

# Các điểm nổi bật của sinh hoạt Câu lạc bộ Can thiệp Việt Nam tháng 3 năm 2022

Kwan S Lee MD\*, Nguyễn Ngọc Quang\*\*, Hoàng Anh Tiến\*\*\*

Trường Đại học Arizona\*

Viện Tim mạch học Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai\*\*

Trường Đại học Y Dược Huế\*\*\*

## 1. Các dụng cụ bảo vệ chống huyết khối

- Lưới lọc phân xa

Ưu điểm: sẵn có, trực quan, cho phép nhiều loại dây dẫn đi qua tổn thương

Nhược điểm: có thể quá tải mảng vữa xơ, khó hồi phục, các dữ liệu chưa ủng hộ

Kinh nghiệm lâm sàng: Lựa chọn đầu tiên đối với can thiệp cầu nối động mạch vành - tĩnh mạch hiển hoặc các huyết khối lớn; Chọn những nhánh xa có nguy cơ huyết khối cao nhất; lưu ý kích thước mạch máu; Cẩn thận đối với góc và stent không giãn nở hết; Chuẩn bị bởi cảnh mắt dòng ở phân xa.

- Dụng cụ bảo vệ phân gần:

Ưu điểm: Bảo vệ mà không đi qua tổn thương.

Nhược điểm: Thiếu máu phân xa; khó quan sát khi bóng đã bơm lên.

Kinh nghiệm lâm sàng: Không áp dụng đối với tổn thương vị trí lỗ, không tối ưu đối với nhồi máu cơ tim ST chênh lên; Kiểm tra dòng trước khi hút; Luôn kiểm tra dòng chảy và áp lực

Kết luận: Dụng cụ bảo vệ chống huyết khối ít sử dụng ở tổn thương nhiều huyết khối như can thiệp cầu nối động mạch vành - tĩnh mạch hiển; Mỗi loại dụng cụ đều có một ưu điểm riêng; Lựa chọn dụng cụ cần dựa vào giải phẫu động mạch vành cũng như là đặc điểm tổn thương và mạch máu.

## 2. Hút huyết khối bằng tay

Không hút huyết khối thường quy theo khuyến cáo của Hội Tim mạch châu Âu 2018 và Hội Tim

mạch can thiệp Hoa Kỳ 2021. Chỉ hút huyết khối những trường hợp tổn thương có phân độ huyết khối cao (Độ 4, Độ 5).

Hút huyết khối được tiến hành khi: mạch máu lớn; vị trí đoạn gần; gánh nặng huyết khối cao; tạo thuận để đặt stent trực tiếp; điều trị thuyên tắc phân xa. Những trường hợp gánh nặng huyết khối lớn cần dùng thêm ức chế GPIIb/IIIa.

Lưu ý về mặt kỹ thuật: Đẩy ống thông hút huyết khối hết chiều dài tổn thương; di chuyển ống thông hút huyết khối chậm; đảm bảo áp lực âm liên tục khi hút; hút tối thiểu 2 syringe; đảm bảo ống thông can thiệp gài đúng vị trí; khi rút ống thông hút huyết khối cần giữ áp lực âm mạnh tránh rơi mảng vữa; hút 8-10 ml từ ống thông can thiệp; mở khóa cầm máu để xả máu sau khi rút ống thông hút huyết khối.

## 3. Can thiệp tổn thương có huyết khối

Nên dùng ức chế GPIIb/IIIa khi can thiệp tổn thương có gánh nặng huyết khối lớn, không có dòng chảy, dòng chảy chậm trong cải thiện thành công thủ thuật (ACC/AHA/SCAI 2021). Dùng đường nội mạch vành có thể cải thiện dòng chảy TIMI, tưới máu cơ tim.

Tiêu sợi huyết nội mạch vành liều % đến % liều dùng tĩnh mạch có thể được cân nhắc sử dụng khi hút huyết khối thất bại.

Kết luận: Ưu tiên đặt stent trực tiếp; Nên dùng hình ảnh nội động mạch vành; Hút huyết khối liên tục ưu tiên sử dụng nếu có sẵn.