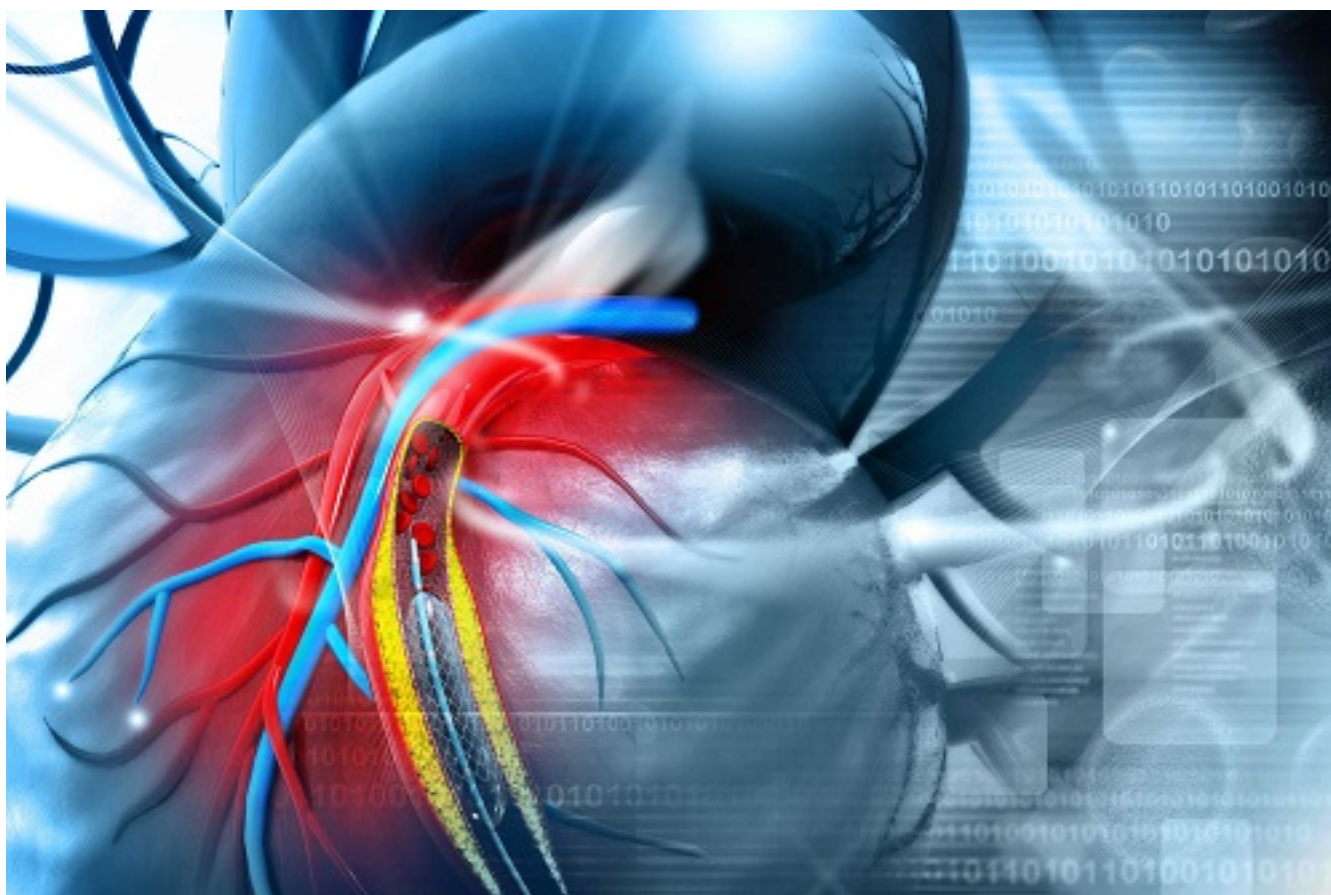


Ths Nguy n L ng Quang - Khoa N i TM

T NG QUAN

B nh đ ng 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.



Những thông tin ban đầu trong chẩn đoán và điều trị, tập trung vào việc do nhồi máu cơ tim đã gây ra đáng kể trong vài thập niên trở lại đây. Trong những thành tựu đó phải kể đến sự thành lập đởng mạch vành chăm sóc mạch vành tích cực (CCU) với các thiết bị hỗ trợ như bóng thổi xung đởng mạch chủ, ECMO, các thuốc kháng tiêu cục bộ, thuốc chống đông, thuốc ức chế thụ thể beta, ức chế men chuyển và đặc biệt là chỉ định tái thông sớm dòng chảy ĐMV thông qua bơm tống với thuốc tiêu sợi huyết (TSH), can thiệp tiên phát qua da hoặc cứu vãn chẹn vành. Can thiệp ĐMV thì đởng mạch nhanh chóng tái thông ĐMV thông qua gây NMCT cấp, qua đó cứu sống nhiều bệnh nhân không còn cứu vãn vùng cơ tim thiếu máu cấp và cứu sống tiên lượng cho bệnh nhân NMCT cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Tuy nhiên thời điểm đáng tiếc, không phải trường hợp nhồi máu cơ tim ST chênh nào cũng được tái thông máu kịp thời, điều đó làm lan rộng vùng nhồi máu, cơ tim bị thiếu máu không còn cứu vãn được nữa dẫn đến suy chức năng thất, rối loạn nhịp và tử vong. Như vậy, trường hợp bệnh nhân nhồi máu cơ tim ST chênh lên, thái độ của bác sĩ là làm sao khai thông ĐMV thông qua càng nhanh càng tốt để hạn chế những biến chứng cấp tính và tái cứu trúc thất.

Hiện nay, can thiệp tim mạch đã và đang được triển khai ở nhiều bệnh viện trên toàn quốc, can thiệp ĐMV thì đởng trong NMCT cấp ST chênh lên trở nên thông dụng. Tuy nhiên, thuốc TSH vẫn còn nhiều giá trị nhất định, đặc biệt là những bệnh viện chưa có thuốc hiện can thiệp tim mạch mà ở cách xa các trung tâm tim mạch có khả năng can thiệp ĐMV thì đởng. Tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Quảng Nam, thuốc TSH đã được sử dụng từ những năm trước và đã mang lại nhiều kết quả tốt đẹp. Từ 2/2013, Bệnh viện Đa khoa Quảng Nam đã triển khai thực hiện can thiệp tim mạch, với các thuốc hiện can thiệp thì đởng cho những bệnh nhân bệnh nhồi máu cơ tim cấp đã mang lại kết quả rất khả quan, góp phần nâng cao chất lượng chẩn đoán và điều trị bệnh nhân tim mạch bệnh nặng, đởng thời điểm cứu sống nhiều bệnh nhân nhồi máu cơ tim bị choáng tim, rối loạn nhịp một cách ngoạn mục.

PHÒNG PHÁP TÁI THÔNG MÁU

Năm 1933, Tillett và Garner đã phân lập được chủng beta-hemolytic của Streptococcus có khả năng làm tan huyết khối của người. Năm 1958, Fletcher báo cáo kết quả điều trị thành công của nhiều trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim cấp bằng Streptokinase bằng đởng tĩnh mạch. Trong những thập niên 60-70, thuốc TSH chưa thể khẳng định vai trò của nó trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp, các nhà tim mạch còn tranh cãi liệu có phải huyết khối đã gây ra nhồi máu cơ tim cấp hay ngược lại, huyết khối của thuốc chưa cao vì thời gian dùng thuốc, bệnh nhân chảy máu cao... Năm 1976, Rentrop báo cáo tái thông thành công một trường hợp bệnh nhồi máu cơ tim cấp sau chẹn ĐMV, tống đởng huyết khối và bơm Streptokinase trực tiếp vào lòng ĐMV. Năm 1980, Marcus De Wood báo cáo 300 trường hợp chẹn ĐMV bằng giở đởng nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, tác dụng huyết khối 90% huyết khối hiện diện trong lòng mạch, thời điểm xác định vai trò huyết khối trong sinh bệnh học và thuốc tiêu huyết khối trong điều trị sớm nhồi máu cơ tim có ST chênh. Vấn đề thời gian là rất quan trọng trong điều trị nhồi máu cơ tim ST chênh lên

bệnh thu được TSH, thu được chỉ có hiệu quả rõ ràng trong 2-3 giờ đầu sau khi xuất hiện triệu chứng đau ngực, và tốt nhất là trong giờ đầu tiên. Sau 12 giờ, thu được hiệu quả như hiệu quả của thuốc do mạch máu bị tắc nghẽn còn lại ở tim cũng như tác dụng hóa học của huyết khối làm nhồi máu não tái thông trong ĐMV. Ưu điểm của thuốc TSH là có thể thực hiện bất kỳ lúc nào, ngay cả trên xe cấp cứu trước khi tiếp nhận vào bệnh viện, tuy nhiên lại có quá nhiều chứng cứ để chứng minh hiệu quả tái thông dòng chảy không cao. Ngoài ra, bệnh trầm trọng hơn nhồi máu cơ tim có choáng hoặc đã có cơn ngừng tim thì hiệu quả của thuốc sẽ không minh.

Một kết quả nguyên nhân 3 trong điều trị nhồi máu cơ tim sau CCU và thuốc TSH là can thiệp mạch qua da. Kết quả đáng ghi nhận đầu tiên là nghiên cứu PTCA (Primary Coronary Angiography versus Thrombolysis) cho thấy chứng ngưng mạch vành bệnh bóng qua da được thực hiện làm giảm tử vong tim mạch và xa so với thuốc TSH, thành công với kết quả thu được của ngưng bóng ĐMV rất cao, khoảng 97%, tuy nhiên tỷ lệ tái phát nhồi máu hay tái hẹp cao tương ứng là 10-15% và 31-45%. Nghiên cứu Zwolle phân tích ngẫu nhiên 227 bệnh nhân NMCT cấp, tỷ lệ NMCT tái phát cơn tái thông lại ĐMV thấp hơn giảm có ý nghĩa ở nhóm ngưng bóng được thực hiện so với thuốc TSH. Nghiên cứu ngẫu nhiên PASTA, nghiên cứu FRESCO đều có kết luận can thiệp đặt stent ở đầu tim hơn ngưng bóng được thực hiện không như ngưng với tỷ lệ tái hẹp mà còn giảm các biến chứng tim mạch trầm trọng. Tuy nhiên, không phải tất cả bệnh nhân nào cũng có chứng cứ để đặt stent trong can thiệp NMCT ST chênh, chứng cứ ngưng bóng được thực hiện để áp dụng đặt vào những bệnh nhân hẹp đặt ngưng mạch tim phù hợp không phù hợp cho việc đặt stent, như có hẹp thân chung không được bao bọc, đặt ngưng mạch vành quá nhỏ, tim thất quá dài và góc gấp, trong những bệnh nhân hẹp này đôi khi việc đặt stent có thể gây tắc mạch cấp tính, huyết khối đặt ngưng mạch, nguy cơ của can thiệp lớn hơn hiệu quả mang lại. Ngưng bóng được thực hiện đã cải thiện dòng chảy, giảm tử vong, tái nhồi máu và đặt quai so với TSH, tuy nhiên, tỷ lệ bóc tách và hẹp tim lớn cao hơn đặt tim đặt ngưng tim hoặc tái hẹp sớm và mức độ ĐMV thấp hơn, những bệnh nhân này sẽ được các phác đồ ngưng khung giá đỡ hay Stent. Sự ra đời của stent không phủ (Bare Metal Stent) đã cải thiện kết quả can thiệp bệnh ngưng bóng được thực hiện và dòng chảy cũng như duy trì kết quả lâm sàng lâu dài. Nghiên cứu ngẫu nhiên cũng như phân tích gộp so sánh can thiệp đặt stent và thuốc TSH được thực hiện đã cho thấy can thiệp làm giảm tử vong, NMCT tái phát, xuất huyết não cũng như đặt quai. Keeley EC và cộng sự phân tích gộp từ 23 nghiên cứu với 7739 bệnh nhân NMCT ST chênh lên được chia thành 2 nhóm can thiệp tiên phát và TSH. Tiên lượng ngắn hạn (4-6 tuần) cũng như dài hạn (6-18 tháng) của nhóm can thiệp đầu tiên hơn nhóm dùng TSH. Jorik R. nghiên cứu 877 bệnh nhân NMCT ST chênh có bệnh ĐTD cũng cho kết quả tương tự. Một số bệnh nhân của thuốc TSH là: chỉ có giá trị thực sự trong vòng 3 giờ, nhiều chứng cứ để chứng minh, biến chứng xuất huyết não cao, khả năng tái lập dòng chảy thấp, tái phát ngừng tim gây NMCT tái phát cao. Có thể nói can thiệp thì đầu tiên có thể khắc phục được các bệnh nhân này của TSH.

Thành công của khung giá đỡ ĐMV đã được các khuyến cáo sử dụng trong NMCT ST chênh, tuy nhiên khi theo dõi kết quả trung hạn và dài hạn các bệnh nhân hẹp đặt ngưng stent trên lại nảy sinh vấn đề tái hẹp trong stent quá cao. Từ những năm 2006 đến nay, đã có rất nhiều tranh luận về hiệu quả cũng như tính an toàn của stent phủ thuốc trong can thiệp thì đầu tiên. Kelbaek nghiên cứu 626 bệnh nhân NMCT ST chênh với 313 bệnh nhân dùng stent thuốc đã kết luận

stent thuốc đã có chỉ định tái hẹp cấp cứu can thiệp tại bệnh viện 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 viện 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 viện 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 tại stent khi so sánh stent thông 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 lựa sử dụng cho bệnh nhân bệnh viện đích tái hẹp như bệnh nhân đại tháo đẹn, bệnh viện đích dài và nhỏ.

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 viện đích mạch thông thường gây NMCT cấp. Vấn đề thời gian đưa chuồng bệnh 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 để đóng 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 bệnh viện đích. 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 để đưa 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 ống 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 phễu thu hẹp viên không dùng nòng muôi sinh lý đưa hút 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 nòng trong quá trình thu hẹp không dùng nòng muôi có pha heparin để tránh ống thông cũng như chèn đưa thu hẹp chẹn động mạch 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 thuyên tắc 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 hẹp cần tái can thiệp mạch đích. Tuy nhiên, mặt vấn đề nảy sinh khi đặt stent thu hẹp là thời gian nằm 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 phễu thu hẹp chẹn tăng sinh nội mạch nên thời gian nằm mạch lấp hết các khung stent là kéo dài, nếu nội mạch mạch máu chèn được phễu 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 chụp 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.

Định nghĩa huyết khối stent:

Chợ nhớt, 05 Tháng 2 2017 18:18 - Lợn cắp nhớt cuối 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