

Ths Nguy n L ng Quang - Khoa N i TM

T NG QUAN

B nh đng m ch vành (ĐMV) là m t trong nh ng b nh tim m ch quan tr ng và ph bi n nh t c các n c phát tri n. Nh i máu c tim c p là m t b nh c p tính gây t vong hàng đ u t i các n c Âu- M , c tính M có kho ng 1 tri u b nh nhân nh p vi n m i năm và có kho ng 200.000 đ n 300.000 b nh nhân t vong hàng năm vì nh i máu c tim c p. T i Vi t Nam, s b nh nhân nh i máu c tim c p đang có xu h ng gia tăng, n u nh nh ng th p niên 80, nh i máu c tim c p là b nh ít g p thì nay tr thành ph bi n. NMCT c p ST chênh lên là m t c p c u n i khoa th ng g p, là nguyên nhân gây choáng tim, r i lo n nh p và t vong.



Nh  nh ng ti n b  trong ch n đo n v  điều trị, t  l  t  vong do nh i máu cơ tim đ  giảm đ ng k  trong v i th p niên tr  l i đ y. Trong nh ng thành t u đ  ph i k  đ n s  thành l p đ n v  ch m s c mạch vành t ch c c (CCU) v i c c thiết bị h  tr  nh  b ng đ i xung đ ng mạch ch , ECMO, c c thuốc kh ng ti u c u, thuốc ch ng đ ng, thuốc  c ch  th  th  bêta,  c ch  men chuy n v  đ c bi t l  chi n lược t i th ng s m d ng ch y ĐMV th  ph m b  t c v i thuốc ti u s i huyết (TSH), can thiệp ti n phát qua da hoặc c u n i ch  vành. Can thiệp ĐMV th  đ u nh m nhanh ch ng t i th ng ĐMV th  ph m g y NMCT c p, qua đ  c i thi n kh  n ng s ng c n c a v ng c  tim thi u m u c c b  v  c i thi n ti n l  ng cho b nh nhân NMCT cấp, đ c bi t l  nh i m u cơ tim ST chênh l n. Tuy nhiên th t đ ng ti c, kh ng ph i tr  ng h p nh i m u cơ tim ST chênh n o c ng được t i t  i m u k p th i, điều đ  l m lan r ng v ng nh i máu, cơ tim b  thi u m u kh ng c n c  h i ph c h i d n đ n suy ch c n ng th t, r i loạn nh p v  t  vong. Nh  v y, trước m t b nh nhân nh i máu cơ tim ST chênh l n, th i đ  c a b c s  l  l m sao khai th ng ĐMV th  ph m c ng nhanh c ng t t đ  h n ch  nh ng bi n ch ng c p t nh v  t i c u tr c th t.

H n nay, can thiệp tim mạch đ  v  đ ng được triển khai   nh u b nh viện tr n to n quốc, can thiệp ĐMV th  đ u trong NMCT cấp ST chênh l n tr n thường qui. Tuy nhiên, thu c TSH v n c n nh u gi  tr  nh t đ nh, đ c bi t   nh ng b nh viện ch a th c hi n can thiệp tim mạch m    cách xa các trung tâm tim mạch c  kh  năng can thiệp ĐMV th  đ u. T i B nh viên đ  khoa t nh Quảng Nam, thu c TSH đ  được s  d ng t  nh ng n m trước v  đ  mang lại nh u k t quả t t đ p. T  2/2013, B nh viên Đ  khoa Qu ng Nam đ  triển khai th c hi n can thiệp tim mạch, với c  th c hi n can thiệp th  đ u cho nh ng b nh nhân b  nh i m u cơ tim c p đ  mang lại kết quả r t kh  quan, g p ph n n ng cao chất l  ng ch n đo n v  điều trị b nh nhân tim mạch b ng k  thuật cao, đ ng th i đ  c u s ng nh u b nh nhân nh i máu cơ tim b  cho ng tim, r i loạn nh p m t cách ngo n m c.

PH  NG PHÁP T I T  I M U

N m 1933, Tillett v  Garner đ  ph n l p được chuỗi beta-hemolytic c a Streptococcus c  kh  n ng l m tan huyết khối của ng  i. N m 1958, Fletcher b o c o kết quả điều trị thành c ng c a nh u tr  ng h p nh i m u cơ tim c p b ng Streptokinase b ng đ  ng t nh mạch. Trong nh ng th p niên 60-70, thu c TSH ch a th  kh ng đ nh vai trò của n  trong điều trị nh i máu cơ tim c p, c c nh  tim mạch c n tranh c i l u c  ph i huyết khối đ  gây ra nh i máu cơ tim c p hay ngược lại, hi u quả của thuốc ch a cao v  thường d ng tr , bi n ch ng ch y m u cao...N m 1976, Rentrop b o c o t i th ng thành c ng m t tr  ng h p nh i m u cơ tim c p sau ch p ĐMV, t o đ  ng h m v  b m Streptokinase tr c tiếp vào l ng ĐMV. N m 1980, Marcus De Wood b o c o 300 tr  ng h p ch p ĐMV nh ng gi  đ u nh i m u cơ tim cấp ST chênh l n, t c gi  nhân th y h n 90% huyết khối hi n di n trong l ng mạch, t  đ  x c định vai trò huyết khối trong sinh b nh h c v  thuốc ti u huyết khối trong điều trị s m nh i m u cơ tim c  ST chênh. V n đ  thời gian l  rất quan trọng trong điều trị nh i máu cơ tim ST chênh l n

3 / 7

stent thuốc đã có chỉ định tái hẹp cấp cứu can thiệp tại bệnh nhân đích trong thời gian 3 năm theo dõi. TYPHOON là một nghiên cứu đa quốc gia được Spaulding báo cáo năm 2006, stent thuốc Sirolimus giảm các biến cố lâm sàng và chỉ định các chỉ số qua chụp mạch sau 12 tháng. Một nghiên cứu dài hạn mới nhất HORIZONS (2009) theo dõi 3006 bệnh nhân NMCT cấp sau 1 năm đã kết luận PES giảm tái nhồi máu do bệnh nhân đích và giảm tái hẹp so với BMS ($p < 0,05$). Nghiên cứu SESAMI khám phá nhồi máu cơ tim cấp a stent Sirolimus so sánh với stent trần, qua theo dõi 320 bệnh nhân NMCT ST chênh có chụp mạch kiểm tra sau 12 tháng, nhóm dùng stent thuốc giảm có ý nghĩa tái hẹp trong stent do đó giảm tỷ lệ cần tái thông bệnh nhân đích.

Như vậy, cho đến nay, hầu hết các kết quả nghiên cứu đã ủng hộ quan điểm dùng stent thuốc trong can thiệp tái thông ĐMV thông thường, không có sự khác biệt với stent trần, NMCT tái phát cũng như các biến cố của stent khi so sánh stent thường và stent thuốc, điều này chứng tỏ tính an toàn của stent thuốc. Stent thuốc làm giảm đáng kể tỷ lệ cần tái thông do hẹp hay tắc mạch đích, do đó từ năm 2009, khuyến cáo về việc sử dụng stent thuốc trong NMCT ST chênh đã thay đổi. Cần cân nhắc một số vấn đề đối với stent thuốc như vấn đề tài chính, khả năng uống thuốc kháng tiểu cầu kép kéo dài hay không, bệnh nhân có nguy cơ nhồi máu xuất huyết, bệnh nhân cần dùng thuốc tiểu cầu, vấn đề chi phí điều trị Clopidogrel cũng cần xem xét. Stent thuốc nên chọn lọc sử dụng cho bệnh nhân bệnh nhân nguy cơ tái hẹp như bệnh nhân đái tháo đường, bệnh nhân thời gian dài và nhồi máu.

Qua nghiên cứu giai đoạn, các phương pháp tái tưới máu đã được nghiên cứu và ủng hộ đã chứng tỏ vai trò của phương pháp can thiệp tiên phát để tái thông bệnh nhân đích thông thường gây NMCT cấp. Vấn đề thời gian đưa chuồng bệnh nhân cho một cuộc mổ bệnh cấp đã làm một khó khăn cần tranh cãi phương pháp này so với thuốc TSH hoặc can thiệp qua da. Tuy nhiên, không phải tất cả các trường hợp hẹp đều có thể can thiệp đặt stent. Nếu NMCT cấp có choáng mà giảm phù hợp không phù hợp cho can thiệp qua da hoặc can thiệp thông thường cũng như bệnh nhân hẹp có biến chứng cấp hoặc thì nên xem xét đưa phẫu thuật bắc cầu nối đặt ống mạch vành cấp cứu.

BIÊN CẬP TRUYỀN TRONG CAN THIỆP THÌ ĐU

Can thiệp ĐMV tiên phát cũng giống như can thiệp có chuồng bệnh nhân có chuồng bệnh nhân. Tuy nhiên can thiệp thì đưa có thể khó khăn hơn cũng như có nhiều biến chứng hơn, đòi hỏi kỹ thuật viên có nhiều kinh nghiệm, ekip can thiệp chuyên nghiệp, đầy đủ thiết bị hỗ trợ hội đồng...đó có thể mang lại kết quả tưới máu tốt hơn cũng như hạn chế biến chứng trong hoàn cảnh mà không phải lúc nào kỹ thuật viên cũng có thể làm kiểm soát được. Can thiệp tiên phát có nhiều nguy cơ do huyết khối không ổn định, phù hợp cấp hoặc rời khỏi lòng mạch, tình trạng tái tưới máu cũng có thể gây nên rời khỏi lòng mạch đe dọa tính mạng... Huyết khối mới hình thành làm

Can thi p đ ng m ch vành c p c u trong nh i máu c tim c p ST chênh lên

Vi t b i Biên t p viên

Ch nh t, 05 Tháng 2 2017 18:18 - L n c p nh t cu i Ch nh t, 05 Tháng 2 2017 18:29

t c hoàn toàn đ ng m ch th ph m, làm h n ch s quan sát, nh h ng đ n thao tác c a th thu t viên. Huy t kh i cũng có th gây t c m ch xa, làm x u đi tình tr ng t i máu vi tu n hoàn.

Bi n c nghiêm tr ng trong can thi p tim m ch nói chung ph thu c vào nhi u y u t : y u t nguy c c a b nh nhân, kinh nghi m và k năng c a bác sĩ can thi p, tình tr ng lâm sàng, hình thái t n th ng ĐMV, k thu t can thi p. Singh và c ng s t i trung tâm Mayo Clinic đã đ a ra b ng đi m d đoán nguy c bi n ch ng nghiêm tr ng sau can thi p ĐMV:

Yếu tố nguy cơ	Điểm
Tuổi	
90-99	6
80-89	5
70-79	4
60-69	3
50-59	2
40-49	1
Choáng xảy ra trước can thiệp	5
Bệnh thân chung	5
Creatinine >3mg/dL	3
Suy tim NYHA III hoặc IV	2
Can thiệp cấp cứu hay khẩn trương	2
Bệnh nhiều nhánh động mạch vành	2
Huyết khối trên hình chụp động mạch vành	2
Điểm	Nguy cơ biến cố
0-5	Rất thấp ($\leq 2\%$)
6-8	Thấp ($>2\%$ đến 5%)
9-11	Trung bình ($\geq 5\%$ đến 10%)
12-14	Cao ($>10\%$ đến 25%)
≥ 15	Rất cao ($>25\%$)

Đ t qu

Bệnh nhân bị bệnh mạch vành thường có xơ vữa động mạch toàn thân, vì thế trong can thiệp tim mạch có sự động dây dãn và thông có thể gây bong mảng xơ vữa, các mảng xơ vữa có thể trôi lên động mạch não dẫn đến thuyên tắc. Mảng xơ vữa vôi hóa có nguồn gốc từ quai động mạch chủ được xem là nguyên nhân hàng đầu trong đột quỵ sau can thiệp, và ngược lại ta cho rằng các bệnh nhân này thường có thể bị vôi thu hẹp tiêu huyết khối. Thuyên tắc khí cũng có thể xảy ra, trong quá trình thao tác phình thu hẹp viên không dùng nước muối sinh lý đưa hít khí trong hệ thống catheter, thuyên tắc khí ít gây đột quỵ ngoại trừ lồng khí lồng ngực bị bơm vào động mạch. Hình thành cục huyết khối ở động mạch thông nối trong quá trình thu hẹp không dùng nước muối có pha heparin để tránh thông cũng như chèn đưa thu hẹp chung đồng toàn thân. Tỷ lệ đột quỵ trong can thiệp tim mạch giảm thay đổi từ 0.07-0.4%, tùy theo tác giả. Dukkapati và cộng sự (2004), nghiên cứu trên 200.000 trường hợp can thiệp ĐMV chung, tỷ lệ đột quỵ hoặc thiểu máu não thoáng qua là 0,3 %. Trong can thiệp thì đưa, thu hẹp hút huyết khối trong động mạch vành có thể làm cho huyết khối trôi lên não gây đột quỵ.

Huyết khối stent

Như đã phân tích ở trên, stent thu hẹp đã khuyếch đại các nhược điểm của stent thường và tái tập hợp cục máu đông can thiệp mạch đích. Tuy nhiên, mặt vấn đề nảy sinh khi đặt stent thu hẹp là thời gian nối mạch hóa kéo dài có làm tăng nguy cơ huyết khối stent không? Về lý thuyết mà nói, đưa này có vẻ hợp lý, vì stent có phình thu hẹp chung tăng sinh nội mạc nên thời gian nối mạch lắp đặt các khung stent là kéo dài, nếu nối mạch mạch máu chèn được phình kín thì vẫn còn nguy cơ huyết khối trong stent. Tuy nhiên, cần tham khảo một vài nghiên cứu lớn và vấn đề này, nghiên cứu OPTIMIST đánh giá lâm sàng và kết quả chung mạch sau 6 tháng của 12.280 bệnh nhân, trong đó, có 7.318 đặt stent thu hẹp, tỷ lệ huyết khối stent chung là 0,95%, stent trơn là 1,05%, trong khi stent thu hẹp là 0,85%. Sripal Bangalore và cộng sự đã tiến hành 28 nghiên cứu ngẫu nhiên với 34.068 bệnh nhân được theo dõi 1 năm, đây là nghiên cứu lớn nhất cho đến nay, đánh giá so sánh dài hạn hiệu quả và an toàn giữa DES và BMS ở bệnh nhân STEMI. Tác giả cho thấy rằng, DES giảm nguy cơ tái thông mạch đích mà không tăng tỷ lệ biến chứng nào, bao gồm huyết khối stent khi so sánh với BMS. Trong số DES, EES có liên quan với tỷ lệ tái thông mạch đích, giảm nguy cơ huyết khối stent khi so sánh với stent thu hẹp trước tiên và thậm chí với BMS kết quả huyết khối stent rất muộn.

Đánh giá huyết khối stent:

Chợ nhớt, 05 Tháng 2 2017 18:18 - Lợn cõp nhớt cuội Chợ nhớt, 05 Tháng 2 2017 18:29

Biến cố	Định nghĩa
Chắc chắn huyết tắc stent	Bằng chứng huyết khối trên chụp mạch hoặc tử thi
Khả năng huyết tắc stent	Tử vong không tiên đoán được trong 30 ngày hoặc NMCT ở vùng được chi phối bởi ĐMV được can thiệp bất kỳ thời điểm nào
Có thể huyết tắc stent	Tử vong không rõ nguyên nhân sau 30 ngày cho đến lúc kết thúc theo dõi