

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 ở 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 nhồi 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 chống đông, thu c  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 nhóm 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 bệnh nhân NMCT cấp, đ c bi t l  nhồi máu cơ tim ST chênh l n. Tuy nhiên th t đ ng ti c, kh ng ph i tr  ng h p nhồi máu 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 nhồi 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 bệnh nhân nhồi 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 chứng 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 bệnh 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 bệnh viện ch a th c hiện can thiệp tim mạch m    cách xa các trung tâm tim mạch c  kh  năng can thiệp ĐMV th  đ u. T i Bệnh vi n 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, Bệnh vi n Đ  khoa Qu ng Nam đ  triển khai th c hiện can thiệp tim mạch, với c  th c hiện can thiệp th  đ u cho nh ng bệnh nhân b  nhồi máu 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 bệnh nhân tim mạch b ng k  thuật cao, đ ng th i đ  c u s ng nh u bệnh nhân nhồi 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 nhồi máu 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 nhồi 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 nhồi máu cơ tim c p hay ngược lại, hiệu quả của thuốc ch a cao v  thường d ng tr , bi n chứng 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 nhồi máu 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 nhồi máu cơ tim cấp ST chênh l n, t c gi  nh n th y h n 90% huyết khối hiện di n trong l ng mạch, t  đ  x c định vai trò huyết khối trong sinh bệnh h c v  thuốc ti u huyết khối trong điều trị sớm nhồi máu cơ tim c  ST chênh. V n đ  thời gian l  rất quan trọng trong điều trị nhồi máu cơ tim ST chênh l n

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 một số bệnh nhân còn có các tim cũng như tắc mạch hóa các huyết khối làm nên hiệu quả được 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 nhân nhập viện có choáng hoặc đã có cơn ngừng tim thì hiệu quả của thuốc cũng không minh.

Một kết quả nguyên nhân 3 trong điều trị nhồi máu cơ tim sau CCU và thuốc TSH là can thiệp mành qua da. Kết quả đáng ghi nhận đầu tiên là nghiên cứu PTCA (Primary Coronary Angiography versus Thrombolysis) cho thấy chứng mành vành bệnh bóng qua da được thực hiện làm giảm tỷ lệ tử vong ngắn và xa so với thuốc TSH, thành công với kết quả thu được các bệnh nhân bóng ĐMV rất cao, khoảng 97%, tuy nhiên tỷ lệ tái phát triệu chứng hay tái hẹp cao từ 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 bệnh 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 điếm bệnh nhân bóng được thực hiện không như bệnh nhân với 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 chứng minh đặt stent trong can thiệp NMCT ST chênh, chứng cứ bệnh bóng được thực hiện được áp dụng đối với bệnh nhân nhập viện đặt ống mành thời điểm phù hợp không phù hợp cho việc đặt stent, như có hẹp thân chung không được bao bọc, đặt ống mành vành quá nhỏ, thời gian quá dài và góc gấp, trong bệnh nhân nhập viện này đôi khi việc đặt stent có thể gây tắc mạch cấp tính, huyết khối đặt ống mành, nguy cơ của can thiệp lớn hơn hiệu quả mang lại. Bệnh bóng được thực hiện đã cải thiện dòng chảy, giảm tỷ lệ tử vong, tái nhồi máu và đặt quai so với TSH, tuy nhiên, tỷ lệ bóc tách và hẹp tại vị trí cao được thực hiện thực nghiệm lại hoặc tái hẹp sớm và mức độ ĐMV thấp hơn, bệnh nhân nhập viện sẽ được các phác đồ khung giá đỡ hay Stent. Sự ra đời của stent không (Bare Metal Stent) đã cải thiện kết quả can thiệp bệnh 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 tỷ lệ tử vong, NMCT tái phát, xuất huyết não cũng như tử vong. 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 thực nghiệm gây NMCT tái phát cao. Có thể nói can thiệp thì đầu tiên có thể các phác đồ của các bệnh nhân nhập viện 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 nhập viện dùng 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 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 viện đích nguy cơ tái hẹp như bệnh nhân đại tháo động mạch, 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 thông thường có chuồng bệnh nhân cần điều chỉnh. 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...đều 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 nguy cơ tắc quai động mạch chủ để 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 phồng thu hẹp viên không dùng bơm aspirin sinh lý dưới hút khí trong hệ thống catheter, thuyên tắc khí ít gây đột quỵ ngoại trừ lồng khí lồng ngực bơm vào động mạch. Hình thành cục huyết khối ở động mạch thông nối trong quá trình thu hẹp không dùng bơm aspirin có pha heparin để tránh thông cũng như chèn để lưu thu hẹp chung động 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 đầu, 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 không phải là một lựa chọn để đặt stent thường và tỷ lệ tái hẹp cần tái can thiệp mạch đích. Tuy nhiên, một 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, đầu này có vẻ hợp lý, vì stent có phồng 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 để phải 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 nhất cần tái thông mạch đích, giảm nguy cơ huyết khối stent khi so sánh với stent thu hẹp đầu tiên và thậm chí với BMS không 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