

ĐIỀU TRỊ TIÊU SỢI HUYẾT TRONG NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN TẠI TRUNG TÂM TIM MẠCH AN GIANG TỪ THÁNG 02/2004- 7/2005

BS Bùi Hữu Minh Trí, BS Nguyễn Quang Dũng, BS Võ Minh Chánh, BS Ngô Trần Quang Minh, BS Mai Phạm Trung Hiếu (Khoa HSCC- TTTM An Giang)

TÓM TẮT:

Mục tiêu: Đánh giá vấn đề chỉ định, tổ chức triển khai thực hiện cùng hiệu quả tái tưới máu, tác dụng phụ của thuốc tiêu sợi huyết (streptokinase) cho bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên tại khoa HSCC TTTM An Giang từ 2/04-7/05

Kết quả: Có 25/85 (29.4%) cas có chỉ định trong đó 19/25 (76%) tuổi trung bình 58 ± 12 gồm 14 nam, 5 nữ thực sự được dùng streptokinase. Thời gian từ khi có triệu chứng đến nhập viện: 580 ± 165 phút, thời gian từ khi nhập viện đến lúc dùng thuốc 26.7 ± 8 phút. Mức ST chênh lên giảm rõ sau 90 phút và sau 3 giờ dùng thuốc ($p < 0.0005$). Hiệu quả tái tưới máu tốt (ST chênh lên giảm $> 50\%$ sau 90 phút đạt 9/19 cas (47%) và sau 3 giờ đạt 14/19 cas (73%), triệu chứng giảm sau 90 phút (giảm nhiều 10/19 cas - 52.6%) và 3 giờ (giảm nhiều 12/19 cas - 63%). Không có trường hợp nào dị ứng hoặc xuất huyết nhẹ hay nặng. Có 10/19 cas (52.6%) huyết áp hạ sau dùng thuốc (mức hạ 18.2 ± 10.7 mm Hg), đáp ứng tốt với bù dịch (5cas), bù dịch và vận mạch (5 cas) ngắn hạn.

Kết luận: Tỷ lệ dùng thuốc chưa cao chủ yếu do nhập viện trễ, streptokinase có hiệu quả tái tưới máu tốt, ít tác dụng phụ, sử dụng không phức tạp. Liệu pháp tiêu sợi huyết với streptokinase là cần thiết, hợp lý, kinh tế cho bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên đặc biệt ở những nơi chưa có can thiệp mạch vành

ABSTRACT:

Objectives: To evaluate indication, introduction of streptokinase for AMI patients with ST elevation, its efficacy and adverse effects in ICU of Angiang cardiovascular center from 2/04 to 7/05

Results: Streptokinase was used in 19/25 (76%, average age 58 ± 12 , male 14, female 5) patients who had indication for fibrinolytic therapy. Symptom-to-door time and door-to-needle time was 580 ± 165 minutes and 26.7 ± 8 minutes respectively. The extent of ST-segment resolution was significant after 90 min and 3h ($p < 0.0005$). Successful reperfusion (reduction of ST elevation $> 50\%$) was achieved in 47% at 90min and 73% at 3h. 52.6% and 63% of patients improved clinically at 90min and 3h respectively. None had any bleeding and allergic reaction. Hypotension (18.2 ± 10.7 mmHg) occurred in 10/19 of cases (52.6%) but responded well to short term fluid and inotropic therapy

Conclusion: Although the rate of streptokinase use was not high due to late admission, it had good effect on reperfusion and insignificant adverse reactions. Fibrinolytic therapy with streptokinase should be used in all eligible ST- elevation AMI patients while coronary interventions are still not available.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Nhồi máu cơ tim cấp (NMCT) với cơ chế bệnh sinh chính là sự hình thành huyết khối cấp tính từ mảng xơ vữa bị nứt vỡ làm tắc nghẽn hoàn toàn động mạch vành (ĐMV) gây hoại tử cơ tim là nguyên nhân tử vong và nhập viện hàng đầu trên thế giới⁽¹⁾. Trong điều trị NMCT cấp, tái tưới máu là nền tảng với hai biện pháp chính: dùng thuốc tiêu sợi huyết (TSH- không xâm lấn) và can thiệp/ bắc cầu mạch vành (xâm lấn). Thuốc TSH là một bước tiến quan trọng trong điều trị NMCT cấp. Khởi đầu từ những năm 50, cho đến thập niên 80-90 thế kỷ trước các thử nghiệm lâm sàng đa trung tâm lớn cũng như các phân tích gộp (metaanalysis) đã chứng minh thuốc TSH (streptokinase, rtPA..) làm giảm tỷ lệ tử vong có ý nghĩa và đặt cơ sở cho việc áp dụng rộng rãi thuốc TSH trong thực hành lâm sàng⁽²⁻⁵⁾. Mặc dù hiện nay can thiệp mạch vành ngày càng phát

triển, thuốc TSH vẫn là công cụ tái tưới máu được dùng nhiều nhất do giá thành hợp lý, dễ sử dụng, không đòi hỏi trang thiết bị phức tạp. Tại Việt nam những năm gần đây tại các bệnh viện ở các thành phố lớn bắt đầu thực hiện điều trị thuốc TSH cho bệnh nhân (BN) NMCT cấp^(6,7). Tại khoa HSCC TTTM An Giang, chúng tôi đã tổ chức triển khai điều trị tái tưới máu với thuốc TSH streptokinase từ đầu năm 2004 đến nay và đã đạt được một số kết quả nhất định. Trong nghiên cứu này, mục đích của chúng tôi là đánh giá vấn đề chỉ định, tổ chức thực hiện, hiệu quả tái tưới máu và tác dụng phụ của streptokinase trên bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên trong thời gian từ 02/2004-7/2005.

PHƯƠNG PHÁP – ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU:

1.Thiết kế: báo cáo trường hợp bệnh (case series)

2. Đối tượng: các bệnh NMCT cấp nhập khoa HSCC từ 02/2004-7/2005 có chỉ định và không chống chỉ định dùng TSH theo Hướng dẫn thực hành của Hội tim/ Trường môn tim mạch (AHA/ACC)⁽¹⁾ (xem phụ lục)

3. Thu thập số liệu: đặc điểm bệnh nhân, tình trạng nhập viện (độ Killip, vị trí NMCT)

- Tỷ lệ được dùng thuốc TSH , không dùng thuốc ở BN có chỉ định.
- Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi dùng thuốc (symptom-to-needle time)
- Thời gian từ lúc nhập viện đến khi dùng thuốc (door-to-needle time)
- Triệu chứng lúc nhập viện, 90 phút, 3 giờ sau dùng thuốc.
- So sánh tổng mức ST chênh lên ở các chuyển đạo ECG có dấu hiệu NMCT cấp lúc nhập viện , 90', 3h sau dùng thuốc
- Tái tưới máu thành công: mức giảm ST chênh lên >50% ở 90 phút, 3 giờ sau dùng thuốc so với nhập viện
- Ghi nhận các tác dụng phụ trong và sau dùng thuốc.

4. Xử lý số liệu: tỷ lệ %, số TB $\pm$ độ lệch chuẩn, t-test theo cặp đánh giá mức giảm ST chênh lên trước và sau điều trị 90', 3h. Các kết quả có ý nghĩa thống kê với $p < 0.05$ (SPSS 10.0)

KẾT QUẢ:

*** Tỷ lệ chỉ định thuốc TSH:**

- BN NMCT cấp ST chênh lên nhập khoa: 85
- BN có chỉ định dùng TSH: 25/85-29.4%
- BN thực sự dùng TSH: 19/25-76% (19/85-22.3%)
- BN có chỉ định, không được dùng: 6/25- 24% (6/85- 7.1%)

*** Đặc điểm bệnh nhân dùng TSH:**

- Bệnh nhân dùng TSH 19 (nam 14, nữ 05)
- Tuổi trung bình: 58 ± 12
- Phân độ Killip I: 11- 55.8 %, II: 5 -26 %, III: 1- 5.3%, IV: 2-10.7 %
- Vị trí NMCT: sau dưới: 7- 37%, sau dưới + thất phải: 1-5%, thành trước : 4-21%, trước rộng:7- 37%
- Nhập viện trước 6h: 13/19- 68%, 6-12h: 6/19-32%
- Thời gian TB từ khi có triệu chứng đến dùng thuốc: $580' \pm 165'$ ($9g40' \pm 2g 45'$)
- Thời gian từ lúc nhập viện đến khi dùng thuốc : $17' \pm 8'$
- Điều trị hỗ trợ: Aspirin: 19/19-100%, Úc chế men chuyển:17/19- 89%, chẹn beta giao cảm: 15/19- 79% (3/19 trong ngày đầu, 12/19 từ ngày 2)

***Hiệu quả tái tưới máu :**

- Tái tưới máu thành công sau 90': 9/19- 47%, sau 3h:14/19- 73%
- Đánh giá mức giảm ST chênh lên chung so với lúc nhập viện (bảng 1):

	Nhập viện	90'	p	3 h	p
Tổng ST ↑(mm)	15.4 ± 6.5	9.9 ± 6.9	<0.0005	4.3 ± 3.4	<0.0005

- Giảm triệu chứng sau khi điều trị (bảng 2):

	Giảm nhiều	Giảm ít	Không đổi
Sau 90'	10 (53%)	5 (26%)	4 (21%)
Sau 3h	12 (63%)	5 (26%)	2(11%)

- Rối loạn nhịp tim sau điều trị: 1 trường hợp ngoại tâm thu thất nhịp đôi tự hết trong vòng 2-3h, 2 trường hợp có nhịp tự thất tăng lên thoáng qua ngay sau khi ngưng thuốc

***Kết cuộc lâm sàng tại BV:**

- Tử vong sau 2h sau vào viện do sốc tim: 2/19- 11%
- Đột tử (sau stress tâm lý đột ngột) ngày thứ 5: 1/19- 5%
- Xuất viện với tình trạng ổn định: 16/19- 84%

***Tác dụng phụ:**

- Xuất huyết : 0/19
- Di ứng: 0/19
- Huyết áp hạ: 10/19 (53.9%), mức độ hạ 18.2 ± 10.7 mmHg trong khi điều trị TSH, nhưng không có triệu chứng đáng kể. 5 trường hợp đáp ứng bù dịch đơn thuần (<24h), 5 trường hợp bù dịch + vận mạch (Dobutamine) (<24h)

BÀN LUẬN:

Vấn đề chỉ định thuốc: Thuốc TSH là thực chất là tác nhân hoạt hóa plasminogen, chuyển plasminogen thành plasmin để chất này phân hủy fibrin thành phần chính của cục máu đông gây tắc nghẽn mạch vành trong NMCT cấp. Thuốc TSH hiện có 2 nhóm chính: nhóm tác động không đặc hiệu trên fibrin (non-fibrin-specific) như streptokinase, anistreplase, urokinase và nhóm tác động đặc hiệu trên fibrin như alteplase (r-tPA), reteplase, tenecteplase (TNK-tPA), lanoteplase (n-PA). Streptokinase là thuốc TSH được sử dụng sớm nhất, có giá thành không cao nên được dùng rộng rãi trong thực tế. Streptokinase gắn kết với plasminogen thành phức hợp 1:1 hoạt hóa plasminogen bao gồm cả plasminogen tự do thành plasmin gây phân hủy fibrin cục máu đông và giảm fibrinogen toàn bộ (tác động không đặc hiệu trên fibrin)⁽⁸⁾. Streptokinase được dùng qua đường truyền tĩnh mạch với liều 1.5MU (triệu đơn vị) trong 60'.

Nghiên cứu GISSI-I công bố năm 1986 (n=11.712) cho thấy SK giảm tỷ lệ tử vong 18% có ý nghĩa ở tuần thứ 3 duy trì cho đến 1 năm⁽³⁾. Trong nghiên cứu ISIS-2 (n=17.187) năm 1988, streptokinase giảm tử vong 23%, streptokinase phối hợp aspirin giảm tử vong 38% ở tuần thứ 5⁽²⁾. Phân tích gộp 2 thử nghiệm này cùng với 7 thử nghiệm khác (Fibrinolytic Therapy trialists' Collaborative Group- FTT, 1994) với tổng số BN rất lớn (n=58.600) khẳng định hiệu quả điều trị trong 3-6 tuần đầu duy trì đến 1 năm sau điều trị⁽⁵⁾. Hiệu quả được ghi nhận ở BN có ST chênh lên, bloc nhánh mới xuất hiện không phụ thuộc tuổi, giới, huyết áp, nhịp tim, NMCT cũ hay tiểu đường. Điều trị càng sớm thì hiệu quả càng cao. Diễn dịch bằng ngôn ngữ thông thường thì cứ điều trị TSH cho 1000 BN trong vòng 6h đầu sẽ cứu sống thêm 30 BN, trong vòng 7-12h cứu sống thêm 20 BN. Phân tích này xác định cửa sổ điều trị TSH tốt nhất là trong 12h đầu từ khi có triệu chứng. Hiện nay chỉ định thuốc TSH theo AHA/ACC gồm: tuổi <75, triệu chứng gợi ý NMCT cấp <12h, ST chênh lên ít nhất > 2 chuyển đạo (1). Các chống chỉ định (CCĐ) bao gồm CCĐ tuyệt đối và tương đối (xem phụ lục). Theo AHA/ACC, thuốc TSH phải được dùng càng sớm càng tốt, không cần phải đợi kết quả chất đánh dấu tim⁽¹⁾. Như vậy vấn đề chẩn đoán NMCT cấp khi có dự tính dùng thuốc TSH cần hết sức chính xác trong

khai thác bệnh sử, nhất là phân tích ECG. Cần chú ý phải đo ECG nhiều lần để phát hiện động học thay đổi các sóng cũng như chẩn đoán phân biệt các trường hợp ST chênh lên không do NMCT cấp⁽⁹⁾.

Mặc dù được chứng minh có hiệu quả trong các thử nghiệm lâm sàng hơn một thập niên qua, thuốc TSH vẫn chưa được dùng đúng mức trong thực tế^(10,11). Một trong các nguyên nhân chính do bệnh nhân nhập viện trễ, vượt quá cửa sổ điều trị. Tỷ lệ được dùng thuốc của chúng tôi là 19/85 (22.3%), không dùng thuốc 66 (77.6%). Tất cả BN không có chỉ định điều trị do nhập viện trễ sau 12 h. trong đó 15 cas >75 tuổi (quá chỉ định TSH). Vài năm trước khảo sát NMCT tại khoa chúng tôi (2001) cho thấy BN NMCT cấp nhập viện trong 12h đầu cũng chỉ khoảng 33%⁽¹²⁾. Đây là một trở ngại lớn trong chỉ định điều trị TSH khó khắc phục được ngay vì phụ thuộc vào nhiều yếu tố: kinh tế xã hội, trình độ dân trí, chăm sóc sức khỏe ban đầu, giáo dục truyền thông... Ngay ở các nước phát triển, đây cũng là vấn đề tồn đọng cần giải quyết. Một nghiên cứu tại Đức trong hơn 21.000 bệnh nhân có 48% không được dùng bất kỳ biện pháp tái tưới máu nào, trong đó 86% là do nguyên nhân nhập viện trễ trên >12 h chỉ có 14% là có chống chỉ định TSH⁽¹³⁾. Trong 25 BN của chúng tôi có chỉ định, ngoài 19 bệnh nhân được dùng có 6 bệnh nhân có chỉ định nhưng không được dùng, trong đó 2 trường hợp người nhà chần chừ chưa đồng ý, 4 trường hợp do bác sĩ trực không quyết định điều trị do e ngại trong chẩn đoán. Tại Mỹ nghiên cứu số bộ quốc gia (national registry) về NMCT cho thấy trong hơn 240.000 BN tỷ lệ dùng TSH là 35.1% trong khi lẽ ra có chỉ định là 51-62%⁽¹⁴⁾. Các yếu tố tác động lên việc không dùng thuốc là: hồi sức tim phổi, suy tim, tuổi >70, nhập viện 4-12h, ECG ban đầu ít giá trị chẩn đoán⁽¹³⁾.

Theo AHA/ACC thời gian từ lúc nhập viện đến khi dùng thuốc trong vòng 30' đánh giá khả năng tổ chức tốt điều trị TSH, trị số tại khoa chúng tôi khá tốt $27' \pm 8'$. Điều này có thể do khâu tổ chức triển khai thực hiện trước đó cho nhân viên khoa khá hoàn chỉnh và đồng bộ (gồm 01 buổi trình bày cho BS, 02 buổi trình bày quy trình điều trị và theo dõi cho BS, ĐD, cung cấp checklist giúp chỉ định thuốc, tài liệu giải thích cho thân nhân BN)⁽¹⁵⁾. Bên cạnh thuốc TSH, điều trị hỗ trợ với aspirin, ức chế men chuyển, statin, chẹn beta giao cảm ngay trong đợt cấp đã được chứng minh làm tăng hiệu quả chống đông máu, ổn định mảng xơ vữa, ổn định chức năng tim, ngừa tái cấu trúc cơ tim-suy tim⁽¹⁾. Tỷ lệ điều trị các thuốc này ở BN chúng tôi khá cao và duy trì cho đến lúc xuất viện. Tuy nhiên việc điều trị ngoại trú dài hạn BN sau điều trị TSH chúng tôi hiện chưa có khả năng theo dõi.

Hiệu quả tái tưới máu: Mục đích điều trị TSH là tái thông nhanh chóng ĐMV và đảm bảo tưới máu tốt cơ tim vùng nhồi máu. Trước đây chụp mạch vành là tiêu chuẩn vàng đánh giá tái thông mạch vành sau điều trị TSH. Gần đây nhiều dữ kiện tin cậy cho thấy ECG là công cụ hữu ích và tiện lợi trong đánh giá hiệu quả tái tưới máu của thuốc TSH⁽¹⁶⁻¹⁸⁾. Hiện nay mức ST giảm chênh lên trên ECG (mức thu xếp đoạn- ST segment resolution) cùng với đánh giá mức độ cải thiện triệu chứng được sử dụng rộng rãi trong các nghiên cứu và trong thực tế lâm sàng⁽⁸⁾. Có nhiều cách đánh giá mức thu xếp ST trong đó so sánh tổng mức ST chênh lên ở các chuyển đạo có NMCT trước và sau điều trị được dùng phổ biến nhất⁽¹⁹⁾. Tuy vậy về giá trị ngưỡng mức thu xếp hoàn toàn đoạn ST còn chưa thống nhất, một số tác giả chọn mức thu xếp ST hoàn toàn >70% cho NMCT sau dưới, một số khác chọn >50% cho NMCT thành trước⁽²⁰⁾. Thời điểm đo ECG là 60', 90', 3h sau bắt đầu điều trị. Đối với streptokinase do tác dụng ỉchậm, thời điểm thích hợp nhất là 3h⁽¹⁸⁾. Do có số BN NMCT thành trước- trước rộng cao, chúng tôi chọn mức thu xếp ST hoàn toàn >50% để đánh giá tái tưới máu thành công. Tỷ lệ thành công chúng tôi khá cao: ở 90' là 47%, ở 3h là 73% và mức thu xếp ST khác biệt có ý nghĩa trước và sau điều trị. Điều này có thể do trong nhóm BN chúng tôi có nhiều BN vào viện trước 6h (13/19-68%). Trong một nghiên cứu với streptokinase, mức thu xếp ST hoàn toàn ở 90' là 25% và 3h là 50%⁽²¹⁾. Tuy nhiên cần lưu ý rằng mức thu xếp ST có mối liên hệ tuyến tính ý nghĩa thống kê cao với tỷ lệ tử vong, tiên lượng chuẩn xác độ tái thông mạch vành nhưng ST thu xếp kém không có nghĩa là ĐMV bị tắc nghẽn⁽⁸⁾. Mức độ cải thiện triệu chứng nhiều sau 90' và 3h của chúng tôi đạt 53% và 63%. Tuy vậy dù cải thiện triệu chứng là dấu hiệu tưới máu cơ tim tốt, nhiều tác giả cho rằng dựa vào triệu chứng chủ quan là không chuẩn xác để đưa ra quyết định

lâm sàng⁽²²⁾. Nhóm BN chúng tôi có 2 trường hợp nhịp tự thất tăng lên (accelerated idioventricular rhythm). Trước đây loạn nhịp này được xem là bằng chứng tái tưới máu tốt. Theo quan niệm hiện nay, đây là chỉ điểm không chính xác. Tuy vậy loạn nhịp này không có chỉ định điều trị vì thường tự thu xếp⁽¹⁾

Tác dụng phụ: Do có tác dụng lên hệ đông máu, thuốc TSH có tỷ lệ biến chứng chảy máu nhất định. Bên cạnh đó, do có nguồn gốc từ liên cầu khuẩn, streptokinase có thể gây các phản ứng phụ như dị ứng (từ nhẹ cho đến phản ứng phản vệ), tụt huyết áp (do kích hoạt bradykinin). Trong thử nghiệm GUSTO-1 đánh giá hiệu quả của r-tPA và streptokinase (n=40.021), tỷ lệ tác dụng phụ của streptokinase là: đột quỵ chung 1.4% trong đó xuất huyết não 0.54%, chảy máu 6.3%, dị ứng 5.8%, tụt huyết áp 12.5%⁽²³⁾.

Phân tích gộp FTT (xem trên) cho thấy cứ điều trị 1000 BN trong 12h đầu cứu sống 20-30 BN nhưng với “giá phải trả” khoảng 4 BN đột quỵ và 7 BN chảy máu khác⁽⁵⁾

Trong nhóm BN chúng tôi không có các tác dụng phụ xuất huyết, dị ứng nghiêm trọng có thể do số BN còn nhỏ. Tỷ lệ huyết áp hạ sau điều trị 53% nhưng không gây triệu chứng và đáp ứng điều trị tốt. Các số liệu báo cáo về sử dụng thuốc TSH (chủ yếu là streptokinase) tại Việt nam cho thấy hạ huyết áp, dị ứng nhẹ khoảng 20-30% và đáp ứng điều trị tốt^(6,7). Các thuốc thể hệ sau như rt-PA, reteplase...(nhóm tác dụng đặc hiệu trên fibrin) có hiệu quả khá hơn streptokinase một ít, ít dị ứng hơn tuy nhiên tỷ lệ đột quỵ và xuất huyết não có cao hơn: đột quỵ chung 1.55% trong đó xuất huyết não 0.72%⁽²³⁾. Như vậy một lần nữa, trong chỉ định TSH cần cân nhắc kỹ lưỡng tỷ lệ ích lợi/ nguy cơ (benefit/risk ratio) và trong thực hành điều này đã được thực hiện dưới hình thức checklist (xem phụ lục) cũng như cần có sự đồng ý của BN hoặc thân nhân⁽¹⁾. Ngoài các tác dụng phụ, thuốc TSH còn có hạn chế là ĐMV vẫn có khả năng bị tái hẹp thời gian ngắn sau điều trị và đây là điểm yếu của thuốc TSH so với can thiệp mạch vành. Nguyên nhân có thể do hẹp lòng mạch và huyết khối còn sót lại⁽²⁴⁾. Việc đánh giá tái hẹp bằng chẩn đoán hình ảnh ngoài khả năng của chúng tôi, tuy nhiên ngoài 1 trường hợp đột tử (stress tâm lý) không có bằng chứng thay đổi ECG, triệu chứng lâm sàng cho thấy có tái NMCT do tái hẹp ĐMV. Một số tác giả báo cáo tỷ lệ tái hẹp khoảng 5-20%^(4,24). Chúng tôi có 2 trường hợp tử vong ngay sau nhập viện do sốc tim. Như đã trình bày, sốc tim không phải là chống chỉ định TSH nhưng tỷ lệ sống còn thấp hơn so với can thiệp / phẫu thuật ĐMV sớm⁽²⁵⁾

KẾT LUẬN:

Từ 2/04-7/05 có 25/85 (29.4%) trường hợp NMCT cấp ST chênh lên có chỉ định dùng streptokinase, trong đó 19/25 (76%) thực sự được dùng thuốc. Mức ST chênh lên giảm rõ sau 90 phút và sau 3 giờ dùng thuốc. Hiệu quả tái tưới máu tốt (ST chênh lên giảm >50% sau 90 phút đạt 9/19 cas (47%) và sau 3 giờ đạt 14/19 cas (73%), triệu chứng giảm sau 90 phút (giảm nhiều 52.6%) và 3 giờ (giảm nhiều 63%). Không có trường hợp nào dị ứng hoặc xuất huyết nhẹ hay nặng. Có 10/19 cas (52.6%) huyết áp hạ nhẹ sau dùng thuốc nhưng đều đáp ứng tốt với điều trị. Tuy tỷ lệ dùng thuốc chưa cao chủ yếu do nhập viện trễ, streptokinase có hiệu quả tái tưới máu tốt, ít tác dụng phụ. Việc chỉ định và sử dụng thuốc không quá phức tạp khi đã được chuẩn bị kỹ. Liệu pháp tiêu sợi huyết với streptokinase là cần thiết, hợp lý, kinh tế cho bệnh nhân NMCT cấp ST chênh lên trong khi tại địa phương chưa có điều kiện thực hiện can thiệp mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO:

1. Antman et al. 2004 update AHA/ACC guidelines for the management of patients with ST-elevation myocardial infarction. www.americanheart.org/guidelines. Access 12/2004)
2. Randomized trial of intravenous streptokinase, oral aspirin, both, or neither

- among 17,187 cases of suspected acute myocardial infarction: ISIS-2. (Second International Study of Infarct Survival) Collaborative Group. *J Am Coll Cardiol* 1988; 12:3A-13A
3. Effectiveness of intravenous thrombolytic treatment in acute myocardial infarction.

Gruppo Italiano per lo Studio della Streptochinasi nell'Infarto Miocardico (GISSI). *Lancet* 1986; 1:397–402

4. An international randomized trial comparing four thrombo-lytic strategies for acute myocardial infarction. The GUSTO investigators. *N Engl J Med* 1993; 329:673–682

5. Indications for fibrinolytic therapy in suspected acute myo-cardial infarction: collaborative overview of early mortality and major morbidity results from all randomised trials of more than 1000 patients. Fibrinolytic Therapy Trialists' (FTT) Collaborative Group. *Lancet* 1994; 343:311–322)

6. Kỷ yếu báo cáo khoa học hội nghị tim mạch quốc gia Huế 2000, Hải Phòng 2002

7. Kỷ yếu báo cáo khoa học hội nghị tim mạch miền trung mở rộng. Nha Trang 2003

8. Ohman EM et al. 6th ACCP Consensus conference. IV thrombolysis in acute myocardial infarction. *Chest* 2001;119:253S-277S)

9. K Wang, RW Asinger, HJL Marriott. ST-Segment Elevation in Conditions Other Than Acute Myocardial Infarction. *N Engl J Med* 2003;349:2128-35.)

10. F Ribichini, W Wijns. Acute myocardial infarction: reperfusion treatment. *Heart* 2002;88:298-305.

11. Hasdai D, Behar S, Wallentin L, et al. A prospective survey of the characteristics, treatments and outcomes of patients with acute coronary syndromes in Europe and the Mediterranean basin. Euro Heart Survey ACS. *Eur Heart J* 2002;23:1190-201.

12. Bùi Hữu Minh Trí. NMCT cấp tại khoa HSCC TTTM An Giang 1999-2001. Báo cáo SHKHKT Bệnh viện 9/2001

13. Gitt AK et al. Determinants of withholding recanalisation therapy in AMI. Results of the MITRA and MIR studies. *Eur Heart J* 2000;21

14. Rogers WJ et al. Treatment of acute myocardial infarction in the US. *Circulation* 1994;90:2103-14)

15. Bùi Hữu Minh Trí. Triển khai điều trị TSH trong NMCT cấp tại TTTM An Giang. Báo cáo SHKHKT Bệnh viện 25/2/2004

16. Schroder R, Dissmann R, Bruggemann T, et al. Extent of early ST segment elevation resolution: a simple but strong predictor of outcome in patients with acute myocardial infarction. *J Am Coll Cardiol*. 1994;24:384–391.

17. Anderson DR, White HD, Ohman ME, et al. Predicting outcome after thrombolysis in acute myocardial infarction according to ST-segment resolution at 90 minutes: a substudy of the GUSTO III trial. *Am Heart J*. 2002;144:81–88..

18. de Lemos JA, Braunwald E. ST-segment resolution as a tool for assessing the efficacy of reperfusion therapy. *J Am Coll Cardiol* 2001;38:1283-94.

19. Prognostic impact of early ST-segment resolution in acute ST- elevation MI . R Schroder. *Circulation* 2004;110:506-510

20. de Lemos JA et al. ST segment resolution and infarct related artery patency and flow after thrombolytic therapy. *Am J Cardiol* 2000;35 Suppl A:407A.

21. R Shroeder et al. Comparison of the predictive value of ST elevation resolution at 90, 180 min after start streptokinase in acute myocardial infarction. *Eur Heart J* 1999; 20; 1563-71.

22. de Lemos JA, Morrow DA, Gibson CM. Early noninvasive detection of failed epicardial reperfusion after fibrinolytic therapy. *Am J Cardiol* 2001;88: 253-8)

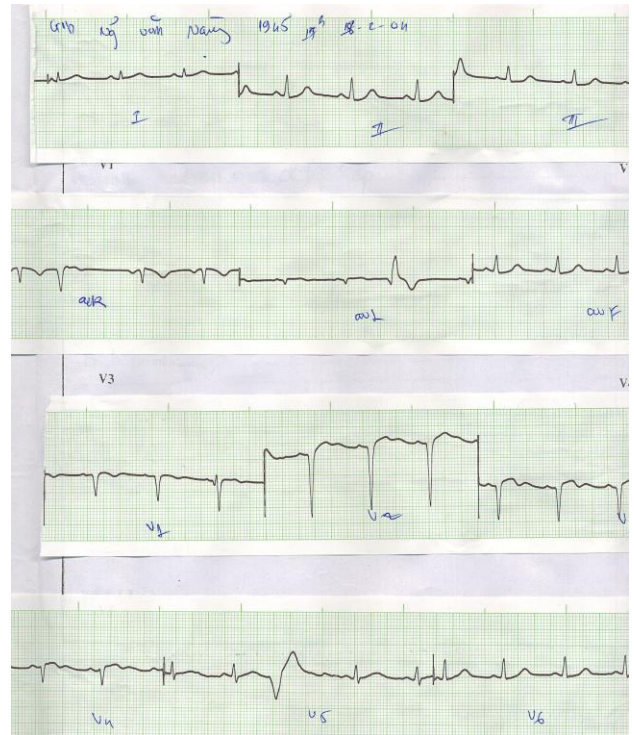
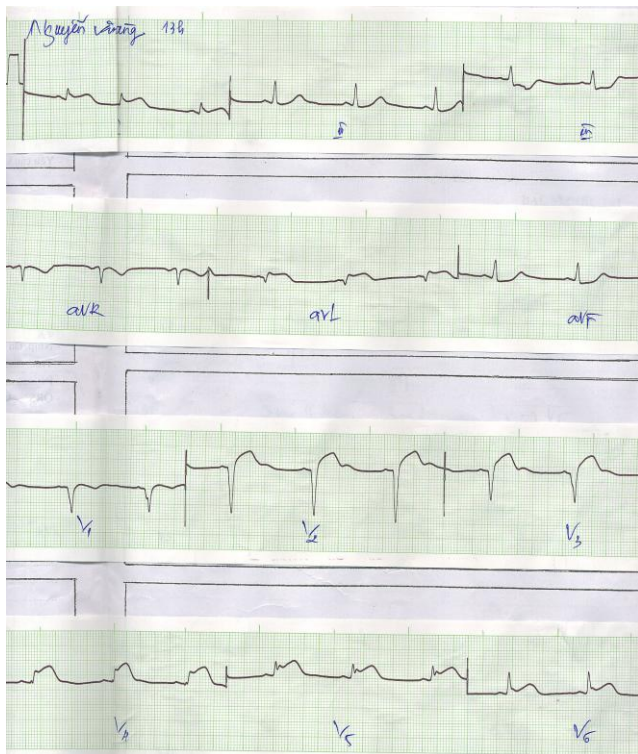
23. GUSTO Angiographic Investigators. The comparative effects of rtPA, streptokinase, or both on coronary patency, ventricular function and survival after acute myocardial infarction. *N Engl J Med* 1993;329:1615-22

24. Opie LH. Drugs for the heart 5th ed. WB Saunders 2001; p 302-322

25. Hochman JS, Sleeper LA, White HD, et al, for the Should We Emergently Revascularize Occluded Coronaries for Cardiogenic Shock (SHOCK) Investigators. One-year survival following early revascularization for cardiogenic shock. *JAMA* 2001;285:190-2.

Phụ lục1: Một trường hợp tái tưới máu thành công

BN nam 59t vào viện 18/2/04 4h sau khi có triệu chứng, được chẩn đoán NMCT cấp trước rộng. ECG nhập viện có tổng mức ST chênh lên 22mm, sau dùng thuốc streptokinase ở giờ thứ 3, ST giảm chênh rõ >50%, còn khoảng 5mm. BN hết đau ngực



Phụ lục 2: CHECKLIST (BẢNG KIỂM TRA) TRƯỚC KHI DÙNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT
TẠI KHOA HSCC (Theo AHA/ACC/ESC)

Tên BN:

Cao:

Nặng:

Tuổi:

Đ/C:

ĐT:

A. Có chỉ định tiêu sợi huyết?

+ Tỉnh, tiếp xúc được. ----- ☐

Kl ☐g

+ Triệu chứng nghi ngờ nhiều do TMCT cấp (<12h) ----- ☐ ó

Kl ☐g

Hoặc: Bloc nhánh T mới xuất hiện

- + ECG ST $\uparrow$ ít nhất 1mm, 2 CĐ liên tiếp ----- ☐ ó K ☐ g
- + Tuổi : < 75t ----- ☐ ó K ☐ g

B. Có chống chỉ định tiêu sợi huyết?

1- Tuyệt đối :

- + XH não cũ / TBMMN khác ≤ 1 năm. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Tiền sử khối U nội sọ. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + XH nội đang diễn tiến. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Nghi ngờ bóc tách ĐMC. ----- ☐ ó- K ☐ g

2- Tương đối – Thân trọng :

- + Tăng HA nặng, không kiểm soát được lúc ----- ☐ ó- K ☐ g
nhập viện (HA > 180/110 mmHg).
- + Đang dùng kháng đông (INR $\geq 2-3$) ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Tạng hay chảy máu đã biết. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Chấn thương (CT) (2-4 tuần), gồm : CT đầu/ ----- ☐ ó- K ☐ g
đại phẫu (< 3 tuần)/ HS tim phổi kéo dài gây CT.
- + XH nội mới đây (2-4 tuần). ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Có thai. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Loét DD-TTr đang hoạt động. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Tiền sử Tăng HA mãn nặng. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Có tiêm mạch vị trí không đè ép được. ----- ☐ ó- K ☐ g
- + Đã có dùng Streptokinase (SK) trước đây ----- ☐ ó- K ☐ g
(5 ngày - 2 năm) hoặc dị ứng với SK.
- + Bệnh Gan – Thận nặng. ----- ☐ ó- K ☐ g

C. Cam đoan từ thân nhân BN ----- Có ☐ Không ☐
TSH được chỉ định nếu tất cả các ô đều được Ngày tháng
năm

đánh dấu, đặc biệt là A và B.1. Nếu B.2 có 1 ô
không đánh, cần cân nhắc hết sức thận trọng.

BS Điều Trị