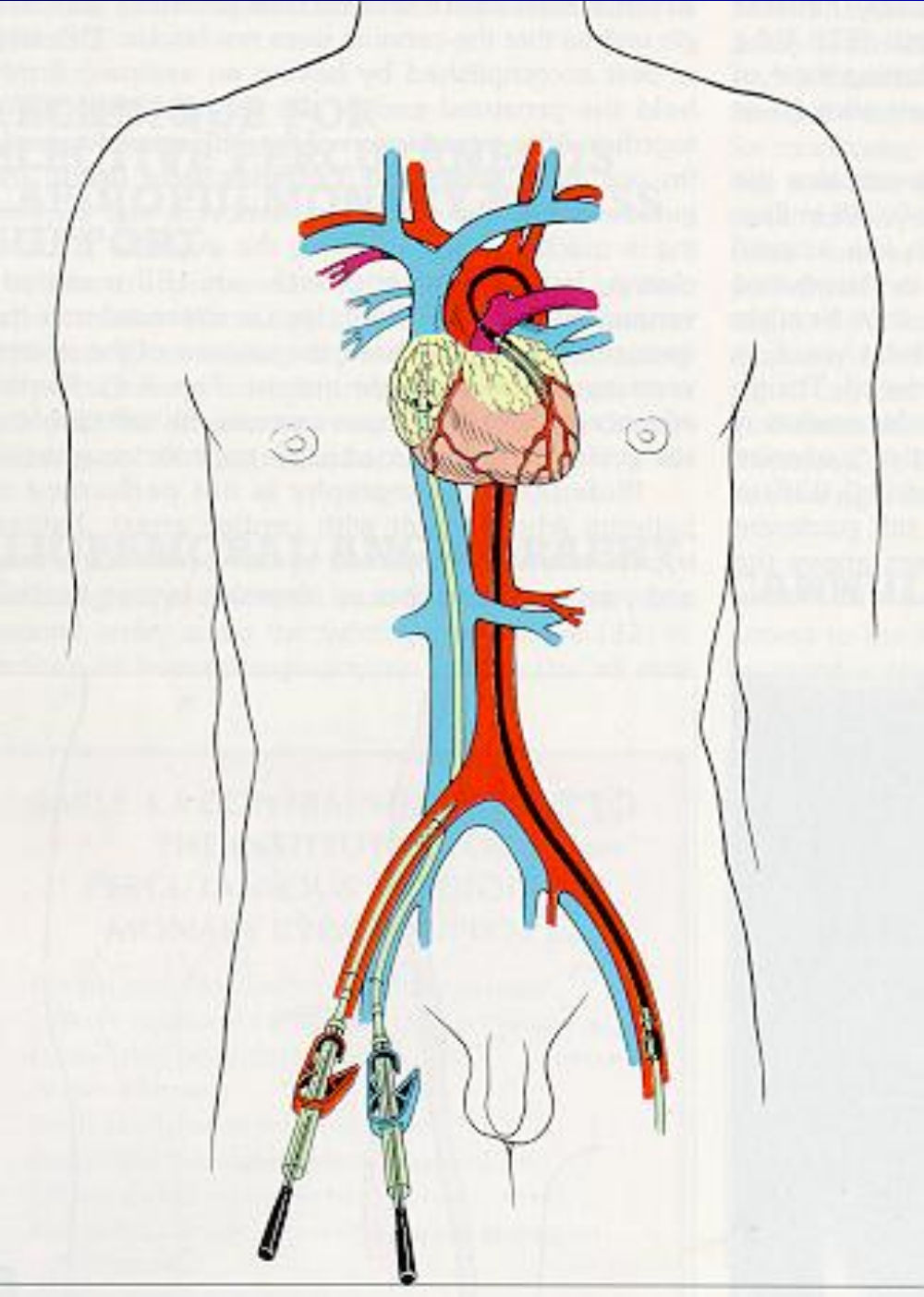
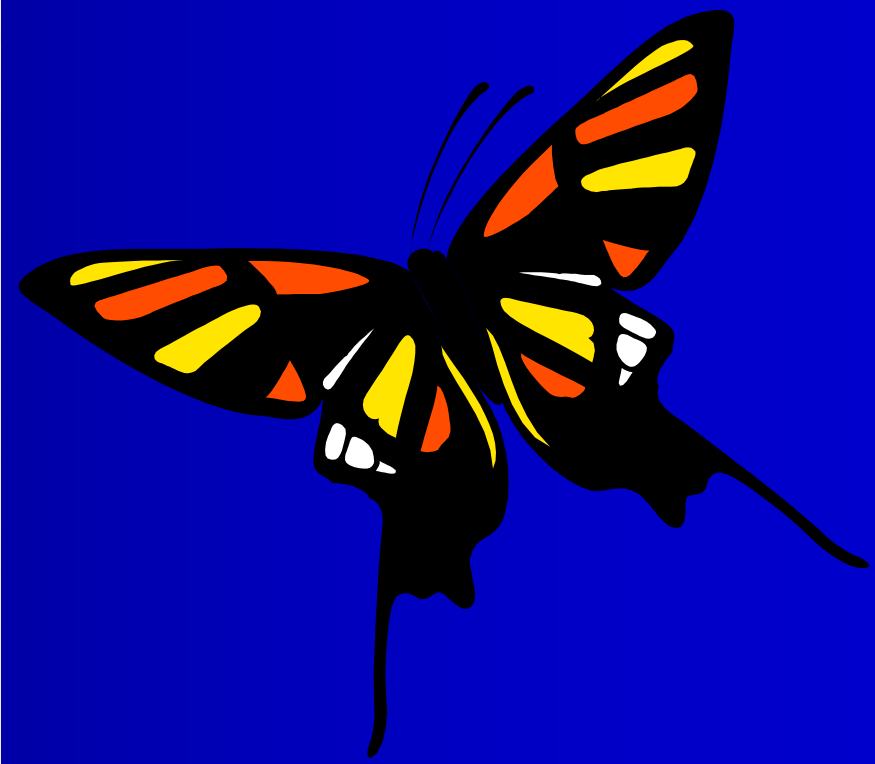


Chăm sóc, điều trị trước và sau can thiệp ĐM vành

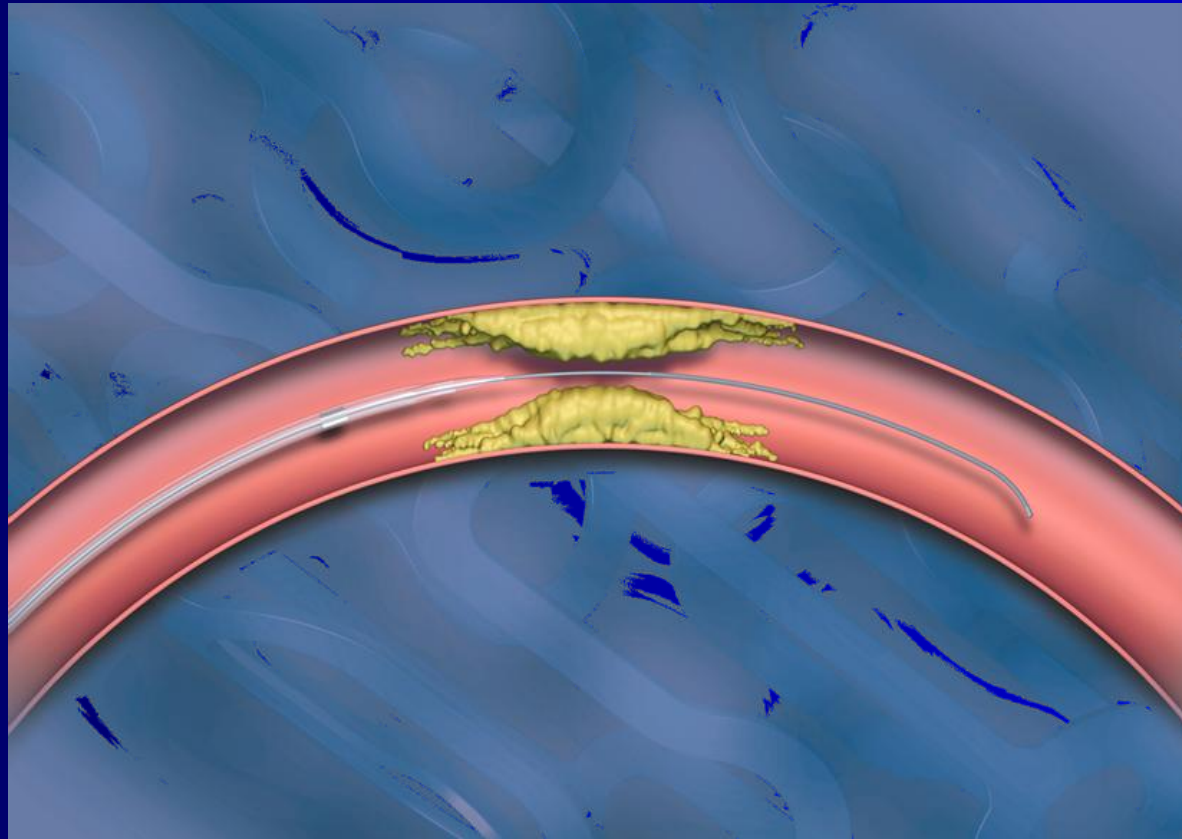
*PGS TS Trương Quang Bình, FSCAI.
ĐHYD TP HCM*



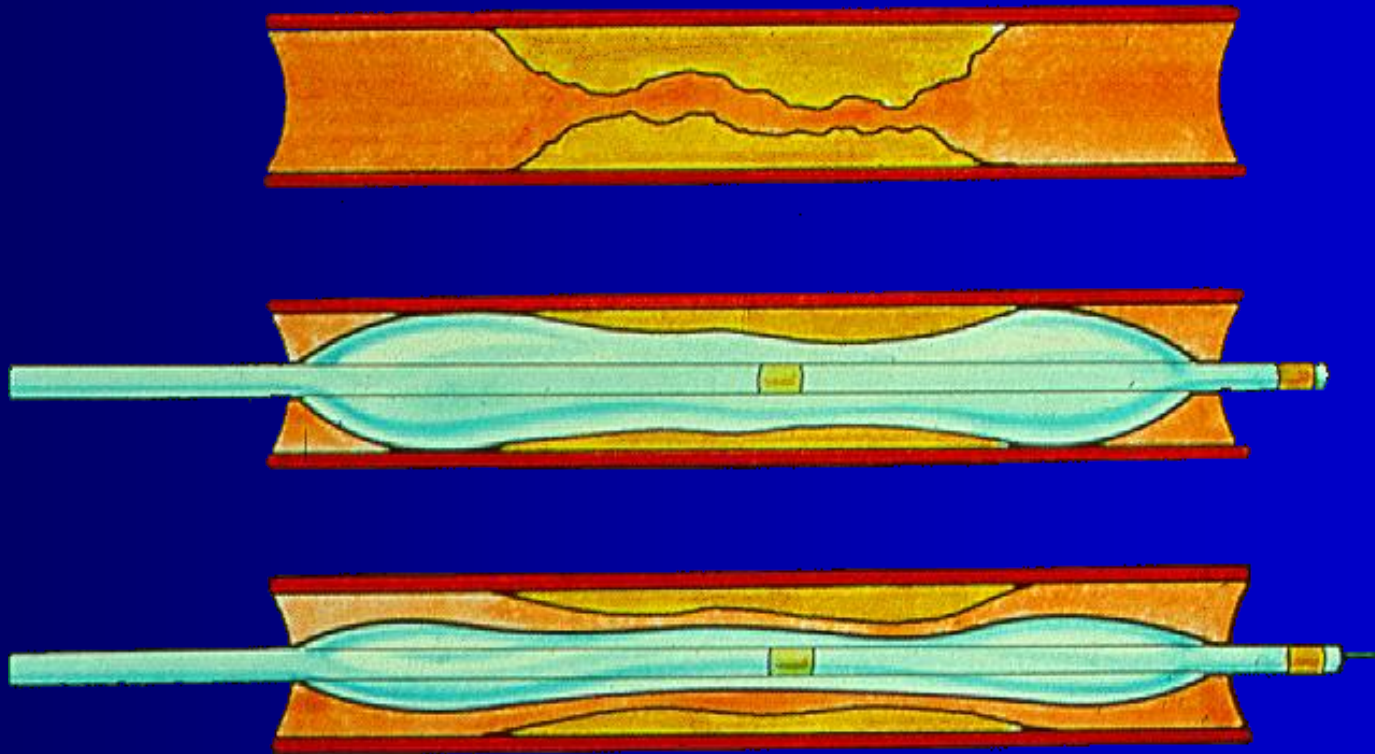
Can thiệp ĐM vành



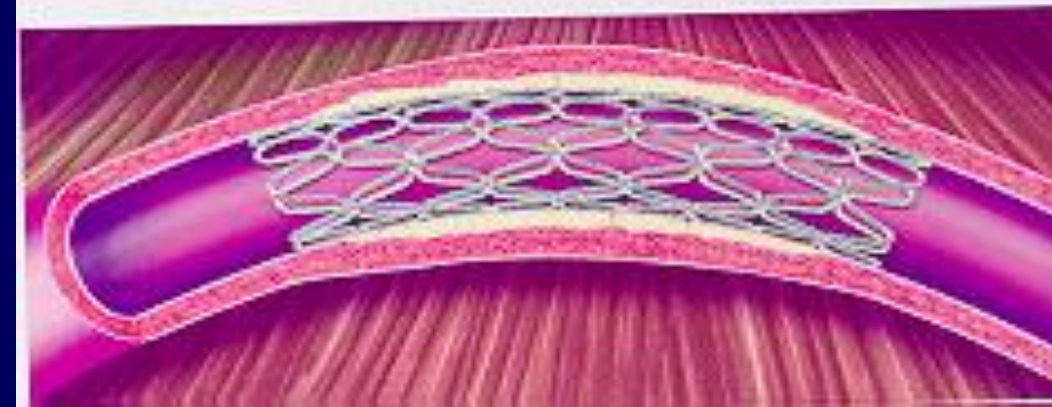
Đưa bóng qua chỗ hẹp



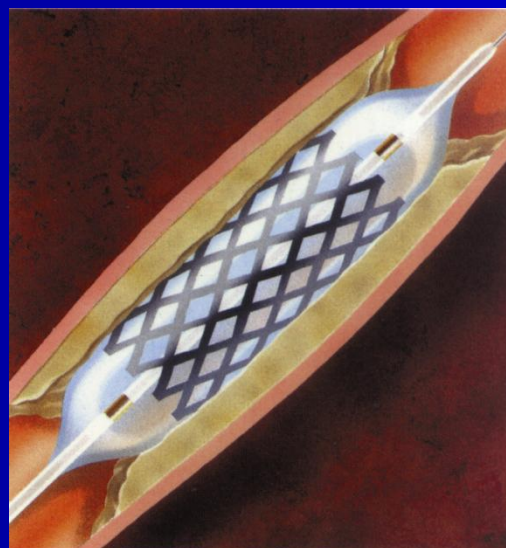
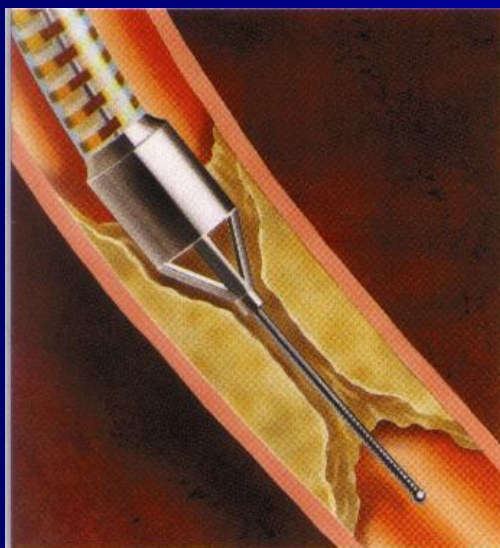
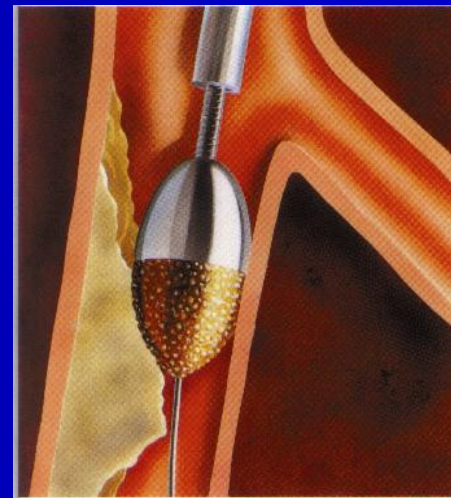
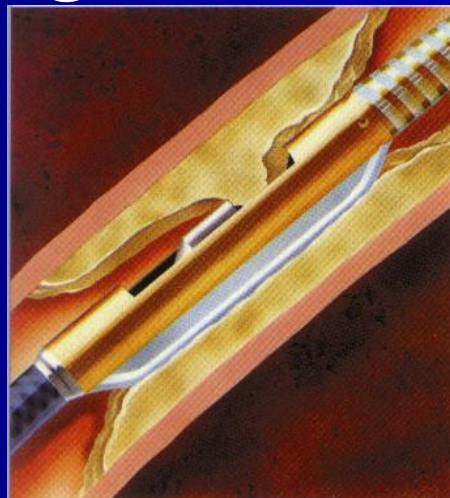
Bơm bóng để nong rộng chỗ hẹp



Đặt Stent (khung giá đỡ)



Các phương cách điều trị hẹp lòng ĐM vành



Quy trình can thiệp ĐM vành

Chuẩn bị bệnh nhân.

Thực hiện thủ thuật.

Chăm sóc sau thủ thuật.

Tất cả 3 bước này đều quan trọng như nhau

Chăm sóc và điều trị trước thủ thuật can thiệp ĐM vành

- **P**reliminary investigations
- **T**herapeutics
- **C**onsent
- **A**nticipations (possible complications)

Preliminary investigations

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

Các xét nghiệm cần có

- * XN chẩn đoán bệnh ĐM vành.
- * Các xét nghiệm thường qui
- * Các XN về đông cầm máu.
- * Các XN về lây nhiễm.

Bảng kiểm để chắc chắn là có chuẩn bị.

Chuẩn bị

Chuẩn bị hồ sơ, bệnh án.

Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân.

Chuẩn bị vệ sinh vùng chọc ĐM.

Chuẩn bị hồ sơ bệnh án

- Mang tính pháp lý.
- Giúp BS có đủ thông tin về bệnh nhân để quyết định điều trị.
- Giúp NCKH.
- Gồm: bệnh án, các XN, giấy cam kết làm thủ thuật, giấy biên lai đóng tiền, giấy BHYT ...

Các xét nghiệm cần có

Xét nghiệm chẩn đoán bệnh ĐM vành.

Các xét nghiệm thường qui

Các XN về đông cầm máu.

Các XN về lây nhiễm.

XN chẩn đoán và đánh giá bệnh ĐM vành

ECG : bắt buộc.

Siêu âm tim: bắt buộc.

ECG gắng sức: không bắt buộc.

SÂtim gắng sức: không bắt buộc

Xạ hình tưới máu cơ tim: không bắt buộc.

MS CT: không bắt buộc.

Lipid máu: cần thiết nhưng không bắt buộc

Dữ liệu chụp ĐM vành

XN thường qui

- Công thức máu: bắt buộc.
- Chức năng thận: bắt buộc.
- X quang tim phổi thẳng: bắt buộc.
- Ion đồ máu: bắt buộc.
- Đường huyết: bắt buộc.
- TPTNT: bắt buộc.

Các XN lây nhiễm

XN về viêm gan: HBsAg, Anti HCV: bắt buộc

XN HIV: bắt buộc !!!

XN về giang mai: không bắt buộc.

Chuẩn bị tinh thần cho bệnh nhân

- Cả BS và ĐD cùng làm chuyện này
- Giải thích cho bệnh nhân biết vài chỗ không thoải mái: Đau nhẹ khi **chích thuốc tê**. Đau và khó chịu khi **rút sheath**.

“Đừng quan niệm là BN phải chịu đựng”.

Chuẩn bị nơi chọc ĐM (đùi , quay)

- Bs khám: xác định vị trí ĐM, độ nảy của ĐM, các bất thường liên quan đến ĐM.
- Làm vệ sinh sạch sẽ vùng bẹn : sạch lông, tắm rửa sạch sẽ.
- Sát trùng vùng chọc ĐM sẽ được thực hiện ngay trước thủ thuật.



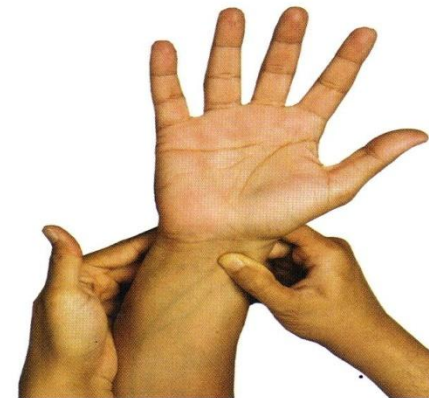
- 1** Palpate the radial and the ulnar arteries. Obliterate both pulses with the thumbs and fingers of both hands.



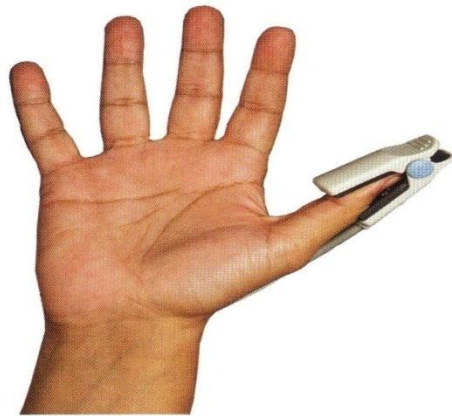
- 2** Ask the patient to clench his fist repeatedly until his palm blanches white.



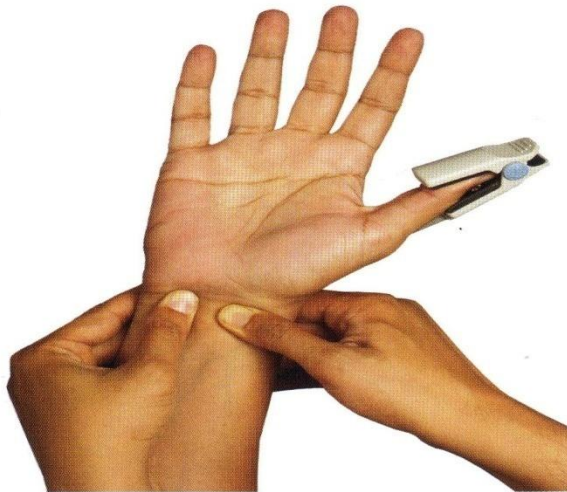
- 3** Ask the patient to open his palm.



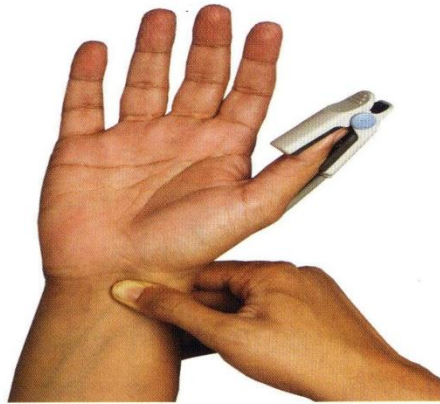
- 4** Release only the ulnar pulse and watch for the time of reappearance of normal palm color.



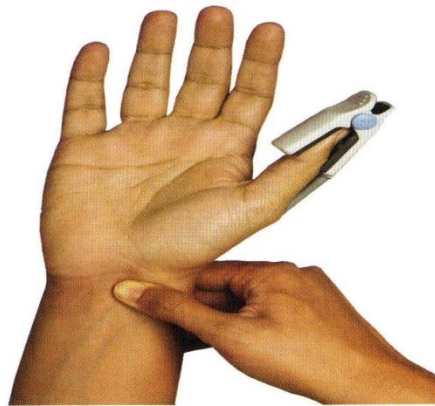
- 1 Clip the sensor onto the thumb of the patient and obtain a normal (sharp) tracing and SpO2 (pulse oximeter) reading.



- 2 Compress the radial and the ulnar arteries as described in the Modified Allen's Test. The tracing will flatten and there will be a drop in the SpO2 reading.



- 3 Release the pressure over the ulnar artery and watch for the tracing and SpO2 reading. Immediate return of a normal tracing and the normal SpO2 reading suggest a normal (positive) test, indicating the presence of collaterals.



- 4 If the tracing and the SpO2 reading do not return immediately, wait an extra minute. If a normal tracing and the SpO2 reading return slowly, there are recruiting collaterals. A repeat test on the same forearm will show a rapid return of the normal tracing and the SpO2 reading, which means the collaterals are functional. In this case, the radial artery can be used for the procedure.

If there is persistent flattening of the tracing and the SpO2 reading does not improve, there are no collaterals between the radial and the ulnar arteries. In this case, the radial artery is not suitable for the procedure.

THERAPY

TABLE 3.2 – DRUG THERAPY PRIOR TO PCI

DRUG CLASS	ACTION REQUIRED
Oral anti-anginal drugs	Continue
Cholesterol-lowering therapy	Continue
Oral anti-platelet therapy	Ensure that aspirin has been taken Consider addition of ticlopidine or clopidogrel
Warfarin	Discontinue if possible (usually not) Measure INR and correct excessive anticoagulation Take appropriate measures to avoid haemorrhage at vascular access site
IV Heparin	Continue Measure ACT and consider reduced bolus dose
SC Low molecular-weight heparin	Administer last injection >12 hours prior to PCI (if possible)
Platelet GP IIb/IIIa receptor antagonists	Continue Use a reduced, weight-adjusted heparin regime
Pre-medication	If necessary, use diazepam 5–20 mg orally
Antidiabetic medication	See text
Other drug therapy	Continue unchanged

Y lệnh từ đêm trước

Luôn có mẫu y lệnh tiên thủ thuật để bác sỹ ghi rõ các y lệnh từ hôm trước:

- Cho thuốc, y lệnh ngưng hoặc giảm các thuốc
- Dự định khoảng thời gian thực hiện thủ thuật,
- Dặn dò về ăn uống – nhịn ăn sáng.
- BN được đeo kính và răng giả để tiện việc tiếp xúc.

Prevention of CIN

NaHCO₃

3ml/kg bolus
1h prior and
1ml/kg/h IV 6h
after procedure

Nonionic low
osmolal agents



Acetylcystein
600-1200mg bid
prior and the day
of procedure

Normal saline
1ml/kg/h, 6-12h
prior to
procedure,
continuing 6-12h
after procedure

Avoiding volume depletion and NSAIDS

Consent

- Bác sĩ làm điều này. Giải thích cho bệnh nhân biết là sẽ làm gì và lý do của từng bước một của thủ thuật.

- Giải thích về nguy cơ của thủ thuật: có khả năng có những biến cố xảy ra như:

Tổn thương mạch máu, chảy máu, phản ứng dị ứng với thuốc cản quang, máu tụ, TBMMN, thậm chí có thể bị tử vong, tuy tỷ lệ rất thấp.

Consent

- * Giải thích về **lợi ích** của thủ thuật chụp động mạch vành.
- * **Nguy cơ** của thủ thuật bao giờ cũng nhỏ hơn rất nhiều lần so với nguy cơ không biết về tình trạng ĐM vành.
- * Phải dùng những **từ ngữ thông thường** để bệnh nhân có thể hiểu được.



BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC TP. HCM
 215 Hồng Bàng, Quận 5, TP. Hồ Chí Minh
 ĐT: 08.38554269 Fax: 39506126
 Website: bvdaihoc.com.vn; Email: bvdh@bvdaihoc.com.vn
KHOA NỘI TIM MẠCH - DSA

BẢNG KIỂM TRƯỚC THỦ THUẬT DSA

Họ tên người bệnh: Tuổi: Nam, Nữ
 Cân nặng: kg Chiều cao: cm
 Chẩn đoán trước thủ thuật:
 Thủ thuật dự kiến:
 Dấu hiệu sinh tồn:
 Mạch: /phút HA: mmHg SpO2: % T⁰:
 Tri giác : Tỉnh táo Tiếp xúc chậm Không tiếp xúc

Stt	NỘI DUNG BẢNG KIỂM	Điều dưỡng thực hiện
01	Tháo đồ trang sức: vòng tay, dây chuyền, nhẫn, hoa tai	
02	Bôi sơn móng tay và chân, chải tóc gọn	
03	Vệ sinh vùng bẹn, cạo lông bẹn mu	
04	Mặc quần áo sạch	
05	Đã hoàn thành bệnh án	
06	Khám tiền mê	
07	Dịch truyền trước thủ thuật: + BN không có đáí tháo đường: NaCl 0,9% 500ml TTM + BN có đáí tháo đường: NaHCO3 250ml TTM NaCl 0,9% 500ml TTM Exomuc	
08	Xét nghiệm tiền phẫu: CTM, Nhóm máu, TQ, TCK Glucose, BUN, Creatinin, SGOT, SGPT, Ion đồ Bilan Lipid, HbsAg, HCV, HIV ECG, XQ tim phổi, SÂ tim, TPTNT, Khác	
09	Trích biên bản hội chẩn	
10	Cam kết thủ thuật đầy đủ chữ ký	
11	Nhịn ăn uống hoàn toàn trước thủ thuật 06 giờ	

ĐD bàn giao

Ngày tháng năm
 ĐD kiểm tra và nhận người bệnh

Họ tên:

Họ tên:

Anticipation: complications

Tử vong

Nhồi máu cơ tim

Tai biến mạch máu não

Rối loạn nhịp

Biến chứng mạch máu tại chỗ chọc ĐM

Phản ứng cản quang

Biến chứng huyết động

Thủng mạch máu

Các biến chứng khác





Chăm sóc sau thủ thuật

- BS ghi rõ tường trình thủ thuật, y lệnh sau thủ thuật.
- ĐD căn cứ vào y lệnh để theo dõi.
- BN được theo dõi sát trong 6 giờ đầu sau thủ thuật.
- Sau 24 giờ thì nếu có sự cố nào xảy ra cũng không qui kết là do thủ thuật gây ra.

Chăm sóc và điều trị sau can thiệp ĐM vành

- **A**cute vessel closure
- **B**leeding
- **C**ontrast related disorders
- **D**rugs for patients post-PCI :
Aspirine, clopidogrel, ACEi, beta
blocker, statin..

Acute vessel closure

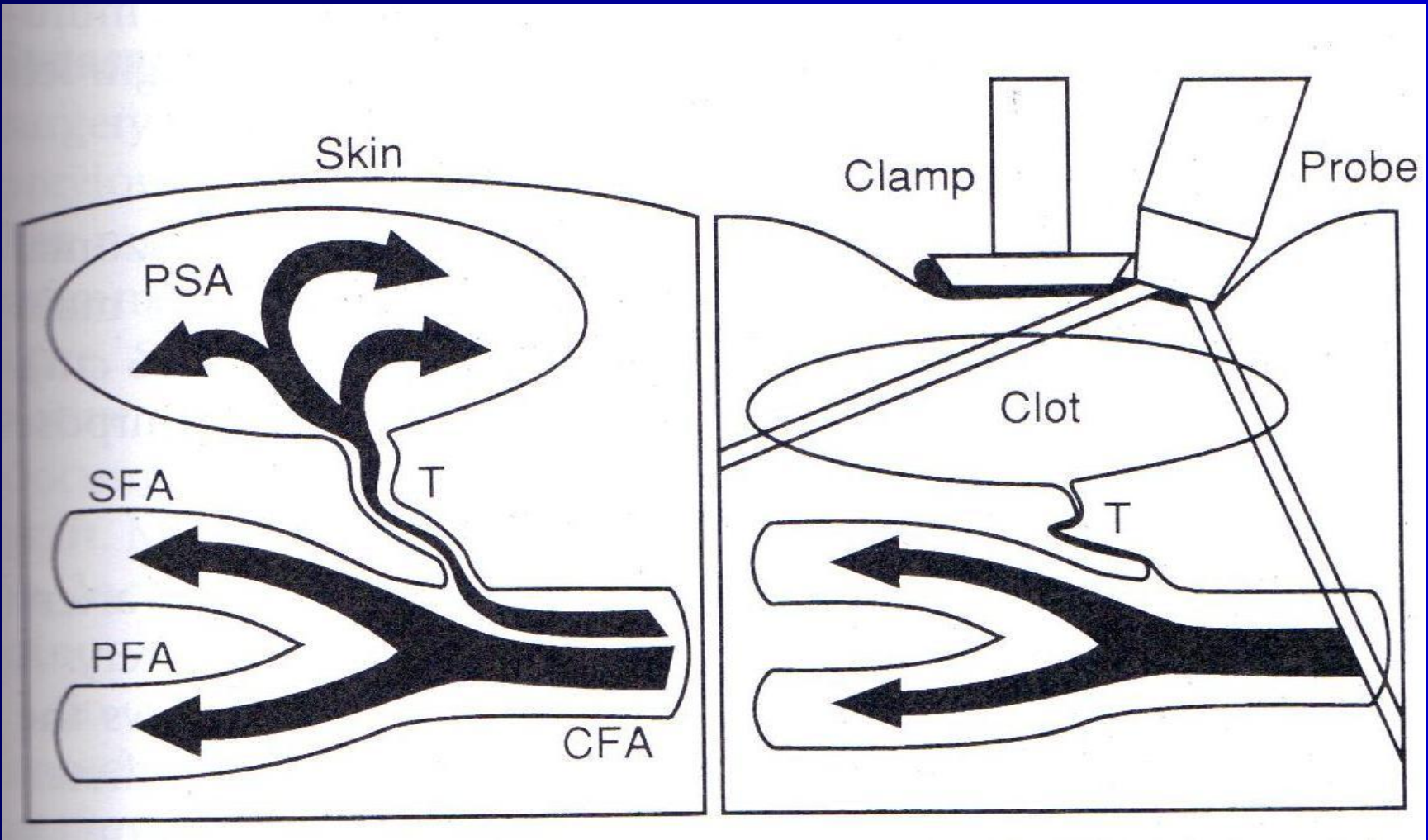
- Thường xảy ra trong thủ thuật và trong vòng 6 giờ sau thủ thuật.
- ĐTĐ, nữ, ĐTNKOD, hẹp nặng, dài, gấp góc, loét, B2, C: nguy cơ cao.
- Theo dõi sau thủ thuật: đau ngực, HA, nhịp tim, ECG, men tim
- Chụp ĐM vành ngay nếu nghi ngờ.

Bleeding: nơi chọc ĐM

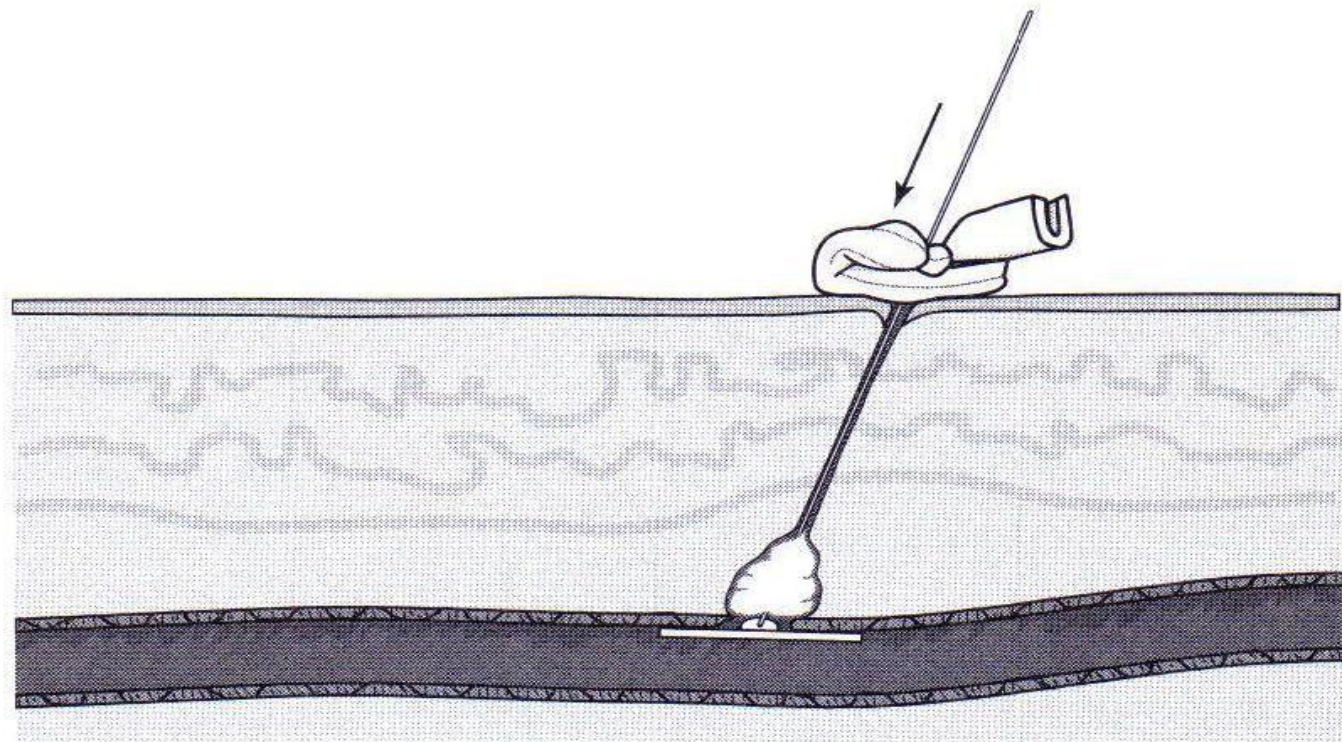
- Rút sheath: BS thực hiện
- Băng ép chỗ rút sheath.
- Bao cát chèn lên chỗ chọc ĐM đùi.
- Bất động chân phải 24 giờ.
- TD chảy máu, khối máu tụ, mảng bầm máu.

Bầm máu ở mông và đùi phải

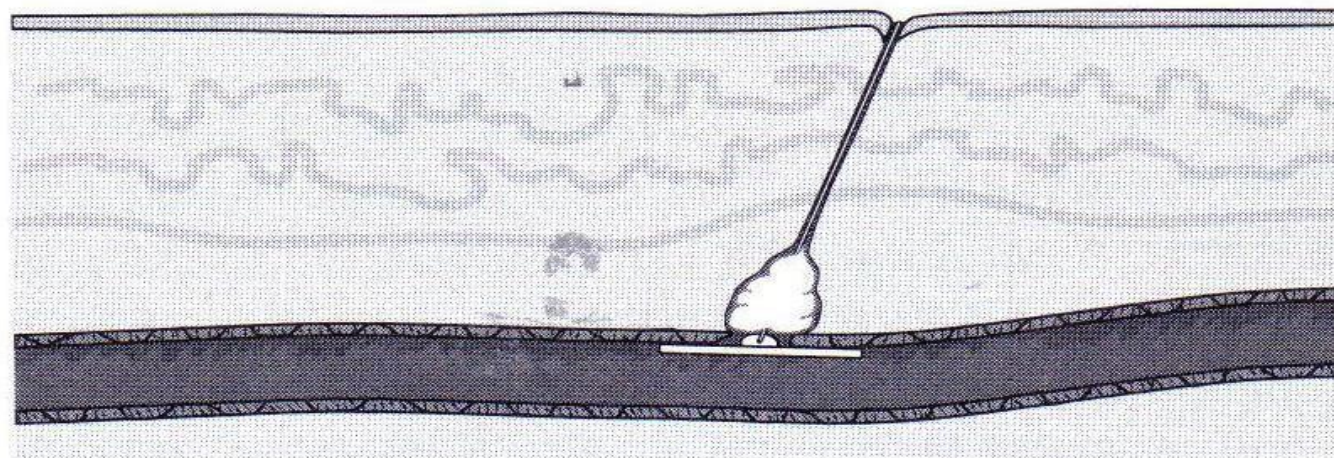


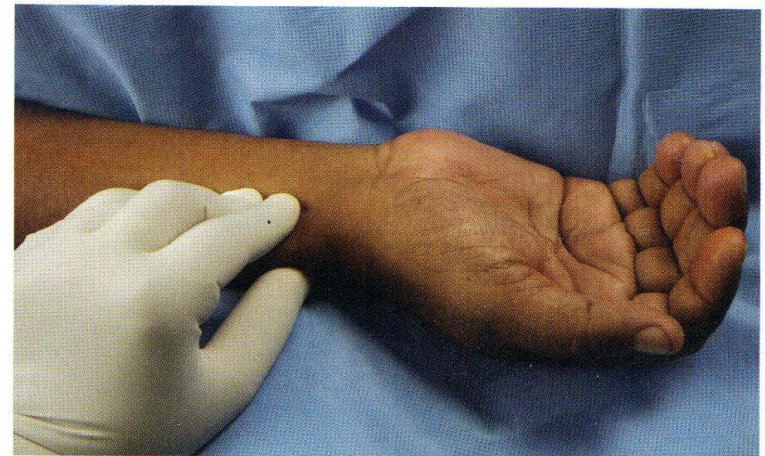
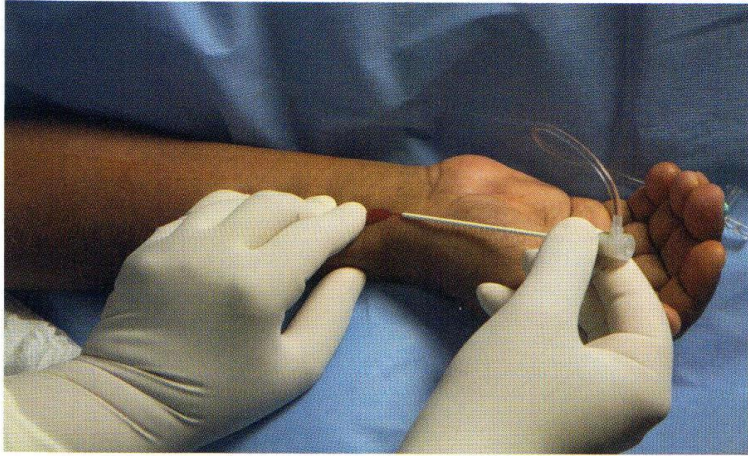


3

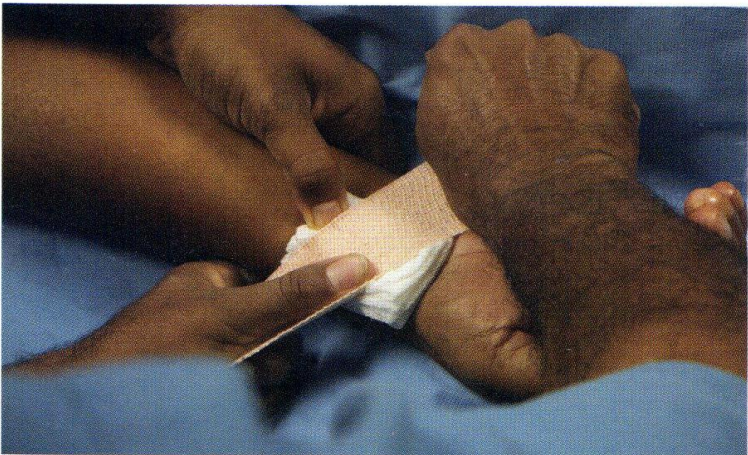


4

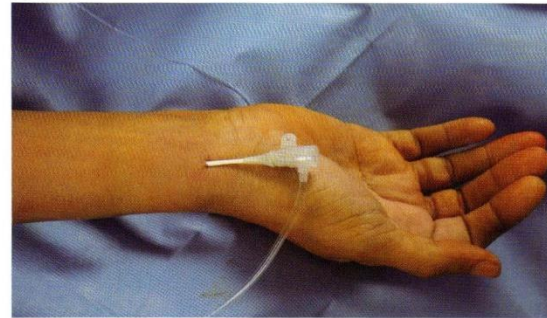
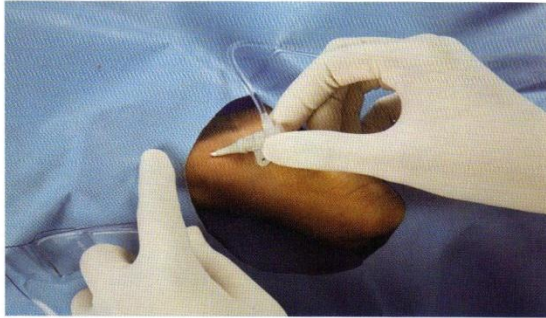




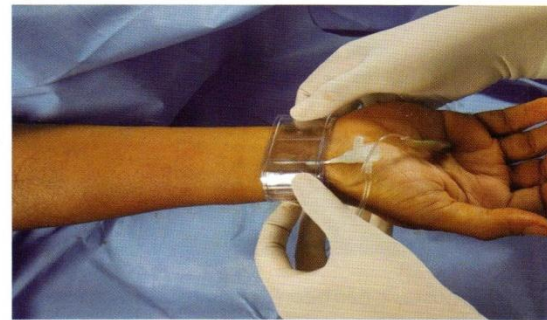
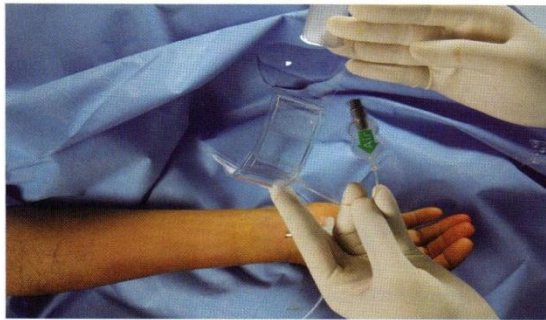
- 3** Allow a slight back bleed from the puncture site and then compress the radial artery.



- 4** Once hemostasis has been achieved, apply a small bunch of gauze over the puncture site. Place Dynaplast or a similar adhesive tape in a crisscross fashion over the gauze. Allow compression of the radial artery, but not the ulnar artery. To prevent venous stasis, do not completely encircle the wrist with the bandage. The bandage should be kept in place for four to six hours.



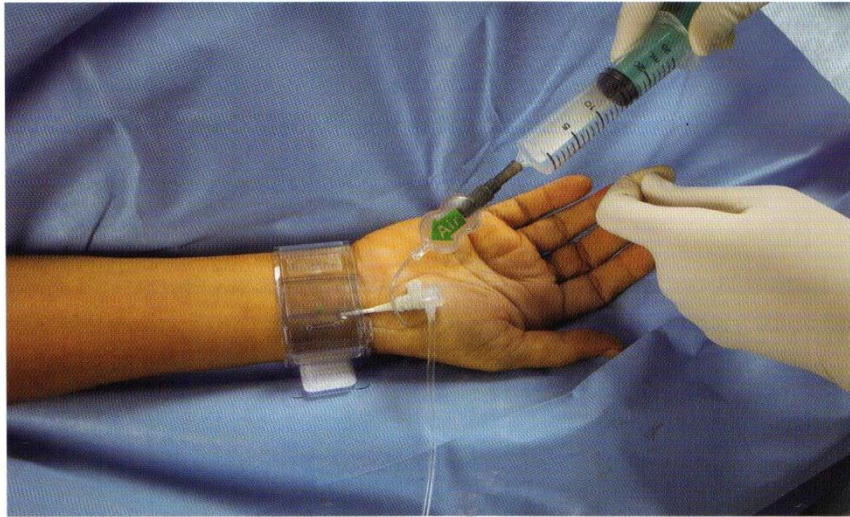
- 1 Pull back the sheath 2 to 3 cm and clean the puncture site.



- 2 Apply a TR Band (Terumo) over the wrist. Be sure the green mark lies over the site where the radial artery was most likely punctured. (Note that the skin puncture site and the radial artery puncture site are two different points.)



- 3 Wrap the TR Band tightly around the wrist.



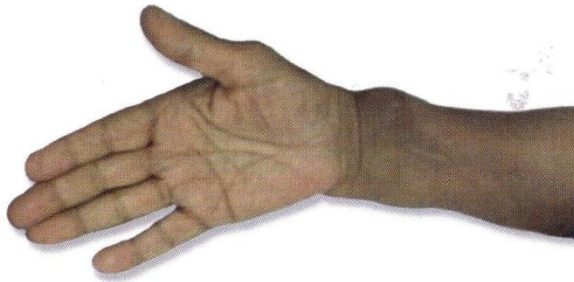
- 4** With the syringe provided in the TR Band set, inflate the air-injection port of the TR Band with 13 to 17 ml of air.



- 5** Pull the sheath out. The patient may now leave the Cath Lab. The TR Band should be kept in place for six to eight hours. If the patient experiences discomfort at the puncture site, gradually remove 2 cc or more of air. After the allotted time, the TR band can be replaced with a simple bandage, as explained above. (See Appendix for other commonly used closure devices.)

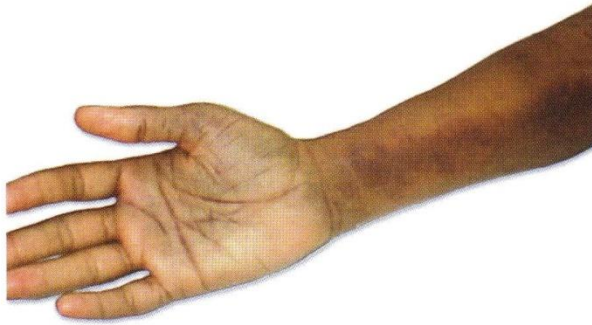


- 4** Depigmented scar at the puncture site due to undue compression by the hemostatic device. This complication is less common with the TR Band. Present in only 4 out of over 20,000 procedures.



- 5** Small pseudoaneurysm at the radial artery puncture site. If manual compression fails, this may require minor surgery. Present in only 6 out of over 20,000 procedures.

- 1** Radial artery spasm and pain. Present in only 6.2% and 5.8% of patients (respectively) out of over 20,000 procedures.



- 2** Small hematoma involving the hand and forearm. Present in only 3% of over 20,000 procedures.



- 3** Infraclavicular hematoma due to perforation of a small branch of the axillary artery. Present in only 1 out of over 20,000 procedures.

Contrast Induce Nephropathy

NaHCO₃

3ml/kg bolus
1h prior and
1ml/kg/h IV 6h
after procedure

Nonionic low
osmolal agents

Normal saline

1ml/kg/h, 6-12h
prior to
procedure,
continuing 6-12h
after procedure



Acetylcystein
600-1200mg bid
prior and the day
of procedure

Avoiding volume
depletion and NSAIDS

Drugs: Toa thuốc xuất viện

Điều trị suốt đời	<ul style="list-style-type: none">* Beta blockers: thuốc chống đau ngực đầu tay, khi PCI không toàn vẹn* Điều trị Statin tích cực: (LDL < 100 mg/dl)* Thuốc ỨCMC: liều cao nhất dung nạp được* Aspirin: liều thấp (75-100 mg)
Điều trị lâu dài đến 12 tháng	<p>Clopidogrel:</p> <ul style="list-style-type: none">– 1 tháng là tối thiểu hoặc cho BN có nguy cơ chảy máu.– 12 cho hầu hết BN nhất là NMCT cấp, Stent tẩm thuốc chống tái hẹp.
Điều trị lựa chọn thứ 2	<p>CCB nếu có đau ngực hoặc CCĐ với ỨC beta. Nitrates/TMZ nếu có đau ngực: chọn lựa thứ hai.</p>

TƯỜNG TRÌNH CAN THIỆP MẠCH VÀNH

Họ và tên bệnh nhân : **VÕ THỊ HỢI**

Giới : Nữ 66 tuổi.

Số nhập viện : 10-0025994

Ngày làm thủ thuật : 04/10/2010

Số CathLab : MV101001-020

Bắt đầu lúc : 10:45

Kết thúc lúc : 11:45

Thời gian chiếu tia : 5 phút.

■ Thủ thuật : **Can thiệp động mạch vành qua da**

■ Chỉ định : **Đau ngực không ổn định**

■ Tóm tắt tiến trình thủ thuật :

Thực hiện thủ thuật can thiệp ĐM vành chọn lọc qua đường ĐM Đùi (P) với hệ thống 6F
Bệnh nhân dung nạp tốt với thủ thuật.

* Vị trí can thiệp 1 : **Prox LCX**

- Thực hiện can thiệp ĐM vành bằng bóng ở sang thương hẹp 80.0% của đoạn Prox LCX.

Guiding catheter là XB 3.0 - 6F và Guide wire là ATW - 0.014.

Sang thương hẹp được nong bằng bóng Maverick có kích thước là 2.0x15 lên đến 12 atmosphere.

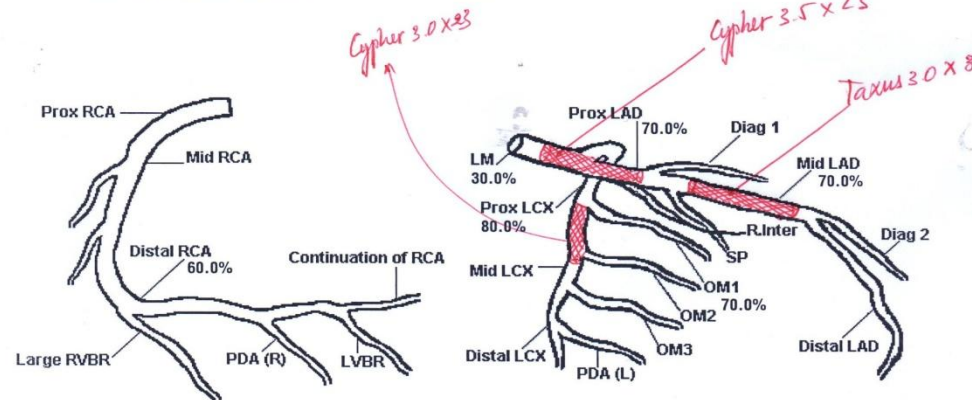
- Stent Coronary Stent với kích thước 3.00x23 được đặt vào đoạn Prox LCX.

Bóng stent được bơm lên đến 14 atmosphere. Chỉ định đặt Stent là : Sub Optimal.

- Thủ thuật đặt Stent thành công.

- KẾT QUẢ : Kết quả thành công với mức độ hẹp tồn lưu cuối cùng là : 0.0%.

■ Thuốc sử dụng trong thủ thuật : - HEPARINE : 5000 UI



Thủ thuật viên phụ

Vũ Hoàng Vũ

Ngày 04/10/2010

Thủ thuật viên chính

Trương Quang Bình

**Trả
kết
quả
cho
bệnh
nhân**

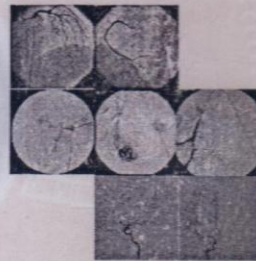
BỆNH VIỆN ĐH Y-DƯỢC TP. HỒ CHÍ MINH



215 Hồng Bàng - Quận 5 - TP. Hồ Chí Minh
ĐT : 3855 4269 - Fax: 9506126

PHÒNG DSA

ĐT:(08)39525178
2010



HỌ TÊN : TRƯƠNG HÓN BÌNH TUỔI : 55
KỸ THUẬT : CHỤP/CT MẠCH VÀNH
MÃ SỐ : CMV 10-477
NGÀY : 01-10-10
ĐĨA TRẢ BỆNH NHÂN



Cảm ơn sự chú ý theo dõi