

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN CÓ CAN THIỆP MẠCH VÀNH QUA DA THÌ ĐẦU Ở BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Ngô Đức Kỳ¹, Nguyễn Huy Lợi¹, Trần Thị Anh Thơ², Lê Thị Thúy²

TÓM TẮT

Mở đầu: Nhồi máu cơ tim cấp một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, là nguyên nhân thường gặp nhất đối với đau thắt ngực ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nguy hiểm. NMCT cấp có ST chênh lên là bệnh khá phổ biến hiện nay, vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này. **Mục tiêu:** tìm hiểu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên có can thiệp mạch vành qua da thì đầu. **Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Tất cả có 106 bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da thì đầu tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ 1/2020-12/2020. **Kết quả:** Tuổi trung bình $71,67 \pm 13,13$ tuổi. Tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%. Nam giới có tỷ lệ 72,6% và nữ giới là 27,4%. Các yếu tố nguy cơ của nhồi máu cơ tim như THA 58,5%, rối loạn lipid máu 45,2%. Triệu chứng đau ngực là 100%, trong đó 78,3 % là đau ngực điển hình. Điểm Killip của bệnh nhân chủ yếu ở nhóm Killip I và II với tỉ lệ lần lượt là 67% và 23,6%. Tổn thương thường gặp nhất trên diện tâm đồ là NMCT vùng sau dưới với 49,1%. Có 82 trường hợp tắc hoàn toàn và 24 trường hợp hẹp trên 70% trên hình ảnh chụp động mạch vành. Tỷ lệ hẹp LAD và RCA tương đương nhau là 47,17%. Tổn thương 1 nhánh động mạch vành chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,3% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành. **Kết luận:** Các bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là THA và rối loạn lipid máu. Tất cả bệnh nhân khởi phát với triệu chứng đau ngực, trong đó 78,3 % là đau ngực điển hình. Vị trí tổn thương các nhánh động mạch vành đều gặp đặc biệt tổn thương 1 nhánh chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,3% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành.

Từ khóa: nhồi máu cơ tim, động mạch vành, LAD.

SUMMARY

CLINICAL AND SUBCLINICAL CHARACTERISTICS OF ACUTE MYOCARDIAL INFARCTION WITH ST ELEVATION AT NGHE AN GENERAL FRIENDSHIP HOSPITAL

Background: Acute myocardial infarction, the first causes of morbidity and mortality worldwide, is the most frequent cause of angina in patients with

serious cardiovascular disease. ST-segment elevation acute MI is a fairly common disease today, so we study this topic. **Objective:** To study the clinical and laboratory characteristics of patients with ST-segment elevation acute myocardial infarction with early percutaneous coronary intervention. **Methods:** A cross-sectional descriptive study. All 106 patients diagnosed with acute MI with ST-segment elevation received percutaneous coronary intervention at the Huu Nghi Nghe An General Hospital from January 1, 2020 to December 12, 2020. **Results:** Mean age was 71.67 ± 13.13 years old. Age > 60 years old accounts for 78.3%. Male rate is 72.6% and female rate is 27.4%. Risk factors for myocardial infarction such as hypertension 58.5%, dyslipidemia 45.2%. Symptoms of chest pain are 100%, of which 78.3% are typical chest pain. The patient's Killip score was mainly in the Killip I and II groups with the rate of 67% and 23.6%, respectively. The most common lesion on electrocardiogram was posterior inferior MI with 49.1%. There were 82 cases of complete occlusion and 24 cases of stenosis over 70% on coronary angiography. The rate of LAD stenosis and RCA was similar at 47.17%. Injury to one coronary artery accounted for 64.2% but also 10.3% of patients had damage to 3 coronary arteries. **Conclusion:** All patients had risk factors, especially hypertension and dyslipidemia. All patients had onset of chest pain, of which 78.3% were typical chest pain. The location of damage to the coronary artery branches is common, especially damage to one branch, accounting for 64.2%, but also up to 10.3% of patients have damage to 3 coronary arteries.

Keywords: myocardial infarction, coronary artery, LAD.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây ra bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới, mặc dù tiên lượng đã được cải thiện đáng kể trong thập kỷ qua. Ở Mỹ, tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim khoảng 30%, trong đó một nửa số bệnh nhân bị chết trong giờ đầu tiên [1]. Ở Pháp, tỷ lệ tử vong do nhồi máu cơ tim cũng vào khoảng 30% các tử vong nói chung [2]. Tại Việt Nam, các nghiên cứu cũng cho thấy số ca bị NMCT cấp và tử vong do NMCT cũng ngày một tăng [3,4,5]. NMCT cấp vẫn là một vấn đề sức khỏe cộng đồng được quan tâm ở các nước phát triển và ngày càng trở nên thời sự hơn ở các nước đang phát triển trong đó có Việt Nam. NMCT thường gặp ở người có tiền sử bị xơ vữa động mạch, hút thuốc

¹Bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An

²Đại học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Đức Kỳ

Email: ngoduckyna@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2021

Ngày duyệt bài: 14.6.2021

lá, mắc bệnh tăng huyết áp, rối loạn lipid máu, đái tháo đường, thừa cân béo phì,... Nguy cơ mắc NMCT tăng theo tuổi và cao hơn ở nam giới, cho dù nguy cơ ở nữ gia tăng đáng kể ở độ tuổi 5 đến 10 năm sau mãn kinh. Thay đổi lối sống, điều trị thuốc hoặc kết hợp cả hai biện pháp có thể giúp điều chỉnh được các yếu tố nguy cơ ngoại trừ yếu tố di truyền, tuổi và giới [5]. Ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu đề cập đến vấn đề này, tại Nghệ An cũng có nhiều bệnh nhân bị NMCT cấp tuy nhiên chưa có nghiên cứu nào tại Nghệ An đề cập đến. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục đích tìm hiểu các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim có ST chênh lên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên được can thiệp mạch vành qua da thì đầu tại Bệnh viện Hữu Nghị đa khoa Nghệ An từ 1/2020-12/2020.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân đã sử dụng thuốc tiêu sợi huyết trước đó. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu.

Phương pháp nghiên cứu: mô tả cắt ngang.

Cỡ mẫu: chọn mẫu thuận tiện theo trình tự thời gian đối với tất cả bệnh nhân đủ

Phương pháp tiến hành. Chọn những bệnh nhân thỏa mãn tiêu chuẩn chọn bệnh sau đó thăm khám lâm sàng và ghi nhận các kết quả cận lâm sàng qua hồ sơ bệnh án theo phiếu thu thập số liệu.

Các tiêu chuẩn đánh giá sử dụng trong nghiên cứu

- Chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên theo tiêu chuẩn WHO 1971 hoặc theo Định nghĩa toàn cầu lần thứ IV về NMCT cấp năm 2018.

- Phân độ suy tim cấp theo Killip.

Xử lý và phân tích số liệu bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Bảng 1. Đặc điểm nhóm nghiên cứu

Đặc điểm		Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Tuổi	Trung bình	71,67±13,13	
	< 50	6	5,7
	50-60	17	16,0
	>60	83	78,3
Giới	Nam	77	72,6
	Nữ	29	27,4
Hút thuốc lá		21	19,8
Rối loạn lipid máu		48	45,2

Đái tháo đường	14	13,2
THA	62	58,5
Thừa cân/béo phì	27	25,8

Nhận xét: tất cả có 106 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu. Tuổi trung bình 71,67±13,13 tuổi. Đa số gặp lứa tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%. Gần như các bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là THA và rối loạn lipid máu.

2. Đặc điểm lâm sàng

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng bệnh nhân NMCT cấp

Đặc điểm		Tần số (n)	Tỷ lệ (%)
Tính chất đau ngực	Đau ngực điển hình	83	78,3
	Đau ngực không điển hình	23	21,7
	Không đau ngực	0	0
Mức độ đau ngực	Đau nhẹ (VAS ≤ 3)	1	0,9
	Đau trung bình (VAS 4-6)	43	40,6
	Đau nhiều (VAS ≥ 7)	62	58,5
Khó thở	NYHA I	6	15
	NYHA II	63	59,4
	NYHA III	29	27,4
	NYHA IV	2	1,9
Triệu chứng khác	Mệt mỏi	60	56,6
	Vã mồ hôi	53	50
	Rối loạn ý thức	4	3,8
	Rối loạn tiêu hóa	4	3,8
Điểm Killip	I	75	67
	II	21	23,6
	III	0	0
	IV	10	9,43

Nhận xét: Tất cả bệnh nhân khởi phát với triệu chứng đau ngực, trong đó 78,3 % là đau ngực điển hình. Có 94,3% bệnh nhân khó thở kèm theo và ở mức độ NYHA II-III là chủ yếu. Điểm Killip của bệnh nhân chủ yếu ở nhóm Killip I và II với tỉ lệ lần lượt là 67% và 23,6%.

3. Đặc điểm cận lâm sàng

Bảng 3. Đặc điểm NMCT cấp trên điện tâm đồ

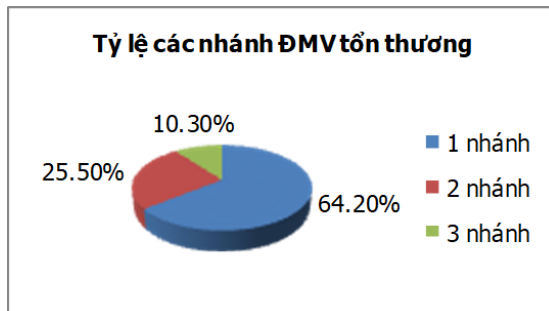
Vị trí NMCT	Tần suất (n)	Tỷ lệ (%)
Thành trước	24	22,6
Thành trước rộng	27	25,5
Thành sau dưới	52	49,1
Thành bên	2	1,9
Thất bại	1	0,9

Nhận xét: Tổn thương thường gặp nhất trên điện tâm đồ là NMCT vùng sau dưới với 49,1%, vùng trước vách và trước rộng có tỉ lệ tương đương nhau là 22,6% và 25,5%, thấp nhất là vùng thất phải.

Bảng 4. Đặc điểm tổn thương động mạch vành bằng DSA

Đặc điểm	Hẹp > 70 %		Tắc hoàn toàn		Chung	
	n = 24	Tỷ lệ (%)	n = 82	Tỷ lệ (%)	n = 106	Tỷ lệ (%)
Thân chung	1	4,16	1	1,21	2	1,9
LAD	13	54,16	37	45,12	50	47,17
LCX	1	4,16	3	3,66	4	3,76
RCA	9	37,52	41	50,01	50	47,17

Nhận xét: có 82 trường hợp tắc hoàn toàn và 24 trường hợp hẹp trên 70% trên hình ảnh chụp động mạch vành. Tỷ lệ hẹp LAD và RCA tương đương nhau là 47,17%.

**Biểu đồ 1. Tỷ lệ các nhánh ĐMV tổn thương**

Nhận xét: Đa số bệnh nhân chỉ tổn thương 1 nhánh chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,3% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành.

IV. BÀN LUẬN

Đặc điểm nhóm nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 106 bệnh nhân đáp ứng đủ tiêu chuẩn nghiên cứu, trong đó tỉ lệ bệnh nhân nam chiếm ưu thế với 72,6%, gấp 2,66 lần số bệnh nhân nữ, tỉ lệ này tương đương với các nghiên cứu trong nước [3,4,5]. Theo nghiên cứu, không có trường hợp nữ giới nào dưới 50 tuổi bị NMCT. Tuổi trung bình của nữ giới cũng cao hơn của nam giới (74,79±12,70 so với 70,49±13,12). Điều này phù hợp với nguy cơ xuất hiện biến cố tim mạch muộn ở nữ giới, cụ thể là sau nam giới khoảng 10 năm [6]. Tuổi chúng tôi ghi nhận được tuổi thấp nhất là 44, cao nhất là 99 tuổi và tuổi trung bình là 71,67±13,13 tuổi. Tuổi trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi nằm ở ngưỡng tuổi có nguy cơ cao bệnh mạch vành là ≥ 65 tuổi. Các nghiên cứu về yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành đã chứng minh tuổi cao trên 65 làm gia tăng nguy cơ mắc bệnh cũng như gia tăng biến cố của bệnh mạch vành [6].

Tăng huyết áp và rối loạn mỡ máu là những yếu tố rất quan trọng trong cơ chế bệnh sinh của bệnh mạch vành, đặc biệt là NMCT. Trong nhóm các yếu tố nguy cơ, chúng tôi ghi nhận nhóm có tỉ lệ cao nhất là tăng huyết áp chiếm 58,5% và rối loạn lipid máu là 45,2%. Điều này tương tự như các nghiên cứu trong nước [3,4,5,6] tuy nhiên tỷ lệ có khác nhau giữa các

nghiên cứu có thể do sự khác nhau về đối tượng, thiết kế nghiên cứu, hay vùng miền,... Ngoài ra các yếu tố khác như hút thuốc lá, bệnh nền đái tháo đường, thừa cân/béo phì cũng tương tự như trên và yếu tố nguy cơ của NMCT cấp.

Đặc điểm triệu chứng lâm sàng. Tất cả bệnh nhân vào viện đều khởi phát với triệu chứng đau ngực, trong đó có 78,3% là đau ngực điển hình. Theo nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân tại Bệnh viện Thống Nhất, đau ngực 87,7% [3] hay tác giả Nguyễn Thị Thanh Trung [5] đau ngực điển hình 82,1%. Đây là lí do khiến bệnh nhân nhập viện và định hướng tới NMCT. Bệnh nhân đau ngực điển hình kèm theo khó thở và vã mồ hôi, đây là những triệu chứng điển hình của NMCT cấp. Bên cạnh triệu chứng chính là đau ngực thì có đến 94,3% bệnh nhân có kèm theo khó thở với nhiều mức độ khác nhau, trong đó chủ yếu khó thở ở mức độ NYHA II-III, với 92%.

Tỉ lệ bệnh nhân bị suy tim theo phân độ Killip, gặp chủ yếu là Killip I và II lần lượt là 67% và 23,6% đặc biệt Killip IV là 9,43%. Tỉ lệ này tương tự với nghiên cứu với nghiên cứu của Huỳnh Kim Phượng [4] Killip I, II với tỉ lệ lần lượt là 50,8%, 24,2%; Killip IV là 8,6% và Nguyễn Thị Thanh Trung thì tỉ lệ bệnh nhân có Killip I là 32,15 %, II là 25,01% và Killip IV là 10,7% [5]. Những bệnh nhân Killip IV được hồi sức và nhanh chóng được can thiệp mạch vành thì đau và thường có vùng nhồi máu rộng, lớn, như trước vách, trước rộng và hường tổn thương nhánh chính của ĐMV hoặc tổn thương nhiều nhánh ĐMV.

Đặc điểm cận lâm sàng. Tổn thương thường gặp nhất trên điện tâm đồ là NMCT vùng sau dưới với 49,1%, vùng trước vách và trước rộng có tỉ lệ tương đương nhau là 22,6% và 25,5%, thấp nhất là vùng thất phải. Tương tự với kết quả này ở nghiên cứu của Trần Hòa là 52,2% và 47,8% [7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 4,7% bệnh nhân có block nhĩ nhất cấp 3 do biến chứng của NMCT, các trường hợp này đều được đặt máy tạo nhịp trước can thiệp. Tỷ lệ hẹp động mạch vành phải và động mạch vành trái tương đương nhau là 47,17% trong đó

có 82 trường hợp tắc hoàn toàn và 24 trường hợp hẹp trên 70% trên hình ảnh chụp động mạch vành. Hầu hết bệnh nhân chỉ tổn thương 1 nhánh chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,4% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành. Những bệnh nhân tổn thương 3 thân động mạch vành thường có tiền sử đau thắt ngực trước đó và có nhiều yếu tố nguy cơ kèm theo. Theo tác giả Huỳnh Kim Phượng thì 71,1% có hẹp nhánh liên thất trước động mạch vành trái, 53,1% có hẹp nhánh mũ và 56,2% có hẹp động mạch vành phải khi nghiên cứu ở bệnh nhân đái tháo đường type 2 [4]. Kết quả của chúng tôi phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Văn Tân cũng cho thấy tỷ lệ động mạch vành phải là 43,1%[3] và Trần Hòa là động mạch liên thất trước 47%, động mạch vành phải 43% và động mạch mũ 10% [7].

V. KẾT LUẬN

Đa số gặp lứa tuổi > 60 tuổi chiếm tỷ lệ 78,3%. Gần như các bệnh nhân đều có yếu tố nguy cơ, đặc biệt là THA và rối loạn lipid máu. Tất cả bệnh nhân khởi phát với triệu chứng đau ngực, trong đó 78,3 % là đau ngực điển hình. Vị trí tổn thương các nhánh động mạch vành đều gặp đặc biệt tổn thương 1 nhánh chiếm 64,2% nhưng cũng có đến 10,3% bệnh nhân có tổn thương 3 thân động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Jayaraj J.C., Davatyan K., Subramanian S.S., et al (2018). Epidemiology of Myocardial Infarction. Myocard Infarct.
2. Sanchis-Gomar F., Perez-Quilis C., Leischik R., et al (2016). Epidemiology of coronary heart disease and acute coronary syndrome. Ann Transl Med 2016;4(13):256.
3. Nguyễn Văn Tân, Châu Văn Vinh (2019). Nghiên cứu đặc điểm tổn thương động mạch vành ở bệnh nhân cao tuổi nhồi máu cơ tim cấp thất phải. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, 23(2):176 – 181.
4. Huỳnh Kim Phượng, Trương Thành Viễn (2016). Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh nhân từ 45 tuổi trở lên bị nhồi máu cơ tim cấp kèm đái tháo đường type 2 (2016). Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, 20(2):220 – 233.
5. Nguyễn Thị Thanh Trung (2014). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại bệnh viện đa khoa Thái Bình. Y học thực hành (905). Số 2/2014, tr 16-19.
6. Lê Cao Phương Duy (2019). Hiệu quả sớm của thủ thuật hút huyết khối trong can thiệp mạch vành qua da thì đầu ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên. Tạp chí y học TP. Hồ Chí Minh, 23(6):83-90.
7. Trần Hòa, Vũ Văn Hoàng, Nguyễn Hữu Khoa Nguyễn, Trương Quang Bình (2012). Kết quả can thiệp động mạch vành tiên phát (thì đầu) trong điều trị nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên tại Bệnh viện Y Dược TP Hồ Chí Minh. Tạp chí Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh, 16(1):94-100.

GIST ĐẠI TRÀNG Ở TRẺ EM: BÁO CÁO CA BỆNH VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Thị Hồng Vân*, Lương Anh Quân,
Trần Văn Quyết*, Trần Ngọc Sơn*

TÓM TẮT

Mục đích: Báo cáo ca bệnh hiếm gặp u mô đệm ống tiêu hoá (GIST) của đại tràng ở trẻ em. **Phương pháp:** Báo cáo ca bệnh và tổng quan y văn. **Kết quả:** Bệnh nhân (BN) nữ 13 tuổi vào viện vì đau bụng cơn, nôn, đại tiện phân máu. Siêu âm ổ bụng phát hiện khối lồng ruột đại- đại tràng, vị trí hạ sườn trái, kích thước 54 x 43 x 51mm. Cắt lớp vi tính thấy khối lồng ruột với tổ chức nghi u đại tràng xuống. Nội soi đại tràng thấy u đại tràng xuống kích thước 40 x 30mm, có hoại tử trung tâm. BN được phẫu thuật nội soi cấp cứu tháo lồng ruột. Sau phẫu thuật 1 ngày BN bị lồng ruột

tái phát với các triệu chứng tắc ruột, được phẫu thuật cấp cứu cắt đoạn đại tràng trái với mép cắt cách khối u 3-5cm. Kết quả giải phẫu bệnh là u GIST và diện cắt vi thể không có tế bào u. Sau mổ bệnh nhân hồi phục tốt, ra viện sau mổ 7 ngày. Theo dõi 3 năm không có biến chứng và không thấy u tái phát hay di căn. **Kết luận:** U GIST đại tràng hiếm gặp ở trẻ em. Phẫu thuật triệt căn cắt đoạn đại tràng với mép cắt trên và dưới âm tính là phương pháp điều trị hiệu quả trong bệnh lý này trong giai đoạn u tại chỗ.

Từ khóa: U GIST trẻ em, đại tràng.

SUMMARY

COLONIC GIST IN CHILDREN: A CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Aim: Report a rare case of colonic GIST in a treatment child. **Method:** A case report and literature review. **Result:** A 13 years old girl was admitted to our center for abdominal pain, bilious vomiting and hematochezia. Abdominal ultrasound showed a

*Bệnh viện Đa khoa Saint Paul

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hồng Vân

Email: hongvandy@gmail.com

Ngày nhận bài: 14.4.2021

Ngày phản biện khoa học: 26.5.2021

Ngày duyệt bài: 15.6.2021