

# KẾT QUẢ CAN THIỆP ĐỘNG MẠCH VÀNH THÌ ĐẦU TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP TẠI BVĐK THANH HOÁ

**BS Lê Thế Anh, BS Lê Văn Sỹ**  
*BVĐK Thanh Hoá*

# Case lâm sàng

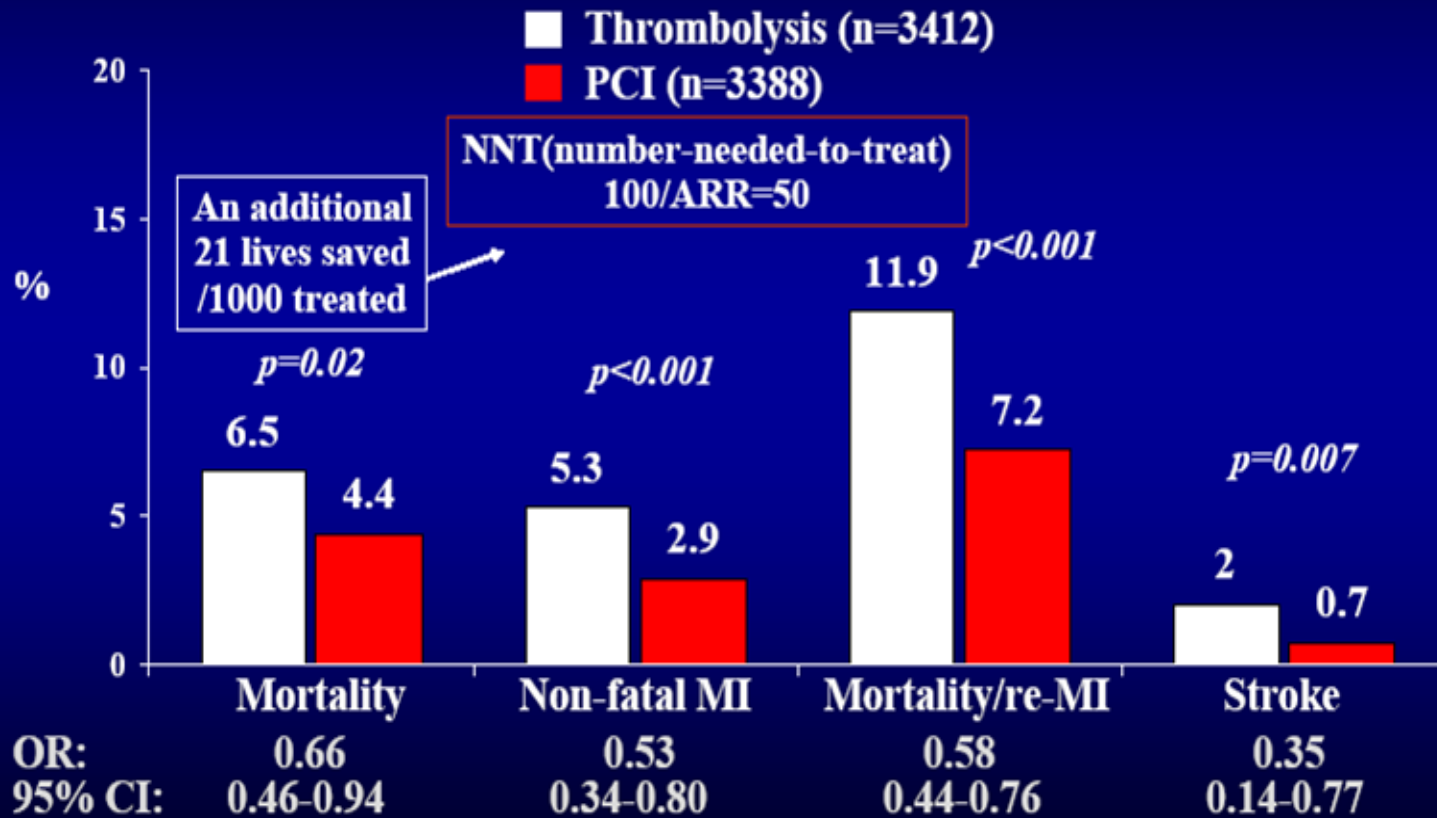
- Bệnh nhân nam 56 tuổi
- Nhập khoa HSCC Bv tỉnh Thanh Hoá sau 60 phút đau ngực trái dữ dội.
- LS: Nhịp tim đều 75 ck/ph, HA 160/80 mmHg
- Điện tim: Nhịp xoang 75 ck/ph, ST chênh lên từ V1-V6
- Chẩn đoán lâm sàng: NMCT trước rộng cấp giờ thứ nhất-THA

# Case lâm sàng

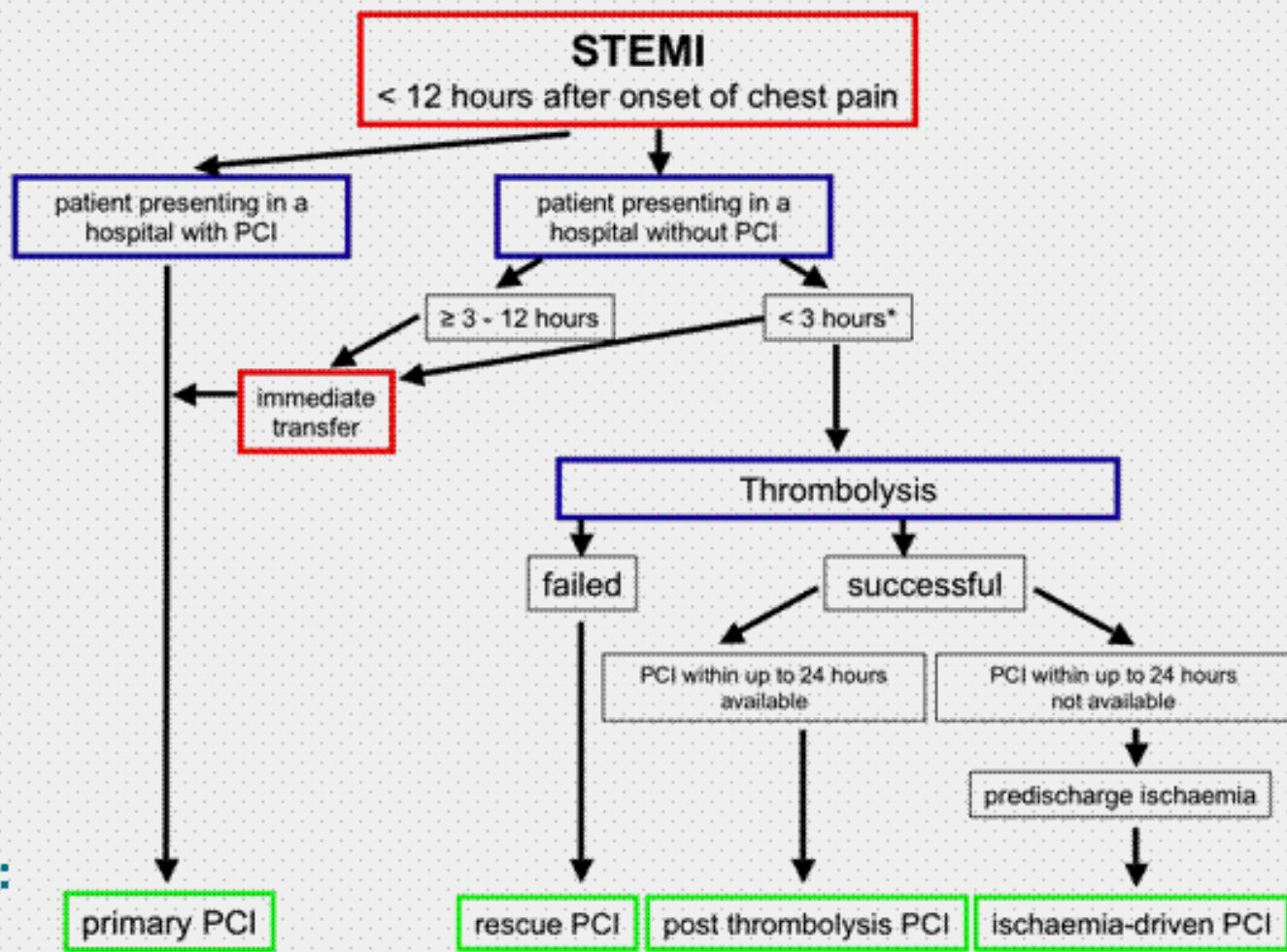
- Điều trị nội khoa: Morphin sulphat 5mg TM, Lovenox 0,4ml TDD, Plavix 300mg, Aspepic 300mg, Enalapril 5mg
- Chiến lược điều trị:
  - Tiêu sợi huyết
  - Chuyển BV tuyến trung ương
  - Can thiệp ĐMV thì đầu

# Thrombolysis Vs. PCI for STEMI

## 30-Day Event Rate in 21 Randomized Trials



Weaver et al. JAMA 1997;278:2093



**Figure 2:**

Within the first 3 hours after onset of chest pain or other symptoms, thrombolysis is a viable alternative to primary PCI. If thrombolysis is contraindicated or at high risk, immediate transfer for primary PCI is strongly advised. The major rationale for possible preference of primary PCI over thrombolysis within the first 3 hours is stroke prevention. The major rationale for preference of primary PCI over thrombolysis within 3 to 12 hours is to salvage myocardium and to prevent stroke. If thrombolysis is preferred, it should not be considered to be the final treatment. Even after successful thrombolysis, coronary angiography within 24 hours and PCI, if applicable, should be considered.

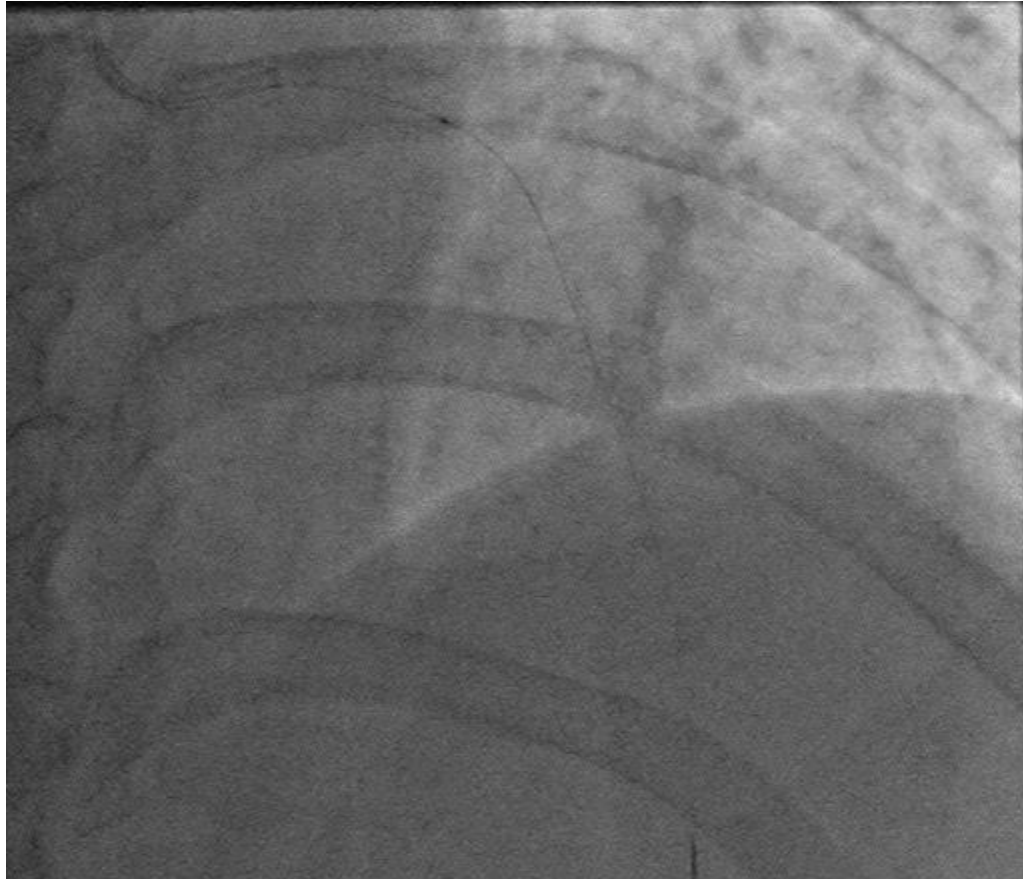
# Case lâm sàng

## Chụp và can thiệp ĐMV



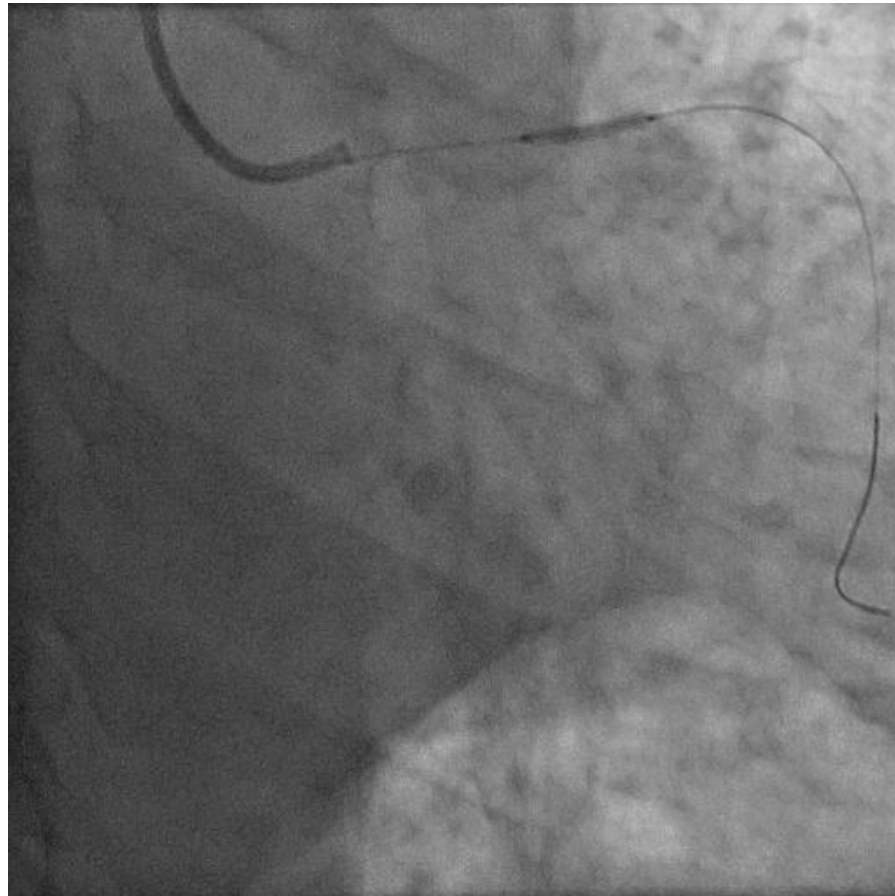
# Case lâm sàng

## Chụp và can thiệp ĐMV



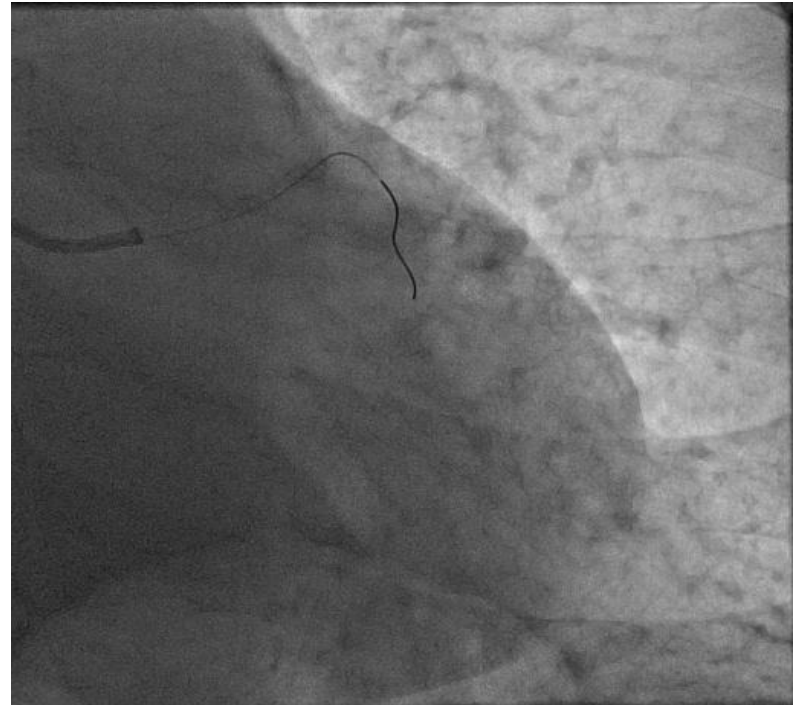
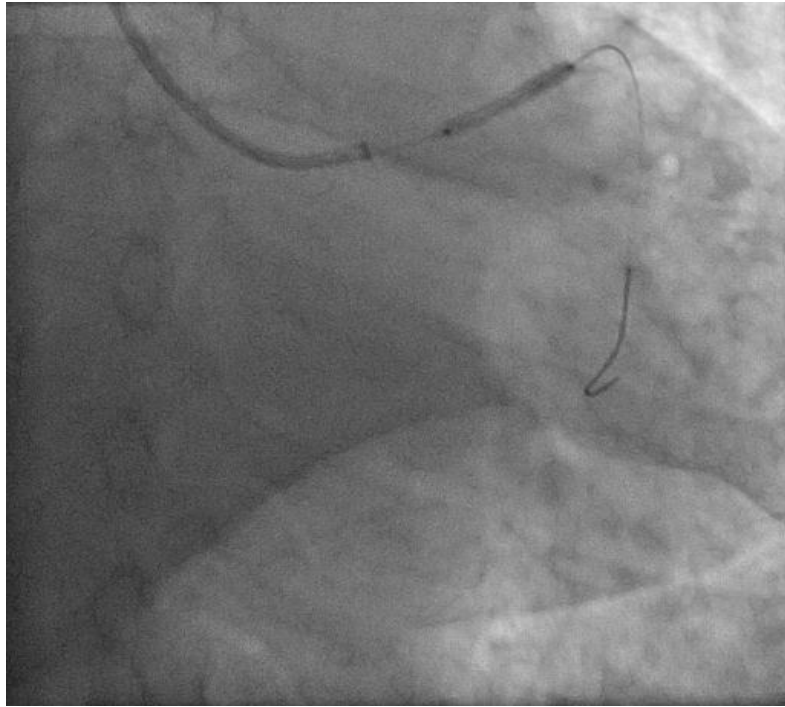
# Case lâm sàng

## Chụp và can thiệp ĐMV



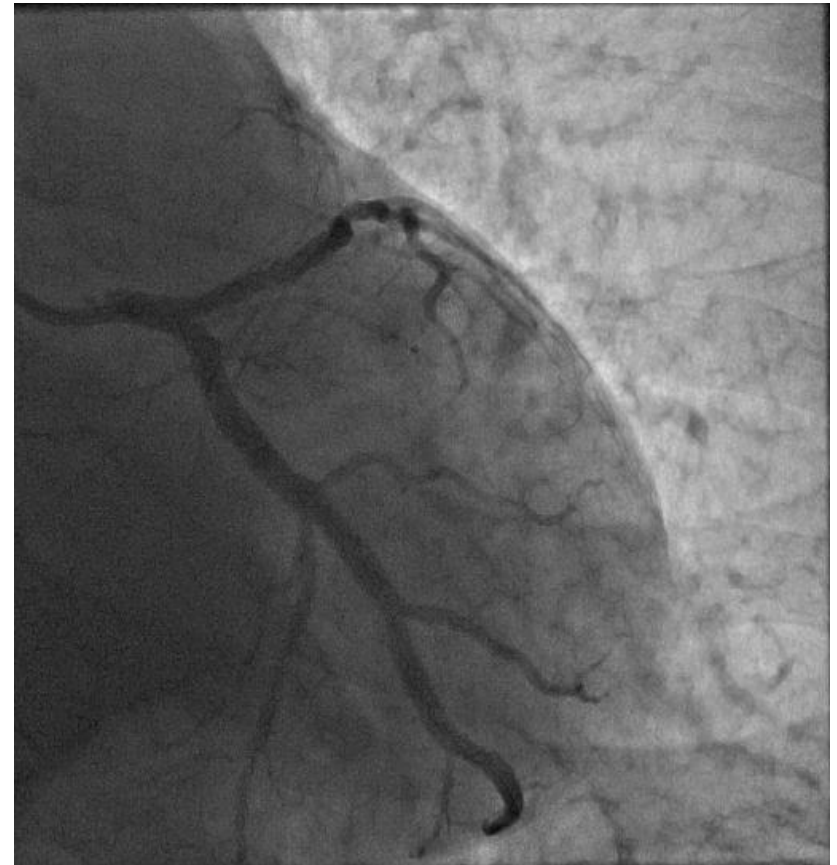
# Case lâm sàng

## Chụp và can thiệp ĐMV



# Case lâm sàng

## Chụp và can thiệp ĐMV



# Bệnh viện đa khoa Thanh Hoá

***“Đánh giá bước đầu kết quả can thiệp  
động mạch vành thì đầu trong NMCT cấp  
từ tháng 12/2009 đến tháng 8/2010  
tại BVĐK Thanh hoá”***

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**Đối tượng nghiên cứu:** Tất cả các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp tại BVĐK Thanh hoá trong khoảng thời gian từ tháng 12/2009 đến 8/2010 và đồng ý can thiệp cấp cứu.

**Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu tiền cứu và mô tả cắt ngang

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## 1. Đặc điểm chung của nhóm NC

	<b>Số BN</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>	<b>Tuổi trung bình (năm)</b>
Nam	18	72	63.5 14.5
Nữ	7	28	59.3 15.4
<b>Tổng</b>	<b>25</b>	<b>100</b>	<b>57.9 14.9</b>

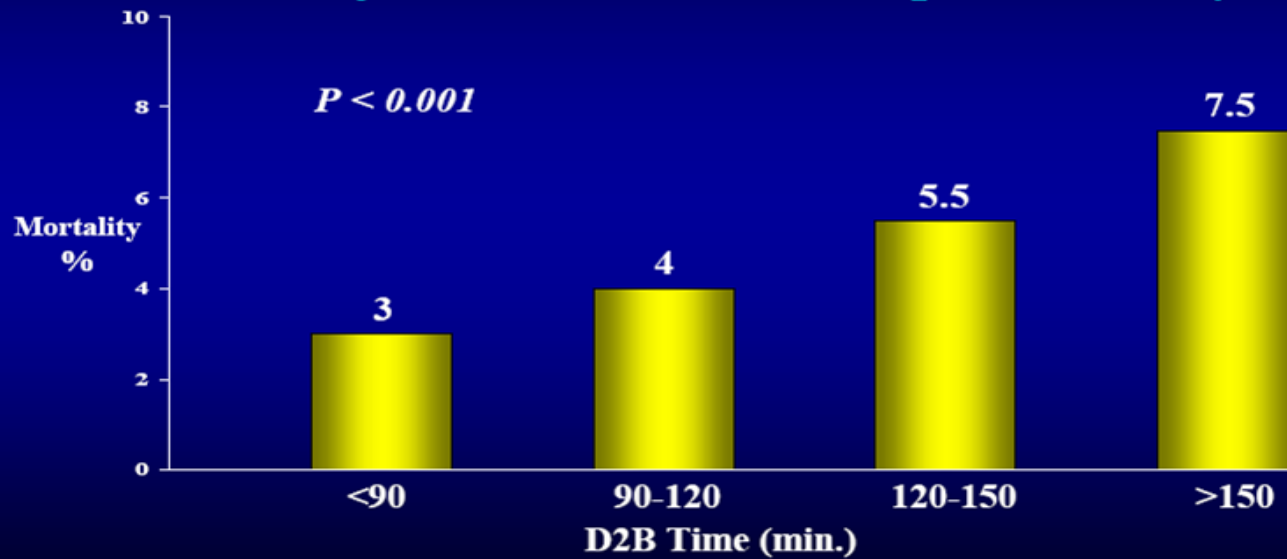
# 1. Đặc điểm chung của nhóm NC

- Nam giới 72%.
- Tuổi trung bình cho cả hai giới là 57.9 ± 14.9
- BN ít tuổi nhất là 34, cao tuổi nhất là 91.

## 2. Thời gian Door to balloon

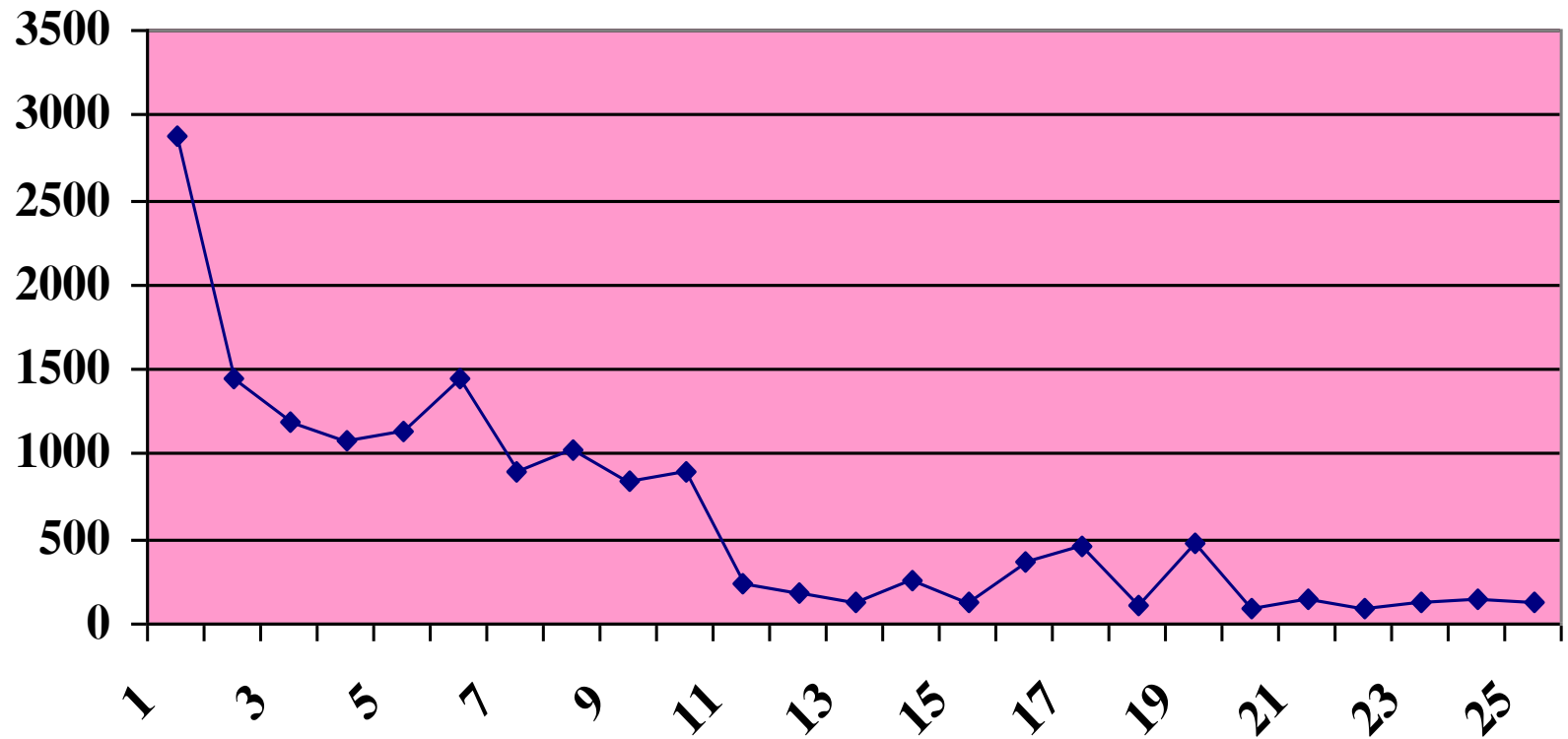
### National Registry of Myocardial Infarction (NRFMI) 3&4: STEMI

*Relation of D2B Time With in Hospital Mortality*



*McNamara et al. JACC 2006;47:2180*

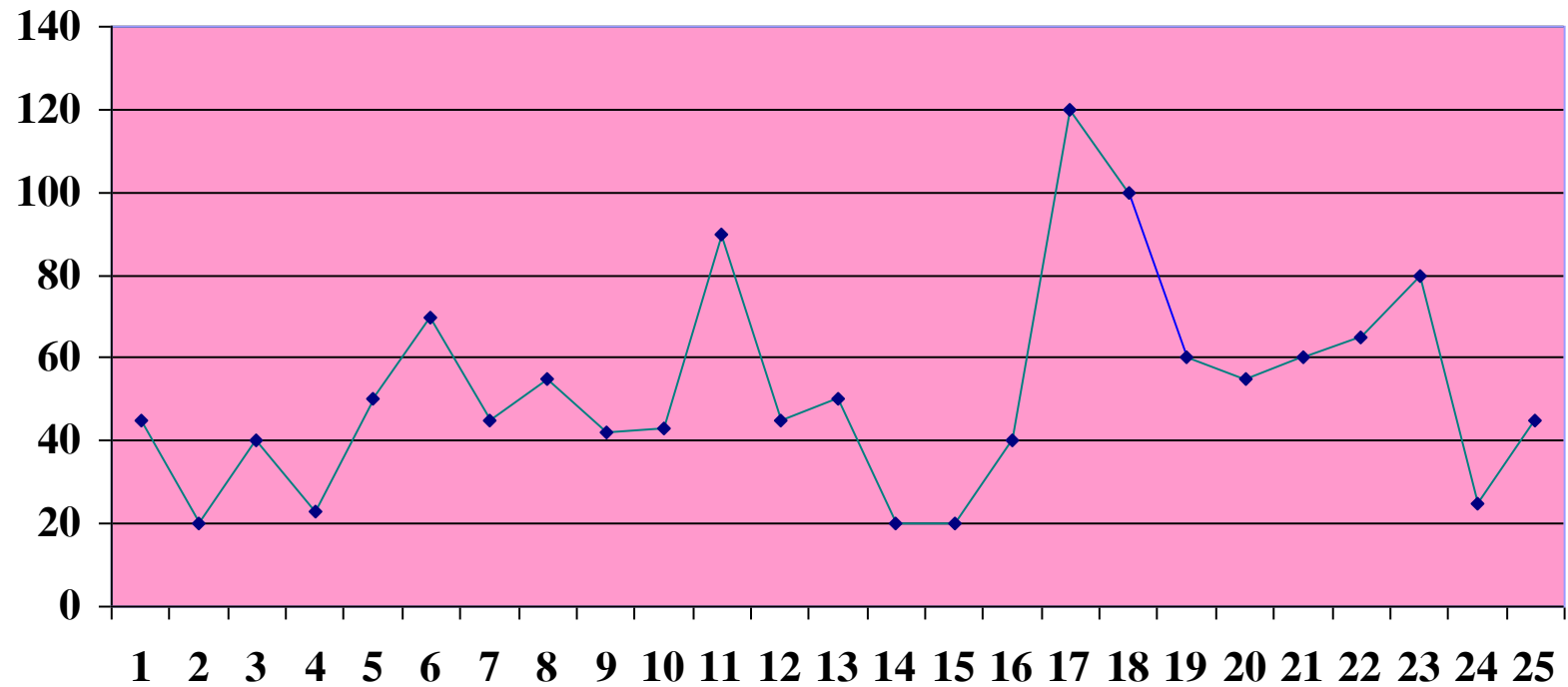
# Thời gian Door to balloon



# Thời gian D2B

- Trung bình 983.1 ± 36.9 phút, sớm nhất 90 phút, nhiều nhất là 2880 phút.
- Thời gian D2B của chúng tôi giai đoạn đầu có dài hơn, do thời gian đầu chúng tôi phải nhờ sự trợ giúp của các bác sỹ tuyến trung ương, sau khi chúng tôi làm chủ được kỹ thuật thời gian ngắn dần đi.
- Tuy nhiên còn phụ thuộc vào đặc điểm lâm sàng và điều kiện kinh tế của bệnh nhân

### 3. Thời gian làm thủ thuật:



## Thời gian làm thủ thuật:

- Thời gian làm thủ thuật thay đổi vì nó phụ thuộc vào rất nhiều yếu tố: tình trạng lâm sàng, tổn thương động mạch vành....
- Thời gian hoàn thành thủ thuật của chúng tôi ngắn nhất là 20 phút dài nhất là 120 phút.

## 4. Kỹ thuật can thiệp:

TT	Kỹ thuật can thiệp	Số BN	Tỉ lệ (%)
1	<b>Đường vào</b> <i>ĐM quay</i> <i>ĐM đùi</i>	20 05	80 20
2	<b>Đặt Stent</b> <i>Trực tiếp</i> <i>Sau nong bằng bóng</i>	0 25	0 100
3	<b>Nong lại stent bằng bóng</b>	16	64
4	<b>Hút huyết khối</b>	15	60

# Kĩ thuật can thiệp

## *Đường vào*

Giảm tỉ lệ các biến chứng tại vị trí chọc mạch và giảm thời gian bất động chúng tôi chọn đường vào là ĐM quay (20/25), có 5 trường hợp đường vào là ĐM đùi do bất thường động mạch cánh tay (3/5) và do co thắt ĐM quay (2/5).

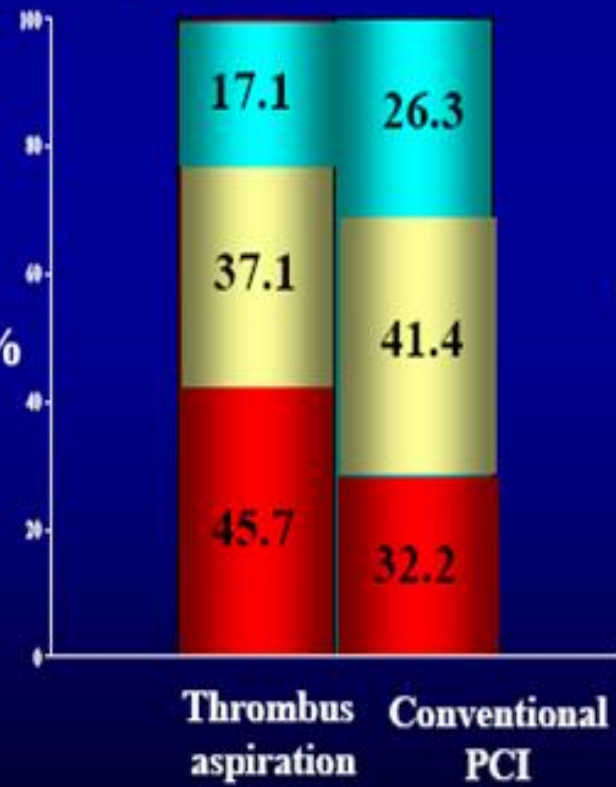
# Kỹ thuật can thiệp

## *Hút huyết khối*

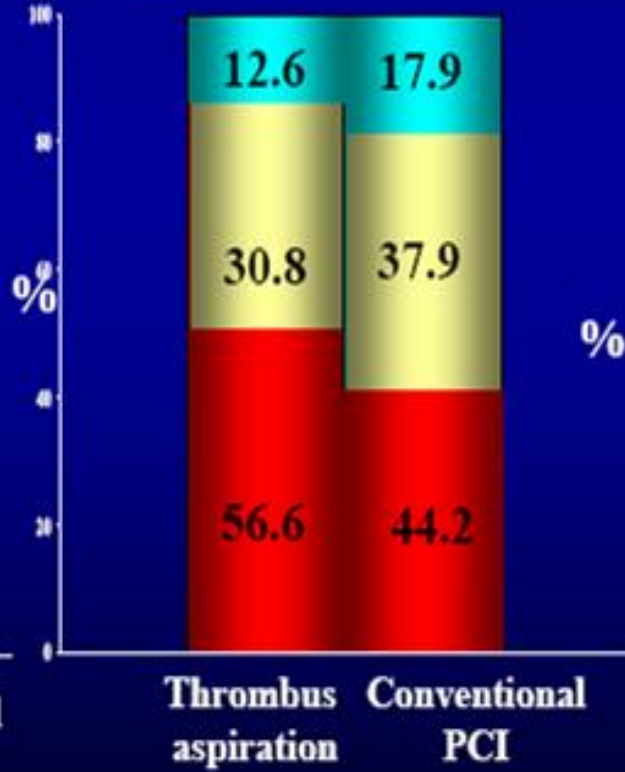
Chúng tôi thực hiện hút huyết khối đối với những bệnh nhân đến sớm và tắc hoàn toàn lòng mạch (15/25)

# Thrombus Aspiration during Primary PCI:TAPAS Trial

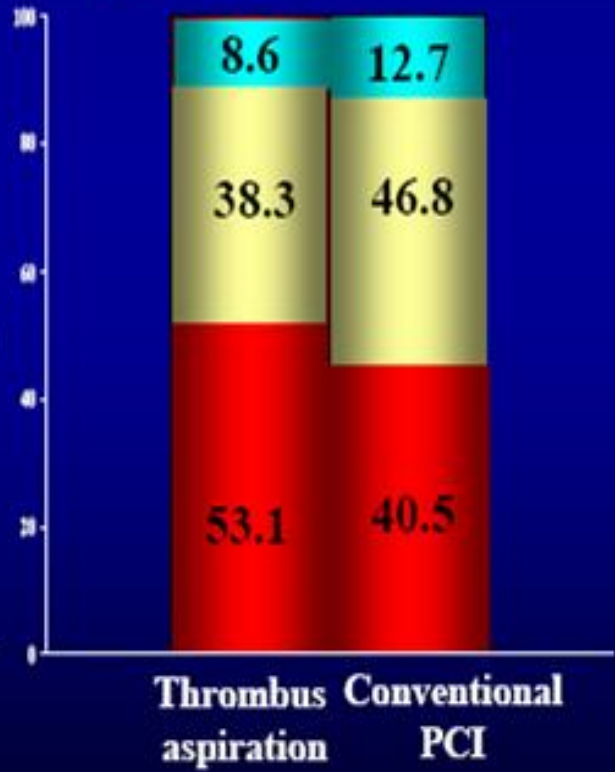
*Myocardial Blush Grade*



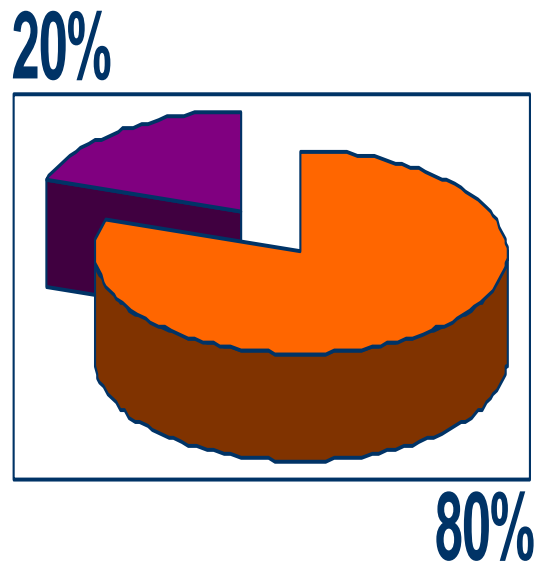
*Resolution of ST-Segment Elevation*



*Persistent ST-Segment Deviation*



# Lựa chọn Stent



■ Stent thường  
■ Stent thuốc

# Lựa chọn Stent trong NMCT cấp

## **2009 Focused Updates: ACC/AHA Guidelines for the Management of Patients With ST-Elevation Myocardial Infarction (Updating the 2004 Guideline and 2007 Focused Update) and ACC/AHA/SCAI Guidelines on Percutaneous Coronary Intervention (Updating the 2005 Guideline and 2007 Focused Update)**

In summary, there appears to be no difference between BMS and DES in mortality or MI rates and no difference in stent thrombosis risk. The major advantage of DES over BMS is a small reduction in TVR rates. Given cost considerations, it could be argued that selective use of DES to prevent restenosis and TVR in high-risk patients (i.e., patients with diabetes) and in high-risk lesions (longer and smaller-diameter stents) could be recommended (118), as it has been for elective PCI. The greatest challenge in selecting patients

# Lựa chọn Stent

***Tuy nhiên còn phụ thuộc vào:***

- Điều kiện kinh tế của bệnh nhân.
- Cơ sở Stent có sẵn.

## 5. Kết quả can thiệp

Kết quả can thiệp	Số bệnh nhân	Tỷ lệ %
TIMI 3	24	96
TIMI 2	0	0
TIMI 0,1	1	4
Đột quỵ	0	0
Tái NMCT	0	0
Biến chứng tại vị trí chọc mạch	0	0
Suy thận cấp do cản quang	0	0

# KẾT LUẬN

1. Tỷ lệ thành công bước đầu là 96% BN (24/25)
2. Không có các biến chứng khác như đột quỵ, biến chứng tại vị trí tạo đường vào, suy thận cấp do thuốc cản quang.
3. Phương pháp can thiệp động mạch vành thì đầu trong nhồi máu cơ tim cấp là một phương pháp an toàn và hiệu quả
4. Việc áp dụng phương pháp này tại các bệnh viện tuyến tỉnh bước đầu cho thấy là khả thi, góp phần tiết kiệm thời gian, làm giảm chi phí cho BN và giảm tải cho BV tuyến TW

**XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN!**



**BVĐK THANH HOÁ, số 181 Hải Thượng Lãn Ông, Phường Đông Vệ, Thành phố Thanh Hoá. ĐT: 0373.951.391 Fax: 0373.950.327**