

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP CÓ BIẾN CHỨNG ĐƯỢC ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC TIÊU SỢI HUYẾT VÀ CAN THIỆP MẠCH VÀNH

ThS.BS.Hồ Anh Bình,
Ths.BS. Nguyễn Cửu Lợi
Khoa Nội Tim Mạch BVTU Huế

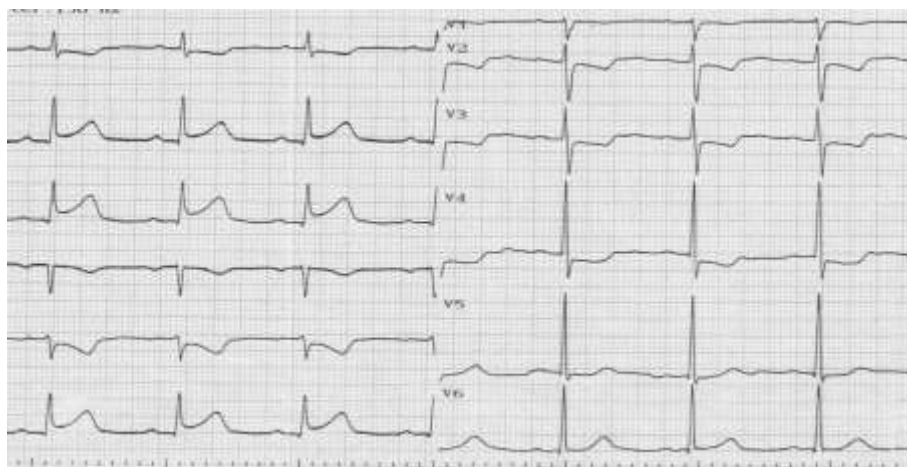
1. Tình huống và xử trí:

Bệnh nhân nữ, 55 tuổi, có tiền sử tăng huyết áp nhưng không được điều trị liên tục, hoạt động thể thao hàng ngày. Vào lúc 21 giờ ngày 03/01/2003, đột nhiên bệnh nhân xuất hiện cơn đau thắt ngực điển hình: đau vùng sau xương ức, lan ra cánh tay trái, đau tăng khi hoạt động, đau ngày càng tăng và đến 23 giờ bệnh nhân có thêm cảm giác khó thở, vã mồ hôi. Người nhà đưa bệnh nhân vào viện.

Ghi nhận lúc vào viện (1h ngày 04/01): mạch 62 l/phút, HA: 70/50 mmHg, đau ngực dữ dội vùng sau xương ức, lan ra cánh tay trái, khó thở nhiều, da tái, vã mồ hôi.

Chẩn đoán sơ bộ: nhồi máu cơ tim cấp có choáng.

Bệnh nhân được làm các xét nghiệm khẩn: điện tâm đồ, men tim (Troponin T), chức năng đông máu toàn bộ.



Kết quả điện tâm đồ: nhịp xoang 61 lần / phút

ST chênh lên ở DII, DIII, aVF, hình ảnh soi gương từ V1-V4

Troponin T : 1.56 ng/ml

Chức năng đông máu: bình thường

*Chẩn đoán: nhồi máu cơ tim vùng dưới có choáng.

* Xử trí cấp cứu:

- Nằm bất động, oxy 6 lít/phút, theo dõi bằng monitor
- Morphin 3 mg tiêm tĩnh mạch lặp lại
- Aspepic 100 mg x 3 gói uống
- Fraxiparin 7500 ui x 1 ống tiêm dưới da
- Dobutamin truyền tĩnh mạch qua bơm điện: 5µg/kg/phút

* Lúc 1h30: bệnh nhân vẫn khó thở, đau ngực, HA: 70/50 mmHg, trên monitor xuất hiện nhịp xoang chậm không đều 40-50 l/phút, kèm ngoại tâm thu thất.

Xử trí thêm: - Xylocain 2% x 4 ml tiêm tĩnh mạch

- Atropin 1/4 mg x 2 ống tiêm tĩnh mạch

* Lúc 1h45: bệnh nhân đỡ khó thở, giảm đau ngực, HA: 112/50 mmHg nhịp xoang đều trên monitor 110 l/phút.

Lenitral 30mg + Glucose 5% cho vào bơm điện truyền tĩnh mạch tốc độ 1 ml/giờ.

* Lúc 2h45 : Solucortef 100 mg x 1 ống tiêm tĩnh mạch

Streptase 1.500.000 UI + 50ml Glucose 5% cho vào bơm điện truyền tĩnh mạch tốc độ 50 ml/giờ.

* Lúc 3h45 (sau khi truyền xong Streptase)

Bệnh nhân hết đau ngực, không khó thở

HA: 110/70 mmHg, nhịp xoang đều 70 l/phút

Không có dấu xuất huyết ngoài da.



Đo điện tâm đồ: nhịp xoang đều 67 l/phút

ST trở về đường đẳng điện ở DII, DIII, aVF, không xuất hiện sóng Q, Sóng T trở về bình thường ở V1-V4.

Kết quả xét nghiệm khác:

1. CK: 1333 U/L; CKMB: 62.4 U/L

2. Siêu âm tim: không có rối loạn vận động thành tim, EF: 73%, FS: 42.5 %

Các thuốc sử dụng các ngày sau: Heparin, Plavix, statine, aspegic.

* Sau đó bệnh nhân được chụp động mạch vành:

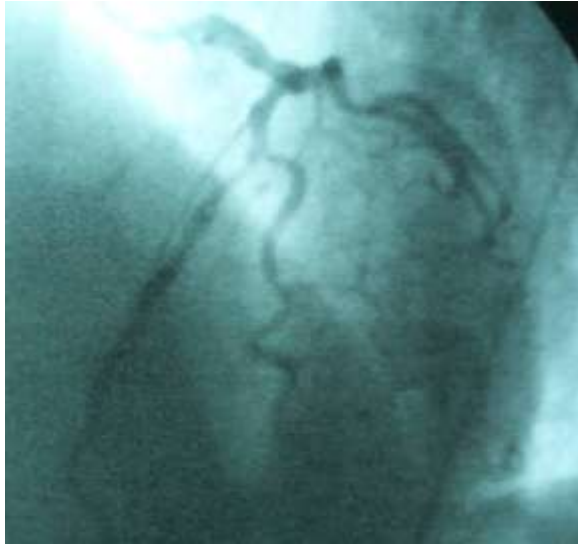
- Thân chung động mạch vành trái: hẹp 30% đoạn cuối

- Động mạch liên thất trước: hẹp 80% sau chỗ phân chia nhánh Chéo 1 (TIMI 3)

- Động mạch mũ: hẹp 70% chỗ phân chia nhánh Bờ 1 (TIMI 3)

- Động mạch vành phải: hẹp 99% từ đầu DII, dài khoảng 12mm (TIMI 1)

- Tuần hoàn bàng hệ từ trái sang phải.

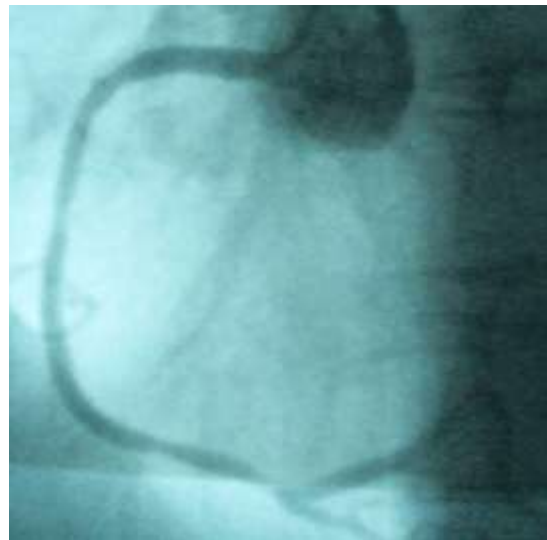
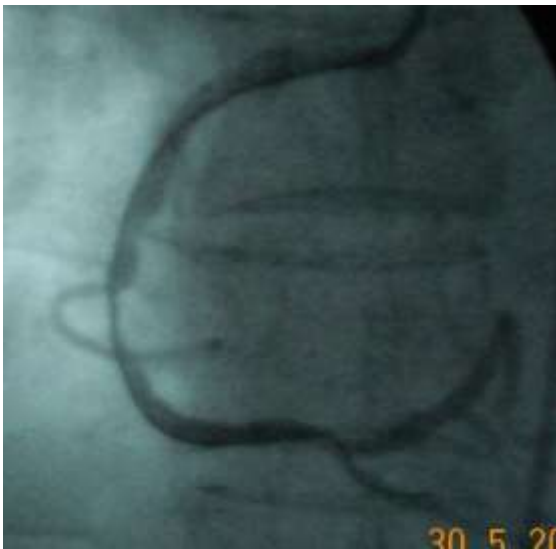


ĐM vành trái



ĐM vành phải

Bệnh nhân được can thiệp động mạch vành phải : nong bằng bóng AC SR Rocket 1.5 x 20 mm x 16 atm , sau đó đặt stent Cross Flex 3.5 x 15 mm x 13 atm đạt kết quả tốt.



Sau nong và đặt Stent động mạch vành phải

2. Bàn luận:

Bệnh nhân nữ 55 tuổi, có 2 yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành là tăng huyết áp và mãn kinh. Nhồi máu cơ tim diễn biến rất cấp nhưng được phát hiện và điều trị kịp thời. Thái độ xử trí rất khẩn trương phù hợp với diễn tiến của bệnh và cho kết quả rất khả quan.

Bệnh nhân vào viện được chẩn đoán NMCT với biểu hiện lâm sàng: đau ngực dữ dội, men tim tăng và điện tâm đồ có ST chênh lên ở các chuyển đạo vùng sau. Bệnh nhân có biểu hiện choáng phế vị (tần số tim chậm, huyết áp tụt) , là loại choáng hay gặp ở nhồi máu vùng sau. Bệnh nhân được sử dụng Atropin thì nhịp tim và huyết áp trở về bình thường.

Streptase (streptokinase) : là loại thuốc tiêu sợi huyết đã được sử dụng từ lâu trên thế giới và gần đây ở Việt Nam. Thuốc tiêu sợi huyết được sử dụng hiệu quả đối với NMCT cấp tới sớm (trước 6 giờ). Phải theo dõi bệnh nhân rất kỹ càng nhằm phát hiện các biến chứng

có thể có của thuốc tiêu sợi huyết, đặc biệt là chảy máu. Kết quả sau khi sử dụng thuốc bệnh nhân hết đau ngực, điện tâm đồ trở về bình thường, không có di chứng hoại tử cơ tim do cơ tim được tái tưới máu kịp thời.

Kết quả chụp động mạch vành cho thấy bệnh nhân có tổn thương nặng nề ở cả 3 động mạch vành, trong đó thân chung tổn thương hẹp 30%. Đặc biệt bệnh nhân có hẹp động mạch vành phải 99%, gây biểu hiện trên điện tim bằng NMCT vùng dưới. Thuốc tiêu sợi huyết đã giúp tái lập tuần hoàn ở động mạch vành phải. Liệu pháp tiêu sợi huyết nên được tiến hành ở những đơn vị không có điều kiện can thiệp động mạch vành. Và thông thường ở những bệnh nhân có nguy cơ thấp thì chụp và can thiệp động mạch vành được tiến hành sớm sau liệu pháp tiêu sợi huyết để tránh NMCT tái phát. Tuy nhiên sau một thời gian thì bệnh nhân mới có điều kiện để chụp động mạch vành, nên động mạch vành phải bị hẹp thêm và lưu lượng dòng chảy sau chỗ hẹp còn rất thấp (TIMI 1) và có nguy cơ tắc hoàn toàn và NMCT tái phát nếu không được can thiệp kịp thời. Do đó bệnh nhân này việc khẩn trương nong và đặt Stent động mạch vành phải là rất cần thiết.

Bệnh nhân còn bị tổn thương động mạch liên thất trước, động mạch mũ ở các vị trí chia nhánh và thân chung động mạch vành trái bị tổn thương nên tạm thời chưa có chỉ định can thiệp ĐM vành trái. Ngoài ra, bệnh nhân có tuần hoàn bàng hệ trái qua phải, do đó sau khi nong và đặt stent động mạch vành phải kết quả tốt, thì tuần hoàn vành bên trái sẽ được hỗ trợ bởi dòng máu vành bên phải qua mạng tuần hoàn bàng hệ đã được hình thành.

Bệnh nhân được điều trị duy trì bằng thuốc và theo dõi kỹ.

Tài liệu tham khảo:

1. Thạch Nguyễn. Bệnh tim mạch 2001
2. Antman, E.M and Braunwald, E (1997) “ Acute myocardial Infarction,” *Heart disease*, 5th edition, pp.1161-1266.
3. Baim D.S , Grossman W. “ Coronary angioplasty and other therapeutic applications of cardiac catheterization”, *Principles of internal medicine*. (1)14th edition, pp.1375-1380
4. Lincoff A.M. and Topol E.J. (1997), “ Interventional catheterization techniques”, *Heart disease*, 5th edition, pp. 1366-1387.
5. Marco J., Fajadet J. (1999) *Tenth complex coronary angioplasty course book. ETC* . Paris.
6. PG McGOVERN et al, (1996)” Recent trends in acute coronary heart disease”, *N Engl J Med*, 334, pp. 884-890.
7. Popma,Leon,Topol (1994) , *Atlas of Interventional cardiology*.
8. Rader D.J. (1998), “ Lipid disorders”, *Textbook of Cardiovascular Medicine*, pp. 59- 90.
9. Ryal et al (1999) “Guidelines for management of patients with acute myocardial infarction”, *ACC/AHA Practice Guidelines*, Circulation, pp. 1016-1030
10. Ryal et al (1993), “ Guidelines for percutaneous transluminal coronary angioplasty “, *ACC/AHA task force report*, JACC vol 22 no7.
11. Selwyn A.P and Braunwald E. ,“ Ischemic heart disease” *Principles of internal medicine*, (1)14th edition, pp. 1365-1375
12. Scanlon P. J.(1999), “ Guidelines for coronary angiography” ,. *ACC/AHA task force report*, Circulation, pp. 2345-2357