

NHỒI MÁU CƠ TIM

BS. MAI QUANG VĨNH LONG

Họ tên:

1973 - Nam

Địa chỉ:

507085

Nghề nghiệp:

SỐ QUÂN QUẢN LÝ Y T:

Huyết áp - Mạch: 160/108 - 74 (07:45) Cao: 160 cm; Nặng: 65 kg; Nhiệt độ: 37°C

Tiền sử bệnh: Tăng huyết áp 4 năm chỉ uống concor 2,5 mg; Ho khi uống coversyl nên ngưng.

Lý do đi khám: 2 ngày nhói gian bả vai lan lên cổ/Kiểm tra sức khỏe tổng quát

Lâm sàng: Khám: Tổng trạng trung bình, da niêm hồng, không sốt, không phù, không khó thở, không đau ngực và không dấu thần kinh khu trú.

CHỈ ĐỊNH:

1. SIÊU ÂM (2): SA Bụng Tổng Quát Màu ; SA Tim Màu

2. XQUANG (1): XQ Lồng Ngực T/N [In Giấy]

3. ĐIỆN CHẨN ĐOÁN (1): Điện tâm đồ (ECG)

4. KHÁM BỆNH (1): Khám Tổng Quát

XÉT NGHIỆM:

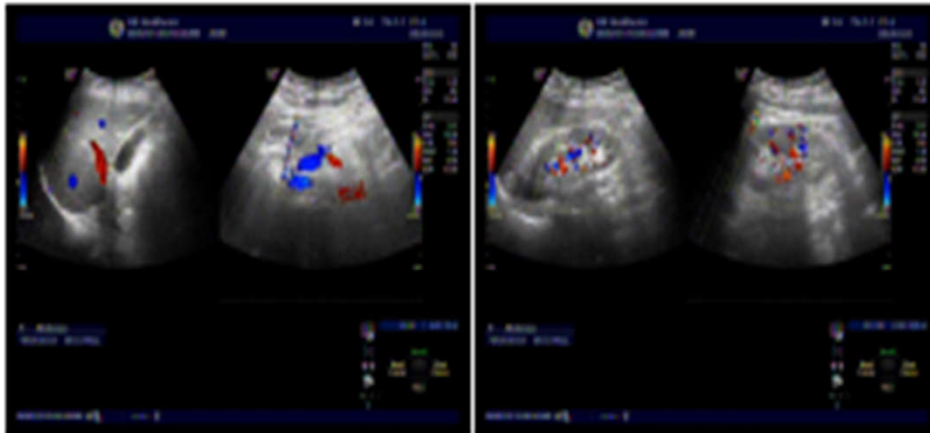
Giờ	Người lấy mẫu

TỔNG SỐ XÉT NGHIỆM: 21



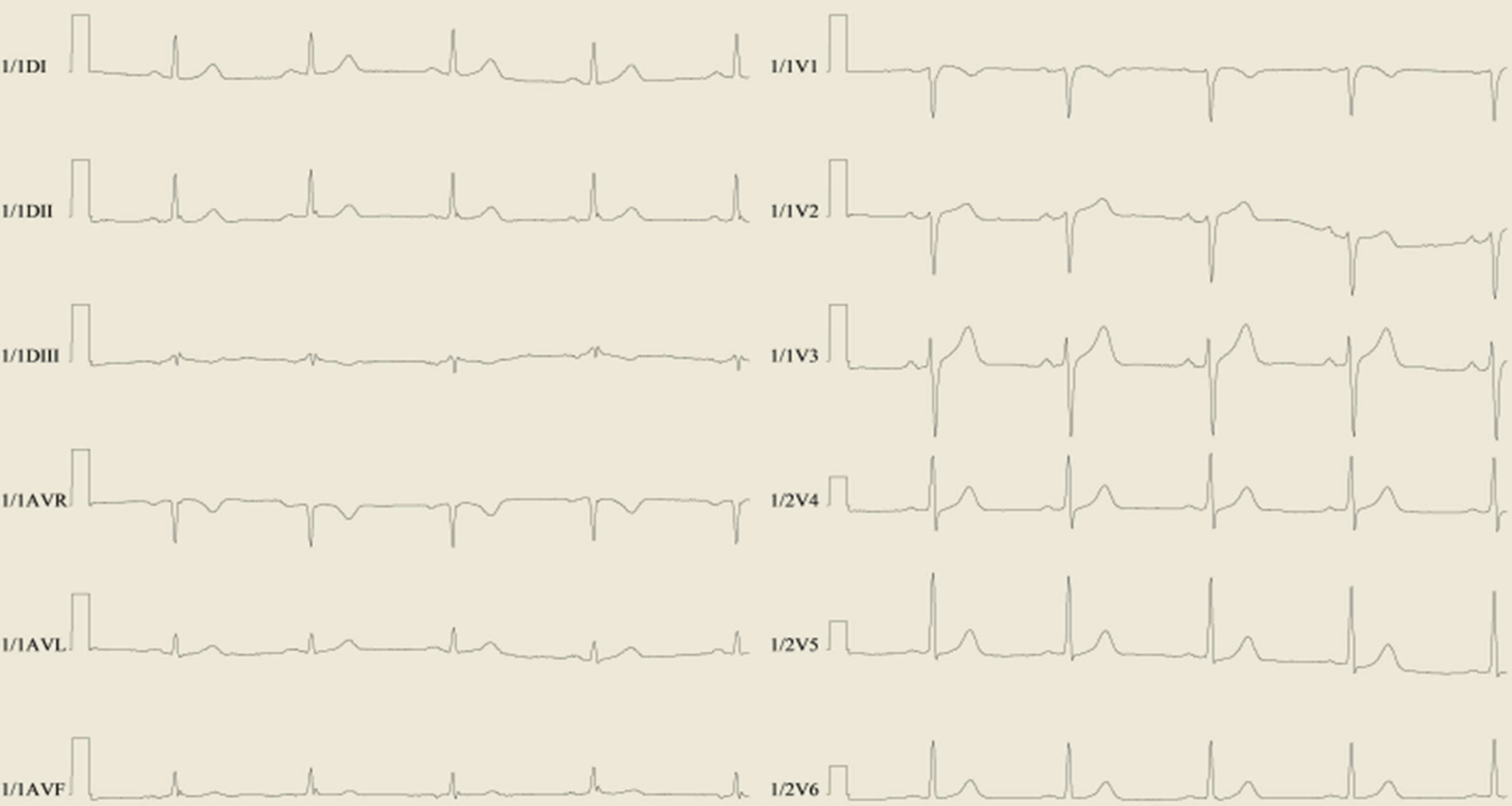
VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM BỤNG TỔNG QUÁT MÀU

- GAN: Không to, bờ đều, cấu trúc đồng dạng, không sang thương khu trú.
- MẬT: túi mật không sỏi, vách mỏng. Đường mật trong gan không giãn. Ống mật chủ không sỏi, không giãn.
- TỤY: Cấu trúc, kích thước bình thường. LÁCH: không to, đồng dạng.
- THẬN P: không sỏi, không ứ nước. THẬN T: không sỏi, không ứ nước.
- BÀNG QUANG: không sỏi, không bướu, vách mỏng.
- TIỀN LIỆT TUYẾN: không to, đồng nhất.
- Động mạch chủ bụng không phình.
- Ascites (-). Không hạch ổ bụng.
- Không tràn dịch màng phổi.



KẾT LUẬN: SIÊU ÂM BỤNG CHƯA THẤY BẤT THƯỜNG.



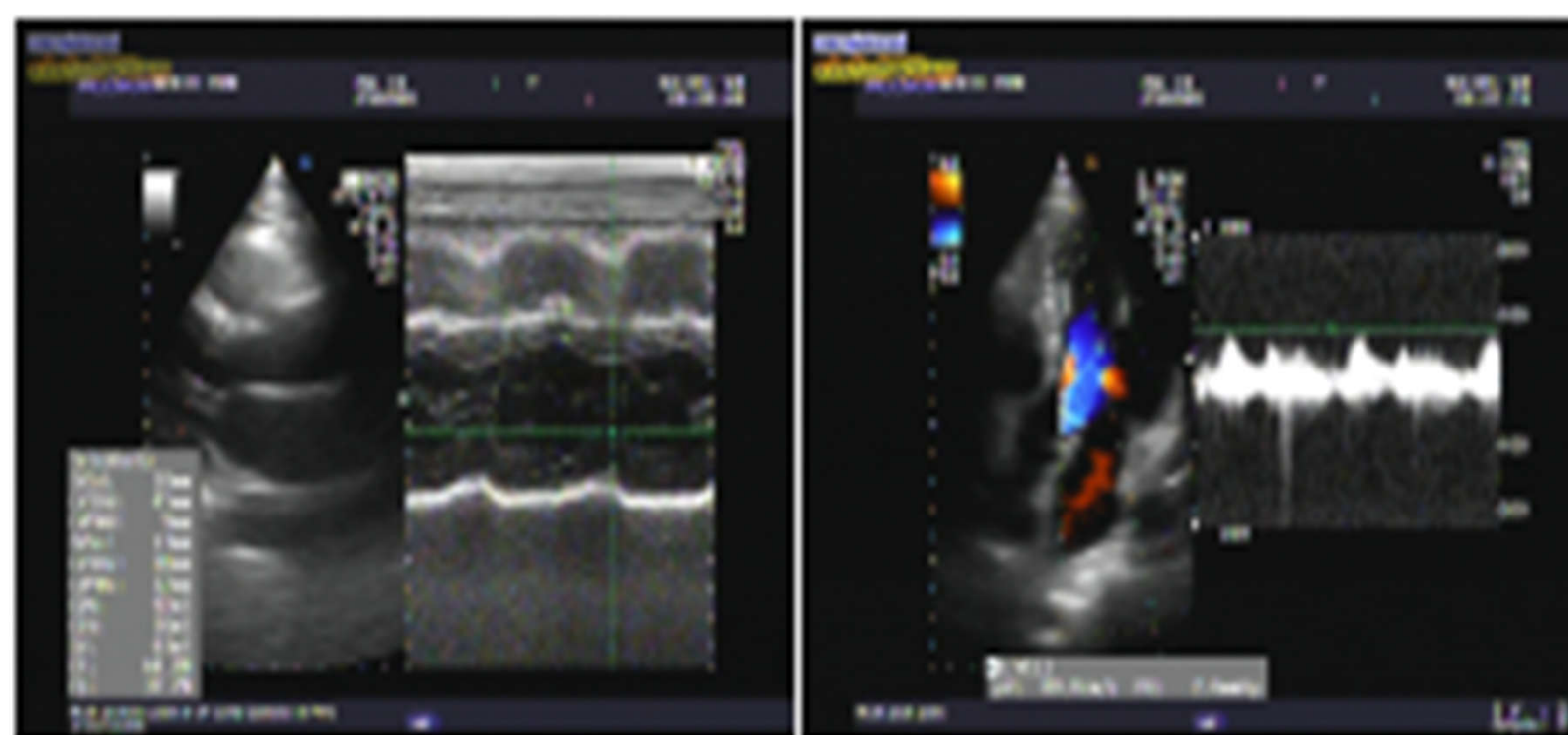


: Pre. Leads BT
 QRS Complex : Ext. Leads BT
 : Pre. Leads SV1+RV5>35mm
 ST Segments : Ext. Leads BT
 : Pre. Leads BT
 TWave : Ext. Leads T (-), DE1 /D3AVF
 : Pre. Leads BT
 UWave : Ext. Leads BT
 : Pre. Leads BT

KẾT LUẬN : DÂY THẮT TRÁI (TIÊU CHUẨN ĐIỆN THẾ), THIẾU NĂNG VÀNH MEN TIM (+)

VÙNG KHẢO SÁT : SIÊU ÂM TIM MÀU

- 1- Các buồng tim trong giới hạn bình thường LVDd=45 mm
Vách liên thất vận động nghịch thường . Chức năng thất trái bảo tồn EF=68 %(Teichholz)
Chức năng tâm thu thất phải bình thường TAPSE= 22mm
- 2- Van hai lá dày, hở 1/4. Vận động mạch chủ bình thường
(PAPs=32mmHg)
- 3- Không tràn dịch màng ngoài tim.



KẾT LUẬN:

HỞ VAN HAI LÁ 1/4
GHI NHẬN VÁCH LIÊN THẤT NGHỊCH THƯỜNG
THẤT TRÁI BẢO TỒN CHỨC NĂNG TÂM THU

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
# Eos	0.10	(0 - 0.5) 10 ⁹ /L	
# Baso	0.04	(0 - 0.2) 10 ⁹ /L	
RBC	5.32	(3.80 - 5.60)10 ¹² /L	QTSH020
Hb	15.6	(12.0 - 18.0 g/dL)	QTSH025
Hct	47.3	(35 - 52 %)	
MCV	88.9	(80 - 97 fL)	
MCH	29.3	(26 - 32 pg)	
MCHC	33.0	(31 - 36 g/dL)	
RDW	12.3	(11.0 - 15.7%)	
PLT	305	(150 - 400)10 ⁹ /L	QTSH021
MPV	8.8	(6.30 - 12.0 fL)	
II. VI SINH/NUỚC TIỂU/PHÂN/ĐÀM/DỊCH • MICROBIOLOGY/URINE/STOOL/SPUTUM/FLUID ANALYSIS			
URINARY ANALYSIS:	*		QTVS044
1)Chemistry (Sinh Hóa) :	*		
Glucose	NEG	(mmol/L)	
Bilirubin	NEG	(μmol/L)	
Ketone	NEG	(mmol/L)	
Spe-Gravity	1.026	(1.005-1.030)	
Blood	NEG	(Negative)	
pH	6.0	(4.6-8.0)	
Protein	0.3 H	(g/L)	
Urobilinogen	NEG	(μmol/L)	
Nitrite	NEG	(Negative)	
Leucocytes	NEG	(Negative)	
Color	Yellow		
Clarity	Clear		
2)Urine Sediment (Cặn Lắng):	.	(particles/L)	
Red Blood Cells	10	(0 - 15)	
Leucocytes	9	(0 - 15)	
Calcium oxalate monohydrate	0	(0 - 0)	
Calcium oxalate dihydrate	0	(0 - 0)	
Amor.Phosphate	0	(0 - 0)	
Uric acid	0	(0 - 0)	
Casts	0	(0 - 6)	
Epithelial Cells	0	(0 - 10)	
Bacteria	2	(0 - 130)	
III. SINH HOÀ • BIOCHEMISTRY			
HbA1C (HPLC) ¹ :	*		QTVS012
HbA1c (IFCC)	36.28	(20 - 47.5 mmol/mol)	
HbA1c (NGSP)	5.47	(4.0 - 6.50 %A1C)	

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Glucose (mmol/L) (FPG) ¹	5.54	(4.10 - 5.90 mmol/L)	QTVS001
Glucose (mg/dL)	99.72	(73.8 - 106 mg/dL)	
IONOGRAMME ² :	*		QTVS007
Na	133.6	(130 - 145 mmol/L)	
K	3.55	(3.40 - 5.1 mmol/L)	
Ca	2.23	(2.1 - 2.80 mmol/L)	
Cl	99.92	(96 - 108 mmol/L)	
SGOT (AST) ¹	25.08	(< 35 U/L)	QTVS005
SGPT (ALT) ¹	25.50	(< 30 U/L)	QTVS013
Uric Acid/Serum ¹	5.08	(M: 3.4 - 7.0) F: 2.4 - 5.7 mg/dL)	QTVS014
Độ Lọc Cầu Thận (CKD-EPI)	*		
Creatinin/Serum ²	0.800	(M: 0.6 - 1.3) F: 0.5 - 1.1 mg/dL)	QTVS027
eGFR (CKD-EPI)	108	(≥ 90 mL/min/1.73 m ²)	
LDL Cholesterol ²	5.01 H	(<2.50) Nữ: 2.59-4.13 mmol/L)	QTVS003
	.	(Cao: 4.14 - 4.91) Rất cao ≥ 4.92)	
HDL Cholesterol ²	1.31	(≥ 1.55) Nữ: 1.04-1.54 mmol/L)	QTVS004
	.	(Thấp < 1.04)	
Triglycerides ¹	1.41	(<1.70) Nữ: 1.70-2.25 mmol/L)	QTVS015
	.	(Cao: 2.26 - 5.64) Rất cao ≥ 5.65)	
Cholesterol, Total ¹	7.23 H	(<5.18) Nữ: 5.18-6.21 mmol/L)	QTVS003
	.	(Cao: ≥ 6.22)	
IV. MIỄN DỊCH • IMMUNOLOGY			
Troponin-I hs (Abbott) ¹	149.2 H	Phản tăng nguy cơ tim mạch	
Phản tăng nguy cơ tim mạch	Nguy cơ cao H	Nam: Thấp < 6 ng/L	
	.	Trung bình: 6 - 12 ng/L	
	.	Cao > 12 ng/L	
TSH u.sensitive (3rd G) ¹	0.925	(0.32 - 5 μIU/ml)	QTVS009
Free T4 ²	1.01	(0.71 - 1.85 ng/dL)	QTVS036
HBsAg (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.220	(Index <1) S/Co <1)	QTVS017
Anti HBs (Định lượng, quantitative) ²	151.2 H	(≥ 10 IU/ml)	QTVS0123
Anti HBe Total (IgG+IgM) ²	NEG S/CO 0.080	(S/Co < 1, Index < 0.5)	QTVS0120
Anti HCV (Định tính, qualitative) ¹	NEG S/CO 0.090	(S/Co < 1; Index < 1)	QTVS018
V. XÉT NGHIỆM ĐẶC BIỆT • SPECIAL TEST			
Test H.Pylori C13 (Breath test)	NEG -0.2/1000	(NEG < 4/1000)	

LẦN 1

Loại mẫu: Máu/N.Tiêu/H.Tho

Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
Free T4 ²	1.01	(0.71 - 1.85 ng/dl)	QTMD036
Troponin-T hs (Roche) ¹	<u>49.00</u> H	(< 14 ng/L)	QTMD016J
Troponin-I hs (Abbott) ¹	<u>149.2</u> H	Phân tầng nguy cơ tim mạch	
Phân tầng nguy cơ tim mạch	<i>Nguy cơ cao</i> H	Nam: Thấp < 6 ng/L Trung bình: 6 - 12 ng/L Cao > 12 ng/L	

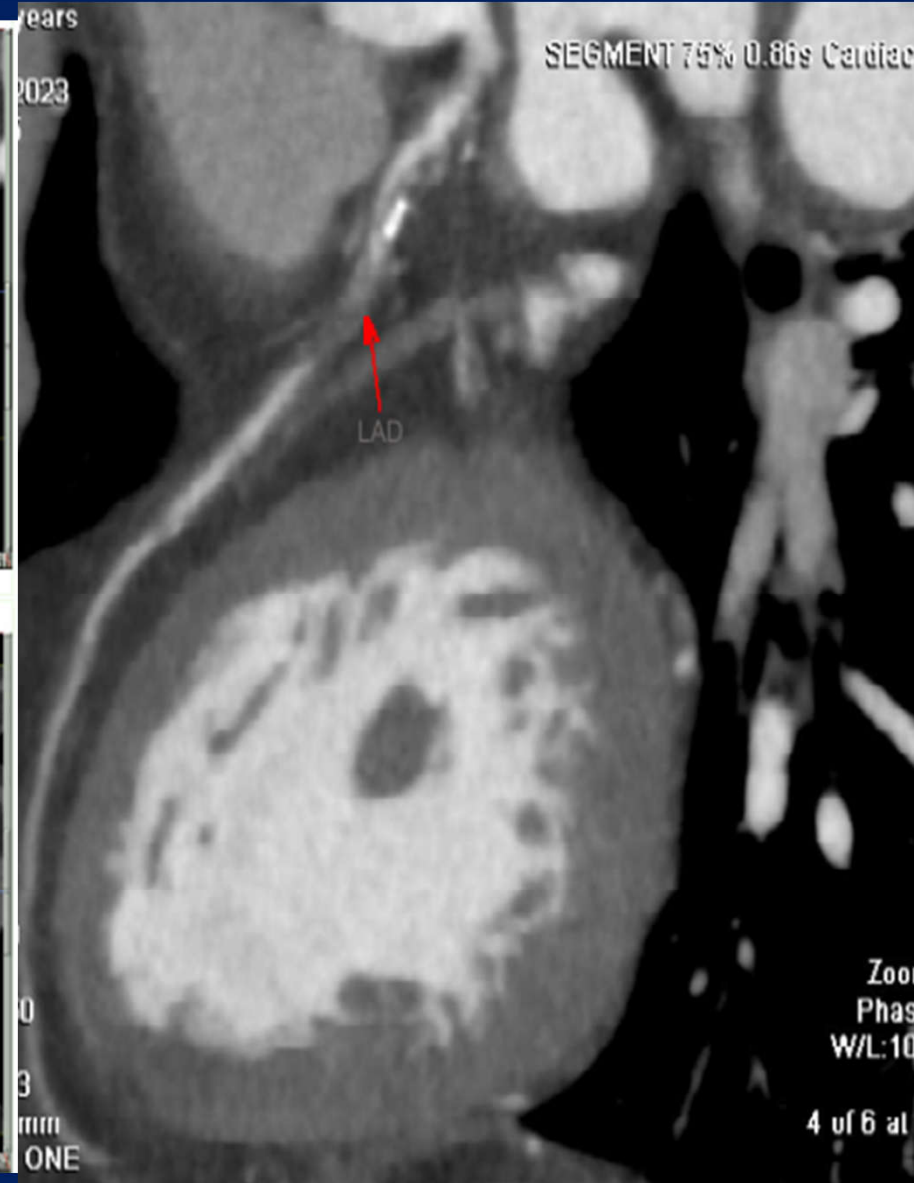
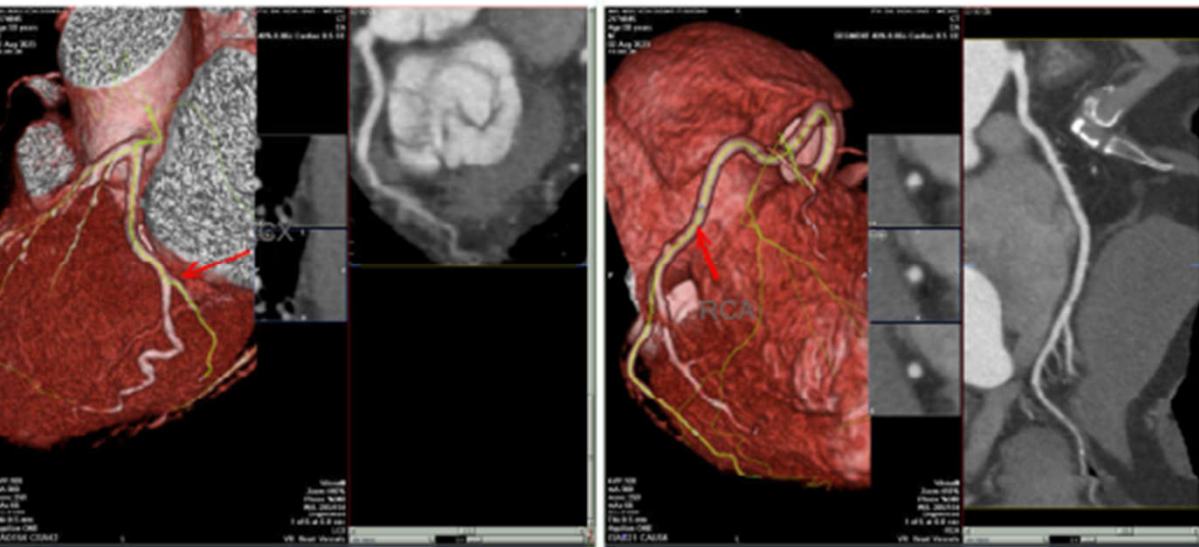
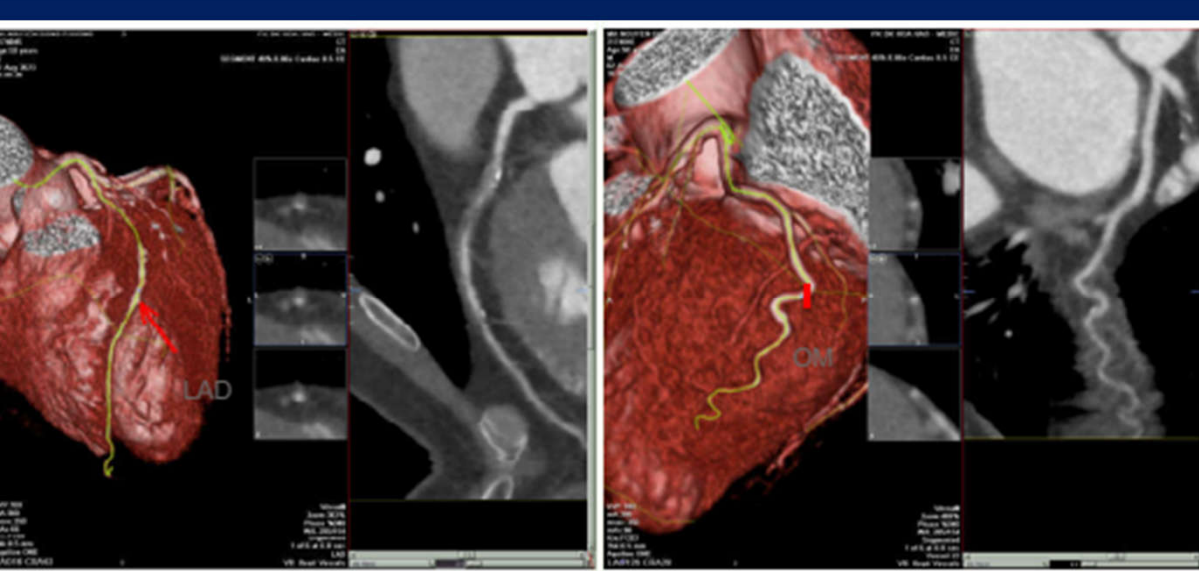
LẦN 2

Loại mẫu: Máu

Tình trạng mẫu: Đạt

TÊN XÉT NGHIỆM	KẾT QUẢ	KHOẢNG THAM CHIẾU	MÃ QT
I. MIỄN DỊCH • IMMUNOLOGY			
Troponin-I hs (Abbott) ¹	<u>303.2</u> H	Phân tầng nguy cơ tim mạch	
Phân tầng nguy cơ tim mạch	<i>Nguy cơ cao</i> H	Nam: Thấp < 6 ng/L Trung bình: 6 - 12 ng/L Cao > 12 ng/L	
Troponin-T hs (Roche) ¹	<u>62.10</u> H	(< 14 ng/L)	QTMD016J

MSCT MẠCH VÀNH



MSCT MẠCH VÀNH

Bệnh viện : Khoa :
LÝ DO KHÁM : KT
Máy : MSCT 640 . 1
Vùng : MSCT MẠCH VÀNH - TIM Tiêm chất tương phản
Kết quả : Chụp MSCT mạch vành cản quang với máy 640- Slice MSCT Aquilion One, lát cắt 0.5mm, thuốc cản quang 70ml Ultravist, bơm tĩnh mạch, tốc độ bơm 5ml/sec. Liều tia 2.9mSv

- ĐMV trái chính (LM): Không thấy xơ vữa, không hẹp.
 - ĐMV xuống trước trái (LAD): Vết hóa kèm xơ vữa lan tỏa ở đoạn gần, giữa và xa, gây hẹp 40-50% LAD I, hẹp 90-95% LAD II, hẹp 50-60% LAD III. Nhánh Diagonal I xuất phát cao. Vết hóa kèm xơ vữa gây hẹp 40-50% nhánh Diagonal I, hẹp 60-70% nhánh diagonal II
 - ĐMV mũ (LCX): Vết hóa kèm xơ vữa ở đoạn gần, giữa và xa, gây hẹp 30% LCX I, LCX II và LCX III. Nhánh OM xơ vữa gây hẹp 30-40%
 - ĐMV phải (RCA): Chiếm ưu thế. Vết hóa kèm xơ vữa ở đoạn giữa và xa, gây hẹp 30-40% RCA II và RCA III. Nhánh PDA xơ vữa kèm vết hóa gây hẹp 50-60%.
- GHJ NHẬN : ĐỘNG MẠCH CHỦ NGỰC XƠ VỮA VÀ VÔI HÓA, ĐẪN ĐOẠN LÊN ASC 40•3MM - KHÔNG THẤY ĐẦU ĐOC TÁCH

*** KẾT LUẬN:

CHỤP MSCT- 640 HỆ MẠCH VÀNH CỎ CẢN QUANG CHO THẤY :

- VÔI HÓA VÀ XƠ VỮA LAN TỎA ĐỘNG MẠCH VÀNH
- HẸP RẤT NẶNG (90-95%)- TĐ BÀN TẮC LAD II; HẸP 40-50% LAD I, HẸP 50-60% LAD III
- HẸP 40-50% NHÁNH DIAGONAL I ; HẸP 60-70% NHÁNH DIAGONAL II
- HẸP 30% LCX I, LCX II VÀ LCX III ; HẸP 30-40% NHÁNH OM
- HẸP 30-40% RCA II VÀ RCA III ; HẸP 50-60% NHÁNH PDA
- ĐỘNG MẠCH VÀNH PHẢI CHIẾM ƯU THẾ

- Chẩn đoán: Theo dõi nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên Killip 1 - Tăng huyết áp
- Chuyển BV Chợ Rẫy

Đường vào: quay phải

introducer: 6Fr

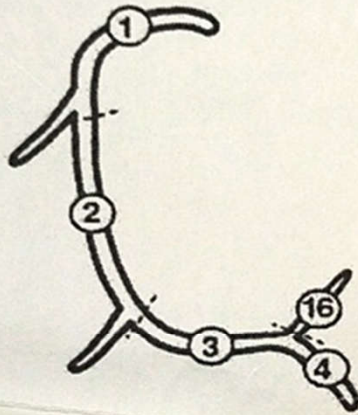
Ống thông trái: EBU3.5 6Fr

Ống thông phải: JR4 5Fr

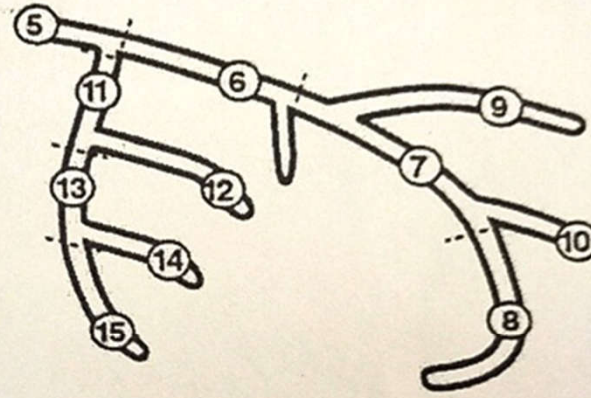
SƠ ĐỒ MẠCH VÀNH:

Cản quang OMNIPAQUE

Số lượng(ml): 90



Động mạch vành phải



Động mạch vành trái

Kết quả:

Can thiệp thành công tổn thương LAD II-III bằng DESyne X2 2.5 x 38 (2.96)mm.

Can thiệp thành công tổn thương LAD I-II bằng Cre8 EVO 3 x 46 (3.36)mm.

Biến chứng: Không.

Kết luận:

LMCA không hẹp

LAD: hẹp 90-95% LAD I-II dài lan tỏa, hẹp 70% LAD III

LCx: hẹp 80-90% LCx II đoạn xa (d <= 2.00 mm), hẹp

80% OM 1 (d # 2.5 mm)

RCA: hẹp 80% PLV đoạn xa (d < 2.00 mm), hẹp 70%

PDA đoạn xa (d < 2.00 mm)

Can thiệp thành công LAD I-III bằng 2 stent nối tiếp nhau:

DESyne X2 2.5 x 38 mm (18 atm 2.96 mm) vào LAD II-III

và Cre 8 evo 3.0 x 46 mm (16 atm 3.36 mm) vào LAD I-II/

nong trong stent bằng bóng Wilma NC 2.75 x 15 mm (18-

20 atm)

Hướng xử trí Điều trị nội khoa; Can thiệp thiệp sang thương còn lại nếu có triệu chứng.

BỘ Y TẾ
BỆNH VIỆN CHỢ RẪY
KHOA NỘI TỔNG QUÁT (9B1)

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

MS: 01/BV-01

Số lưu trữ: 2230073248

Mã y tế : 238378492

GIẤY RA VIỆN



- Họ tên người bệnh:

- Dân tộc: Kinh

- Mã số BHXH/Thẻ BHYT:

- Địa chỉ: 9/8/13 Trương Định
Thành Phố Hồ Chí Minh

- Vào viện lúc: 17 giờ

- Bác sĩ điều trị: Lê Nguyễn Văn Khoa

Năm sinh: 1973 Giới: Nữ Nam

- Nghề nghiệp: Kỹ sư

- Giá trị thẻ: từ 01/08/2023 đến 31/07/2024

Hiện tại: Bình Tân,

Thời gian ra viện: 14 giờ 00 phút, ngày 07/08/2023

- Chẩn đoán: I21.4 - Nhồi máu cơ tim dưới nội tâm mạc cấp; I10 - Bệnh lý tăng huyết áp (giai đoạn IC); I50.1 - Suy thất trái (EF giảm nhẹ); K21.9 - Bệnh trào ngược dạ dày - thực quản không có viêm thực quản

- Phương pháp điều trị: can thiệp LAD I-II-III (2 DES - 8/2023); còn hẹp 80% LCxII (d < 2mm); 80% OM1 (d # 2,25mm); 80% PLV (d < 2mm); 70% PDA (d < 2mm); kháng kết tập tiểu cầu, chống tái cấu trúc, ổn định mảng xơ vữa

- Ghi chú: uống thuốc theo toa, tái khám theo hẹn

BACK PAIN

- Back pain (SP) may originate from both musculoskeletal and visceral conditions including the heart
- Back pain, secondary to heart problems, could be a possible cause of patients seeking chiropractic care.

Can a heart attack cause back pain?

[Back pain](#) | [Heart attacks in females](#) | [Other signs](#) | [Seeking urgent care](#) | [FAQ](#) | [Summary](#)

While chest discomfort is the most common symptom of a heart attack, some people may experience back pain or pressure. This and other atypical heart attack symptoms are more common in females than males.

Experiences of back pain due to a heart attack will differ between individuals.

However, some people [describe](#) the pain as a feeling of pressure or tightness in the upper back, similar to having a rope tied around their chest and back.

Back pain due to a heart attack may be present at the top of the back. Females are also more likely to experience pain in the shoulder, back, jaw, or arm during a heart attack.

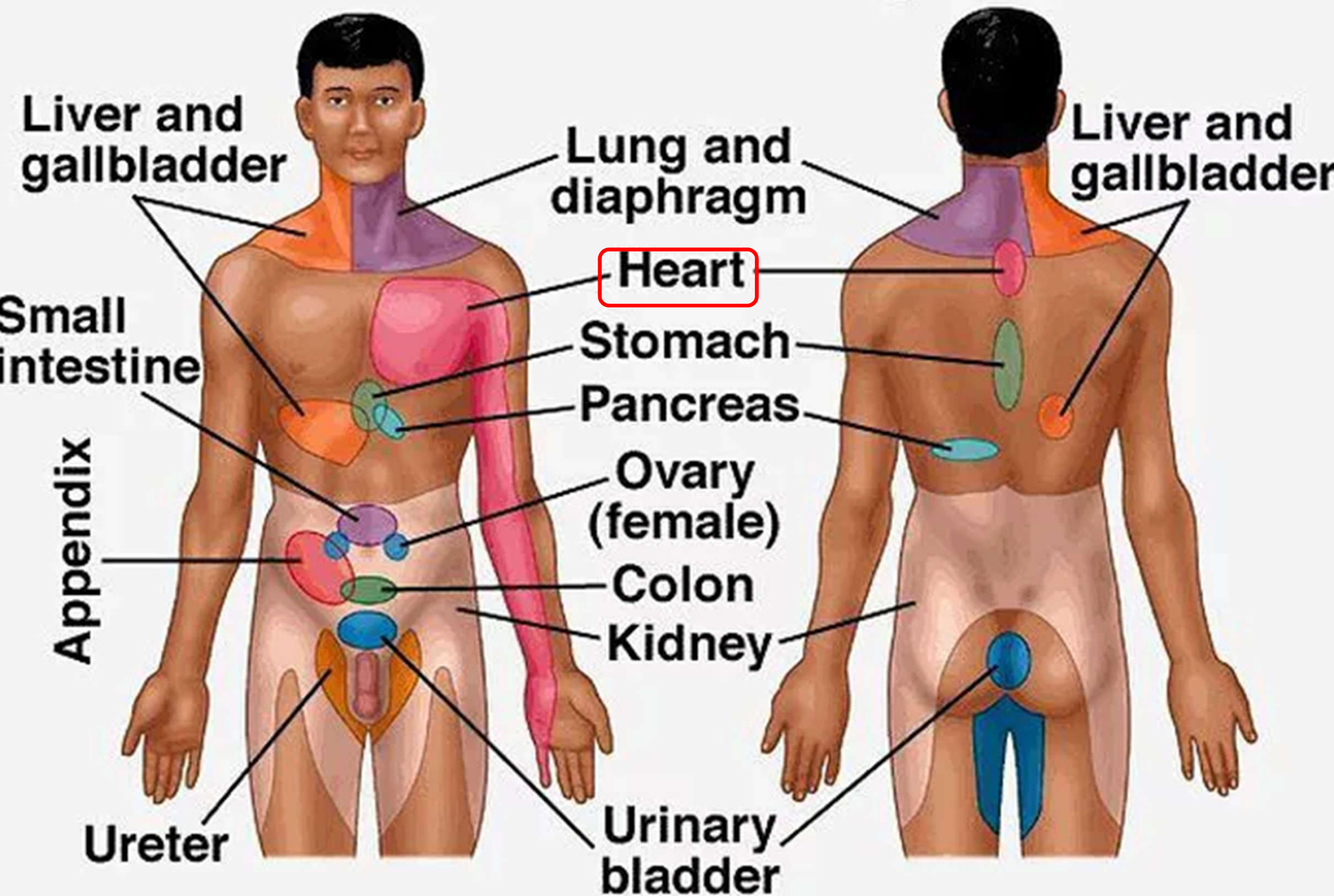
Additionally, [dizziness](#), [lightheadedness](#), or [fainting](#) may accompany back pain.

INITIAL LOCATION OF PAIN IN MYOCARDIAL INFARCTION

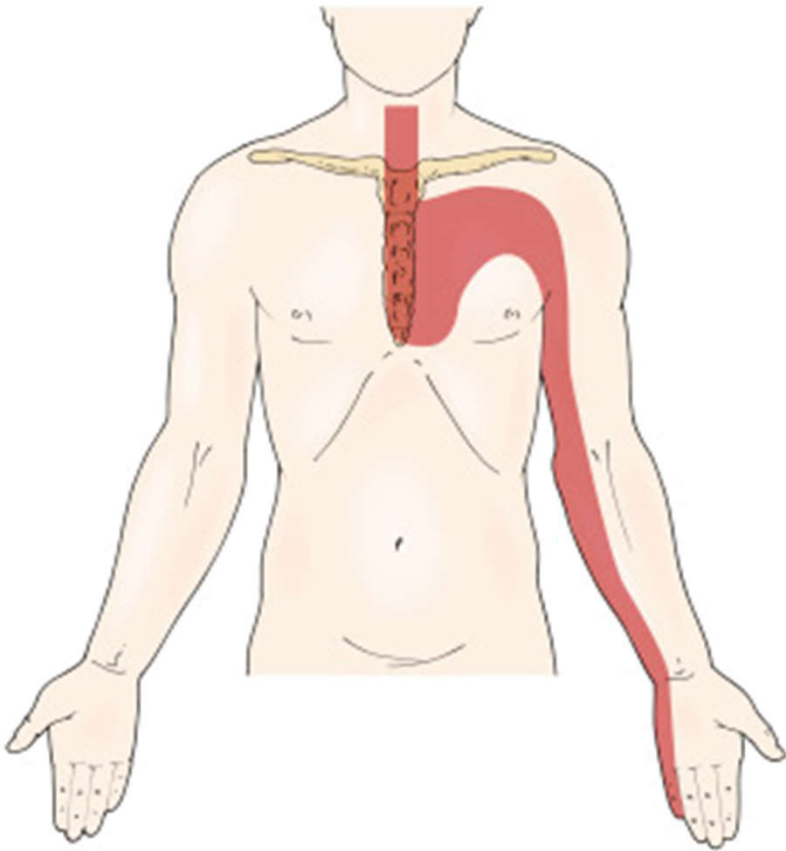
331 patients with acute myocardial infarction

- 38.4% :pre-cordial chest pain
- 34.7%: retrosternal chest pain
- 17.5%: epigastric pain
- **Only 0.6% :pain in the back of chest**

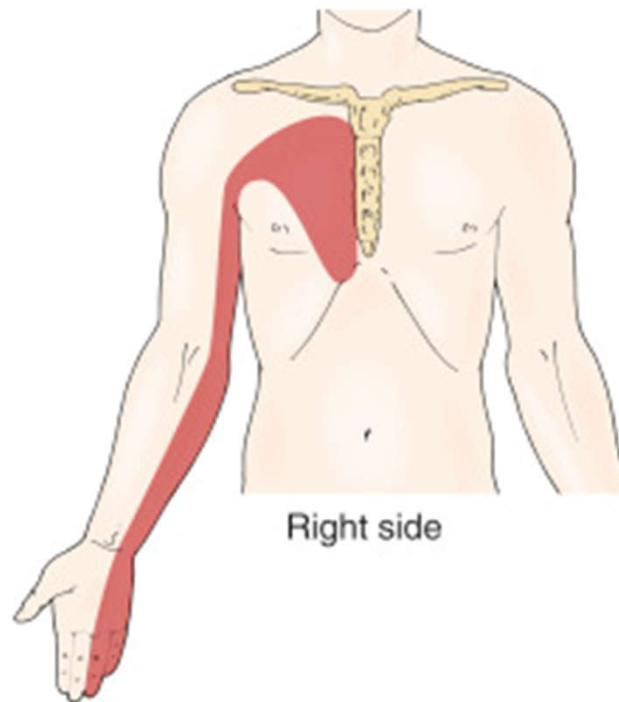
Referred Pain Regions



Usual distribution of pain with myocardial ischemia



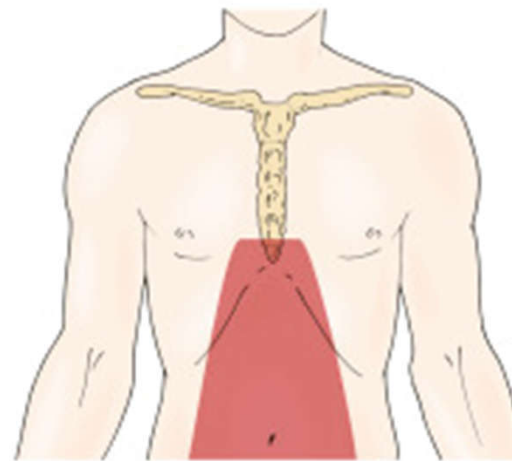
Less common sites of pain with myocardial ischemia



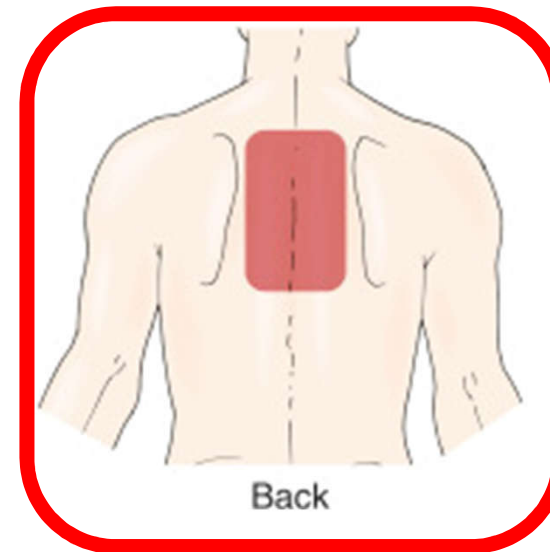
Right side



Jaw



Epigastric



Back

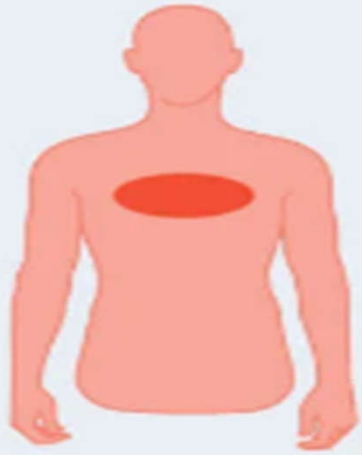
Pain patterns with myocardial ischemia.

The usual distribution is referral to all or part of the sternal region, the left side of the chest, and the neck and down the ulnar side of the left forearm and hand. With severe ischemic pain, the right chest and right arm are often involved as well; however, isolated involvement of these areas is rare. Other sites sometimes involved, either alone or together with other sites, are the jaw, epigastrum, and back.

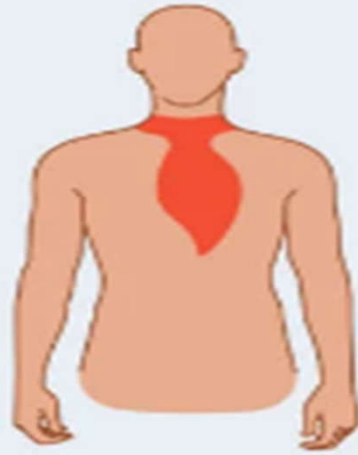
(From Braunwald E: The history. In Braunwald E, et al, eds: *Heart disease*, ed 6, Philadelphia, Saunders, 2001, p. 33.)



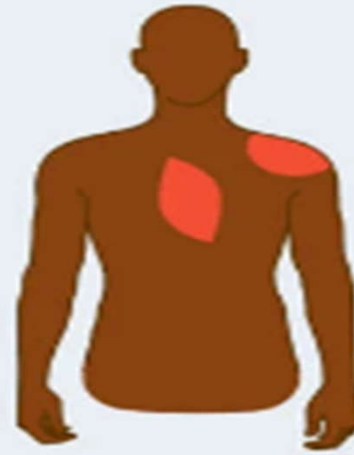
WHERE IS HEART ATTACK PAIN



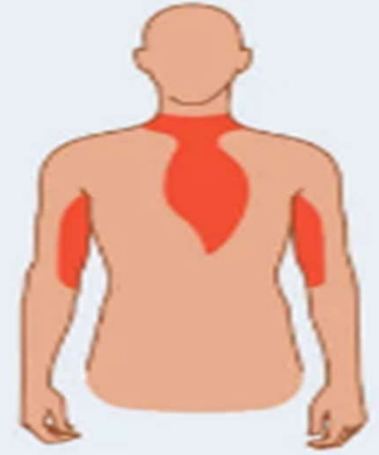
upper chest



**substernal
radiating to
neck and jaw**



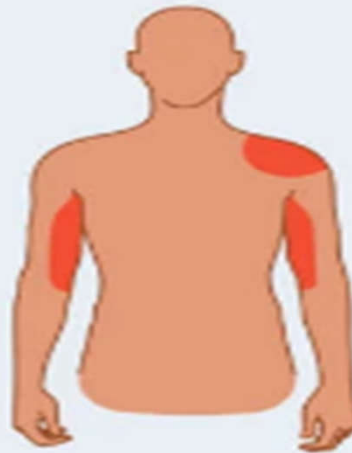
**substernal
radiating
to left arm**



**epigastric radiating
to neck, jaw,
and arms**



neck and jaw



**left shoulder
and down
both arms**



intrascapular

KEY POINTS

- ❑ Back pain can be a warning sign and can be a rarely initial sign of a myocardial infarction (0.6%).
- ❑ Don't ignore back pain in emergency rooms and coronary care units .
- ❑ A patient with back pain should have a thorough screening examination, which allow distinguishing between signs and symptoms of musculoskeletal from heart diseases.

REFERENCES

1. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/where-is-heart-attack-pain#summary>.
2. Braunwald E, et al, eds: Heart disease, ed 6 , Philadelphia, Saunders, 2001, p. 33.
3. Malik MJ, Khan SA, Safdar S, Taseer IH . Chest Pain as a presenting complaint in patients with acute myocardial infarction (AMI). Pak J Med Sci 2013;29(2)
4. Parham Erfanian, DC, FCCRS(C).Patient with signs and symptoms of myocardial infarction presenting to a chiropractic office: a case report J Can Chiropr Assoc 2001; 45(1)

XIN CẢM ƠN!

