

có thể giảm ưu tiên cho các hành vi tự chăm sóc khác, trong đó có sức khỏe răng miệng. Do đó, nhóm người bệnh lâu năm, mặc dù có nguy cơ biến chứng cao nhất, lại chính là nhóm cần được nhắc đến bởi các chiến lược can thiệp và nhắc nhở đặc thù.

Nghiên cứu này có một số hạn chế, chủ yếu là việc dựa trên dữ liệu tự báo cáo về thực hành, có thể bị ảnh hưởng bởi xu hướng trả lời theo mong muốn xã hội. Tuy nhiên, tính nhất quán giữa thực hành kém được báo cáo và tình trạng vệ sinh răng miệng kém được ghi nhận trên lâm sàng đã phần nào củng cố độ tin cậy của kết quả. Các phát hiện này hàm ý rằng, để cải thiện sức khỏe răng miệng cho người bệnh ĐTD, các chương trình giáo dục sức khỏe cần phải vượt ra khỏi việc cung cấp kiến thức đơn thuần. Cần có một sự chuyển dịch sang các mô hình can thiệp thay đổi hành vi, tập trung vào xây dựng kỹ năng thực hành, giải quyết các rào cản tâm lý cụ thể và tích hợp việc tư vấn sức khỏe răng miệng một cách hệ thống vào mỗi lần tái khám định kỳ của bệnh ĐTD.

V. KẾT LUẬN

Kiến thức về phòng bệnh răng miệng của người bệnh ĐTD cấp 2 tại khu vực nghiên cứu ở mức khá, tuy nhiên thực hành chăm sóc sức khỏe răng miệng còn rất yếu và chưa tương xứng với kiến thức. Có sự chênh lệch lớn giữa nhận thức và hành vi, đặc biệt trong các thực hành then chốt như phương pháp chải răng, sử dụng chỉ nha khoa và khám răng định kỳ. Thực hành có xu hướng kém đi ở những người mắc bệnh lâu năm. Do đó, cần thiết phải triển khai

các chương trình giáo dục nha khoa trực tiếp, tập trung vào việc chuyển đổi kiến thức thành kỹ năng và thói quen thực tế để cải thiện sức khỏe răng miệng và chất lượng sống cho người bệnh.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Latti B. R., Kalburge J. V., Birajdar S. B., et al (2018).** Evaluation of relationship between dental caries, diabetes mellitus and oral microbiota in diabetics. *J Oral Maxillofac Pathol.* 22(2), 282-297.
2. **Watanabe K. (2011).** Periodontitis in Diabetics: Is Collaboration Between Physicians and Dentists Needed?. *Disease-a-Month.* 57(4), 206-213.
3. **Nguyễn Xuân Thực và Vũ Đức Minh (2017).** Kiến thức, thái độ, thực hành phòng bệnh răng miệng của bệnh nhân đái tháo đường cấp 2 tại bệnh viện đa khoa Ninh Bình năm 2014. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 451(2), 109-116.
4. **Sohal K. S., Kambole R. and Owibingire S. (2025).** Oral Health-Related Knowledge, Attitudes, and Practices of Diabetic Patients in Tanzania. *International Dental Journal.* 75(1), 256-262.
5. **Bahammam M. A. (2015).** Periodontal health and diabetes awareness among Saudi diabetes patients. *Patient Prefer Adherence.* 9(3), 225-233.
6. **Trần Kiều Anh, Trịnh Thị Thái Hà, Nguyễn Thị Châu và các cộng sự (2024).** Thực trạng bệnh sâu răng của bệnh nhân có bệnh lý toàn thân tại Viện đào tạo Răng hàm mặt. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 534(1), 216-223.
7. **Shanmukappa S. M., Nadig P., Puttannavar R., et al (2017).** Knowledge, Attitude, and Awareness among Diabetic Patients in Davangere about the Association between Diabetes and Periodontal Disease. *J Int Soc Prev Community Dent.* 7(6), 381-388.
8. **Dumitrescu R., Bolchis V., Popescu S., et al (2025).** Oral Health and Quality of Life in Type 2 Diabetic Patients: Key Findings from a Romanian Study. *Journal of Clinical Medicine.*

CA LÂM SÀNG GÁNH NẶNG HUYẾT KHỐI LỚN TRONG CAN THIỆP HỘI CHỨNG VÀNH CẤP: NÊN TIẾP TỤC HAY DỪNG LẠI?

Ngô Quang Tùng¹, Nguyễn Mạnh Quân¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Gánh nặng huyết khối rất thường gặp ở các bệnh nhân hội chứng vành cấp, đặc biệt là các bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên. Ngày nay, chiến lược tái thông mạch vành thì đầu là điều trị tiêu chuẩn của các bệnh nhân hội chứng vành cấp. Mặc dù có các thuốc kháng kết tập tiểu cầu

mạnh, thuốc chống đông, thuốc ức chế glycoprotein IIb/IIIa, nhưng gánh nặng huyết khối vẫn là một trong những thách thức lớn đối với các bác sĩ tim mạch can thiệp. Gánh nặng huyết khối lớn có thể gây ra thuyên tắc mạch đoạn xa, hiện tượng no/slow reflow, thuyên tắc nhánh mạch không thủ phạm và liên quan tới các kết cục tim mạch bất lợi. Hiện nay, chưa có khuyến cáo điều trị tối ưu. Chính vì vậy, chúng tôi đưa ra những lựa chọn điều trị khi đứng trước một trường hợp có gánh nặng huyết khối lớn trong can thiệp hội chứng vành cấp. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng nam giới, trẻ tuổi, nhập viện vì hội chứng vành cấp có gánh nặng huyết khối lớn đã được can thiệp thành công. **Kết luận:** Gánh nặng huyết khối

¹Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Tùng

Email: bsnt.tung@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

lớn là thách thức lớn trong tim mạch can thiệp, chưa có hướng dẫn điều trị tối ưu. Lựa chọn điều trị cần cá thể hoá. **Từ khoá:** Hội chứng vành cấp, gánh nặng huyết khối lớn, hút huyết khối

SUMMARY

A CASE REPORT WITH LARGE THROMBUS BURDEN IN ACUTE CORONARY PERCUTANEOUS INTERVENTION: SHOULD WE STOP OR CONTINUE?

Background: A large thrombus burden is really common in acute coronary artery syndrome, especially in patients with STEMI. Primary percutaneous coronary revascularization is the current standard of care in patients with ACS. Despite the availability of potent P2Y12 antiplatelet agents, effective anticoagulants, and GP IIb/IIIa inhibitors, large intracoronary thrombus remains one of the biggest challenges to interventional cardiologists during primary PCI. Large thrombus burden can cause distal embolization, no/slow-reflow phenomenon, or embolization into a non-culprit vessel and is associated with adverse cardiovascular outcomes. There is no ideal management strategy. Therefore, we propose treatment options when we deal with this situation.

Method: A case report. **Result:** We report a young, male patient who presented with ACS and had a large thrombus burden. The patient had performed PCI successfully. **Conclusion:** Large thrombus burden is a big challenge in cardiovascular intervention. There is no ideal management strategy, and we need personalized treatment. **Keywords:** Acute coronary syndrome, large thrombus burden, thrombectomy.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng mạch vành cấp có cơ chế bệnh sinh là sự nứt vỡ mảng xơ vữa sau đó hình thành huyết khối và gây lấp tắc hoàn toàn lòng động mạch vành (STEMI) hoặc một phần lòng mạch vành (NSTEMI). Bằng chứng của huyết khối có thể thấy ở khoảng 91,6% bệnh nhân hội chứng vành cấp và khoảng 16,4 % bệnh nhân có gánh nặng huyết khối lớn¹. Hiện nay, can thiệp mạch vành thì đầu qua da là lựa chọn điều trị chính. Mặc dù, hiện tại có các loại chống đông, thuốc chống kết tập tiểu cầu kháng P2Y12 mới, thuốc kháng ức chế glycoprotein IIB/IIIa tuy nhiên đứng trước một trường hợp gánh nặng huyết khối lớn, chúng ta vẫn chưa có hướng dẫn điều trị lí tưởng. Lựa chọn cần được cá thể hoá và phụ thuộc vào quan điểm của các bác sĩ tim mạch can thiệp. Bài này chúng tôi xin đưa ra các lựa chọn điều trị với tình huống trên ở một ca lâm sàng tại Viện Tim Mạch Việt Nam.

II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 31 tuổi, tiền sử hút thuốc lá nhiều năm, chưa phát hiện các bệnh lý gì khác, nhập viện vì đau tức ngực giờ thứ 18.

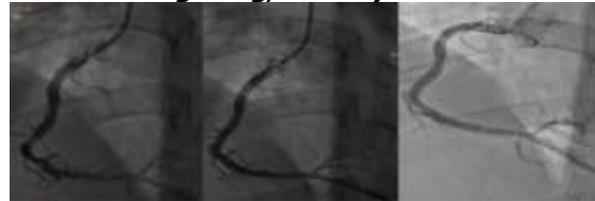
Tình trạng lúc vào viện: Tỉnh táo, còn tức ngực trái âm ỉ, không khó thở. Huyết động ổn định.

Cận lâm sàng

- ECG: Nhịp xoang, ST chênh lên D2, D3,avF.
- Siêu âm tim: Giảm vận động thành sau dưới thất trái, EF 47%.
- Xét nghiệm phát hiện đái tháo đường, rối loạn lipid máu.
- Kết quả chụp động mạch vành: Hình ảnh tắc hoàn toàn đoạn gần nhánh RCA và hẹp 85% đoạn giữa LCX và xơ vữa lan tỏa, hẹp chưa đáng kể LAD. Chúng tôi sử dụng ống thông guiding JR4 , 6F, Guidewire Sion 0.014 inch và tiến hành hút huyết khối nhiều lần bằng dụng cụ hút huyết khối Rebirth, tuy nhiên, còn rất nhiều huyết khối ở động mạch vành phải và không có dòng chảy tái thông.



Hình 1: Hình chụp động mạch vành phải, hệ mạch vành bên trái ban đầu và sau khi nong bóng, hút huyết khối



Hình 2: Hình chụp, can thiệp sau 5 ngày điều trị thuốc chống đông tích cực và chụp lại sau 1 tháng

Chúng tôi quyết định dừng lại để điều trị nội khoa tối ưu sau đó dự kiến chụp lại sau 5 ngày. Bệnh nhân được điều trị Lovenox (Enoxaparin 1mg/kg/12 giờ, định lượng anti Xa ở liều thứ 3 sau tiêm 4 tiếng với kết quả anti Xa là 0,7 UI/ml, aspirin 81mg/ngày, Ticagrelor 90 mg x 2 lần/ ngày, statin, PPI, insulin tiêm dưới da 4 mũi. Sau 5 ngày, chúng tôi chụp lại động mạch vành. Hình ảnh cho thấy vẫn còn nhiều huyết khối. Chúng tôi tiến hành đưa dây dẫn qua tổn thương, nong bóng và có dòng chảy tái thông. Chúng tôi can thiệp RCA bằng 2 stent phủ thuốc, kết quả can thiệp tốt, dòng chảy TIMI 3 sau can thiệp. Sau 3 tuần, bệnh nhân được hẹn can thiệp thì 2 nhánh động mạch mũ, kết quả chụp lại stent RCA vẫn thông tốt. Bệnh nhân sau đó được ra viện và lâm sàng hoàn toàn ổn định. Bệnh nhân được duy trì đơn: aspirin 81mg/ngày,

ticagrelor 90mg x 2 lần/ ngày, statin, PPI, Dapagliflozin, Insulin 2 mũi/ ngày.

III. BÀN LUẬN

Như đã đề cập phía trên, gánh nặng huyết khối lớn rất thường gặp trong bệnh cảnh hội chứng vành cấp. Phân loại gánh nặng huyết khối được sử dụng phổ biến là phân loại của TIMI (Thrombolysis in Myocardial Infarction), đánh giá tương quan kích thước của huyết khối và mạch tương ứng. Trong đó, TIMI 4-5 là gánh nặng huyết khối lớn².

Bảng 1: Phân độ TIMI đánh giá về gánh nặng huyết khối

Phân độ	Mô tả
0	Không có bằng chứng huyết khối trên phim chụp mạch
1	Có thể có huyết khối: Hình giảm mật độ cản quang hoặc mờ, đường viền tổn thương không đều tại vị trí tắc hoàn toàn, nhưng không chắc chắn huyết khối
2	Xác định huyết khối trên nhiều phim chụp, xác định bởi hình đường viền tổn thương không đều, khuyết cản quang. Kích thước lớn nhất của huyết khối <1/2 đường kính mạch tương ứng
3	Kích thước lớn nhất >1/2 nhưng <2 đường kính mạch tương ứng
4	Kích thước lớn nhất >2 đường kính mạch tương ứng
5	Tắc hoàn toàn mạch máu

Lưu ý đối với trường hợp huyết khối TIMI 5 (tắc hoàn toàn), chúng ta nên đưa dây dẫn hoặc bóng nhỏ cỡ 1.25 -1.5 mm qua chỗ tắc, sau đó đánh giá lại gánh nặng huyết khối tồn dư, TIMI 0 (không có huyết khối tồn dư), TIMI 1-3 (huyết khối tồn dư nhỏ), TIMI 4-5 (huyết khối tồn dư lớn).

Một số đặc điểm trên hình chụp gợi ý gánh nặng huyết khối lớn như³:

- Tắc hoàn toàn
- Huyết khối tích tụ gần chỗ tắc
- Đường kính mạch tham chiếu > 4 mm
- Có huyết khối trôi ở đoạn gần tổn thương
- Tình trạng ứ đọng thuốc cản quang kéo dài sau chỗ tắc.

Cả các yếu tố góp phần làm gia tăng gánh nặng huyết khối lớn gồm⁴:

- Các yếu tố bệnh nhân: tình trạng tăng đông, hút thuốc, giới nam, lạm dụng thuốc cocain, metamphetamin, tăng đường máu, nhập viện muộn > 12 giờ, sốc tim.
- Các yếu tố liên quan tới tổn thương: Tổn thương phức tạp, dòng chảy chậm, mạch lớn >

4mm, mạch phình, giãn, cầu tĩnh mạch hiển cũ, động mạch vành phải.

- Các yếu tố liên quan tới can thiệp: chống đông/ kháng kết tập tiểu cầu không đầy đủ, các dụng cụ wire, bóng, stent có thể kích hoạt hình thái 'clot angry'.

Ứng xử trước 1 trường hợp gánh nặng huyết khối lớn ngoài các biện pháp can thiệp thì các biện pháp dùng thuốc cũng đóng vai trò quan trọng.

Sử dụng các thuốc kháng kết tập tiểu cầu kép sớm có thể giảm gánh nặng huyết khối và cải thiện các kết cục lâm sàng. Ngoài aspirin thì các thuốc kháng P2Y12 mạnh như Prasugrel hoặc Ticagrelor được ưu tiên sử dụng hơn so với Clopidogrel nếu không có chống chỉ định. Một phân tích tổng hợp của tác giả Weiran và cộng sự trên hơn 4162 bệnh nhân cho thấy việc sử dụng liều nạp ticagrelor giúp giảm đáng kể hiện tượng no-reflow và biến cố tim mạch mà không gia tăng nguy cơ chảy máu⁵.

Các thuốc ức chế glycoprotein IIB/IIIA ức chế hoàn toàn hoạt động của tiểu cầu và cho thấy có tác dụng giải quyết huyết khối khi chụp mạch và cải thiện dòng chảy TIMI, tuy nhiên làm gia tăng nguy cơ chảy máu nhỏ và giảm tiểu cầu trong các nghiên cứu. Và hiệu quả của việc sử dụng GPIs trước viện chưa cho kết quả thống nhất nên hiện tại thuốc GPIs chỉ được sử dụng cứu vãn (IIa, C) nếu có bằng chứng gánh nặng huyết khối lớn, no-reflow⁶.

Thuốc chống đông đầy đủ trước trong và sau can thiệp là điều bắt buộc. Hiện nay, thuốc chống đông được khuyến cáo là Heparin không phân đoạn, enoxaparin, bivalirudine. Trong thử nghiệm ATOLL, liều bolus 0,5 mg/kg IV Enoxaparin khi so sánh với heparin không phân đoạn, không giảm đáng kể biến cố gộp tử vong, nhồi máu cơ tim, thất bại thủ thuật hay chảy máu nhưng giảm các kết cục thứ phát của tử vong, tái nhồi máu cơ tim, tái can thiệp hay chảy máu⁷. Do đó, sử dụng enoxaparin tiêm tĩnh mạch trong quá trình can thiệp được khuyến cáo mức IIA theo hướng dẫn ESC⁶.

Tiêu sợi huyết trong lòng mạch vành khi gánh nặng huyết khối lớn? Tiến hành bơm thuốc tiêu sợi huyết vào trong lòng động mạch vành giúp đạt nồng độ thuốc tiêu sợi huyết cao hơn và tập trung hơn. Một vài nghiên cứu nhỏ kết hợp bơm thuốc tiêu sợi huyết tại chỗ với can thiệp cho thấy kết quả hứa hẹn ở bệnh nhân STEMI, gánh nặng huyết khối lớn trong cải thiện mức độ huyết khối, sự tưới máu cơ tim mà không tăng chảy máu. Thử nghiệm DISSOLUTION trên 102 bệnh nhân STEMI, huyết khối lớn, dùng 200.000UI urokinase qua

microcatheter sau đó hút huyết khối, kết quả tốt hơn về tỷ lệ TIMI 3, TMP, giải quyết đoạn ST, TIMI frame count thấp hơn⁸. Tuy nhiên, kết quả nghiên cứu của tác giả McCartney trên 440 bệnh nhân STEMI nhưng sử dụng Alteplase 10 mg hoặc 20mg, không giảm tắc nghẽn vi mạch, MACE. Do đó, chưa có những bằng chứng mạnh ủng hộ liệu pháp tiêu sợi huyết trong lòng động mạch vành⁹.

Hút huyết khối với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn? Các dụng cụ hút huyết khối nhằm làm giảm gánh nặng huyết khối khi can thiệp động mạch vành, bao gồm hút huyết khối thủ công và hút huyết khối cơ học.

Khuyến cáo của ESC về tái thông động mạch vành và nhồi máu cơ tim có ST chênh lên nhấn mạnh không khuyến cáo tiến hành hút huyết khối thường quy trong can thiệp. Tuy nhiên, sử dụng huyết khối có thể được cân nhắc sử dụng có gánh nặng huyết khối tồn dư lớn sau khi đưa dây dẫn hay bóng qua (IIB,C)⁶.

Với hút huyết khối cơ học, hệ thống hay được sử dụng là AngioJet. Nghiên cứu JETSTENT cho thấy không có sự khác biệt giữa hút huyết khối cơ học và đặt stent trực tiếp về sự thay đổi đoạn ST, dòng chảy TIMI 3, diện nhồi máu nhưng làm giảm MACE 1, 6 tháng và cải thiện tỷ lệ sống còn không có biến cố trong 1 năm¹⁰. Do đó, AngioJet có lợi ích với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn. Tuy nhiên, do lo ngại về sự tan máu trong quá trình hút làm giải phóng adenosin gây thiếu máu, nhịp chậm mà thiết bị này chỉ được sử dụng trong 10 phút và có thể phải đặt máy tạo nhịp tạm thời nếu hút bên động mạch vành phải.

Chiến lược đặt stent với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn. Một số chiến lược đặt stent có thể đã được sử dụng hoặc nghiên cứu với các trường hợp gánh nặng huyết khối lớn

• **Đặt stent trực tiếp (Direct stenting):** Chiến lược đặt stent trực tiếp giảm nguy cơ thuyên tắc mạch đoạn xa do hạn chế thao tác đánh tan huyết khối và ép huyết khối vào giữa thành mạch và stent. Tuy nhiên, nhược điểm gồm: ước lượng dưới ngưỡng kích thước mạch máu thực tế, khó khăn khi đẩy stent qua các tổn thương xoắn vặn, vôi hoá, stent nở không đủ, stent không áp sát muện từ đó tăng nguy cơ tái hẹp stent và huyết khối stent. Một phân tích tổng hợp 5 nghiên cứu nhỏ, đơn trung tâm trên 754 bệnh nhân, đặt stent trực tiếp cải thiện tái tưới máu biểu hiện bằng cải thiện đáng kể đoạn ST và giảm tử vong tim mạch trong bệnh viện. Do đó, đặt stent trực tiếp có/ không kèm hút

huyết khối có thể được áp dụng ở những bệnh nhân phù hợp với gánh nặng huyết khối thấp.

• **Đặt stent có màng bọc (Cover stent):** Stent có màng bọc được tạo ra từ khung stent kim loại trần BMS phủ thêm màng bọc, do đó cũng có thể giữ huyết khối và phòng tránh tắc mạch đoạn xa. 2 loại stent mạch vành đã được đánh giá trong các thử nghiệm ngẫu nhiên gồm: MGuard và Stentys. Tuy nhiên, các nghiên cứu APPOSITION V (Stentys) và MASTER II (MGuard) đều phải dừng sớm do tiêu chí không kém hơn không đạt được và tỷ lệ trôi stent cao. Do đó, cho đến nay, chưa đủ dữ liệu ủng hộ sử dụng thường quy stent có màng bọc.

• **Trì hoãn đặt stent (Deferred stenting):** Việc trì hoãn đặt stent có thể hạn chế nguy cơ thuyên tắc đoạn xa nếu gánh nặng huyết khối lớn. Thời gian 24 - 48h cho phép điều trị thuốc chống huyết khối tích cực, bao gồm truyền kéo dài thuốc ức chế GP IIb/IIIa và chống đông heparin. Đa số các ca được chụp mạch vành lại sau đó cho kết quả giảm gánh nặng huyết khối và can thiệp có thể tiến hành với giảm đáng kể nguy cơ thuyên tắc đoạn xa. Chiến lược này đã được áp dụng cho bệnh nhân của chúng tôi. Nghiên cứu DEFER-STEMI trên 411 bệnh nhân cho thấy so với đặt stent ngay, trì hoãn đặt stent giảm đáng kể hình thái no/slow - reflow và tỷ lệ dòng chảy TIMI tốt cao hơn ở nhóm nguy cơ cao.

Tuy nhiên, rõ ràng các nghiên cứu trên còn chưa thuần nhất về nhóm bệnh nhân và thực hiện 'thử' đặt stent trì hoãn một cách thường quy mà không có nhóm đối tượng chọn lọc, vì vậy thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên, hồi cứu của tác giả Ahmed trên 150 bệnh nhân nhập viện vì STEMI tập trung vào nhóm có gánh nặng huyết khối lớn và chia thành 3 nhóm (A: Trì hoãn đặt stent sớm, sau 4-16h; B: Trì hoãn đặt stent muộn, sau 7 ngày; C: đặt stent ngay). Kết quả cho thấy việc trì hoãn đặt stent tốt hơn so với đặt stent ngay trong việc đạt được dòng chảy TIMI 3, giảm MACE 6 tháng, tái lập chức năng cơ tim. Điều này đạt được mà không phụ thuộc vào thời gian trì hoãn.

Thực tế bệnh nhân của chúng tôi được trì hoãn thời gian 5 ngày và sau 5 ngày thì sau khi nong bóng đã hạn chế được sự tắc mạch đoạn xa và duy trì được trạng thái "thông" của mạch chứ không như lần can thiệp đầu tiên, sau khi chúng tôi hút huyết khối và nong thì đều mất dòng và mạch bị tắc lại ngay lập tức.

Liệu trì hoãn trong thời gian bao lâu là lý tưởng? Điều này khác nhau tùy theo từng nghiên cứu. Khoảng thời gian này thường là từ

24-48 giờ, có một số nghiên cứu trì hoãn dài hơn, từ 3-7 ngày. Bệnh nhân của chúng tôi được trì hoãn trong 5 ngày. Có ý kiến cho rằng khoảng thời gian 24 - 48h là quá ngắn để huyết khối có thể tự ly giải và để các thuốc chống huyết khối đạt được tác dụng hiệu quả. Nhiều tác giả đồng thuận khoảng thời gian 5-7 ngày là hợp lý. Trong thời gian này, một số trung tâm sử dụng thuốc ức chế glycoprotein IIb/IIIa trong 12 -16 giờ, sau đó tiêm LMWH trong 5-7 ngày hoặc cho tới lần chụp tiếp theo. Tuy nhiên, họ đánh giá nguy cơ chảy máu trước, nếu nguy cơ chảy máu cao, thì ức chế Glycoprotein IIb/IIIa nên tránh và giảm thời gian dùng Heparin. Tất nhiên nếu trong thời gian chờ đợi, các diễn biến cần can thiệp cấp sẽ vẫn được tiến hành dù chưa đủ thời gian trì hoãn.

Lựa chọn bệnh nhân cho chiến lược trì hoãn đặt stent. Sự thất bại của thử nghiệm DANAMI DEFER và các RCTs khác cho thấy không phải tất cả các nhóm bệnh nhân STEMI có thể áp dụng chiến lược trì hoãn đặt stent. Các tiêu chí được tổng hợp lại gồm:

- Gánh nặng huyết khối lớn trên phim chụp mạch
- Tổn thương dài/dự kiến stent dài > 24 mm
- Các yếu tố tiên lượng nguy cơ dòng chảy chậm/no-reflow (bảng 2)
- Nhồi máu cơ tim thành trước
- Nam giới, trẻ tuổi, mạch kích thước lớn

Bảng 2: Yếu tố tiên lượng nguy cơ dòng chảy chậm/ không có dòng chảy¹⁸

Các yếu tố gia tăng tỷ lệ dòng chảy chậm/không có dòng chảy
Tuổi
Số lượng sóng Q hoại tử
Chiều dài tổn thương
Gánh nặng huyết khối ban đầu
Điểm SYNTAX của mạch liên quan tới vùng nhồi máu
TIMI lúc đầu < 1
Sử dụng IABP trước can thiệp
Huyết áp lúc nhập viện < 100mmHg
Thời gian tưới máu > 6 giờ

Ca lâm sàng của chúng tôi có nhiều yếu tố như: nam giới, trẻ tuổi, gánh nặng huyết khối TIMI 5, dòng chảy ban đầu TIMI 0.

Phác đồ sử dụng chiến lược trì hoãn đặt stent dưới đây được tác giả Akshyaya đưa ra khi can thiệp bệnh nhân STEMI. Tuy nhiên, tác giả nhấn mạnh yếu tố tiên quyết để trì hoãn đặt stent là phải có dòng chảy TIMI 3. Và khi chưa đạt được dòng chảy TIMI 3 sau khi MIMI (Minimal Invasive Mechanical Intervention) thì cần phải can thiệp chuyên sâu hơn, tích cực hơn

là can thiệp tối thiểu hay trì hoãn đặt stent. Nhưng nếu sau khi chuẩn bị tổn thương và các liệu pháp trong lòng mạch vành tích cực mà vẫn không đạt được dòng chảy TIMI 3 thì cả chiến lược trì hoãn đặt stent hay đặt stent luôn vẫn chưa được đánh giá trong các nghiên cứu và đây có lẽ vẫn là cùng xám và khi đó chiến lược cần cá thể hoá.

Bệnh nhân của chúng tôi sau khi đã hút huyết khối tích cực nhưng vẫn không đạt được sự tái thông phần nào của nhánh mạch vành tắc, chúng tôi đã quyết định dừng lại.



Hình 3: Phác đồ gợi ý chiến lược trì hoãn đặt stent trong can thiệp bệnh nhân STEMI

IV. KẾT LUẬN

Gánh nặng huyết khối lớn khá thường gặp trong can thiệp bệnh nhân hội chứng vành cấp, đặc biệt là nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên. Chiến lược trì hoãn đặt stent nhằm mục đích giảm gánh nặng huyết khối và cải thiện dòng chảy TIMI trong thời gian chờ đợi bằng cách sử dụng các thuốc chống huyết khối hiệu quả. Một số nghiên cứu cho thấy chiến lược trì hoãn đặt stent cải thiện tỷ lệ hiện tượng dòng chảy chậm hay không có dòng tái thông, cải thiện chức năng tâm thu và giảm biến cố MACE. Trì hoãn đặt stent một cách thường quy không khuyến cáo tuy nhiên các trường hợp nguy cơ gánh nặng huyết khối lớn, tổn thương dài, có các đặc điểm nguy cơ cao của dòng chảy chậm và những bệnh nhân dòng TIMI không tốt (TIMI 0 -1) sau khi hút huyết khối có thể phù hợp với chiến lược này. Thời gian trì hoãn lý tưởng vẫn còn chưa thống nhất nhưng khoảng từ 5-7 ngày cho thấy an toàn và được ủng hộ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alak A, Lugomirski P, Aleksova N, Jolly SS. A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials of Conventional Stenting Versus Direct Stenting in Patients With Acute Myocardial Infarction. J Invasive Cardiol. 2015;27(9):405-409.
2. Cassese S, Belle L, Ndrepepa G, et al. Deferred vs Immediate Stenting in Primary

- Percutaneous Coronary Intervention: A Collaborative Meta-analysis of Randomized Trials With Cardiac Magnetic Resonance Imaging Data. *Can J Cardiol.* 2018;34(12):1573-1580. doi:10.1016/j.cjca.2018.07.480
3. **Dai W, Ye Z, Li L, Su Q.** Effect of preoperative loading dose ticagrelor and clopidogrel on no-reflow phenomenon during intervention in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention: a systematic review and meta-analysis. *Drug Des Devel Ther.* 2018;12:2039-2049. doi:10.2147/DDDT.S165431.
 4. **Gibson CM, de Lemos JA, Murphy SA, et al.** Combination therapy with abciximab reduces angiographically evident thrombus in acute myocardial infarction: a TIMI 14 substudy. *Circulation.* 2001;103(21): 2550-2554. doi:10.1161/01.cir.103.21.2550.
 5. **Greco C, Pelliccia F, Tanzilli G, et al.** Usefulness of local delivery of thrombolytics before thrombectomy in patients with ST-segment elevation myocardial infarction undergoing primary percutaneous coronary intervention (DISSOLUTION randomized trial). *Am J Cardiol.* 2013;112(5): 630-635. doi:10.1016/j.amjcard.2013.04.036
 6. **Ibanez B, James S, Agewall S, et al.** 2017 ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation. *Eur Heart J.* 2018;39(2): 119-177. doi:10.1093/eurheartj/ehx393.
 7. **Magdy AM, Demitry SR, Hasan-Ali H, Zaky M, Abd El-Hady M, Abdel Ghany M.** Stenting deferral in primary percutaneous coronary intervention: exploring benefits and suitable interval in heavy thrombus burden. *Egypt Heart J.* 2021;73(1):78. doi:10.1186/s43044-021-00203-3.
 8. **McCartney PJ, Eteiba H, Maznyczka AM, et al.** Effect of Low-Dose Intracoronary Alteplase During Primary Percutaneous Coronary Intervention on Microvascular Obstruction in Patients With Acute Myocardial Infarction. *JAMA.* 2019; 321(1): 56-68. doi:10.1001/jama.2018.19802.

HÀNH VI THĂM KHÁM NHA KHOA Ở NGƯỜI MƯỜNG TRƯỞNG THÀNH TỪ 18-30 TUỔI DỰA TRÊN MÔ HÌNH NIỀM TIN SỨC KHOẺ

Trương Đình Khởi¹, Lưu Văn Tường¹

Từ khoá: Mô hình niềm tin sức khoẻ (HBM), hành vi thăm khám nha khoa.

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến hành vi chăm sóc sức khoẻ răng miệng ở người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi năm 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang bằng phiếu khảo sát dựa trên mô hình niềm tin sức khoẻ (HBM) trên 247 đối tượng người Mường trưởng thành từ 18-30 tuổi (116 nam, 131 nữ). **Kết quả:** Độ tuổi trung bình là 24,45±6,52; tỉ lệ đã có gia đình là 45,75%; tỉ lệ có bảo hiểm y tế là 34,41%; 100% có chải răng hàng ngày và 10,93% có dùng chỉ nha khoa; tỉ lệ sử dụng thuốc lá 12,15% chủ yếu ở nam giới; 30,77% từng đi khám nha khoa. Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam có ý nghĩa thống kê, các đặc điểm khác không có sự khác biệt giữa nam và nữ. **Kết luận:** Nhận thức về lợi ích và rào cản nhận thức ở nữ lớn hơn ở nam; cảm nhận nguy cơ, rào cản nhận thức, hiệu quả cảm nhận ở nhóm điều trị lớn hơn nhóm khám định kỳ; nhận thức về lợi ích, cảm nhận mức độ nghiêm trọng ở nhóm định kỳ lớn hơn nhóm điều trị; hành vi thường xuyên đi khám nha khoa không thực sự là động lực để các đối tượng tham gia các dịch vụ chăm sóc răng miệng chuyên sâu, cần có phương pháp tiếp cận thay đổi hành vi từ nhận thức, trải nghiệm và lợi ích mang lại cho người bệnh một cách tổng hợp và toàn diện.

SUMMARY

DENTAL VISITING BEHAVIOR AMONG MUONG ADULTS AGED 18–30 USING THE HEALTH BELIEF MODEL

Objective: An evaluation of selected factors associated with oral health care behavior among Muong adults aged 18–30 years in 2025. **Subject and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted using a questionnaire based on the health belief model (HBM) among 247 adult Muong participants aged 18–30 years (116 males, 131 females). **Results:** The average age was 24,45 ± 6,52 years; the proportion of married individuals was 45,75%; the proportion with health insurance was 34,41%; all participants brushed their teeth daily, and 10,93% used dental floss. The smoking rate was 12,15% mostly among males. A total of 30,77% had previously visited a dentist. Perceived benefits and perceived barriers were significantly higher among females compared to males, while other characteristics showed no significant differences between the sexes. **Conclusions:** Perceived benefits and perceived barriers were higher among females than males; perceived susceptibility, perceived barriers, and self-efficacy were greater in the treatment group compared to the regular check-up group; meanwhile, perceived benefits and perceived severity were higher in the regular check-up group than in the treatment group. Regular dental visiting behavior alone may not serve as a sufficient motivator for individuals to engage in comprehensive oral healthcare services.

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Trương Đình Khởi

Email: bskhoirhm@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 15.7.2025

Ngày duyệt bài: 14.8.2025