

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ ST CHÊNH LÊN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÁI BÌNH

NGUYỄN THỊ THANH TRUNG

TÓM TẮT

NMCT cấp đã và đang là vấn đề nghiêm trọng ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển, 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. Đây là vấn đề được nhiều người quan tâm và cũng là mục tiêu nghiên cứu của đề tài này. **Mục tiêu nghiên cứu:** (1) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị NMCT có ST chênh lên. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu theo trình tự thời gian với 76 bệnh nhân điều trị nội khoa và 64 bệnh nhân được chuyển đi Hà Nội để can thiệp ĐMV qua da. Các thông số về lâm sàng và cận lâm sàng tình hình điều trị và theo dõi được thu thập và so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Trong thời điểm chúng tôi nghiên cứu tỷ lệ gặp NMCT có ST chênh lên ở nam nhiều hơn nữ, lứa tuổi gặp nhiều nhất là ≥ 65 tuổi. Rối loạn Lipid máu là yếu tố nguy cơ hay gặp nhất (60,7%). Triệu chứng đau ngực điển hình chiếm tỷ lệ cao (82,1%). Phân độ suy tim theo Killip ở độ III-IV chiếm tỷ lệ cao nhất (42,85%). Tỷ lệ hết đau ngực ở nhóm can thiệp ĐMV kết hợp với điều trị nội khoa cao hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (93,2%; 69,6%, $p=0,008$). Số ngày điều trị trung bình ở nhóm điều trị nội khoa đơn thuần cao hơn so với nhóm can thiệp mạch vành kết hợp với điều trị nội khoa ($10,15 \pm 4,47$; $7,45 \pm 1,69$). Tỷ lệ gặp biến chứng loạn nhịp nguy hiểm ở nhóm can thiệp thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần. **Kết luận:** NMCT cấp có ST chênh lên gặp ở nam nhiều hơn nữ, yếu tố nguy cơ hay gặp là rối loạn Lipid máu. Tỷ lệ hết đau ngực, thời gian nằm điều trị trung bình và tỷ lệ gặp các biến chứng về rối loạn nhịp tim nguy hiểm ở nhóm can thiệp mạch vành phối hợp với điều trị nội khoa thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần.

ĐẶT VẤN ĐỀ

NMCT cấp đã và đang là vấn đề nghiêm trọng ở các nước phát triển cũng như các nước đang phát triển, là nguyên nhân thường gặp nhất đối với đau thắt ngực ở những bệnh nhân có bệnh lý tim mạch nguy hiểm, là bệnh tim mạch khá thường gặp ở người sau tuổi trung niên. Ở nhiều nước tiên tiến trên thế giới NMCT cấp do xơ vữa động mạch vành vẫn là nguyên nhân gây tử vong hàng đầu nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời, đồng thời cũng để lại nhiều hậu quả về kinh tế và xã hội.

NMCT thường gặp ở người có tiền sử gia đình mắc bệnh tim mạch sớm (trước 55 tuổi), người hút thuốc lá, người mắc bệnh tăng huyết áp, tăng mỡ máu (cholesterol), đái tháo đường (các yếu tố này

cũng có tính chất gia đình). Béo phì, ít hoạt động thể lực và stress cũng đóng vai trò quan trọng trong sự tiến triển của xơ vữa động mạch. 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.

Theo Tổ chức Sức khỏe Thế giới, tình trạng xơ vữa động mạch vành tim có thể đã xuất hiện rất sớm từ những năm 30 - 40 tuổi và tỉ lệ bệnh tim mạch ngày càng cao ở các nước đang phát triển. Năm 2002 có khoảng 12,6% tỷ lệ tử vong chung trên toàn cầu là do NMCT.

Cũng như những cơ quan khác trong cơ thể tim được nuôi bởi động mạch có tên là động mạch vành và trong quá trình lão hóa thì động mạch này cũng bị xơ vữa và tắc hẹp. Khi động mạch vành tim bị tắc nghẽn hoàn toàn sẽ gây NMCT. Tai biến nguy hiểm nhất của thiếu máu cục bộ cơ tim là chết đột ngột có thể do nhồi máu cơ tim hoặc rung thất.

Theo các thống kê ở Mỹ, hàng năm có khoảng một triệu bệnh nhân nhập viện vì nhồi máu cơ tim cấp. Ở Việt Nam trước đây tần suất mắc NMCT rất thấp, song những năm gần đây NMCT cấp có khuynh hướng tăng lên rõ rệt. Theo thống kê của Viện Tim mạch quốc gia Việt Nam, trong 10 năm (từ 1980-1990) mới có 108 trường hợp NMCT vào viện nhưng chỉ trong 5 năm (1/91- 10/95) đã có 82 trường hợp vào viện vì nhồi máu cơ tim và riêng 10 tháng đầu năm 1995 đã có 31 bệnh nhân NMCT vào cấp cứu tại viện tim mạch. Tỷ lệ bệnh này ngày càng tăng cao trong những năm gần đây. Ước tính, mỗi ngày Viện Tim mạch tiếp nhận khoảng 5, 6 trường hợp bị nhồi máu cơ tim, thường từ các cơ sở điều trị tuyến dưới chuyển lên.

Tại Bệnh Viện Đa Khoa Thái Bình tỷ lệ mắc NMCT khá cao đặc biệt là nhóm NMCT có ST chênh lên vì vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng, kết quả điều trị ở bệnh nhân NMCT cấp có ST chênh lên.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Bệnh nhân được chẩn đoán xác định là NMCT cấp có ST chênh lên, nằm điều trị nội trú tại khoa nội Tim Mạch Bệnh Viện Đa Khoa tỉnh Thái Bình từ Tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2013. Tất cả các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được làm ĐTĐ, SA tim và làm các xét nghiệm cần thiết khác, một số bệnh nhân được chuyển đi viện Tim Mạch Trung

Ương và Viện Tim Hà Nội để chụp và can thiệp mạch vành.

1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Các bệnh nhân được chẩn đoán NMCT cấp có ST chênh lên.

* Chẩn đoán xác định NMCT cấp dựa vào tiêu chuẩn của Tổ chức Y tế Thế giới.

- Chẩn đoán NMCT cấp khi có ít nhất 2 trong 3 tiêu chuẩn sau:

1. Đau ngực điển hình, kéo dài ≥ 30 phút, dùng các thuốc giãn mạch vành không đỡ.

2. Điện tâm đồ có các biến đổi đặc hiệu: ST chênh lên ≥ 1 mm, ở ít nhất hai chuyển đạo ngoại vi, hoặc ≥ 2 mm ở ít nhất hai chuyển đạo trước tim liên tiếp.

3. Enzym tim tăng cao: CK tăng lên ít nhất gấp hai lần giới hạn trên của bình thường.

2. Tiêu chuẩn loại trừ

- Bệnh nhân có NMCT cấp mà không có ST chênh lên.

KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm về giới và tuổi

Tỷ lệ NMCT cấp có ST chênh lên gặp ở nam giới là 88 người chiếm tỷ lệ 62,85% nhiều hơn nữ giới là 52 chiếm tỷ lệ 37,15%. Đa số BN trên 55 tuổi, thường gặp nhất 65 - ≥75 (71,4%). Tuổi trung bình là 60,94 ± 11,6 (tuổi), tương tự một số tác giả khác như Cao Thanh Ngọc tại BV Chợ Rẫy 64,22 ± 13,13 (tuổi) và Nguyễn Thị Hoàng Thanh tại BV đa khoa Đồng Nai là 64,00 ± 14,58 (tuổi).

Giới

Tỷ lệ nam/nữ : 1,69, nam chiếm tỷ lệ cao hơn nữ tương tự tác giả Đỗ Đăng Anh Đào cũng tại BV Thống Nhất TP.HCM (1,86).

2. Đặc điểm lâm sàng

Đặc điểm về yếu tố nguy cơ:

Bảng 1. Đặc điểm về một số yếu tố nguy cơ chính

Yếu tố nguy cơ	n	%
Tăng HA	61	43,57
Rối loạn Lipid máu	85	60,7
Hút thuốc lá	63	45
Béo phì	25	17,86
Đái tháo đường	43	30,7

Rối loạn lipid máu là yếu tố nguy cơ chiếm tỷ lệ cao nhất (60,7%), tiếp đến là hút thuốc lá (45%) rồi tăng HA (43,57%) tương tự tác giả Cao Thanh Ngọc thực hiện tại BV Chợ Rẫy (59,17% ; 48,81% và 41,5%).

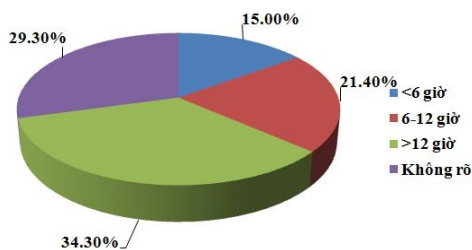
Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng

Bảng 2: Tỷ lệ BN đau ngực lúc nhập viện

Triệu chứng	Số BN	Tỷ lệ (%)
Đau ngực điển hình	115	82,1
Đau ngực không điển hình hoặc không đau ngực	25	17,9
Tổng cộng	140	100

Đa số BN nhập viện với triệu chứng đau ngực điển hình (82,1%). Kết quả này cũng tương tự tác giả Hoàng Nghĩa Đài thực hiện tại BV Thống Nhất TP.HCM (82,3%).

Biểu đồ 1: Thời gian từ lúc khởi phát đến nhập viện



Tỷ lệ BN nhập viện <6 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng chiếm tỷ lệ thấp nhất (15%); <12 giờ là 21,4% và >12 giờ là 34,3%. Kết quả này thấp hơn một số tác giả khác, điều này có thể giải thích là do đa số BN trong nghiên cứu của chúng tôi cư trú tại nông thôn do đó sự nhận thức về tính cấp thiết của bệnh chưa được cao.

Bảng 3: Phân độ Killip

Độ Killip	Số BN	Tỷ lệ (%)
Killip I	45	32,15
Killip II	35	25,01
Killip III	45	32,15
Killip IV	15	10,7
Tổng cộng	140	100

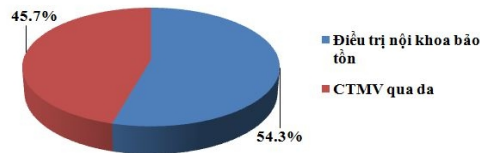
Tỷ lệ bệnh nhân bị suy tim theo phân độ Killip I và Killip III chiếm tỷ lệ cao nhất (32,14%), tiếp đến là Killip II chiếm (25%) BN có phân độ Killip I tương tự một số tác giả khác, trong khi phân độ Killip IV lại thấp hơn điều này có thể là do bệnh nhân được theo dõi và điều trị tốt hơn.

Bảng 4: Phân vùng cơ tim nhồi máu trên ĐTĐ

Vùng nhồi máu	Số BN	Tỷ lệ (%)
Trước vách	48	34,3
Trước mỏm	12	8,6
Trước vách và mỏm	23	16,4
Trước bên	6	4,3
Trước rộng	22	15,7
Vùng sau dưới	24	17,1
Vùng sau dưới + thất phải	5	3,6
Tổng cộng	140	100

Trong NC của chúng tôi, nhồi máu vùng trước vách chiếm tỷ lệ cao nhất (34,3%), kế đến là vùng sau dưới (17,1%) tương tự tác giả Võ Đồng Quang thực hiện tại BV Chợ Rẫy (35,9% và 19,4%).

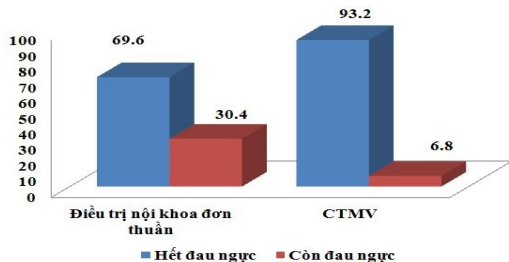
Biểu đồ 2: Tỷ lệ các phương pháp điều trị



- Số lượng BN điều trị nội khoa đơn thuần chiếm tỷ lệ cao 54,3% trong khi số lượng BN can thiệp ĐMV qua da cấp cứu chiếm tỷ lệ thấp 45,7%. Kết quả về tỷ lệ can thiệp ĐMV qua da của chúng tôi thấp hơn của tác giả Cao Thanh Ngọc tại BV Chợ Rẫy năm 2005-2006 (59,4%), có thể giải thích là do đối tượng BN tại BV Thống Nhất đa số cư trú tại TP.HCM, thời gian từ lúc

khởi phát đến khi nhập viện ngắn và chủ yếu là cán bộ có bảo hiểm y tế tại BV Thống Nhất; ngoài ra cũng có thể do mẫu NC của chúng tôi thấp hơn.

Biểu đồ 3: So sánh tỉ lệ hết đau ngực ở BN đau ngực điển hình của nhóm điều trị nội khoa đơn thuần và nhóm CTMV



Trong NC của chúng tôi, số lượng BN điều trị nội khoa đơn thuần nhiều hơn BN CTMV qua da cấp cứu nhưng tỉ lệ BN hết đau ngực ở nhóm CTMV cấp cứu cao hơn nhóm điều trị nội khoa đơn thuần và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,008$).

Bảng 5: Thời gian nằm viện (ngày)

Nhóm điều trị	Tối đa	Tối thiểu	Trung bình
Điều trị nội khoa đơn thuần (n= 76)	15	7	10,15 ± 4,47
CTMV (n= 64)	8	2	7,45 ± 1,69

Trong NC của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình là 12 ± 4,07 (ngày), cao hơn của tác giả Võ Đông Quang tại BV Chợ Rẫy (10,59 ± 6,08 ngày) và Sada MJ tại Hoa Kỳ (7,3 ngày).

Bảng 6: Tỉ lệ các biến chứng

Loại biến chứng	Tỉ lệ%		
	Điều trị nội khoa đơn thuần (n = 76)	CTMV qua da (n = 64)	So sánh
NTT thất nguy hiểm	17,4(10)	4,7 (3)	$p = 0,475$
Nhịp nhanh thất ung thất	3,9 (3)	5,3 (4)	$p = 0,08$
Blocc nhĩ thất độ III	10,5 (8)	1,6 (1)	$p = 0,245$
Choáng tim	6,6 (5)	7,8 (5)	$p = 0,076$
Choáng tim	18,4 (14)	3,1 (2)	$P = 0,04$
Biến chứng cơ học	1,3 (1)	0 (0)	$p = 0,2$
Suy thận cấp	1,3 (1)	5,3 (4)	$p = 0,096$
TBMMN	1,3 (1)	1,6 (1)	$p = 0,68$
Xuất huyết tiêu hóa	3,9 (3)	0 (0)	$p = 0,04$
Viêm phổi	19,7 (15)	0 (0)	$p = 0,01$

Nhóm biến chứng RLN nguy hiểm (NTT thất nguy hiểm, nhịp nhanh thất, rung thất, blocc nhĩ thất độ III) và biến chứng khác (suy thận cấp, TBMMN, xuất huyết tiêu hóa, viêm phổi) chiếm tỉ lệ cao, kể đến là biến chứng cơ học (hở van 2 lá, thông liên thất, phình vách thất) và choáng tim. Tuy nhiên chỉ có các biến chứng như choáng tim, xuất huyết tiêu hóa và viêm phổi là khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm điều trị. Kết quả này cũng tương tự tác giả Cao Thanh Ngọc tại BV Chợ Rẫy là biến chứng RLN nguy hiểm và các biến chứng khác chiếm tỉ lệ cao.

Bảng 7: Tỉ lệ tử vong tại bệnh viện

Nhóm điều trị	Số BN	Tỉ lệ (%)	p
Tử vong chung	20(140)	14,3	
Điều trị nội khoa đơn thuần	15(76)	19,7	
CTMV	5(64)	7,8	

- Tỉ lệ tử vong chung trong NC của chúng tôi là 14,3%, kết quả này cao hơn một số tác giả trong nước như Hoàng Nghĩa Đài tại BV Thống Nhất Đồng Nai (13,6%), Võ Đông Quang tại Chợ Rẫy (10,53%) và ngay cả Võ Quảng tại BV Thống Nhất (11,6%). Điều này có thể do BN đa số ở TP.HCM, nhập viện sớm từ khi khởi phát đau ngực, được chẩn đoán và điều trị NMCT sớm nhất là CTMV sớm, theo dõi và xử lý kịp thời các biến chứng nên hạn chế và giảm tỉ lệ tử vong.

- Tỉ lệ tử vong ở nhóm điều trị nội khoa đơn thuần chiếm 19,7%, trong khi ở nhóm CTMV qua da cấp cứu là 7,8% và sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($p = 0,027$). Tỉ lệ tử vong ở nhóm CTMV qua da thấp hơn nhóm điều trị nội khoa đơn thuần có thể do những BN có biến chứng nặng không được chọn điều trị CTMV qua da, chỉ điều trị nội khoa đơn thuần.

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 140 trường hợp nhồi máu cơ tim cấp có đoạn ST chênh lên tại Khoa Nội Tim Mạch từ tháng 1 năm 2013 đến tháng 9 năm 2013 chúng tôi rút ra những nhận xét sau:

Đa số trên 55 tuổi, trung bình 60,94 ± 11,6 tuổi, nam giới chiếm 62,9%. Yếu tố nguy cơ mạch vành chiếm cao nhất là rối loạn Lipid máu (60,7%), kế đến là hút thuốc lá (45%). Vùng nhồi máu chủ yếu là vùng trước vách (34,3%) và vùng sau dưới (17,1%). 36,4% bệnh nhân nhập viện trước 12 giờ từ khi khởi phát triệu chứng. 54,3% bệnh nhân được điều trị nội khoa đơn thuần, chỉ 45,7% bệnh nhân được can thiệp mạch vành qua da. Tỉ lệ bệnh nhân hết đau ngực ở nhóm can thiệp mạch vành qua da cao hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (93,2% so với 69,6%). Thời gian nằm viện trung bình 12 ± 4,07 ngày, ngắn hơn ở nhóm can thiệp mạch vành so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (7,45 ± 1,69 so với 10,15 ± 4,47). Tỉ lệ tử vong chung là 14,3%, nhóm can thiệp mạch vành qua da tử vong thấp hơn so với nhóm điều trị nội khoa đơn thuần (7,8% so với 19,7%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Hoàng Việt Anh (2007), "Nghiên cứu đặc điểm tổn thương chỗ chia đôi động mạch vành và kết quả sớm của các kỹ thuật can thiệp động mạch vành được sử dụng". *Luận văn tốt nghiệp bác sĩ nội trú*.
- Trương Quang Bình (2006), "Sinh bệnh học vữa xơ động mạch", *Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, Nhà xuất bản y học*, tr 36 -38.
- Lê Thị Kim Dung (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng ở bệnh nhân ≥ 70 tuổi bị NMCT cấp". *Luận văn tốt nghiệp thạc sĩ*.
- Trần Văn Dương, Nguyễn Quang Tuấn, Phạm Gia Khải (2000), "Vai trò của chụp động mạch vành trong chẩn đoán và điều trị bệnh mạch vành", *Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học tham dự đại hội tim mạch quốc gia Việt Nam lần thứ VIII*, tr483 - 498.
- Trần Văn Dương, Nguyễn Quang Tuấn, Phạm

Gia Khải(2000), “Kỹ thuật chụp động mạch vành chọn lọc: Một số kinh nghiệm qua 152 bệnh nhân tim mạch được chụp động mạch vành tại Viện Tim Mạch Việt Nam”, *Tạp chí tim mạch học*, 21(phụ san đặc biệt 2-Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học), tr632 - 642.

6. Phạm Tử Dương (2000), “Nhồi máu cơ tim” Bài giảng lớp tập huấn cục quân y, tr41 - 49.

7. Vũ Đình Hải - Hà Bá Miến (1999), “Đau thắt ngực và NMCT”, Nhà xuất bản y học, tr 56 - 67.

8. Phạm Mạnh Hùng-Nguyễn Lâm Hiếu-Nguyễn Ngọc Quang (2001), “Nghiên cứu giá trị của phân độ Killip trong tiên lượng bệnh nhân NMCT cấp theo dõi

đọc theo thời gian 30 ngày”, *Tạp chí Tim Mạch học Việt Nam*.

9. Ahmad Sajadieh “Prevalence and prognostic significance of daily – life silent myocardial ischaemia in middle – aged and elderly subjects with no apparent” *heart disease*.

10. Antman, E.M;Braunwalde E.(1997),“Acute Myocardial Infarction”, *Heart Disease*, vol 2, 1184 - 1266.

11. American Diabetes Association (2005). “Total prevalence of Diabetes and Pre-Diabetes”.