

# CÁC TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP KHÔNG ĐIỂN HÌNH

*Võ Thị Trinh Nữ, Châu Hữu Hậu  
Bệnh Viện Nhật Tân*

## TÓM TẮT

*Các trường hợp nhồi máu cơ tim cấp (NMCTC) không điển hình. Có 3 trường hợp NMCTC không điển hình điều trị tại bệnh viện Nhật Tân vì một bệnh khác: xuất huyết tiêu hoá, hậu phẫu cắt ruột thừa và nhiễm khuẩn huyết do đường tiêu hoá. Trường hợp NMCTC đầu tiên không dùng kháng đông, trường hợp thứ nhì được dùng tiêu sợi huyết sau 4 ngày chẩn đoán và trường hợp thứ 3 là một trường hợp NMCTC có ST không chênh được dùng kháng đông ngay khi chẩn đoán. Cả 3 bệnh nhân (BN) đều xuất viện ổn định. Kết luận: NMCTC có thể xảy ra ở những trường hợp không điển hình khiến chúng ta phải luôn cảnh giác để chẩn đoán và xử trí đúng đắn và kịp thời.*

## SUMMARY

*Atypical Cases of Myocardial Infarction. There were 3 cases of atypical myocardial infarction treated in Nhat Tan hospital for another disease: gastrointestinal bleeding, postoperative appendectomy and sepsis due to the gastrointestinal tract. The first case was not used any anticoagulant agent, the second case was used it after 4 days of diagnosis, and third case with non-ST-segment elevation myocardial infarction (NSTEMI) was used it at once diagnosed. All 3 patients were discharged in stable condition. Conclusion: Myocardial infarction may occur as the atypical cases that we must always be vigilant to properly and promptly diagnose and manage.*

## ĐẠI CƯƠNG

Trên thế giới, mỗi năm có khoảng 3 triệu người NMCTC có ST chênh lên và 4 triệu người NMCTC không có ST chênh. Ở Mỹ, có khoảng 1 triệu người mỗi năm bị NMCTC. Ở các nước đã phát triển, nguy cơ tử vong ở BN NMCTC có ST chênh lên vào khoảng 10%. Có khoảng 30% BN có các triệu chứng không điển hình. Ở các BN trên 75 tuổi, có khoảng 5% bị NMCTC có ít hoặc không có triệu chứng<sup>(1)</sup>.

NMCTC là một cấp cứu nội khoa. Đa số BN nhập viện vì cơn đau thắt ngực (70%) giúp ta dễ dàng chẩn đoán và điều trị. Nhưng còn có các trường hợp không điển hình hay gặp ở nữ giới, người lớn tuổi, BN đái tháo đường, BN sau phẫu thuật. Sau đây là 3 trường hợp NMCTC đặc biệt được cấp cứu tại khoa CC-HSTC&CD bệnh viện Nhật Tân.

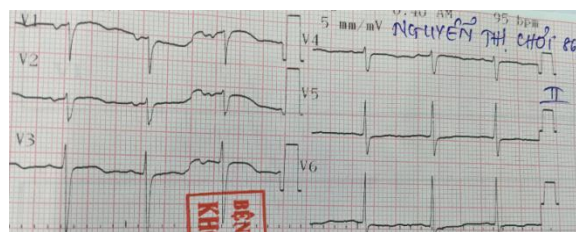
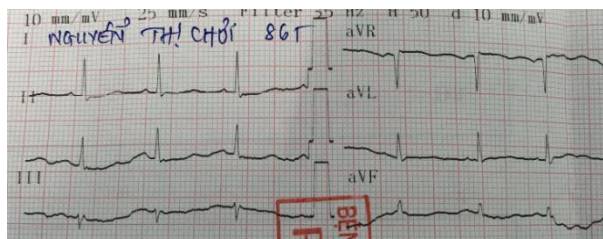
1. BN vào viện vì xuất huyết tiêu hóa trên lượng trung bình.
2. Sau phẫu thuật viêm ruột thừa cấp (hậu phẫu ngày 1).
3. Choáng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa.

### BÁO CÁO 3 TRƯỜNG HỢP

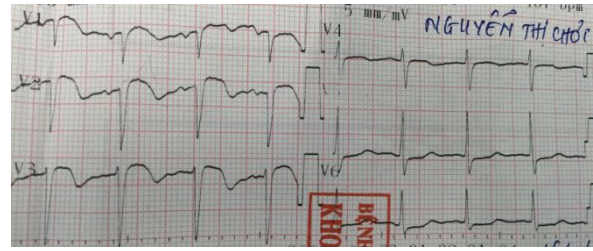
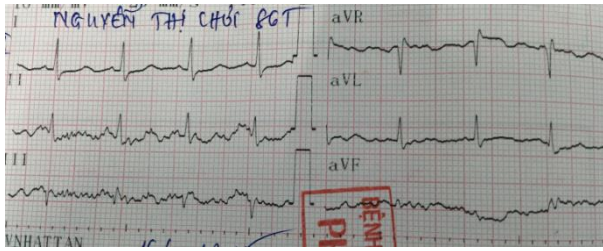
#### **Trường hợp 1: BN vào viện vì xuất huyết tiêu hóa trên lượng trung bình.**

**Họ tên:** Nguyễn T. Ch. 86 tuổi, nữ, cư ngụ tại Phú Lâm, Phú Tân, An Giang. Vào viện ngày 15/04/2015. Lý do nhập viện: Sốt, tiêu phân đen. **Bệnh sử:** Trước đó 3 ngày, BN sốt, tiêu phân đen lượng vừa, không ói máu, không đau ngực, không khó thở, bệnh mệt, chóng mặt ngày càng tăng. Tiền sử bản thân tăng huyết áp, đái tháo đường type II.

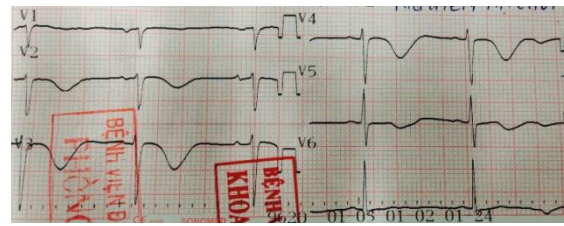
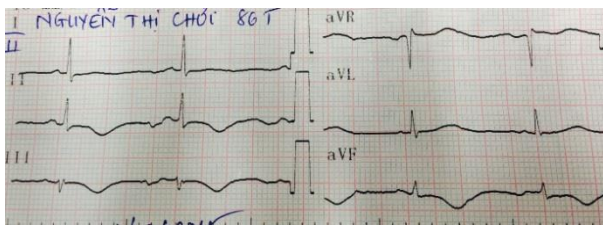
**Tình trạng lúc vào viện:** HA: 80/50 mmHg. Mạch nhanh nhẹ, da niêm nhạt, không đau ngực, tim đều rõ, phổi trong, bụng mềm. **Chẩn đoán:** Tụt huyết áp/XHTH trên do loét dạ dày/Thiếu máu cấp mức trung bình/ĐTĐ type 2/TD suy thận cấp. **Điều trị:** Bù dịch, 2 đơn vị hồng cầu lắng, các thuốc khác: Omeprazol, Tranesamic Acid, Phosphalugel, Cefotaxim... **Cận lâm sàng:** BC:  $6.12 \times 10^3/uL$ ; HC:  $2.14 \times 10^6/uL$ ; HGB: 5.1g/dl; HCT: 16.2%; TC:  $92 \times 10^3/uL$ , glucose: 13.6 mmol/l; HbA1c: 6.2%, Urê: 4.5 mmol/l; creatinine: 112  $\mu\text{mol/l}$ . Bộ mỡ bình thường. Ion đồ lúc vào (15/4/2015):  $\text{Na}^+$ : 132;  $\text{K}^+$ : 2.8 mmol/l. Sau khi bù, kali máu dao động từ 2.6 đến 4.0. Procalcitonin: 9.34 ng/ml.



ECG lúc 23 giờ 15/04/2015: Nhịp xoang đều, 94 lần/phút.



ECG lúc 20 giờ 16/4/2015: Nhịp xoang đều 113 lần/phút, NMCT trước vách và vách 17 giờ 16/04/2015, tiêu phân đen lẫn phân vàng, mệt, khó thở, HA 170/90mm Hg, SpO<sub>2</sub>: 93%, nước nhập # 1000ml/ngày, tiểu # 1500ml. Không đau ngực, tim đều, phổi ran ngáy. Xử trí: Furosemide, Enalapril 1 viên uống, Nitroglycerin SE 3ml/h... Xét nghiệm: CK-MB: 15.63 ng/ml; Troponin: 305.4 pg/ml, NT pro BNP: 6.589 pg/ml, ECG: ST chênh từ V1–V3. **Chẩn đoán:** NMCTC cấp trước vách, Killip III ngày 1/XHTH trên/suy thận cấp hồi phục. Lúc 20h bệnh hết khó thở, HA: 120/70 mmHg, tổng nước tiểu # 2500ml, tim đều, phổi trong. Do có chống chỉ định kháng đông vì xuất huyết tiêu hóa đang diễn tiến, tiếp tục điều trị như trên, thêm Statin, ức chế Beta.



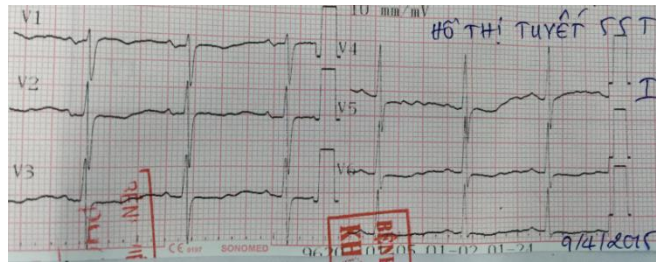
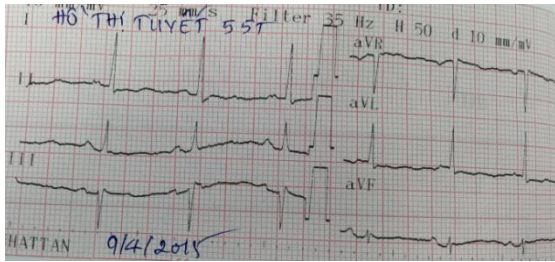
ECG ngày 01/5/2015: Nhịp xoang đều 63 lần/phút, TMCBCT trước rộng và thành dưới.

Sau đó bệnh diễn tiến ổn định dần và xuất viện sau 18 ngày điều trị (03/05/2015).

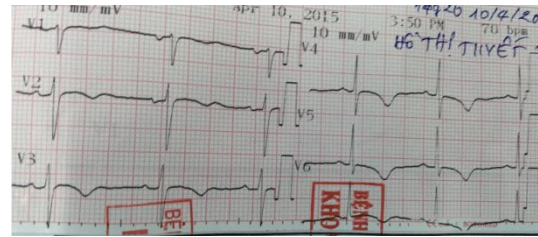
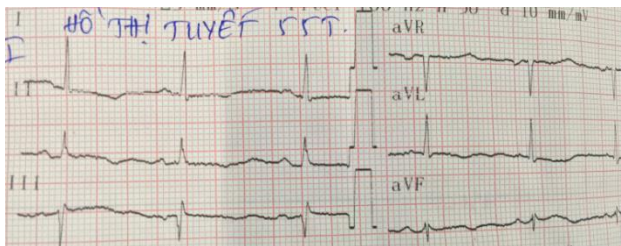
**Chẩn đoán xuất viện:** NMCTC cấp vùng trước vách, Killip III/XHTH trên ổn/ ĐTĐ type II.

### **Trường hợp 2: Sau phẫu thuật viêm ruột thừa cấp (hậu phẫu ngày 1).**

**Họ tên:** Hồ Th. T., 55 tuổi, cư ngụ Tịnh Biên, An Giang, nhập viện 09/04/2015 vì đau bụng. **Bệnh sử:** Bệnh 3 ngày, vì đau vùng thượng vị, lan xuống dần hố chậu phải, không sốt, đau ngày càng tăng. **Lúc vào viện:** bệnh tình, tiếp xúc tốt, da niêm hồng, tim đều, phổi trong, bụng mềm ấn đau hố chậu phải, đề kháng nhẹ. **Chẩn đoán:** TD Viêm ruột thừa. **Cận lâm sàng:** BC  $12.27 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; HC  $4.65 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; TC  $135 \times 10^3/\text{mm}^3$ ; ure 6.2 mmol/l; creatinine 71 mmol/l; CK-MB 1.94 ng/ml; Troponin < 3.0 pg/ml; Siêu âm bụng; TD viêm ruột thừa. **Điều trị:** Phẫu thuật cắt ruột thừa sau 3 giờ nhập viện.

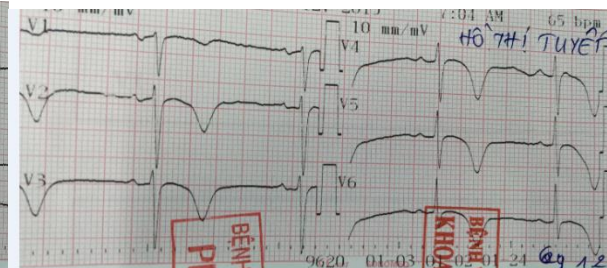
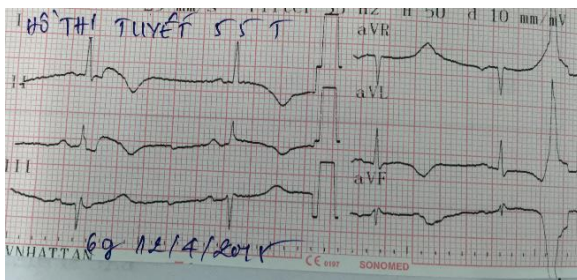


ECG 09/04/2015: Nhịp xoang 83 lần/phút, ST chênh xuống nhẹ ở trước rộng và dưới



ECG 14.20, 10/04/2015: Nhịp xoang đều, 70 lần/phút, TMCT trước rộng và thành dưới.

Lúc 8 giờ, 10/04/2015: BN tỉnh, đau thượng vị và ngực trái, tim đều, phổi trong, bụng mềm. CK-MB 18.15 ng/ml; troponin 188 pg/ml, chuyển khoa CC-HSTC&CD. Chẩn đoán: HP ngày 1 viêm ruột thừa vỡ mũ/TD hội chứng mạch vành cấp. theo dõi men tim, ECG/6 giờ. Vì BN hậu phẫu ngày 1 chống chỉ định dùng kháng đông, BN không chịu chuyển. Tiếp tục điều trị tại CC-HSTC&CD. Diễn tiến sau đó bệnh còn mệt, nặng ngực.

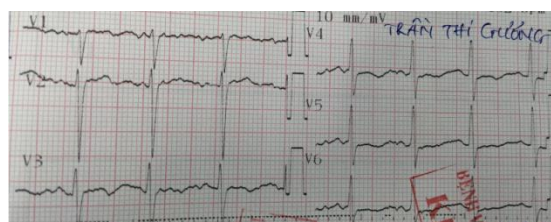
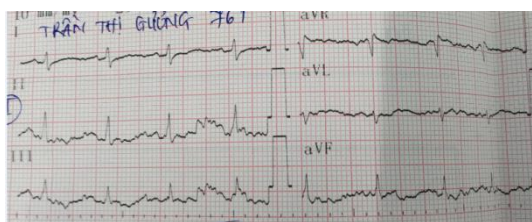


ECG 06 giờ, 12/04/2015: Nhịp tim 60 lần/phút, ngoại tâm thu thất rải rác, TMCBCT vùng trước rộng và thành dưới.

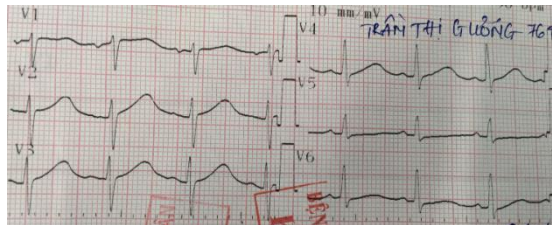
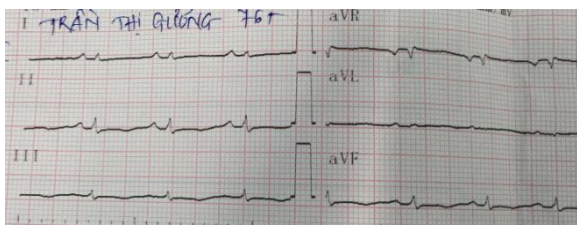
Ngày 14/04/2015, men tim tăng cao (CK-MB 207.8 ng/ml và troponin 1.834 pg/ml) Chẩn đoán: NMCTC cấp trước rộng/hậu phẫu ngày 5 viêm ruột thừa vỡ mũ. Điều trị: Enoxaparin 0.6ml 1 ống x2 TDD, Clopidogrel 75mg 4 viên uống, Aspirin 81mg 4 viên uống, Atorvastatin 20mg 2 viên uống. Tiếp tục điều trị theo phác đồ NMCTC cấp, BN ổn và xuất viện ngày 21/04/2015. Lúc này CK-MB: 2.89ng/ml; Troponin: 687 pg/ml.

### Trường hợp 3: Choáng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa.

Trần Th. G. 76 tuổi, Thanh Mỹ Tây, Châu Phú, AG. Nhập viện 13/04/2015 vì tiêu lỏng. Bệnh sử: Bệnh 2 ngày BN tiêu lỏng nhiều lần, phân đàm bọt, không đau ngực. Lúc này bệnh tình, về đừ, HA: 70/40 mmHg, mạch nhanh nhẹ, tim đều, phổi trong, bụng mềm. BC  $21.82 \times 10^3/\mu\text{L}$ ; HC  $2.64 \times 10^6/\mu\text{L}$ ; TC  $200 \times 10^3$ ; Procalcitonin 8.46 ng/ml, Ure 6.4mmol/l; Creatinin 84mmol/l; Na 136mmol/l; K 2.9mmol/l (về sau  $\text{K}^+$  liên tục giảm, dù vẫn bù, kali tăng đến tối đa 3.9 mmol/l); cholesterol total 6.5, HDL 0.5, LDL 2.6, Tri 7.5 mmol/l. Chẩn đoán: choáng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa/Tăng HA/ĐTĐ type II/ RLCH lipid/thiếu máu mạn trung bình. Xử trí: Truyền dịch; Noradrenalin; hồng cầu lắng 1 đơn vị; Cefotaxim; Levofloxacin; Omeprazol 40mg; Fenofibrat; Diosmectide; Kalioride. BN được điều trị như trên, huyết áp ổn định → ngưng Noradrenalin.



ECG 13/04/2015: Nhịp nhanh xoang 102 lần/phút, theo dõi TMCBCT thành dưới  
Đến 16 giờ 19/04/2015 BN mệt huyết áp hạ 60/40mmHg, không đau ngực, tiêu tiểu bình thường, men tim: Troponin: 473.7 pg/ml, ECG: ST-T chỉ có điện thế ngoại vi thấp. Lúc này BN được chẩn đoán NMCTC không ST chênh/choáng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa. Điều trị: Noradrenalin; Enoxaparin; Clopidogrel 75mg; Aspirin 81mg; Atorvastatin 20mg; Insualin mixtard 5<sup>UI</sup> TDD. BN được điều trị tiếp phác đồ NMCT. Bệnh ổn xuất viện 09/05/2015 (29/04/2015, troponin 39 pg/ml).



ECG đo lúc 16 giờ ngày 19/04/2015: Nhịp xoang đều 90 lần/phút, điện thế ngoại vi thấp

## **BÀN LUẬN**

### **BN vào viện vì xuất huyết tiêu hóa trên lượng trung bình.**

BN nữ, 86 tuổi, vào viện 15/04/2015 vì sốt, tiêu phân đen 3 ngày. Tiền sử: tăng huyết áp, đái tháo đường type II. Chẩn đoán lúc vào: Hạ huyết áp/XHTH trên do loét dạ dày/Thiếu máu cấp trung bình/ĐTĐ type 2/Suy thận cấp, Kali máu giảm. Hôm sau, BN mệt, khó thở, HA 170/90mm Hg, SpO<sub>2</sub> 93%, CK-MB 15.63 ng/ml; Troponin 305.4 pg/ml, NT pro BNP 6.589 pg/ml, ECG ST chênh từ V1–V3. Chẩn đoán: NMCTC trước vách, Killip III ngày 1. Do có chống chỉ định kháng đông, tiếp tục điều trị như trên, thêm Statin, ức chế beta. BN ổn định và xuất viện sau 18 ngày điều trị. Đây là một trường hợp xuất huyết tiêu hóa làm hạ huyết áp, mất máu. Qua đó, BN dễ bị TMCBCT và nặng hơn là NMCTC ở các BN có sẵn yếu tố nguy cơ về bệnh tim mạch. Có một báo cáo về nhồi máu cơ tim giả của Pothiwala<sup>(2)</sup> do tình trạng tăng kali máu làm cho đoạn ST chênh lên trên ECG giống như nhồi máu cơ tim cấp, được gọi là tình trạng giả nhồi máu cơ tim do tăng kali máu và sốc nhiễm khuẩn. Trường hợp của chúng tôi không tăng kali mà ngược lại, kali máu giảm dù vẫn bù kali tích cực.

### **Sau phẫu thuật viêm ruột thừa cấp**

BN nữ, 55 tuổi, vào viện 09/04/2015 vì đau bụng đã 3 ngày. Chẩn đoán: Viêm ruột thừa cấp. Cận lâm sàng có xét nghiệm CK-MB: 1.94 ng/ml; Troponin: < 3.0 pg/ml; Điều trị: Phẫu thuật cắt ruột thừa. Ngày hậu phẫu thứ 1, BN tỉnh, than đau thượng vị và ngực trái, CK-MB 18.15 ng/ml; troponin 188 pg/ml, nghĩ đến hội chứng mạch vành cấp. Vì BN hậu phẫu ngày 1 chống chỉ định dùng kháng đông, BN không chịu chuyển viện. Tiếp tục điều trị tại CC-HSTC&CD. Đến 14/04/2015, men tim tăng cao (CK-MB 207.8 ng/ml, troponin 1.834 pg/ml). Điều trị theo phác đồ NMCTC, BN ổn định và xuất viện ngày 21/04/2015. Lúc này CK-MB 2.89ng/ml; troponin 687 pg/ml.

Có một vài báo cáo hình ảnh giả NMCTC xuất hiện ở các BN viêm phúc mạc ruột thừa. Deware và cs<sup>(3)</sup> lần đầu tiên (2002) báo cáo một trường hợp đau bụng giữa và các thay đổi trên ECG phù hợp với hình ảnh nhồi máu cơ tim trước vách. Xét nghiệm men tim không phát hiện bất thường. Trong khi đó phẫu thuật cho thấy đây là

một trường hợp viêm ruột thừa hoại tử sau manh tràng. Vậy đây là một trường hợp hoại tử ruột thừa với hình ảnh giả nhồi máu cơ tim. Năm 2004, Agaba và cs<sup>(4)</sup> cũng báo cáo một trường hợp viêm phúc mạc do viêm ruột thừa nhưng trên ECG cũng có hình ảnh giả của hội chứng mạch vành cấp. Năm 2009, Liao và cs<sup>(5)</sup> báo cáo một BN viêm phúc mạc do viêm ruột thừa vỡ lại có hình ảnh trên ECG của nhồi máu cơ tim thành dưới cấp. Khám đầy đủ về lâm sàng và siêu âm tim giúp cho thấy đây là một trường hợp nhồi máu cơ tim giả. Sau mổ, đoạn ST trên ECG trở về bình thường.

Nhưng trường hợp của chúng tôi lại là NMCTC thật đã xảy ra ngay trong ngày hậu phẫu thứ 1. Nhưng do chống chỉ định dùng kháng đông nên chúng tôi chờ đợi đến ngày hậu phẫu thứ 5 mới bắt đầu điều trị NMCT

Đến nay, chúng tôi chưa thấy một công trình nào về mối liên quan giữa mổ ruột thừa và NMCT. Có thể 2 tình huống này tình cơ gặp nhau và vấn đề phẫu thuật có thể góp phần thúc đẩy NMCTC hay không cần được nghiên cứu thêm. Margenthaler và cs<sup>(6)</sup> nghiên cứu trong Chương trình cải tiến chất lượng mổ quốc gia của Hội Cựu Chiến binh nhận thấy với tỷ lệ chết 30 ngày sau mổ viêm ruột thừa thì nhồi máu cơ tim chiếm 37.5% trong tổng số các biến chứng và xảy ra 0.4% tổng số các trường hợp mổ viêm ruột thừa.

### **Choáng nhiễm khuẩn từ đường tiêu hóa.**

BN nữ 76 tuổi vào viện 13/04/2015 vì tiêu lỏng 2 ngày, được chẩn đoán choáng nhiễm trùng từ đường tiêu hóa/THA/ĐTĐII/RLCH lipid/thiếu máu mạn. Xử trí: Truyền dịch; Noradrenalin; hồng cầu lắng; kháng sinh... Đến 16h ngày 19/04/2015, BN than mệt huyết áp 60/40 mmHg, không đau ngực, troponin 473.7pg/ml, ECG: Nhịp xoang đều 90 lần/phút, điện thế ngoại vi thấp. Lúc này BN được chẩn đoán NMCTC không ST chênh. Bắt đầu điều trị NMCT. Bệnh ổn, xuất viện sau 26 ngày điều trị.

Choáng nhiễm khuẩn làm giảm tưới máu đến các cơ quan quan trọng trong cơ thể, trong đó có tim. Qua đó, choáng dễ thúc đẩy tình trạng thiếu máu hoặc nặng hơn nhồi máu cơ tim ở các BN có nguy cơ. BN của chúng tôi có thể ở trong trường hợp này. BN có một ECG ban đầu bình thường, nhưng do triệu chứng lâm sàng có nhiều

ngghi ngờ nên cho xét nghiệm men tim và được chẩn đoán và điều trị như một NMCTC có ST không chênh. Wilhelm và cs<sup>(7)</sup> nhận thấy 62,9% BN nằm ở khoa hồi sức cấp cứu có TnT siêu nhạy (hsTnT) tăng cao, nhất là ở các BN bị sốc nhiễm khuẩn. TnT siêu nhạy là một yếu tố tiên lượng cho một kết cục xấu. Gunnewiek và cs<sup>(8)</sup> nhận thấy troponin tim là chỉ thị của tổn thương tim cũng gặp trong các BN nặng, nhất là các BN nhiễm khuẩn nặng không có bằng chứng nhồi máu cơ tim. Theo Y-Hassan và cs<sup>(9)</sup> tình trạng nhiễm khuẩn huyết chầm ngòi cho hội chứng takotsubo (hội chứng phình cơ đỉnh tim tạm thời), nguyên nhân của đa số các trường hợp ức chế cơ tim do nhiễm khuẩn huyết.

## KẾT LUẬN

NMCTC có thể xảy ra ở những trường hợp không điển hình khiến chúng ta phải luôn cảnh giác để chẩn đoán và xử trí đúng đắn và kịp thời ngay cả khi BN có một ECG bình thường.

## THAM KHẢO

1. **Wikipedia.** Myocardial Infarction.
2. **Pothiwala SE.** Hyperkalemia induced pseudo-myocardial infarction in septic shock. *J Postgrad Med.* 2014 Jul-Sep;60(3):338-40.
3. **Dewar C<sup>1</sup>, Siddiqi A, Kayani J.** Pseudomyocardial infarction associated with a retrocaecal gangrenous appendix. *Emerg Med J.* 2002 Sep;19(5):481-2.
4. **Agaba EA, Goon P, Pushdary K, Wong LS.** Perforated appendicitis in the elderly masquerading as acute coronary syndrome. *Surg Infect (Larchmt).* 2004 Summer;5(2):195-9.
5. **Liao WI, Tsai SH, Chu SJ, Hsu CW, Lin YY.** Acute ruptured appendicitis and peritonitis with pseudomyocardial infarction. *Am J Emerg Med.* 2009 Jun;27(5):627.e5-8.
6. **Margenthaler JA, Longo WE, Virgo KS, Johnson FE, Oprian CA, Henderson WG, Daley J, Khuri SF.** Risk factors for adverse outcomes after the surgical treatment of appendicitis in adults. *Ann Surg.* 2003 Jul;238(1):59-66.
7. **Wilhelm J, Hettwer S, Schuermann M, Bagger S, Gerhardt F, Mundt S, Muschik S, Zimmermann J, Amoury M, Ebelt H, Werdan K.** Elevated troponin in septic patients in the emergency department: frequency, causes, and prognostic implications. *Clin Res Cardiol.* 2014 Jul;103(7):561-7.
8. **Gunnewiek JM, Van Der Hoeven JG.** Cardiac troponin elevations among critically ill patients. *Curr Opin Crit Care.* 2004 Oct;10(5):342-6.
9. **Y-Hassan S, Settergren M, Henareh L.** Sepsis-induced myocardial depression and takotsubo syndrome. *Acute Card Care.* 2014 Sep;16(3):102-9.