

ĐẶC ĐIỂM CẬN LÂM SÀNG Ở BỆNH NHÂN NHỒI MÁU CƠ TIM THÂM LẶNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Nguyễn Thị Hiền^{1**}, Vũ Thanh Bình¹, Lê Đức Cường¹, Trần Thị Hải Lý^{1*}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** thực hiện trên 31 bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng điều trị nội trú tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình. Phương pháp mô tả, hồi cứu và mô tả cắt ngang. Các bệnh nhân được ghi điện tim, siêu âm tim, xét nghiệm máu và hóa sinh. **Kết quả:** Trên điện tâm đồ tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân NMCT thâm lặng là 25,6%, bao gồm cơn nhịp nhanh kịch phát thất, rung nhĩ và block nhĩ thất cấp II, III. Sóng Q hoại tử xuất hiện trong 67,7% số trường hợp. Đoạn ST chênh lên chiếm 71,0% và phức bộ QRS giãn rộng trên 0,10 giây trong 83,9%. Vị trí nhồi máu hay gặp nhất là trước vách, trước rộng và sau dưới; Có 45,2% bệnh nhân thiếu máu; 48,4% BN tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính. Tỷ lệ BN tăng cholesterol máu 38,7%; Glucose máu tăng trong 67,7% bệnh nhân. **Kết luận:** Bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng biến đổi sóng Q và đoạn ST trên điện tim, giảm khả năng di động của thành tim trên siêu âm, biến đổi nồng độ troponin T và nồng độ CK-MB

Từ khóa: Đặc điểm cận lâm sàng; Nhồi máu cơ tim thâm lặng; Bệnh viện đa khoa Thái Bình.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim (NMCT) cấp là một cấp cứu nội khoa thường gặp trên lâm sàng. Đây là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu tại các nước phát triển. Tại Mỹ hàng năm có trên 1 triệu bệnh nhân nhập viện cấp cứu vì bệnh lý mạch vành cấp, trong đó có 200.000 đến 300.000 bệnh nhân tử vong vì nhồi máu cơ tim cấp [4]. Theo thống kê của Tổ chức Y tế Thế giới, hàng năm trên toàn thế giới có 7,3 triệu người tử vong do bệnh lý mạch vành, chiếm 30% tổng tỷ lệ tử vong trên toàn Thế giới [4]. Ở Việt Nam, trước đây tần suất xuất nhồi máu cơ tim cấp rất thấp, song những năm gần đây bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp ngày có xu hướng gia tăng nhanh chóng. NMCT cấp thường gặp người có tiền sử gia đình mắc bệnh lý tim mạch, người hút thuốc lá, người tăng huyết áp, rối loạn mỡ máu, đái

tháo đường, béo phì và ít vận động... Theo thống kê của Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam, tỷ lệ bệnh nhân vào Viện Tim mạch vì NMCT cấp năm 2003 là 4,2%, đến năm 2007 đã tăng lên 9,1% [2]. NMCT cấp là một bệnh nặng, có nhiều yếu tố nguy cơ, bệnh diễn biến phức tạp và nhiều biến chứng nguy hiểm đe dọa tính mạng người bệnh, đòi hỏi thầy thuốc phải chẩn đoán, tiên lượng và có hướng xử trí kịp thời.

Đặc biệt trong thực tế lâm sàng, bệnh nhân NMCT thâm lặng không có triệu chứng đau thắt ngực mặc dù các triệu chứng lâm sàng khác rất nặng nề, nhưng không đặc hiệu để lâm sàng hướng tới chẩn đoán NMCT. Một số nghiên cứu cho thấy rằng NMCT thâm lặng là "kẻ giết người số 1 trong số bệnh tim mạch". NMCT thâm lặng gây khó khăn cho việc chẩn đoán cũng như bỏ sót, làm chậm trễ quá trình cấp cứu cho bệnh nhân.

Các xét nghiệm cận lâm sàng lúc này đặc biệt có giá trị chẩn đoán và thường rất điển hình. Đó là sự xuất hiện của vùng tổn thương và sóng Q hoại tử trên điện tâm đồ, men tim tăng cao, siêu âm – Doppler tim thấy rối loạn vận động vùng và giảm chức năng các buồng thất. NMCT thâm lặng thường gặp ở những

¹ Đại học Y Dược Thái Bình

* Tác giả thực hiện chính:

Trần Thị Hải Lý

** Tác giả chịu trách nhiệm khoa học:

Nguyễn Thị Hiền

Email: hien_nganvn@yahoo.com

Ngày nhận bài: 1/10/2018

Ngày phản biện: 2/11/2018

Ngày chấp nhận đăng: 2/3/2019

người cao tuổi, người có nhiều yếu tố nguy cơ và có nhiều bệnh phối hợp, do đó tỷ lệ tử vong và tỷ lệ gặp các biến cố tim mạch chính cao hơn. Nhằm tìm hiểu những đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng, chúng tôi tiến hành nghiên cứu với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình.*

2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Địa điểm, thời gian, đối tượng nghiên cứu

- Địa điểm nghiên cứu: Khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình.
- Đối tượng nghiên cứu: bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim thâm lặng nằm điều trị nội trú tại khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình.

- Thời gian nghiên cứu: Nghiên cứu được thực hiện từ 1/2014 – 6/2017

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả; hồi cứu và mô tả cắt ngang.

* **Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu tích lũy thuận tiện

* **Phương pháp thu thập thông tin**

- Lập mẫu bệnh án nghiên cứu theo nội dung thống nhất.

- Thu thập số liệu nghiên cứu theo mẫu bệnh án đã lập sẵn

- Đối với bệnh nhân tiến cứu: Khám lâm sàng toàn diện; Thu thập các số liệu, ghi vào mẫu bệnh án đã lập sẵn

* **Các xét nghiệm sử dụng**

- Điện tâm đồ

- Siêu âm tim

- Xét nghiệm tổng phân tích tế bào máu ngoại vi

- Xét nghiệm sinh hóa máu: định lượng ure, creatinin, glucose, cholesterol, triglycerid, HDL-C, LDL-C, SGOT, SGPT, điện giải đồ.

- Xét nghiệm men tim: CK, CK-MB, Troponin I, T.

2.3. Xử lý số liệu

Số liệu sau khi điều tra được làm sạch thô và nhập vào máy vi tính bằng phần mềm EPI- DATA, sau đó chuyển sang phần mềm SPSS 13.0 để xử lý với các test thống kê y học.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

Nghiên cứu được tuân theo các quy định y đức của Đại học Y Thái Bình. Các bệnh nhân tự nguyện tham gia hoặc được gia đình đồng ý tham gia. Các thông tin được bảo mật và chỉ dùng cho nghiên cứu. Các bệnh nhân có quyền từ bỏ nghiên cứu bất cứ lúc nào.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim thâm lặng là 25,6%. Trong đó 1 bệnh nhân có cơn nhịp nhanh kịch phát thất, 1 bệnh nhân rung nhĩ và 2 bệnh nhân block nhĩ thất cấp II, III (bảng 3.1).

Sóng Q hoại tử xuất hiện trong 67,7% số trường hợp. Đoạn ST chênh lên chiếm 71,0% và phức bộ QRS giãn rộng trên 0,10 giây trong 83,9%. Có 2 bệnh nhân block nhánh trái hoàn toàn chiếm 6,5% (bảng 3.2).

Ba vị trí nhồi máu hay gặp nhất trong bệnh cảnh NMCT thâm lặng là trước vách, trước rộng và sau dưới, tỷ lệ tương ứng là 29,0; 29,0 và 19,5%. Bệnh nhân NMCT thâm lặng tại 2 vị trí chiếm 12,9% (bảng 3.3)

Bảng 3.1. Biểu hiện nhịp xoang và các rối loạn nhịp trên điện tâm đồ

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Nhịp cơ sở	Nhịp xoang	27	87,1
	Cơn nhịp nhanh kịch phát thất	1	3,2
	Rung nhĩ	1	3,2
	Block nhĩ thất cấp II, III	2	6,5
	NTT thất	2	6,5
	NTT nhĩ	1	3,2

Bảng 3.2. Biến đổi các sóng điện tim trên điện tâm đồ

	Đặc điểm	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Sóng Q	Sóng Q hoại tử	21	67,7
	Dạng QS	9	29,0
	ST chênh lên	22	71,0
Đoạn ST	ST chênh xuống 0,1 – 0,2 mV	2	6,5
	ST chênh xuống > 0,2 mV	6	19,4
	ST không chênh	1	3,2
QRS	≤ 0,10 giây	5	16,1
	> 0,10 giây	26	83,9
	Block nhánh trái hoàn toàn	2	6,5

Bảng 3.3. Vị trí nhồi máu trên điện tâm đồ

Vị trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Trước vách	9	29,0
Trước rộng	9	29,0
Sau dưới	6	19,5
Vùng mỏm	1	3,2
Thất phải	1	3,2
Dưới nội tâm mạc	1	3,2
2 vị trí	4	12,9
Tổng	31	100

Bảng 3.4. Đặc điểm công thức máu ngoại vi của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Thiếu máu	14	45,2
Số lượng hồng cầu (T/L)	3,7 ± 0,6	
Hb (g/L)	101,2 ± 11,4	
Tăng số lượng bạch cầu	15	48,4
(G/L)	17,3 ± 5,1	
Tăng bạch cầu hạt	15	48,4
Tỷ lệ bạch cầu hạt (%)	82,5 ± 7,2	
Tăng/giảm tiểu cầu	0	0
Số lượng tiểu cầu (G/L)	288,6 ± 88,3	

Bảng 3.5. Đặc điểm sinh hóa máu của đối tượng nghiên cứu

Thông số	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Cholesterol	Tăng	12
	Giảm	6
	Bình thường	13
Triglycerit	Tăng	6
	Giảm	4
	Bình thường	21
HDL – Cho	Giảm	2
	Bình thường	29
LDL – Cho	Tăng	8
	Bình thường	23
Glucose	Tăng	21
	Giảm	1
	Bình thường	9
X ± SD		19,5 ± 10,2
Creatinin > 120 micromol/l	13	41,9

Số bệnh nhân thiếu máu là 14 người, chiếm 45,2%. Tỷ lệ bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu hạt là 48,4%. Không có bệnh nhân nào bất thường về số lượng tiểu cầu (bảng 3.6).

Tỷ lệ bệnh nhân tăng cholesterol máu 38,7%, tăng triglycerid máu 19,4%. Đáng chú ý có 19,4 trường hợp giảm cholesterol máu và 12,9% trường hợp giảm triglycerid máu. Glucose máu tăng trong 67,7% và giảm trong 3,3%. Có 41% bệnh nhân có nồng độ creatinin máu trên 120 mcmol/L (bảng 3.7)

4. BÀN LUẬN

Đặc điểm điện tâm đồ: bảng 3.1 cho thấy số bệnh nhân NMCT thăm lặn duy trì nhịp cơ bản là nhịp xoang là 87,1%. Có 12,9% có rối loạn nhịp nguy hiểm bao gồm cơn nhịp nhanh kịch phát thất (3,2%), rung nhĩ (3,2%), block nhĩ thất cấp II, cấp III 6,5%. Đây là một trong những biến chứng nặng của NMCT, đặc biệt ở cơ địa già yếu, rối loạn nhịp tim làm lan rộng vùng hoại tử, làm suy giảm chức năng tim và rối loạn huyết động [3].

Trên điện tâm đồ, NMCT thể hiện sự biến đổi đoạn ST theo thời gian đặc trưng cho vùng cơ tim tổn thương, sóng Q xuất hiện và sâu rộng dần đặc trưng cho vùng hoại tử, biến đổi sóng T từ dương, cao, nhọn, đối

xứng thành âm, nhọn, đối xứng đặc trưng cho thiếu máu cơ tim [1]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, về đặc điểm ổ nhồi máu: 30/31 số trường hợp có NMCT xuyên thành, biểu hiện trên điện tim là sóng Q sâu rộng hoặc dạng QS. 1 trường hợp duy nhất NMCT dưới nội tâm mạc không có sóng Q. ST chênh lên gặp ở 71,0% số trường hợp. Đáng lưu ý là có 83,9% bệnh nhân có biểu hiện tăng thời gian khử cực thất làm QRS giãn rộng trên 0,10s. Đây là tiền đề cho rối loạn chức năng và tái cấu trúc thất trái. Có 6,5% số trường hợp có block nhánh trái hoàn toàn không xác định block cũ hay mới xuất hiện.

Vị trí vùng nhồi máu: NMCT vùng trước vách và vùng trước rộng chiếm tỷ lệ nhiều nhất (29,0%). Vùng trước rộng thường có tiên lượng nặng, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao. Có 1 bệnh nhân (3,2%) NMCT thất phải, 1 bệnh nhân NMCT dưới nội tâm mạc. Đây là những vị trí nhồi máu ít gặp. Trong nghiên cứu này, bệnh nhân có 2 vùng NMCT là 4 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 12,9%. Chính vì thế số bệnh nhân tử vong hoặc nặng xin về chiếm tỷ lệ gần ½ số trường hợp.

Đặc điểm công thức máu ngoại vi: có 14 bệnh nhân thiếu máu (45,2%). Đây là một tỷ lệ rất cao. Có thể lý giải do một số bệnh nhân thiếu máu do suy thận mạn tính, số còn lại

thiếu máu do thiếu dinh dưỡng. Đây cũng là nguyên nhân dẫn đến thoái hóa các receptor, giảm khả năng dẫn truyền của các sợi thần kinh cảm giác khiến bệnh nhân không cảm nhận được cơn đau thắt ngực.

Tăng số lượng bạch cầu gấp trong 48,4% số trường hợp, đặc biệt số lượng bạch cầu tăng rất cao, có trường hợp lên tới 30 G/L, tất cả các trường hợp này đều tăng số lượng bạch cầu hạt. Nguyên nhân là do các bệnh phổi hợp như COPD đợt cấp, viêm phổi... Tình trạng nhiễm trùng này làm nặng thêm NMCT, bệnh nhân tiên lượng xấu và dễ dẫn đến tử vong.

Đặc điểm sinh hóa máu: bảng 3.7 cho thấy có 38,7% số trường hợp tăng Cholesterol máu, 19,4% tăng Triglycerid máu. Tăng mỡ máu từ lâu đã được chứng minh là yếu tố nguy cơ độc lập của NMCT nói riêng và bệnh mạch vành nói chung. Vừa xơ động mạch làm cho lòng mạch hẹp, lõm chõm và vùng mạch bị xơ mỡ không có đủ các yếu tố chống hoạt hóa đông cầm máu. Đây là nguyên nhân gây kết dính tiểu cầu, kích hoạt hệ đông máu huyết tương làm mất cân bằng quá trình đông cầm máu theo chiều hướng tăng đông tắc mạch. Nếu huyết khối được hình thành ở ạt, lớn, gây lấp tắc hoàn toàn lòng ĐMV. Cũng chính các hoá chất trung gian gây hiện tượng co mạch làm hẹp ĐMV. Đồng thời, khi mảng vừa xơ phát triển lấn sâu vào lòng mạch cũng gây ra hẹp lòng ĐMV. Phối hợp các yếu tố này chính là nguyên nhân làm tắc ĐMV gây nên bệnh cảnh của NMCT cấp. Ngay khi tắc mạch, các tế bào vùng cơ tim tổn thương sẽ chuyển hóa yếm khí, sinh ra các chất P (chất gây đau). Các chất này gắn kết lên các thụ cảm thể, nhờ hệ thần kinh dẫn truyền cảm giác đau tới thần kinh trung ương. Trong trường hợp tổn thương bất kỳ khâu nào trong quá trình trên, cảm giác đau sẽ bị suy giảm, thậm chí mất hoàn toàn gây NMCT thầm lặng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy 67,7% bệnh nhân NMCT thầm lặng có tăng Glucose máu. Các nghiên cứu đã chỉ ra rằng hầu hết những bệnh nhân tiểu đường nặng có biểu hiện thoái hóa bao myelin trong sợi trục

của neuron. Đặc điểm của dẫn truyền xung thần kinh trên sợi trục là dẫn truyền xung động chỉ xảy ra trên sợi trục còn nguyên vẹn về chức năng. Dây thần kinh cảm giác dẫn truyền cảm giác đau nhanh chủ yếu là sợi có myelin. Có lẽ do thoái hóa bao myelin là nguyên nhân khiến bệnh nhân NMCT thể thầm lặng không còn cảm giác đau trong khi thực tế xét nghiệm cận lâm sàng rất điển hình và nặng nề. Đau là phản ứng bảo vệ cơ thể, do đó BN NMCT thầm lặng thường đến viện rất muộn và 2/3 trong số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đã tử vong. Như vậy đái tháo đường là một nguy cơ rất cao của NMCT, trong đó đái tháo đường ở người cao tuổi là dễ dẫn đến NMCT thầm lặng [5]. Mặt khác, bệnh nhân đái tháo đường lâu năm khiến các receptor tiếp nhận chất gây đau bị thoái hóa, bệnh nhân ít hoặc không cảm nhận được cảm giác đau. Đây là một dấu hiệu nguy hiểm khiến bệnh không được phát hiện kịp thời, nguy cơ gây ra các biến chứng và tỷ lệ tử vong rất cao.

5. KẾT LUẬN

- Tỷ lệ rối loạn nhịp tim ở bệnh nhân NMCT thầm lặng là 25,6%.
- Vị trí nhồi máu hay gặp nhất là trước vách, trước rộng và sau dưới, tỷ lệ tương ứng là 29,0; 29,0 và 19,5%.
- 45,2% bệnh nhân có thiếu máu, 48,4% bệnh nhân tăng số lượng bạch cầu và bạch cầu đa nhân trung tính.
- Tỷ lệ BN tăng cholesterol máu 38,7%, tăng triglycerid máu 19,4%. 19,4% trường hợp giảm cholesterol máu và 12,9% trường hợp giảm triglycerid máu. Glucose máu tăng trong 67,7% bệnh nhân và giảm trong 3,3% bệnh nhân.

Khuyến nghị

- Những người già, bệnh nhân mắc các bệnh mạn tính khi thấy các triệu chứng như mệt bất thường, khó thở, xỉu... cần đưa ngay đến cơ sở y tế để được phát hiện bệnh kịp thời.
- Nhất thiết phải làm các bilan về nhồi máu cơ tim ở các đối tượng trên.

Lời cảm ơn

Nhóm tác giả gửi lời cảm ơn tới lãnh đạo Khoa Nội Tim mạch (Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình), Khoa Xét nghiệm (Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Thái Bình), các đồng nghiệp tại Khoa Xét nghiệm, Khoa Nội tim mạch đã tạo điều kiện giúp đỡ để nghiên cứu được hoàn thành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đỗ Kim Bảng (2004)**, Nghiên cứu khả năng dự đoán vị trí tổn thương động mạch vành bằng ĐTĐ ở bệnh nhân NMCT cấp, Kỷ yếu toàn văn các đề tài khoa học, tr 127 - 135.
2. **Nguyễn Lâm Việt (2007)**, Thực hành

bệnh tim mạch, Nhà xuất bản Y học tr. 17 và 68 - 87.

3. **Grech ED (2004)**, ABC of Interventional Cardiology, BMJ Publishing Group.
4. **Jones DL et al (2010)**, Heart Disease and Stroke Statistics, 2010 Update, A Report From the American Heart Association Statistics Committee and Stroke Statistics Subcommittee, American Heart Association.
5. **Sajadieh A (2010)**, Prevalence and prognostic significance of daily – life silent myocardial ischaemia in middle - aged and elderly subjects with no apparent heart disease.

SUMMARY**INVESTIGATING CHARACTERISTICS IN PATIENTS WITH SILENT MYOCARDIAL INFARCTION AT THAI BINH GENERAL HOSPITAL**

Nguyen Thi Hien, Vu Thanh Binh, Le Duc Cuong, Tran Thi Hai Ly

Thai Binh Pharma – Medical University

Objective: Describing investigating characteristics of patients with silent myocardial infarction at Thai Binh General Hospital. **Methods:** Descriptive, retrospective and prospective methods, Patient with silent myocardial infarction treated at Thai Binh General Hospital. **Results:** On electrocardiography, the proportion of arrhythmias in patients with silent myocardial infarction was 25,6%, including: supraventricular paroxysm tachycardia, atrial fibrillation and atrioventricular block level II, III; Q Necrosis Q waves appear in 67.7% of cases. ST-segment elevation accounts for 71.0% and QRS complex distortion over 0.10mS in 83.9% of cases. The most common sites of infarction are anterior septal infarction, anterior wall infarction and posterior infarction; 45,2% of patients had anemia; 48.4% of patients had leucocytes and neutrophils increased; The proportion of patients with hypercholesterolemia was 38,7%; Blood glucose increased in 67,7% of patients.

Keywords: investigating characteristics; silent myocardial infarction; Thai Binh General Hospital.