

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP

## NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP Ở BỆNH NHÂN RẤT TRẺ

*Phạm Chí Hiền, Trần Thanh Hải  
Khoa TMLH, Bệnh viện An giang*

### TÓM TẮT

*Bệnh nhân rất trẻ tuổi nhập viện khoa của chúng tôi vì đau thắt ngực, có thay đổi điện tâm đồ và có men tim tăng. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp theo tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO. Tuy nhiên, trước một bệnh nhân rất trẻ tuổi thì chẩn đoán phân biệt với viêm cơ tim (VCT) cần phải đặt ra.*

*Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ của Hội Tim Mạch Việt Nam (Lovenox, Plavix, Aspirin,  $\beta$  block, Ức chế men chuyển, Statines và Nitrates). Tình trạng lâm sàng tốt.*

### ABSTRACT

*A very young patient presented at our ward with chestpain; ECG change and increased cardiac biomarker. The patient was diagnosed of myocardial infarction according to the WHO criteria, however, differential diagnosis with myocarditis should be mentioned for a young patient.*

*The patient was treated with the protocol guided by Viet Nam Cardiovascular Association (Lovenox, Plavix, Aspirin,  $\beta$  blocker, ACE, Statines and Nitrates).*

### MỞ ĐẦU

NMCT cấp là một bệnh cảnh cấp cứu tim mạch, cần được chẩn đoán nhanh và điều trị kịp thời thì tỷ lệ cứu sống bệnh nhân càng cao. [3]

Trước đây, NMCT cấp chỉ thường xuất hiện ở người lớn tuổi nhưng ngày nay bệnh đã xảy ra ở những người trẻ tuổi. Các nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước, NMCT cấp ở người trẻ ( $\leq 45$  tuổi) ít gặp chiếm tỷ lệ 2 - 10% và NMCT cấp ở người bệnh rất trẻ ( $\leq 35$  tuổi) lại càng hiếm gặp hơn chiếm tỷ lệ 0,4% - 1% [2];[5];[7];[9];[16].

Chẩn đoán phân biệt giữa NMCT cấp với VCT thể khu trú (không lan tỏa) được đặt ra khi có đau ngực kiểu mạch vành, thay đổi điện tâm đồ và tăng men tim ở bệnh nhân rất trẻ. [4];[11];[14]

## **BÁO CÁO CA BỆNH**

Bệnh nhân nam N. V. N , 27 tuổi, nghề nghiệp buôn bán. Nhập viện vì đau ngực cách nhập viện 2 giờ. Sau khi ngủ thức dậy đột ngột đau vùng ngực trái, đau sau xương ức, kèm vã mồ hôi, tay chân lạnh. Đau ngực ngày càng nhiều nên nhập viện.

### **Tóm tắt hội chứng chính:**

- H/c mạch vành cấp: Đau ngực trái, thay đổi ECG, tăng men tim.
- H/c nhiễm trùng: BC = 14.4 / mm<sup>3</sup> , N = 91,3%. Cấy máu tìm vi khuẩn (âm tính).

### **Yếu tố nguy cơ tim mạch:**

- Cha ruột chết vì bệnh dị dạng mạch máu não năm 39 tuổi.
- Bản thân hút thuốc lá > 20 gói/năm
- Rối loạn lipid máu: Cholesterol = **5.65** mmol/L, TG=**2.99** mmol/L.

**Chẩn đoán sơ bộ:** NMCT cấp thành dưới Kilip I ngày thứ I.

**Chẩn đoán phân biệt:** Viêm cơ tim thể khu trú.

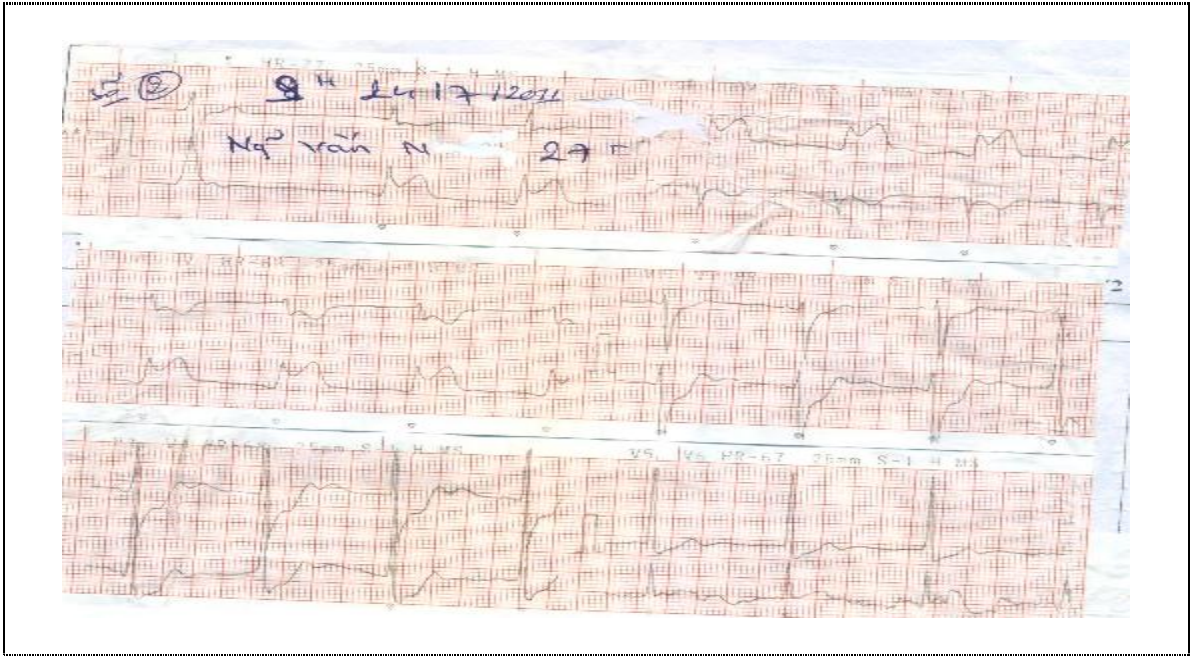
**Điều trị:** Phác đồ NMCT cấp có ST chênh lên.

**Kết quả:** Khởi ra viện

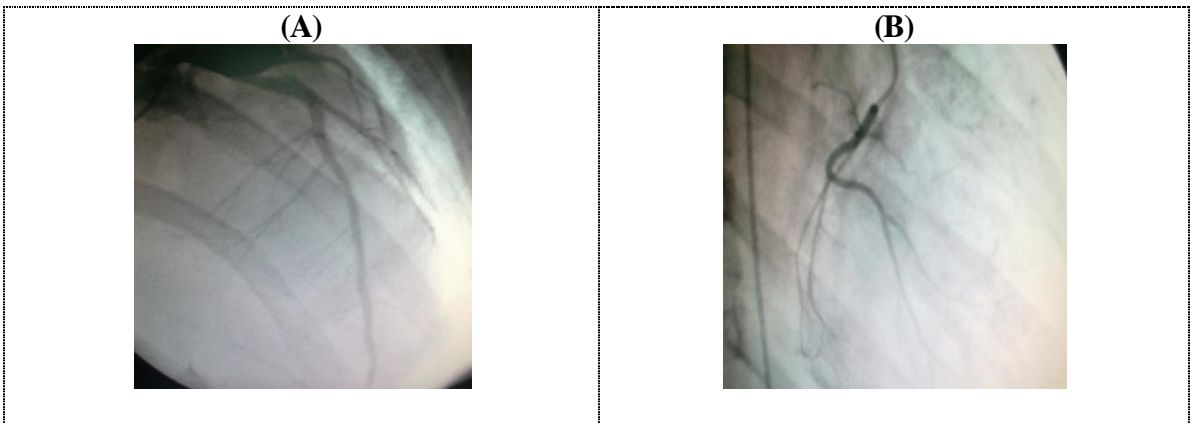
### **Bảng tóm tắt**

	Đau ngực trái kiểu mạch vành	Điện tâm đồ	CK-MB TNT-hs	Yếu tố nguy cơ	Siêu âm tim	Chụp động mạch vành
Dấu hiệu chẩn đoán	Đau ngực trái (2 gi )	NMCT* thành dưới	305,9 5.30	Có 3 YTNC**	Rối loạn vận động thành sau	Hẹp động mạch vành phải bẩm sinh

*NMTC\*: Nhồi máu cơ tim; YTNC\*\*: yếu tố nguy cơ*



**Hình 1. Điện tâm đồ bệnh nhân lúc nhập viện**



**Hình 2. DSA động mạch vành trái (A) và phải (B)**

## **BÀN LUẬN**

NMCT cấp là bệnh cảnh cấp cứu cần điều trị càng sớm càng tốt để giới hạn số lượng tế bào cơ tim bị hoại tử và cải thiện tiên lượng sống còn về sau. Vì yêu cầu chẩn đoán phải vừa chính xác vừa kịp thời. Do đó, chúng tôi phải chọn tiêu chuẩn chẩn đoán của WHO và có kết hợp thêm tiêu chuẩn của ESC/AHA.[6];[12]

Bệnh nhân trẻ tuổi có biểu hiện NMCT cấp mà không có hoặc có ít yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành, chụp động mạch vành bình thường thì cần nghĩ đến viêm cơ tim cấp. Tuy nhiên, với với những trường hợp đau thắt ngực không điển hình (thay đổi ECG không lan tỏa mà định khu theo mạch vành, men tim tăng sớm, siêu âm tim có giảm động cơ tim cục bộ tương ứng với ECG, thì cần phải nghĩ

đến NMCT. Do đó, Viêm cơ tim thể khu trú có thể có bệnh cảnh đầu tiên giống nhồi NMCT cấp, chỉ phân biệt được nhờ chụp động mạch vành. [3];[5];[6];[11];[14]

Về chẩn đoán, chụp động mạch vành là phương tiện chẩn đoán chính xác nhất tình trạng hẹp - tắc động mạch vành. Tuy nhiên, không phải lúc nào cũng có thể thực hiện được biện pháp chẩn đoán này kịp thời. Điều này cho thấy chẩn đoán chính xác bệnh cảnh nói trên vẫn còn là một khó khăn đối với thầy thuốc chuyên khoa tim mạch tuyến tỉnh.[1] Trên lâm sàng, yếu tố nguy cơ và siêu âm tim cũng góp phần không nhỏ cho việc chẩn đoán và điều trị.

Về giới tính, theo nhiều nghiên cứu của nhiều tác giả trong và ngoài nước đều ghi nhận bệnh mạch vành ở người trẻ chủ yếu xảy ra ở nam giới là chủ yếu và nữ giới là cực kỳ hiếm. Các nghiên cứu tại Nhật, Israel, Trung đông: 95 - 100% nam [7];[10];[16]

Về yếu tố nguy cơ (YTNC) , bệnh nhân của chúng tôi có 3 YTNC: Hút thuốc lá; rối loạn chuyển hóa lipid máu; tiền căn gia đình bệnh mạch máu não và chết sớm 39 tuổi .Tương tự các nghiên cứu nước ngoài: 3 YTNC hàng đầu của NMCT người trẻ :Theo Von Eyben, hút thuốc lá là nguy cơ hàng đầu: 76-91% ,thuốc lá làm tăng nguy cơ tim mạch gấp 20 lần so với người không hút thuốc lá. Điểm khác biệt về rối loạn chuyển hóa lipid của người trẻ ( tăng chủ yếu TG ) so với nhóm bệnh nhân lớn tuổi (thường có tăng LDL-C)[5];[13];[15];[17]

Về tiên lượng, Bệnh mạch vành xảy ra ở những bệnh nhân trẻ và rất trẻ có tiên lượng tốt theo dõi trung hạn và ngắn hạn sau điều trị nội khoa. Theo Gotsman và Bouraoui: bệnh nhân NMCT trẻ có tiên lượng ngắn hạn tốt [2]; [8];[10]

Về điều trị, nếu được chụp động mạch vành sớm, chẩn đoán kịp thời thì chúng tôi điều trị theo khuyến cáo. Trong điều kiện bệnh viện tuyến tỉnh chưa chụp được động mạch vành thì chúng tôi chọn giải pháp an toàn là điều trị cả hai.

## **KẾT LUẬN**

Bệnh nhân trẻ tuổi có đau thắt ngực, thay đổi trên ECG gợi ý NMCT (thay đổi định khu, hình thái của ST chênh lên kiểu vành) và men tim tăng việc chẩn đoán NMCT cấp phải được quan tâm.

Chẩn đoán phân biệt giữa nhồi máu cơ tim cấp với viêm cơ tim tiêu chuẩn vàng vẫn là chụp động mạch vành. Trong điều kiện khó khăn thì siêu âm tim và yếu tố nguy cơ có vai trò hỗ trợ cho định hướng điều trị.

#### Tài liệu tham khảo:

1. Nguyễn Cửu Lợi, Lê Phúc Nguyên: “ Chẩn đoán phân biệt nhồi máu cơ tim cấp ở bệnh nhân trẻ tuổi” . Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam.2011 Số 59: 255-260.
2. Hồ Minh Tuấn, Phạm Nguyễn Vinh : “ Theo dõi ngắn hạn và trung hạn bệnh mạch vành ở người trẻ tại Bệnh viện Tim Tâm Đức” Tạp chí Tim Mạch Học Việt Nam.2011 Số 59: 336-338.
3. Nguyễn Lân Việt và CS ( 2008 ). “ Xử trí nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên”: Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa. Nhà xuất bản Y học: 394-437.
4. Phạm Nguyễn Vinh ( 2006).” Viêm cơ tim” .; Bệnh học tim mạch. 2006,. Nhà xuất bản Y học, t 2; 285-301.
5. A Cengel, A Tanindi.Myocardial infarction in the young. JPGM 2009;55 -4:305 -313
6. AHA Guideline for the management of Patients With ST – Elevation Myocardial Infarction – Executive Summary (2004). A Report of the American College of Cardiology / American Heart Association Task Force on Practice Guidelines. J Am coll Cardiol; 44: 671-719.
7. AzinAlizadehasl , Farnaz Sepasi ,Mehrnosh Toufan .Risk factors, Clinical manifestations and Outcome of AcuteMyocardial Infarction in Young Patients. J Cardiovasc Thorac Res 2010; Vol.2 (1): 29-34
8. Bouraoui H, Trimeche B, Ermez-Hajri S, MahdhaouiA, Jeridi G, Ammar H. Epidemiologic features of myocardial infarction in young patients, *Tunis Med* 2004; 82:475-478.
9. Choudhury L, Marsh JD. Myocardial infarction in young patients. *Am J Med* 1999; 107: 254-61.
10. Gostman,Chaim Lotan,Morris Mosseri .Clinical manifestations and outcome of acute myocardial infarction in very young patients,IMAJ 2003;5:633-636 .
11. Joshua Wynne, Eugene Braunwald (2008) Cardiomyopathy and Myocarditis. In: Harison’s Principles of internal medicine – 17<sup>th</sup> edition. Mc Graw Hill Medical; 1481- 1487.
12. Kristian Thygesen; Joseph S. Alpert; Harvey D. White, on behalf of the Joint ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force, Universal Definition of Myocardial Infarction, *Circulation*. 2007;116:2634-2653
13. Menyar AA. Drug-Induced Myocardial Infarction Secondary to Coronary Artery Spasm in Teenagers and Young Adults. *J Postgrad Med* 2006;52:51-6
14. Peter P.liu ( 2008) Myocarditis. In: Braunwald’s Heart Disease. Saunders Elsevier; 1775-1792.
15. Raymond N, Michael GG. Smoking in: Eric J.Topol ed. Textbook of Cardiovascular Medicine second edition.2002;p;125.
16. Shiraiishi,Hirokazu ,Hironori et al. Interventional Treatment for Very Young Adults With Acute Myocardial Infarction Clinical Manifestations and Outcome.Int Heart J 2005;46:1-12.
17. Von Eyben FE, Bech J, Madsen JK, et al. High prevalence of smoking in young patients with acute myocardial infarction. *J Royal Soc Health* 1996;116:153-6./.