

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ CAN THIỆP MẠCH VÀNH CẤP CỨU TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP

Nguyễn Lưu Xuân Phương, Nguyễn Cửu Lợi¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Can thiệp ĐMV cấp cứu ở bệnh nhân NMCT cấp là một phương pháp điều trị tích cực vì mở thông được động mạch vành bị tắc cấp. Tuy nhiên, việc triển khai thành công can thiệp cấp cứu nhồi máu cơ tim cấp đòi hỏi nhiều yếu tố: phương tiện, tổ chức và kinh nghiệm của ê kíp can thiệp.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên 60 trường hợp nhồi máu cơ tim cấp được can thiệp cấp cứu tại Trung tâm Tim mạch Huế từ năm 2005 đến 2010.

Kết quả: Tuổi trung bình $65 \pm 10,7$ với 48 nam và 12 nữ. Động mạch thủ phạm: Liên thất trước trong 28/60=46,67%; ĐM vành phải trong 26/60=43,33% và ĐM Mũ trái trong 6/60=10%. Tắc hoàn toàn (TIMI 0-1) xảy ra nhiều hơn đối với ĐM vành phải (20/26=76,92%) so với LTT (5/28=17,86%). Can thiệp tái mở thông thành công trong 58/60=96,67%. Tắc stent tối cấp xảy ra ở 1 trường hợp và tắc cấp ở 1 trường hợp.

Kết luận: Can thiệp cấp cứu điều trị nhồi máu cơ tim cấp có thể đạt tỉ lệ thành công cao nếu bệnh nhân đến sớm và ê kíp can thiệp có kinh nghiệm và tổ chức tốt.

ABSTRACT

RESULT OF EMERGENCY PERCUTANEOUS CORONARY INTERVENTION FOR EARLY ACUTE MYOCARDIAL INFARTION

Nguyen Luu Xuan Phuong, Nguyen Cuu Loi¹

Background: Primary PCI is a an effective treatment for early acute myocardial infartion as reopening the occluded coronary artery. The success of this treatment, however, depends on facilities, organization and performance of interventional team.

Method and materials: Retrospective study on 60 cases of AMI admitted to Hue Cardiovascular Center from 2005 to 2010.

Results: Primary PCI were performed in 48 male and 12 female patients admitted for AMI with mean age of 65 ± 10.7 . Culprit artery was LAD in 28/60=46,67%; RCA in 26/60=43,33% and LCx in 6/60=10%. Total occlusion (TIMI 0-1) was seen more often with RCA (20/26=76,92%) as compared to LAD (5/28=17,86%). Revascularization was successful in 58/60=96.67%. Acute stent thrombosis occurred in one case during the first hour after procedure and one case with subacute ST after 5 days.

Conclusions: Primary PCI is a an effective treatment for early acute myocardial infartion if there are good facilities and organization and experienced interventional team.

1. Bệnh viện Trung ương Huế

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một cấp cứu tim mạch mà yêu cầu điều trị chính là mở thông động mạch vành bị tắc cấp và ngăn chặn huyết khối thành lập. Việc mở thông động mạch vành càng sớm thì khối lượng cơ tim bị hoại tử càng được giới hạn. Ngay từ đầu thập kỷ 80, điều trị bằng thuốc tiêu sợi huyết đã cho thấy hiệu quả trong việc khôi phục dòng chảy đối với động mạch bị tắc, tăng khả năng sống và bảo tồn chức năng thất trái ở bệnh nhân bị NMCT, song đáng tiếc phương pháp này có tỷ lệ thành công không cao, nhiều biến chứng xuất huyết cũng như giới hạn trong chỉ định. [4,5]

Can thiệp động mạch vành (ĐMV) tiên phát ở bệnh nhân NMCT cấp là một phương pháp điều trị tích cực vì đạt dòng chảy cao hơn, giảm tỷ lệ thiếu máu cục bộ tái phát, biến chứng chảy máu thấp, tỷ lệ tử vong thấp hơn cũng như thời gian nằm viện ngắn hơn. [5,8]. Nghiên cứu này nhằm mục tiêu:

1. Đánh giá lại hiệu quả của việc triển khai công tác can thiệp động mạch vành cấp cứu.
2. Các đặc điểm của tổn thương động mạch vành trong nhồi máu cơ tim cấp từ năm 2005 đến 2010 tại Trung tâm Tim mạch – Bệnh viện Trung ương Huế.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 60 bệnh nhân được chẩn đoán xác định nhồi máu cấp nhập viện tại khoa Cấp cứu - Tim mạch can thiệp tại Trung tâm Tim mạch - Bệnh viện Trung ương Huế từ tháng 1 năm 2005 đến tháng 8 năm 2010.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu

- Chẩn đoán xác định NMCT cấp theo tiêu chuẩn của TCYTTG 2006; bệnh nhân đến trước 6 giờ kể từ khi khởi phát cơn đau thắt ngực, hoặc sau 6 giờ nhưng có bằng chứng cho thấy nhồi máu tiến triển (còn đau thắt ngực, men tim tiếp tục tăng, ST chênh cao thêm...).

- Nội dung nghiên cứu: Đánh giá tổn thương của động mạch thủ phạm, hiệu quả can thiệp ĐMV cấp cứu ở bệnh nhân NMCT cấp; mối liên quan giữa

động mạch thủ phạm với tình trạng lâm sàng của bệnh nhân.

III. KẾT QUẢ

3.1. Đặc điểm chung của nhóm nghiên cứu:

Bảng 1: Đặc điểm chung, yếu tố nguy cơ và bệnh cảnh lâm sàng

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình	65 ± 10.7	
Nam	48	80
Nữ	12	20
Hút thuốc lá	40	66,67
Tăng huyết áp	45	75
Đái tháo đường	10	16,67
RL Lipid máu	30	50
NMCT	58	96,67
ĐTN không ổn định	2	3,33
Giờ vào viện < 6 h > 6h	47	78,3
	13	21,7

Hầu hết các bệnh nhân là nam giới (80%). Tăng huyết áp, hút thuốc lá, rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ thường gặp nhất. Bệnh cảnh NMCT chiếm đa số: 96.67%. Chỉ có 3,33% trường hợp vào viện với hội chứng vành cấp/đau thắt ngực không ổn định. Phần lớn các bệnh nhân đến trước 6h (78.3%).

3.2. Đặc điểm về điện tâm đồ của nhóm nghiên cứu:

Bảng 2: Các đặc điểm điện tâm đồ

Đặc điểm	n	Tỷ lệ %
ST chênh lên	58	96,67
ST chênh xuống	2	3,33
Sóng Q hoại tử	5	8,33
RL nhịp (ngoại tâm thu)	20	33,33
Bloc nhĩ thất (BNT)	20	33,3
Rung thất	4	6,67
Vùng trước	28	46,67
Vị trí NMCT Vùng bên Vùng dưới	6	10
	26	43,33

Hầu hết các bệnh nhân đều có đoạn ST chênh lên diện tâm đồ. Tỷ lệ xuất hiện sóng Q rất thấp. Tất cả các trường hợp bị BNT cấp 3 đều gặp ở NMCT vùng dưới. Các trường hợp ngoại tâm thu gặp ở bệnh nhân NMCT vùng trước hoặc vùng bên. Riêng rung thất hay gặp ở NMCT vùng dưới nhiều hơn (3/4 trường hợp).

3.3. Đặc điểm tổn thương của các nhánh ĐMV thủ phạm gây NMCT cấp

Bảng 3: Vị trí của các tổn thương trên các động mạch vành thủ phạm gây NMCT cấp

Vị trí tổn thương	n	%
Thân chung ĐMV trái	0	0
Động mạch liên thất trước	28	46,67
Đoạn gần	21	35
Đoạn giữa	7	11,67
Đoạn xa	0	0
Động mạch Mũ	6	10
Đoạn gần	6	10
Đoạn xa	0	0
Động mạch vành phải	26	43,33
Đoạn gần	7	11,67
Đoạn giữa	15	25
Đoạn xa	3	5

- ĐMV thủ phạm chủ yếu là ĐMV liên thất trước (46.67%), và động mạch vành phải (43.33), ĐMV Mũ chiếm tỷ lệ rất thấp (10%).

Bảng 4: Phân độ dòng chảy theo TIMI của các tổn thương thủ phạm

ĐM thủ phạm	TIMI 0-1	TIMI 2-3
Liên thất trước	5 (17,86%)	23 (82,14%)
Vành phải	20 (76,92%)	6 (23,08%)
Mũ	2	4

- Tổn thương thủ phạm của các ĐMV phải

thường bị tắc hoàn toàn hoặc gần hoàn toàn (TIMI 0-1) so với ĐMV LTT thủ phạm (79,92% so với 17,86%, $p < 0,01$).

3.4. Các biện pháp can thiệp động mạch vành thủ phạm

Bảng 5: Các kỹ thuật can thiệp được thực hiện

ĐM thủ phạm	Nong, stent	Stent trực tiếp	Nong
ĐM LTT	25	2	1
ĐM Mũ	4	1	1
ĐM vành phải	24		2

- Kỹ thuật can thiệp chủ yếu là nong và đặt stent.

- Có 1 trường hợp tổn thương liên thất trước và 2 trường hợp tổn thương vành phải nhưng chỉ nong mà không thể đặt stent vì huyết khối tái phát ngay sau khi nong.

3.5. Kết quả can thiệp động mạch thủ phạm:

Bảng 6: Tỷ lệ thành công của can thiệp cấp cứu

ĐM thủ phạm	Thành công	Thất bại
ĐM LTT	27	1
ĐM Mũ	6	0
ĐM vành phải	25	1
%	58(96,67)	2(3,33)

Tỷ lệ tái thông thành công động mạch vành chiếm tỷ lệ rất cao (95%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Một số đặc điểm chung:

Các bệnh nhân của chúng tôi có độ tuổi trung bình khá cao (65 ± 10.7), tuy vậy trường hợp nhỏ tuổi nhất là 32 tuổi, đây là một trong những trường hợp nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi được ghi nhận với tổn thương hẹp thực thể chứ không phải do co thắt. Về giới thì nam thường gặp hơn nữ, tương tự như các báo cáo trong y văn [1],[2]. Hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn chuyển hóa lipid là những nguy cơ chủ yếu của bệnh lý mạch vành. Tăng huyết áp là yếu tố thuận lợi cho các cholesterol gây xơ vữa có cơ hội thâm nhập vào thành động mạch nhiều hơn. Sự tăng áp lực lên thành mạch do

tăng huyết áp sẽ tạo điều kiện thuận lợi cho sự đứt gãy các mảng xơ vữa tạo nên các biến chứng cấp tính. [6]

Trong 60 bệnh nhân NMCT cấp chỉ có 2 trường hợp NMCT không có ST chênh lên (3,33%), đến sau 6 giờ và cơn đau thắt ngực tái diễn nhiều lần. NMCT có sóng Q chỉ có 5 trường hợp (8,33%), cho thấy bệnh nhân đã kịp thời đến bệnh viện rất sớm.

Về vị trí, nhồi máu vùng trước và vùng dưới có tỉ lệ tương đương nhau trong nghiên cứu của chúng tôi, NMCT vùng bên chiếm tỉ lệ rất thấp (10%).

4.2. Đặc điểm tổn thương mạch vành

- Trong 60 trường hợp được nghiên cứu thì tổn thương vành phải chiếm tỉ lệ cao hơn (35%) so với tổn thương vành trái (26,67%). Tổn thương 2 ĐMV trong 38,33% trường hợp cho thấy các bệnh nhân này không được chẩn đoán trước đây mặc dầu có 1 hay nhiều YTNC cho đến khi NMCT xảy ra.

- Động mạch thủ phạm được gợi ý bởi điện tâm đồ và xác định bằng chụp động mạch vành chọn lọc. Đặc biệt khi bệnh nhân có hai hay nhiều tổn thương quan trọng trên nhiều động mạch vành thì điện tâm đồ định khu NMCT lại có giá trị xác định “thủ phạm” rất cao. [5],[7]

- Mức độ tổn thương: đa số các trường hợp NMCT cấp có tình trạng tắc cấp động mạch vành (TIMI 0 hoặc 0-1), đặc biệt thường gặp đối với ĐMV phải (20/26 ca). Triệu chứng lâm sàng trong trường hợp tắc hoàn toàn ĐMV cũng rất rầm rộ hơn

với huyết áp tụt kẹt, nhịp tim chậm, thậm chí bloc NT cấp 2, 3 hoặc rung thất.

4.3. Kết quả can thiệp:

- Trong 60 trường hợp NMCT cấp, tỷ lệ can thiệp thành công của chúng tôi rất cao (chiếm tỷ lệ 96,67%), chỉ có 2 trường hợp thất bại ở bệnh nhân già, đến muộn > 12 giờ, tổn thương phổi hợp, vôi hóa nhiều.

- Từ vong sau can thiệp < 24 giờ do tắc cấp trong stent là một biến chứng có thể xảy ra, ngay cả với liệu trình chống đông gồm heparine và kháng tiểu cầu uống phối hợp (Aspirine và Clopidogrel liều tấn công) cho thấy vai trò của các thuốc ức chế GP IIB/ IIIA trong can thiệp cấp cứu. [5],[6]

V. KẾT LUẬN

Các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp đa phần là nam giới, có nhiều yếu tố nguy cơ phối hợp, có thể xảy ra ở tuổi rất trẻ (32 tuổi).

Tổn thương đơn độc chiếm tỷ lệ cao, tần suất tương đương nhau giữa động mạch vành phải và liên thất trước nhưng tắc hoàn toàn hay gấp ở động mạch vành phải hơn.

Tỷ lệ thành công tái thông động mạch vành cao, biến chứng thấp, phụ thuộc vào thời gian đến sớm của bệnh nhân, kinh nghiệm và tổ chức của đội ngũ cấp cứu. Tắc cấp trong stent có thể xảy ra với liệu pháp chống đông cơ bản.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Quang Tuấn. “Nghiên cứu phương pháp can thiệp ĐMV qua da trong điều trị NMCT cấp”. Các đề tài khoa học hội nghị tim mạch Miền Trung Mở rộng lần II, 2001; (40): tr 115-116.
2. Nguyễn Thị An. “Đặc điểm hội chứng vành cấp ở người có tuổi” Luận văn Thạc sĩ Y học, ĐHYD TP HCM, 2008: tr 78-90
3. Nguyễn Đức Hải và cs. “Nhận xét thương tổn động mạch vành ở các bệnh nhân được can thiệp cấp cứu tại BV TƯQĐ 108”, Kỳ yếu toàn văn các đề tài khoa học đại hội và hội nghị nội khoa toàn Quốc lần thứ VI, năm 2009: tr 205-210.
4. Thạch Nguyễn và cs. “Điều trị nhồi máu cơ tim có đoạn ST chênh lên”, một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị, 2001, Nhà xuất bản y học Hà Nội-2001: tr 1- 25
5. Thạch Nguyễn và cs “Can thiệp bằng ống thông trong nhồi máu cơ tim” Các vấn đề phức tạp trong Tim Mạch, Nhà xuất bản y học Hà Nội-2001: tr 65-70
6. The GUSTO-I Investigators. An international randomized trial comparing four thrombolytic strategies for AMI, Engl J Med 1993, 329: 673-682.
7. Mose J, Moussa I, Stone G. “Clinical trials of coronary stenting in acute myocardial infarction”, J Invas Cardiol, 1997 (10): 225-229.
8. William JS, James HO, “Primary angioplasty in acute myocardial infarction”, Cardiac Intensive Care, 1998; (8); 161-180.