc tìm hiểu những yếu tố tiên lượng, cũng như ứng dụng các thang điểm nguy cơ đối với các bệnh nhân phẫu thuật tim ở Việt Nam.

ABSTRACT

RISK ASSESSMENT AND RISK STRATIFICATION MODELS FOR CARDIAC SURGERY

Bui Duc Phu¹, Huynh Van Minh¹,
Doan Duc Hoang¹, Le Nhat Anh¹, Pham Van Hue¹

The preoperative evaluation and risk stratification the patients undergoing cardiac surgery play an important role in preoperative, per- and postoperative management. From then on, the physician s provide a framework for considering risk of of cardiac surgery in a variety of patient and surgical situations. With the guidelines on preoperative evaluation, the physicians can sum up the perioperative risks and they can plan a treatment in the invidual patient.

The American College of Cardiology Foundation and the American Heart Association have jointly engaged in the production of guidelines in the area of cardiovascular disease since 1980. The ACCF/AHA Task Force on Practice Guidelines is charged with developing, updating, and revising practice guidelines for cardiovascular diseases and procedures, and directs this effort. With a view to raising of treatment in cardiac surgical patients, we realize this subject in considering for studying the predictive factors, and applying the variety risk scores in cardiac surgical patients in Vietnam.

1. Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế
- Ngày nhận bài (received): 12/10/2014; Ngày phản biện (revised):
Ngày đăng bài (Accepted): 25/11/2014
- Người phản biện:
- Người phản hồi (Corresponding author): Đoàn Đức Hoàng
- Email: duchoanglyon@yahoo.com

I. NHỮNG YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG TRONG PHẪU THUẬT TIM

Trong thực hành lâm sàng, việc đánh giá tình trạng bệnh cơ bản qua khai thác bệnh sử, khám thực thể, tổng hợp các xét nghiệm thăm dò và các thăm khám hỗ trợ khác nhằm giúp người thầy thuốc có đầy đủ số liệu để đánh giá nguy cơ của bệnh nhân phẫu thuật tim. Trên cơ sở phân tích và tổng hợp các dữ liệu có được về lâm sàng và cận lâm sàng, nhiều nhà nghiên cứu đã đưa ra những chỉ số nguy cơ sau khi đúc kết từ nhiều nghiên cứu trong vòng 25 năm qua. Nhiều tác giả cho rằng với một hệ thống thang điểm đánh giá thường chú trọng đến một số yếu tố nguy cơ này hơn những yếu tố khác, cho nên cần tổng hợp tất cả các thang điểm lại để đi đến một thang điểm hợp nhất để đánh giá bệnh nhân trước mổ [4]. Lee và cộng sự đã áp dụng và chứng minh giá trị của thang điểm đơn giản trong tiên lượng các nguy cơ tim mạch ở các bệnh nhân phẫu thuật. Có 6 yếu tố tiên lượng đánh giá nguy cơ một cách độc lập bao gồm:

- Bệnh tim thiếu máu được định nghĩa khi có triệu chứng của nhồi máu cơ tim, trầm trọng gắng sức dương tính, phải sử dụng nitroglycerin, bệnh nhân đang đau ngực nghi do thiếu máu vành, hoặc điện tâm đồ có sóng Q bất thường;

- Suy tim xung huyết khi có các triệu chứng của suy tim, phù phổi, khó thở bộc phát về đêm, phù ngoại vi, nghe rales phổi cả 2 bên, nghe tiếng tim T3, hoặc trên x-quang phổi có hình ảnh xung huyết tái phân bố mạch máu phổi;

- Bệnh mạch máu não khi có cơn thiếu máu não thoáng qua hoặc đột quỵ;

- Các loại hình phẫu thuật có nguy cơ cao như phẫu thuật phình động mạch chủ bụng hay các mạch máu khác, phẫu thuật tim và lồng ngực ...;

- Liệu pháp insulin đang được sử dụng cho bệnh nhân có bệnh đái đường;

- Thông số đánh giá chức năng thận creatinin trên 2mg/dl.

Nếu có gia tăng số lượng các yếu tố nguy cơ nói trên thì đồng nghĩa với nguy cơ xảy ra ở bệnh nhân sắp trải qua cuộc phẫu thuật càng lớn. Thang điểm tổng hợp giúp cải thiện kết quả phẫu thuật do cùng đánh giá trên nhiều chuyên ngành liên quan đến phẫu thuật đặc biệt ở những bệnh nhân phẫu thuật chương trình do có sự chuẩn bị chu đáo hơn. Điều này đem lại nhiều thuận lợi khi thực hiện các kỹ thuật ngoại khoa và gây mê hồi sức trong cả quá trình trong và sau phẫu thuật. Chỉ số nguy cơ tim mạch tổng hợp (Revised Cardiac Risk Index) trở nên là một trong những thang điểm được áp dụng nhiều nhất [4].

II. CÁC THANG ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ PHẪU THUẬT TIM

2.1. Thang điểm nguy cơ phẫu thuật động mạch vành của Parsonnet [7]

Bảng 1: Thang điểm nguy cơ phẫu thuật động mạch vành của Parsonnet & CS

Yếu tố nguy cơ		Mức độ nguy cơ
Giới tính nữ		1
Quá béo ($\geq 1,5$ lần trọng lượng lý tưởng)		3
Đái đường (thể không xác định)		3
Tăng huyết áp (huyết áp tâm thu >140 mmHg)		3
Phân suất tổng máu (%)	Tốt ($\geq 50\%$)	0
	Chấp nhận được (30-49%)	2
	Kém ($<30\%$)	4

Bệnh viện Trung ương Huế

Tuổi (năm)	70-74 75-79 ≥80	7 12 20
Phẫu thuật lại	Lần thứ 1 Lần thứ 2	5 10
Hỗ trợ bóng đối xung trong động mạch chủ trước mổ		2
Phình tâm thất trái		5
Phẫu thuật cấp cứu sau biến chứng của can thiệp mạch vành qua da (PTCA) hoặc của thông tim		10
Bệnh nhân lệ thuộc thẩm phân (thẩm phân phúc mạc, lọc máu)		10
Tình trạng nguy kịch (sốc tim, suy thận cấp)*		10-50 [†]
Những trường hợp hiếm gặp (liệt 2 chân, lệ thuộc pacemaker, bệnh tim bẩm sinh ở người lớn, hen phế quản nặng)*		2-10 [†]
Phẫu thuật van tim		
Van hai lá		5
Áp lực động mạch phổi ≥60mmHg		8
Phẫu thuật van động mạch chủ		5
Chênh áp qua van >120mmHg		7
Phẫu thuật cầu nối vành cùng lúc với phẫu thuật van tim		2

* Những yếu tố nguy cơ này cần phải đánh giá kỹ khi thăm khám trước mổ

† Các thông số có giá trị tiên lượng làm tăng nguy cơ tử vong qua các nghiên cứu [7]

Một trong những thang điểm nguy cơ thông dụng nhất đối với phẫu thuật cầu nối động mạch vành được đưa ra bởi Parsonnet và cộng sự (Bảng 1) [7]. Có 14 yếu tố nguy cơ có thể gây ra tỉ lệ tử vong giai đoạn còn nằm viện hoặc trong vòng 30 ngày đầu sau phẫu thuật được rút ra sau khi tiến hành phân tích số liệu hồi cứu trên 3500 cuộc mổ liên tiếp. Có 5 nhóm nguy cơ làm tăng tỉ lệ tử vong, tăng tần suất các biến chứng, và tăng thời gian nằm viện. Thang điểm Parsonnet thường được xem như một chuẩn mực để đánh giá chất lượng của các trung tâm phẫu thuật tim. Tuy nhiên, phương pháp Parsonnet đã được sáng lập ra sớm hơn các phương thức khác và nó không đại diện được cho thực hành về phẫu thuật cầu nối động mạch vành tại thời điểm bấy giờ. Trong suốt thời gian sau khi công bố thang điểm

Parsonnet, cùng với áp dụng nhiều tiến bộ kỹ thuật đã làm giảm đáng kể tỉ lệ tử vong sau phẫu thuật cầu nối động mạch vành.

2.2. Thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim của Bernstein và Parsonnet

Thang điểm nguy cơ đối với phẫu thuật tim (phẫu thuật cầu nối động mạch vành và phẫu thuật van tim) được đưa ra bởi Paiement và cộng sự [6] tại Viện tim Montreal vào năm 1983 gồm 8 yếu tố nguy cơ sau: (1) chức năng thất trái kém; (2) suy tim mạn tính; (3) cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim gần đây (trong vòng 6 tuần trở lại); (4) bệnh nhân trên 65 tuổi; (5) bệnh nhân quá béo (BMI >30kg/m²); (6) phẫu thuật lần 2 trở lên; (7) phẫu thuật cấp cứu và; (8) các rối loạn hệ thống đáng kể hoặc không thể kiểm

Đánh giá và phân tầng nguy cơ bệnh nhân phẫu thuật tim

soát được. Có 3 mức độ phân tầng nguy cơ theo thang điểm này như sau: những bệnh nhân không có những yếu tố nguy cơ nói trên (bình thường); những bệnh nhân có 1 trong những nguy cơ nói trên (nguy cơ tăng); và những bệnh nhân có ≥ 2 yếu tố nguy cơ nói trên (nguy cơ cao).

Bernstein và Parsonnet [1] đã đơn giản hóa hệ thống thang điểm nguy cơ vào năm 2000 nhằm cung

cấp một công cụ thuận tiện khi thăm khám trước mổ đối với bệnh nhân cũng như người nhà của họ, qua đó thang điểm này giúp tính điểm và phân tầng nguy cơ phẫu thuật. Các tác giả này đã đưa ra cách thức tổng hợp số liệu gồm 47 yếu tố nguy cơ và phương pháp hỗ trợ đơn giản và minh họa bằng hình vẽ nhằm ước tính một cách dễ dàng nhưng tương đối chính xác nguy cơ phẫu thuật.

Bảng 2: Bảng ước tính nguy cơ trước phẫu thuật tim Bernstein và Parsonnet [1].

PHẪU THUẬT TIM PHIẾU ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TRƯỚC MỔ

Bệnh viện
Khoa phẫu thuật

Họ tên bệnh nhân:

Mã số:

Ngày khám:

HƯỚNG DẪN:

Bước 1	Điền các ô trống để đánh giá các yếu tố nguy cơ, sử dụng các thang điểm
Bước 2	Cộng các thang điểm để có được tổng số điểm
Bước 3	Xem trang bên cạnh để giải thích thang điểm tổng cộng

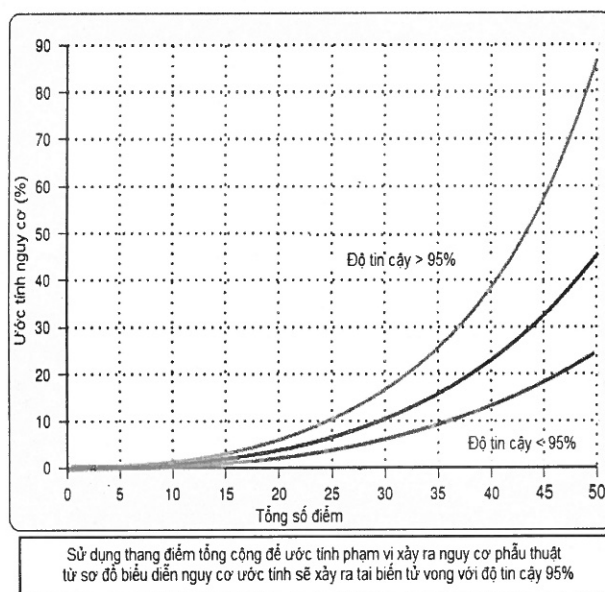
Yếu tố nguy cơ	Thang điểm	Điểm
Giới nữ	6	6
Tuổi	70-75 76-79 80+	2,5 7 11
Suy tim XH	2,5	
COPD, nặng	6	
Đái đường	3	
EF	30-42% <30%	6,5 8

Tăng huyết áp	>140/90, tiền sử THA, hoặc đang điều trị THA	3	3
Hẹp thân chung	Hẹp 50%	2,5	
Béo bệnh lý	>1,5.P lý tưởng	1	1
IABP trước mổ	IABP lúc khám hoặc lúc mổ	4	
Phẫu thuật lại	Lần 1 Lần 2 hoặc PT do biến chứng	10 20	
1 van, ĐMC	PT chương trình	0	
1 van, hai lá	PT chương trình	4,5	
Van + ACB	PT van + ACB	6	
Thang điểm tổng cộng			17

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ BỆNH LÝ ĐẶC BIỆT

Tim	Gan – Thận
Sốc tim (tiểu <10ml/h)	12 Xơ gan 12,5
Viêm nội tâm mạc tiến triển	5,5 Lệ thuộc thâm phân 13,5
Viêm nội tâm mạc đã được điều trị	0 Suy thận cấp hoặc mạn tính 3,5
Phình thất trái đã được cắt bỏ	1,5 Mạch máu
1 van, incuspid: PT chương trình	5 Phình ĐMC bụng không triệu chứng 0,5

Lệ thuộc pacemaker	0	Bệnh lý ĐM cảnh (2 bên hoặc tắc 100% 1 bên)	2
NMCT cấp xuyên thành trong vòng 48h	4	Bệnh mạch máu ngoại vi nặng	3,5
Tổn thương vách thất cấp	12	Bệnh lý khác	
Nhịp nhanh thất, rung thất, ngất	1	Chế phẩm máu không đảm bảo	11
Phổi		Rối loạn thần kinh nặng (CVA đã chữa khỏi, liệt 2 chân, loạn dưỡng cơ, liệt ½ người)	5
Hen phế quản	1	Thất bại can thiệp vành qua da hoặc thông tim	5,5
Đặt nội khí quản trước mổ	4	Lạm dụng thuốc	4,5
Ban xuất huyết giảm tiểu cầu không rõ nguyên nhân	12		
Tăng áp phổi (PAMP>30mmHg)	11		



2.3. Thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim EuroSCORE

Thang điểm đánh giá nguy cơ phẫu thuật tim của châu Âu (EuroSCORE) được xây dựng qua một nghiên cứu trên 19.030 bệnh nhân trải qua với nhiều loại hình phẫu thuật tim khác nhau tại 128 trung tâm từ khắp châu Âu [5]. Các yếu tố nguy cơ gây tăng tỉ lệ tử vong bao gồm: tuổi, giới tính nữ, nồng độ creatinine huyết thanh, bệnh lý động mạch ngoài tim, bệnh đường hô hấp mạn tính, các rối loạn chức năng thần kinh nghiêm trọng, phẫu thuật tim trước đây, nhồi máu cơ tim gần đây, phân suất tống máu thất trái (LVEF), suy tim (CHF) mạn tính, tăng áp phổi, viêm nội tâm mạc tiến triển, cơn đau thất không ổn định, tính chất cấp cứu của phẫu thuật, tình trạng bệnh trước mổ nguy kịch, vỡ vách thất, phẫu thuật không phải động mạch vành, và phẫu thuật động mạch chủ ngực.

Thang điểm EuroSCORE đã đưa ra một cơ hội duy nhất để đánh giá nguy cơ thất bại của phẫu thuật tim trong trường hợp không tìm thấy các yếu tố nguy cơ trên người bệnh trước phẫu thuật. Theo các mục đích phân tích trong thang điểm này, tỉ lệ tử vong trung bình của những bệnh nhân không hiện hữu các yếu tố nguy cơ cũng có thể được xác định. Ở những bệnh nhân này, tỉ lệ tử vong của phẫu thuật tim ở châu Âu là cực kỳ thấp: tỉ lệ này là 0% đối với phẫu thuật đóng thông liên nhĩ, 0,4% đối với phẫu thuật cầu nối động mạch vành, và chỉ nhỉnh hơn 1% đối với phẫu thuật sửa chữa hoặc phẫu thuật thay 1 van tim.

Trong suốt thập niên của những năm 2000, thang điểm nguy cơ EuroSCORE bổ sung đã được sử dụng rộng rãi và có giá trị ứng dụng tại các trung tâm mổ tim trên khắp châu Âu và cả trên thế giới, và đây được xem như là một công cụ đầu tiên để phân tầng nguy cơ phẫu thuật tim. Cho dù thang điểm EuroSCORE có độ chính xác tốt khi áp dụng cho loại phẫu thuật cầu nối động mạch vành và cho cả loại hình phẫu thuật van tim, nhưng khả năng tiên lượng của thang điểm này đối với các loại hình phẫu

Đánh giá và phân tầng nguy cơ bệnh nhân phẫu thuật tim

thuật kết hợp vừa thực hiện cầu nối động mạch vành vừa tiến hành với phẫu thuật van tim vẫn còn ít được nghiên cứu. Karthik và cộng sự [3] đã chứng tỏ rằng

nếu áp dụng thang điểm EuroSCORE thì tiên lượng nguy cơ trên những bệnh nhân này là thấp đáng kể so với tỉ lệ tử vong trên thực tế.

Bảng 3: Thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim EuroSCORE [5]

Yếu tố nguy cơ	Cách đánh giá	Điểm
Tuổi	Cứ tăng mỗi 5 năm sau 60 tuổi	1
Giới	Nữ	1
Bệnh phổi mạn tính	Sử dụng lâu dài các thuốc giãn phế quản, hoặc steroids điều trị các bệnh phổi	1
Bệnh lý ở các động mạch ngoài tim	Có 1 hoặc nhiều các bệnh lý sau: Đau cách hồi, tắc động mạch cảnh >50%, phẫu thuật trước đây hoặc phẫu thuật chương trình trên động mạch chủ bụng, trên động mạch chi hoặc động mạch cảnh	2
Rối loạn chức năng thần kinh	Bệnh lý ảnh hưởng nghiêm trọng đến khả năng đi lại hoặc sinh hoạt hàng ngày	2
Phẫu thuật tim trước đây	Phẫu thuật đòi hỏi mở khoang màng ngoài tim	3
Creatinine huyết thanh	> 200 $\mu\text{mol/L}$ trước mổ	2
Viêm nội tâm mạc tiến triển	Bệnh nhân đang còn được điều trị kháng sinh ngay tại thời điểm phẫu thuật	3
Tình trạng trước mổ nguy kịch	Có 1 hoặc nhiều trong các tình trạng sau: Nhịp nhanh thất hoặc rung thất hoặc ngất, ép tim ngoài lồng ngực trước phẫu thuật, thông khí cơ học trước khi đến phòng gây mê, phải hỗ trợ inotrop trước mổ, IABP hoặc suy thận cấp trước mổ (vô niệu hoặc thiểu niệu <10ml/h)	3
Yếu tố nguy cơ do tim		
Con đau thất ngực không ổn định	Đau ngực đòi hỏi điều trị Nitrate tĩnh mạch cho đến khi chuyển vào phòng gây mê	2
Rối loạn chức năng thất trái	Trung bình: LVEF = 30-50%	1
	Kém: LVEF < 30%	3
	Nhồi máu cơ tim gần đây (<90 ngày)	2
Tăng áp phổi	Áp lực động mạch phổi tâm thu >60mmHg	2
Yếu tố nguy cơ do phẫu thuật		
Cấp cứu	Chỉ định mổ trước khi bắt đầu ngày làm việc sau	2
Phẫu thuật khác ngoài cầu nối vành	Phẫu thuật tim lớn khác hoặc kết hợp với phẫu thuật cầu nối động mạch vành	2
Phẫu thuật trên động mạch chủ	Phẫu thuật có can thiệp đến động mạch chủ lên, quai, hoặc động mạch chủ xuống	3
Vỡ vách thất sau nhồi máu cơ tim		4

Bảng 4: Bảng đánh giá thang điểm nguy cơ phẫu thuật tim EuroSCORE

Số lượng yếu tố nguy cơ	Mức độ đánh giá nguy cơ phẫu thuật tim
0 – 2	Nguy cơ thấp
2 – 5	Nguy cơ vừa
≥ 6	Nguy cơ cao

2.4. Thang điểm đánh giá nguy cơ gây mê hồi sức tim mạch CARE

Dupuis và cộng sự [2] đã cố gắng làm đơn giản cách đánh giá nguy cơ của các loại hình phẫu thuật tim theo cách làm tương tự với phân loại tình trạng thể lực của Hội Gây mê Hồi sức Hoa Kỳ (ASA). Họ đã đưa ra một thang điểm bằng cách sử dụng một bảng phân loại đơn giản, chia làm 5 mức độ

và 1 tình trạng cấp cứu (Bảng 4). Thang điểm đánh giá nguy cơ gây mê hồi sức tim mạch (CARE) đã thu thập dữ liệu từ năm 1996 đến năm 1999 gồm 3548 bệnh nhân để đánh giá tiên lượng vừa cả tỉ lệ tử vong ở trong bệnh viện lẫn các biến chứng lớn khác nhau xảy ra sau mổ. Thang điểm đánh giá nguy cơ gây mê hồi sức tim mạch CARE phối hợp đánh giá lâm sàng và phát hiện 3 yếu tố nguy cơ được nêu ra bởi các thang điểm nguy cơ khác là: 1) tình trạng bệnh kèm được phân loại theo nhóm được kiểm soát hay không; 2) tính chất phức tạp của cuộc mổ; và 3) tính chất cấp cứu của phẫu thuật. Trong thực tế, thang điểm CARE đã chứng tỏ hiệu quả tương tự hoặc ưu việt hơn trong đánh giá tiên lượng phẫu thuật khi so sánh với các thang điểm phức tạp khác.

Bảng 5: Thang điểm đánh giá nguy cơ gây mê hồi sức tim mạch CARE [2]

Mức độ	Đánh giá nguy cơ gây mê hồi sức theo CARE
1 =	Bệnh nhân có bệnh lý tim đang ổn định và không có bệnh lý gì khác, sắp trải qua 1 cuộc phẫu thuật tim không phức tạp
2 =	Bệnh nhân bệnh lý tim ổn định và có 1 hoặc nhiều bệnh kèm* nhưng được kiểm soát tốt, sắp trải qua 1 cuộc phẫu thuật tim không phức tạp
3 =	Bệnh nhân có bất kỳ một bệnh lý† không được kiểm soát tốt hoặc bệnh nhân sắp phải trải qua 1 cuộc phẫu thuật tim phức tạp*
4 =	Bệnh nhân có bất kỳ một bệnh lý không được kiểm soát tốt đồng thời bệnh nhân sắp phải trải qua 1 cuộc phẫu thuật tim phức tạp
5 =	Bệnh nhân có bệnh tim mạn tính hoặc đang tiến triển cần được phẫu thuật tim với hy vọng để cứu sống hoặc làm cải thiện cuộc sống
E =	Phẫu thuật cấp cứu, tiến hành phẫu thuật sớm nhất khi có chẩn đoán xác định và có phòng mổ sẵn sàng

* Bệnh kèm như tăng huyết áp, đái đường, bệnh lý mạch máu ngoại vi, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, bệnh hệ thống, hoặc các bệnh lý khác được kiểm soát tốt và được xác định bởi người thăm khám

† Bao gồm cơn đau thắt ngực không ổn định đang được điều trị với heparin hoặc nitroglycerin tĩnh mạch; được hỗ trợ bóng đối xung trong động mạch chủ (IABP); suy tim với phù phổi hoặc phù ngoại vi; tăng huyết áp không được kiểm soát tốt; suy thận (creatinine huyết thanh >140μmol/L);

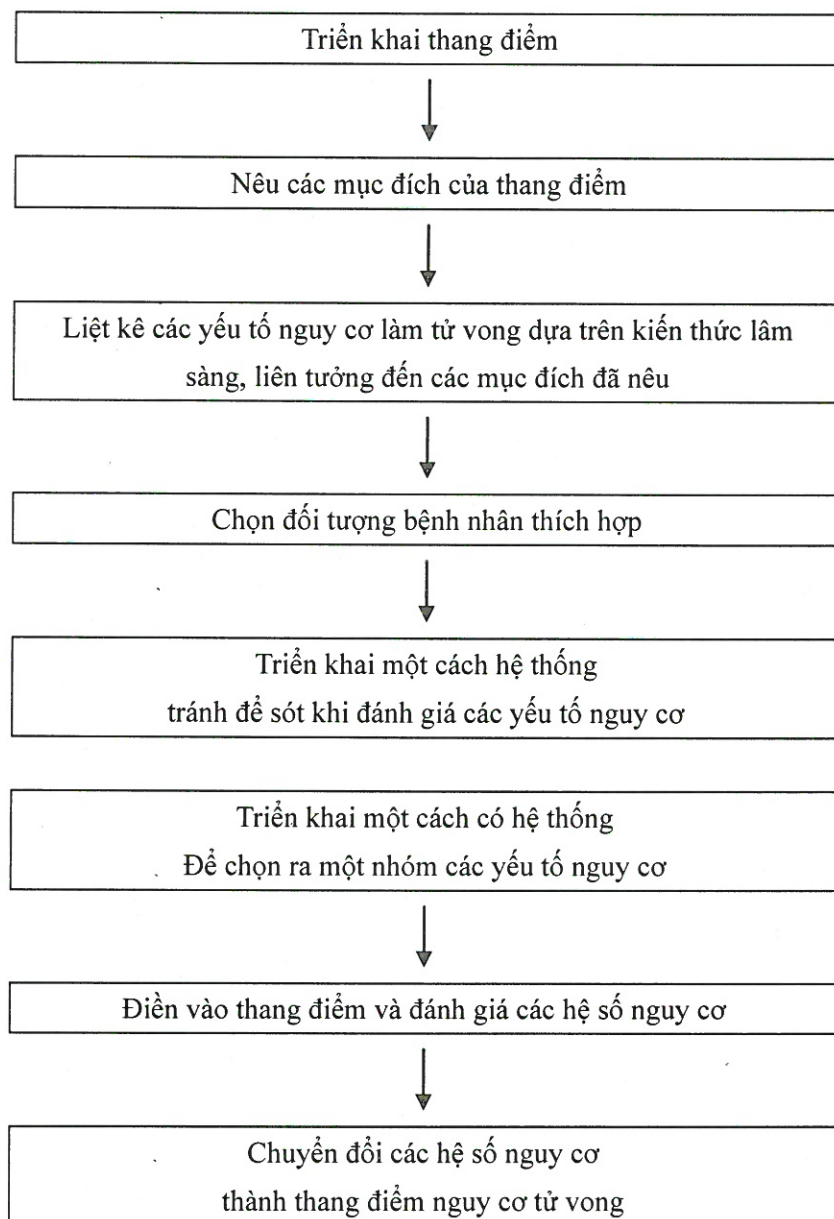
bệnh hệ thống làm suy nhược; hoặc bệnh lý khác được xác nhận bởi người thầy thuốc thăm khám

‡ Bao gồm phẫu thuật lại; kết hợp phẫu thuật van tim và cầu nối động mạch vành; phẫu thuật can thiệp nhiều van tim; phẫu thuật cắt phình thất trái; phẫu thuật sửa vách thất sau nhồi máu cơ tim; phẫu thuật cầu nối có các động mạch vành vôi hóa lan tỏa và hoặc vôi hóa mức độ nặng; hoặc các loại phẫu thuật tim khác được xác định bởi người thầy thuốc thăm khám

III. ÁP DỤNG CÁC THANG ĐIỂM NGUY CƠ TRONG PHẪU THUẬT TIM

Việc áp dụng các thang điểm nguy cơ nói trên như thế nào để có tiên lượng chính xác nhất cho các bệnh nhân phẫu thuật tim vẫn là mối quan tâm lớn nhất của các thầy thuốc thực hành trên lâm sàng. Việc áp dụng các thang điểm nguy cơ này phải được tiến hành với sự thận trọng và được thực hiện sau khi đã nghiên cứu và thăm khám cẩn thận ở những bệnh nhân trước phẫu thuật. Điều lưu ý là có những bệnh nhân sắp trải qua phẫu thuật tim với diễn tiến

bệnh thay đổi không ngừng; cũng như có những bệnh nhân trước đây không được chỉ định mổ (vì vậy không được thăm khám và tiến hành những dữ liệu cần thiết) nhưng nay với diễn biến bệnh thay đổi nên được xét chỉ định phẫu thuật. Vì vậy, cần phải cập nhật liên tục và xem xét lại các dữ liệu theo các thang điểm. Hơn nữa, phẫu thuật tim vốn đã có sự thay đổi mức độ nguy cơ khi tăng sử dụng kỹ thuật không tuần hoàn ngoài cơ thể (off-pump) và các kỹ thuật ít xâm nhập nhằm hạn chế ảnh hưởng của những bệnh lý có sẵn.



Hình: Sơ đồ triển khai thực hiện thang điểm nguy cơ [44]

Một yếu tố quan trọng khi quyết định chọn lựa thang điểm nào để ứng dụng trong thực hành là cần phải xác định các mục tiêu khi triển khai thực hiện thang điểm đánh giá nguy cơ. Ngoài ra, mặc dù các thang điểm nguy cơ đã được nghiên cứu trên phạm vi lớn và đã được áp dụng một cách rộng rãi trong phẫu thuật tim, nhưng vẫn tồn tại những vấn đề về phương pháp sử dụng. Có thể có nhiều kết luận khác nhau tùy thuộc vào thang điểm được sử dụng. Cách thức triển khai thực hiện các thang điểm nguy cơ được trình bày trong hình 4.2.

Cơ sở để triển khai thang điểm nguy cơ là dựa vào các yếu tố nguy cơ cụ thể trên người bệnh qua khai thác bệnh sử, thăm khám, kết quả xét nghiệm, tính chất phẫu thuật. Nếu có một yếu tố nguy cơ bị bỏ sót và không được kiểm soát, nó có thể gây ra các biến chứng lớn hoặc tử vong. Khi triển khai một thang điểm nguy cơ là phải có các phương tiện phù hợp để đánh giá các yếu tố nguy cơ được nêu trong thang điểm đó. Điều quan trọng là phải xác định được thang điểm đó có tiên lượng được khả năng xảy ra các biến chứng sau mổ, hoặc tử vong. Hiệu quả của một thang điểm đầu tiên được đánh giá dựa vào các dữ liệu sẽ được triển khai, dựa vào sự phù hợp khi nhập các dữ liệu vào thang điểm.

Khi sử dụng các thang điểm phân tầng nguy cơ phẫu thuật tim, một vấn đề quan trọng là phải am hiểu về cách thức phẫu thuật. Đó là những kỹ thuật mổ mới hoặc những kỹ thuật đã quá lạc hậu và những kỹ thuật này có thể tác động trực tiếp làm thay đổi nguy cơ phẫu thuật, trong khi những kỹ thuật như vậy lại không được nhập vào dữ liệu được áp dụng để triển khai thực hiện thang điểm nguy cơ. Mặc dù có những hạn chế trên, nhưng các thang điểm nguy cơ có giá trị và được điều chỉnh vẫn được xem như là công cụ khách quan nhất và có giá trị trong việc phân tầng nguy cơ phẫu thuật tim ngày nay. Những thầy thuốc lâm sàng cần hiểu rõ những thang điểm nguy cơ này, những ưu điểm và nhược điểm của chúng để áp dụng một cách thích hợp nhất loại thang điểm nào vào việc nghiên cứu đánh giá, tư vấn, và điều trị cho bệnh nhân.

IV. KẾT LUẬN

Đánh giá trước mổ và phân tầng nguy cơ đối với những bệnh nhân phẫu thuật tim khác so với ở những bệnh nhân sắp phải trải qua các loại phẫu thuật khác. Đối với những bệnh nhân sắp trải qua một cuộc phẫu thuật ngoài tim, mục tiêu chính là xác định nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao, xác định những người bệnh có thể đòi hỏi phải được thực hiện các kỹ thuật thăm dò tim mạch không xâm nhập hoặc xâm nhập, cũng như cần được điều trị nội khoa thích đáng hoặc cần được thực hiện các thủ thuật can thiệp tim mạch trước khi tiến hành cuộc phẫu thuật ngoài tim khác. Còn đối với các bệnh nhân chuẩn bị để được phẫu thuật tim, việc thực hiện các kỹ thuật thăm dò tim mạch chuyên sâu vốn là một công việc thường quy trước mổ bắt buộc phải tiến hành, và người bệnh đang nhận một phác đồ điều trị bệnh lý tim phù hợp.

Mục tiêu chính của đánh giá và phân tầng nguy cơ đối với bệnh nhân phẫu thuật tim nhằm cung cấp cho người bệnh và tư vấn cho gia đình của họ những thông tin về tỉ lệ tử vong xác đáng nhất, và xác định cho được nhóm bệnh nhân có nguy cơ cao có thể xảy ra các biến chứng giai đoạn trong và sau mổ. Các thang điểm đánh giá nguy cơ các biến chứng từ đơn giản đến phức tạp hoặc nguy cơ tử vong có thể giúp cho chúng ta có một công cụ để có thể dễ dàng lý giải cho người bệnh các nguy cơ đó, nhưng ngay cả một thang điểm đã được điều chỉnh phù hợp vẫn phải rất thận trọng khi sử dụng nó để tư vấn cho một bệnh nhân cụ thể vì các biến chứng lớn sau mổ hoặc tử vong thường chiếm một tỉ lệ rất thấp và kết quả phẫu thuật ở một bệnh nhân chỉ là một phần rất nhỏ trong một quần thể được áp dụng một thang điểm nguy cơ cụ thể.

Dựa theo những yếu tố nguy cơ được nêu trong mỗi thang điểm cụ thể, việc chăm sóc và điều trị bệnh nhân ở giai đoạn trong và sau mổ cần phải được thay đổi thích hợp để cải thiện kết quả phẫu thuật. Để đạt được mục tiêu này, chúng ta cần phải xác định mức độ tổn thương cơ tim ở những bệnh nhân phẫu thuật tim. Những thầy thuốc phải có khả

năng theo dõi các biểu hiện của thiếu máu cơ tim, cũng như phải can thiệp bảo vệ cơ tim ngay từ giai đoạn trong mổ. Họ cần phải nghĩ đến không những về kết quả trước mắt mà còn về những kết quả lâu dài để có những chiến lược điều trị thích đáng nhất cho người bệnh ở giai đoạn trong và sau mổ. Y học

dựa trên các chứng cứ là một phương pháp nghiên cứu khoa học ưu việt có sức thuyết phục lớn và người bệnh sẽ tin rằng việc thăm khám và phân tầng nguy phẫu thuật tim cơ nhằm đem lại lợi ích nhiều hơn và góp phần làm giảm nguy cơ cũng như cải thiện kết quả điều trị.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bernstein AD, Parsonnet V (2000), Beside estimation of risk as an aid for decision-making in cardiac surgery, *Ann Thorac Surg*, 69, pp.823.
2. Dupuis JY, Wang F, Nathan H, et al (2001), The cardiac anesthesia risk evaluation score: A clinically useful predictor of mortality and morbidity after cardiac surgery, *Anesthesiology*, 94, pp.194.
3. Horak J, Mohler ER, Fleisher LA (2011), Assessment of cardiac risk and the cardiology consultation, *Kaplan's Cardiac Anesthesia: The Echo Era*, sixth edition, Elsevier, pp. 27-40.
4. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al (1999), Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery, *Circulation*, 100, pp. 1043-9.
5. Nashef SA, Roques F, Michel P, et al (1999), European System for Cardiac Operative Risk Evaluation (EuroSCORE), *Eur J Cardiothorac Surg*, 16, pp.9.
6. Paiement B, Pelletier C, Dyrda I, et al (1983), A simple classification of the risk in cardiac surgery, *Can Anaesth Soc J*, 30, pp. 61.
7. Parsonnet V, Dean D, Bernstein A (1989), A method of uniform stratification of risk for evaluating the results of surgery in acquired adult heart disease, *Circulation*, 79, pp. 1-13.