

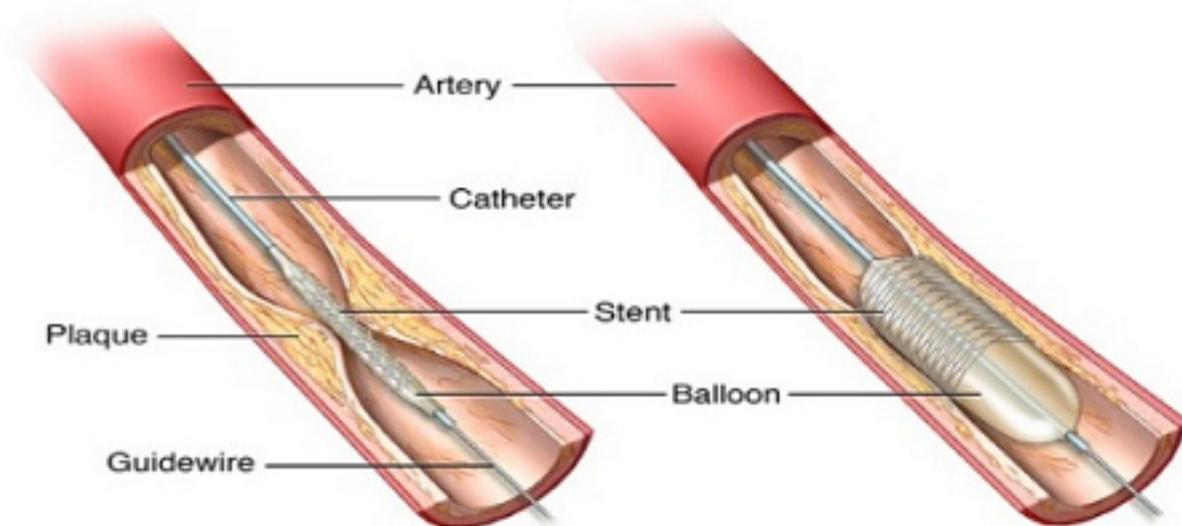
Vị trí bệnh viện Biên giới

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cập nhật cuối cùng Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28

Bs CK2 Trần Lâm - Bs Nguyễn Tuấn Long

Can thiệp mạch vành qua da (PCI- Percutaneous Coronary Intervention) giúp làm giảm triệu chứng của bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính, và có thể làm thay đổi diễn biến tự nhiên của hội chứng vành cống (HCVC). Tuy nhiên, PCI là một công việc đầy thách thức và có ích và nguy cơ đan xen nhau. Những biến chứng liên quan với PCI có thể xảy ra bất cứ lúc nào, phần lớn trong vòng 4 ngày đầu, và "biến chứng sinh biến chứng" thường diễn ra khi có lâm sàng xuất hiện, nhưng yếu tố lâm sàng có khả năng lònхват trong đó đoán trước vong liên quan với thời thuở là: tuổi > 80, PCI thì điều do nhồi máu cơ tim ST chênh lên, và huyết áp không ổn định.

Percutaneous Coronary Intervention (PCI)



Vì vậy, vấn đề phòng biến chứng liên quan với PCI đặc biệt là tàng hình. Điều quan trọng là phân biệt được biến chứng không do PCI trực tiếp gây ra hay do diễn biến tự nhiên của bệnh. Có thể kể một số biến chứng phổ biến: biến chứng tại vị trí chọc kim, đứt quai, rò i loèn nhồi, nhồi máu cơ tim, thiếu máu cục bộ cùn phổi mờ bầm cùn chà-vành cống cùu, bầm thun do

Dữ liệu & dữ phòng thủ vong liên quan với can thiệp mạch vành qua da (PCI)

Vị trí bệnh viện

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cập nhật cuối cùng Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28

thuốc cản quang, chảy máu nồng, và nhồi máu bín chung khác nhau thay thế mạch vành, chèn ép tim cấp, tử vong...

Một khảo sát ở Anh quốc (National Confidential Enquiry into Perioperative Deaths (NCEPOD) năm 2000 ghi nhận tỷ lệ tử vong liên quan với PCI là 0.7%. Trong nghiên cứu tại New York bao gồm 23.000 bệnh nhân (BN) từ năm 1996-2006, tỷ lệ biến chứng toàn bộ là 3.36%, tử vong 1 tháng là 0.6% và tử vong trong phòng cath lab là 0.047%. Một phân tích năm 2007 trong chương trình khảo sát trái tim Châu Âu (EuroHeart Survey programme) bao gồm 13.153 BN đã phát hiện tỷ lệ biến chứng liên quan đến tim và mạch não (MACCE - Major Adverse Cardiac and Cerebrovascular Events) với tỷ lệ là 3.9%, nhồi máu cơ tim (NMCT) chiếm 2.4%, và tử vong là 1.7%. Theo các tác giả, mức độ tử vong sau PCI ngày càng cao hơn nhồi máu không có sự thay đổi có ý nghĩa bín chứng tử vong liên quan với PCI, điều này phản ánh ánh hưởng khó khăn thử thách trong can thiệp ngày càng tăng.

Nhiều yếu tố ảnh hưởng đến biến chứng, có thể là do tật thay thế mạch vành, tật thay thế mạch máu ngoài mạch vành và nhồi máu bín cơ học. Trong tật BN, những đặc điểm bệnh lý chung, nhồi máu tật đặc biệt tật thay thế và nhồi máu yếm tử vong liên quan với nhau. Còn trong quá trình can thiệp, yếu tố con nguy hiểm là mệt thành phần của việc phát sinh biến chứng. Tình trạng sức khỏe chung của BN và tài năng của bác sĩ trong khi thực hiện PCI là nhồi máu tật góp phần vào sự thành công của thuật, gây hay không gây biến chứng; và sai sót của con nguy hiểm có thể đến từ biến chứng hâm là do nhồi máu cơ tim kinh thuật của động cơ.

1. Tỷ lệ tử vong liên quan với đặc điểm bệnh lý của bệnh nhân:

1.1. Đặc điểm của bệnh nhân:

- Phải đánh giá BN có tật thay thế có mệt chấn đột nhau rõ ràng và thích hợp, phải chung minh đặc điểm nguy hiểm liên quan với nhau như, bao giờ tránh mệt thay thế không có tật có thể tránh đặc điểm biến chứng.
- Đôi khi PCI chung trình, việc đánh giá BN để đưa vào số kinh hợp phân tích nguy cơ/lợi ích, đặc điểm tật thay thế/kết hợp, và đặc điểm bệnh lý của BN / bệnh phổi hoặc. Từ đó, nhận biết những BN có nguy cơ cao nhất đối với PCI đột nhiên bị phình áp xung lực từ nhau tại biến xảy ra, hoặc không can thiệp mà chỉ mệt giật pháp điều trị khác ít nguy cơ hơn.
- Trong trường hợp HCVC, mức dù không thể thu thập đặc điểm thông tin đầy đủ nhưng điều quan trọng là phải xác định có hoại chia nhỏ bao gồm phòng, chỉ định lâm sàng can thiệp (điều vào túi, bao súng, yếm tử vong cơ tim mạch, tiêm sốt dùng thuốc, điều trị, khám xét lâm sàng...) càng hoàn hảo càng tốt trước khi bắt đầu thực hiện.

Vịt bò Biên pháp viên

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cập nhật cuối cùng Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28

- Suy tim: Một phân tích số lượng NHBLI nhận thấy trong PCI có nguy cơ suy tim cao hơn so với BN có EF > 50% (3.0 % vs 0.1% p<0.001). Do vậy, suy tim là một chỉ số chung để nhận định về can thiệp mạch vành trước khi BN được đặt nội khí quản và thông khí hô hấp. Nếu không sử dụng nhúng kẽm thuỷ tinh hô hấp này, phù hợp nhất có thể xảy ra trên bàn mổ hoặc ngay sau đó.

- BN đái tháo đường, phổi kiềm soát đường máu cholesterol để phòng tăng huyết áp gián tiếp đường máu trong thời gian. Phổi ngắn metformin, đặc biệt là BN kèm suy thận do suy thận acid lactic sau thời gian.

- Thời điểm không phải là một chỉ số chung để nhận định về can thiệp mạch vành chung đoán. Tuy nhiên, số tham gia của thời điểm vào triều đại của BN nên đặc đánh giá. Nên tránh PCI chung trình có đặt stent nếu BN thời điểm (iron-deficiency) chia lý giải đặc biệt.

- Nên bổ sung steroid dành cho những BN phổi thuỷ tinh steroid và những người có tiền sử đường vena thuỷ tinh quang.

- Điều chỉnh (đặc biệt Na và K) và cholestérin nồng độ máu / tiều chất cung cấp iot trong giải hàn chung nhau đặc biệt để phòng loét nhau và xuất huyết. Mật INR <1.8 (khi số đông đặc biệt vào động mạch đùi) và tiều chất cung > 50x10 đặc biệt coi là đặc điểm hành thời gian toàn.

- Với tất cả các thời gian đặc điểm đoán và can thiệp, máy khử trùng và xe đẩy hàn sốc cung cấp cung phổi đặc biệt đặc biệt giao ban mổ. Minding dán đặc biệt khử trùng phổi đặc biệt giao sốn cho những BN bồi hàn chung vành cung.

- Các bộ phận gây mê, siêu âm tim và tim mạch thường xuyên luôn trong tình trạng sốn sàng hàn tròn nhanh nhất.

1.2. Sử dụng chốt côn quang

- Suy thận (eGFR<60ml/ph) liên quan với xuât hiện bùn thận và suy thận cấp sau PCI, đặc biệt, những BN có các đặc điểm nguy cơ cao, như: đặc biệt bóng đặc biệt xung đặc biệt mạch chung (IABP), PCI ngoài chung trình, suy tim mạn, đái tháo đường, bùn mạch máu ngoại biên, tuổi >75, và số đông mệt lèn lèn chốt côn quang. Nên sử dụng chốt côn quang có đặc điểm thời gian cho những BN bùn bùn thận mạn hoạc đặc biệt đái tháo đường.

- Phản ứng phản ứng với các chốt côn quang chung iod có thể xảy ra, là do số phản ứng thích ứng đặc biệt histamin từ thời gian bào chung không phản ứng qua trung gian IgE. Nguy cơ tăng lên những người có tiền sử phản ứng với phản ứng côn quang hoạc bất kỳ chốt nào khác) hoạc hen phổi quanh. Đặc biệt hàn sốn liên quan với hàm lượng tropomyosin chung không phản ứng với các chốt hóa sinh chung iod có trong biến, vì thế, không liên quan với tăng nguy cơ phản ứng với phản ứng côn quang.

- Phẫu thuật viên nên nghĩ đến khả năng sốc phản ứng với phản ứng côn quang nếu trong quá trình can thiệp xuất hiện tình trạng hàn xuất hiện áp không lý giải đặc biệt.

1.3. Vị trí đặc biệt vào mạch máu: (bộng 1,2,3)

Bảng 1: Biến chứng liên quan đường vào động mạch đùi

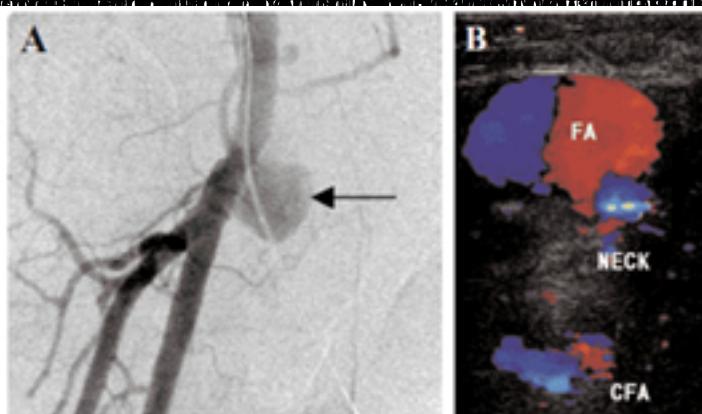
Giả phình mạch	Liệt dây thần kinh
Dò động – tĩnh mạch	Thiểu máu cục bộ chi dưới (do huyết khối hoặc thuỷt tắc)
Nhiễm trùng	Bóc tách động mạch
U máu	Xuất huyết sau phúc mạc

Bảng 2: Những yếu tố dự đoán biến chứng liên quan đường vào động mạch

Nữ giới	Dùng thuốc kháng đông
Tuổi cao	Bệnh mạch máu ngoại biên
Diện tích bề mặt cơ thể nhỏ	Đái tháo đường
Đã từng đưa dụng cụ vào mạch máu	Kỹ thuật không hoàn hảo

Bảng 3: Dự phòng biến chứng liên quan đường vào động mạch đùi

Sử dụng kỹ thuật soi huỳnh quang hoặc siêu âm	Chụp mạch đùi (RAO 30° hoặc LAO 60°) trước khi ép
Vị trí chọc kim ở ngay hoặc dưới đường cung đùi	Chi PCI chương trình và sử dụng kháng đông khi BN ở “vùng an toàn”

**Hình 1: Xuất huyết sau phúc mạc do PCI**

Bản quyền thuộc về Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. Mọi quyền được bảo hộ. Không được sao chép dưới任何形式.

Vị trí bút Biên tập viên

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cập nhật cuối cùng Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28

Bảng 4: Những chỉ định phẫu thuật tim cấp cứu sau PCI:

Chỉ định	Tỷ lệ %
Bóc tách động mạch vành lan rộng	54
Thủng mạch vành/chèn ép tim cấp	20
Tắc mạch vành cấp tái phát	20
Bất ổn huyết động	3
Bóc tách động mạch chủ	2
Gây Guidewire	1

BN cần điều trị nhanh chóng để tránh biến chứng nguy hiểm như: tắc động mạch vành, thủng động mạch vành, chèn ép tim, suy tim, nhồi máu cơ tim, v.v.



Hình 2: Bóc tách mạch vành



Hình 3: Bóc tách thân chung động mạch vành

Bảng 5: Dự phòng huyết khối mạch vành do thấy thuốc

Hạn chế dùng dụng cụ lâu trong lòng mạch đến mức tối thiểu

Rửa sạch dụng cụ đã rút ra bên ngoài trước khi đưa vào lại lòng mạch

Rửa sạch thường xuyên và kỹ lưỡng sheath dẫn đường và catheters

Sử dụng heparin không phân đoạn liều tái trước khi PCI

Dùng heparin chinh liều theo cân nặng

Kiểm tra aPTT đều đặn, đảm bảo $>250-400$ giây

Bảng 6: Những yếu tố dự đoán chảy máu chu phẫu

Sử dụng bóng đối xung động mạch chủ (IABP)

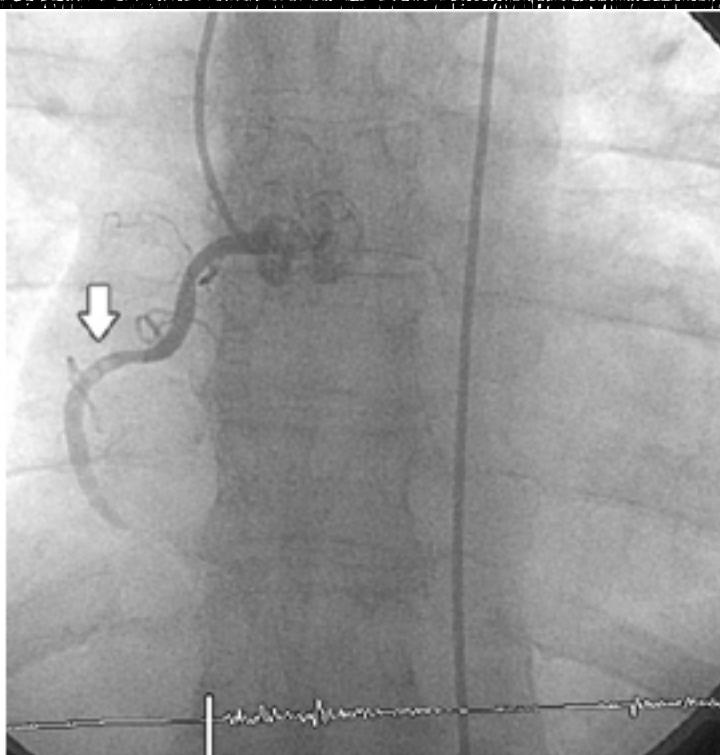
Hạ huyết áp trong lúc tiến hành thủ thuật

Tuổi > 80

Sử dụng Abciximab

Suy thận mạn

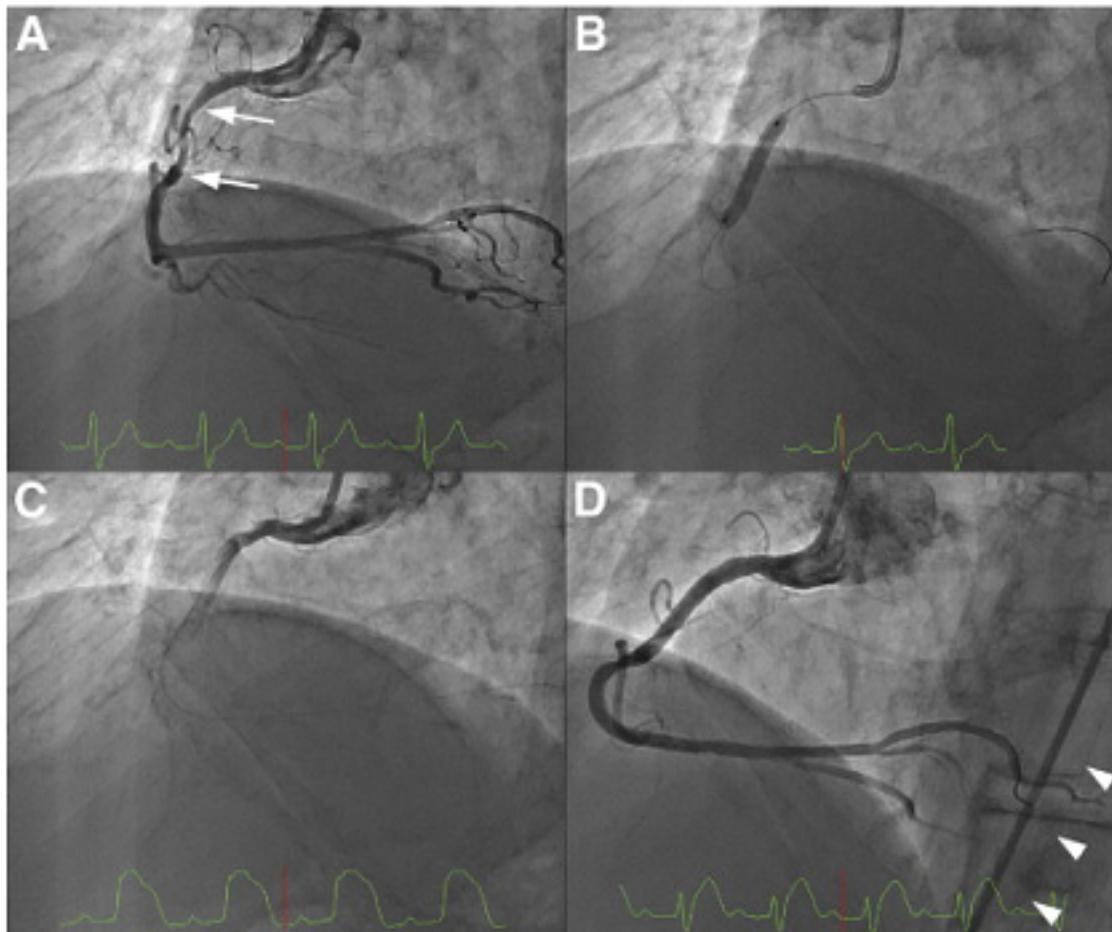
Tiền sử tăng huyết áp



Hình 4 : Thuyên tắc do khí

Vị trí bơm Biên tĩnh viên

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cấp nhứt cuối Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28



Hình 5: Hình ảnh mạch dòng sau đặt stent ĐMV phải và phục hồi với điều trị bằng adenosin

Bảng 7: Những yếu tố dự đoán thuyền tắc xa trong PCI tiên phát

Huyết khối trên chụp mạch > 3 lần đường kính lòng mạch tham chiếu

Cắt cựt đột ngột chứ không hẹp dần trước khi tắc nghẽn

Sự hiện diện của huyết khối tích tụ trước chỗ tắc nghẽn

Huyết khối di chuyển trước chỗ tắc nghẽn

Động thuốc ở sau vị trí tắc

Đường kính mạch máu tham chiếu > 4 mm

Vị trí bút Biên tập viên

Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 13:57 - Lần cập nhật cuối cùng Thứ sáu, 01 Tháng 1 2016 14:28

Bảng 8: Những yếu tố dự đoán thủng mạch vành

Giới nữ

Tuổi cao

Tiền sử phẫu thuật bắt cầu chủ vành (CABG),

PCI cho những hội chứng lâm sàng không ổn định

Động mạch vành nhỏ, canxi hóa, xoắn vặn

Sử dụng siêu âm nội mạch vành (IVUS)

Can thiệp tắc mạch vành mạn tính (CTO)

Bảng 9: Khi nào ngờ ngờ thủng mạch vành

Hình ảnh thoát mạch trên chụp mạch

Vị trí wire không đúng chuẩn, đặc biệt khi đang dùng kháng glycoprotein IIbIIIa

Sử dụng những wire cứng hoặc ưa nước

Hạ huyết áp hoặc nhịp tim nhanh không lý giải được

Dấu hiệu tim chết

(Để phòng ngừa các biến chứng Nhồi máu cơ tim (tổn thương động mạch vành) và/hoặc tắc nghẽn mạch vành