

- neurocutaneous island flaps in the forearm: anatomic basis and clinical results". *Plast Reconstr Surg*, 95 (5), pp. 851-9.
2. **Weinzwieg N, Chen L., Chen ZW.** (1994) "The distally based radial forearm fasciosubcutaneous flap with preservation of the radial artery: an anatomic and clinical approach". *Plast Reconstr Surg*, 94 (5), pp.675-84.
  3. **Chertif C, Georgescu AV** (2009) "Cutaneous Vascular Territories of the Forearm and Hand". *TMJ*, 59 (3), pp.241-246.
  4. **Dedes CR, Morris SF, Neligan P** (2003) "Perforator flaps: evolution, classification, and applications". *Ann Plast Surg*, 50, 90-99.
  5. **El-Khatib H, Zeidan M** (1997) "Island adipofascial flap based on distal perforators of the radial artery: an anatomic and clinical investigation". *Plast Reconstr Surg*, 100 (7), pp. 1762-6.
  7. **Nguyễn Anh Tuấn** (2004) "Một số nhận xét về các vết da cuống ngoài vị vùng cẳng tay trong che phủ mất da bàn tay". *Y học Thành Phố Hồ Chí Minh*, tập 8 (1), tr. 47-50.
  6. **Nguyễn Tấn Bảo Ân** (2015), " Nghiên cứu giải phẫu ứng dụng vết da cần thần kinh bì cẳng tay ngoài cuống ngoài vị". Luận văn tốt nghiệp Bác sỹ Nội Trú . tr 50-58
  8. **Beldner S, Jones MH.** (2005) "Anatomy of the lateral antebrachial cutaneous and superficial radial nerves in the forearm: a cadaveric and clinical study". *J Hand Surg Am*, 30 (6), pp. 1226-30.

## NHỒI MÁU CƠ TIM CẤP ST CHÊNH LÊN VÀ THÙNG LOÉT DẠ DÀY TÁ TRÀNG: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Lý Ích Trung<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Toàn<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên và thùng ổ loét dạ dày tá tràng đều là những trường hợp cấp cứu cần phải can thiệp khẩn cấp. Bệnh nhân xảy ra đồng thời cả hai trường hợp cấp cứu cùng một lúc là một thách thức lớn. **Báo cáo ca bệnh:** Bệnh nhân nam, 61 tuổi. Bệnh nhân nhập viện vì đau bụng kèm đau thắt ngực giờ thứ 10. Điện tâm đồ ghi nhận ST chênh lên ở các chuyển đạo từ V<sub>2</sub> - V<sub>5</sub>, D<sub>II</sub> - D<sub>III</sub> - aVF, hs Troponin I: 68886 pg/mL. Chụp cắt lớp vi tính bụng có cản quang cho thấy khí tự do ổ bụng và thùng tá tràng. Bệnh nhân được chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp thành trước dưới giờ 10 và đồng thời thùng tá tràng gây viêm phúc mạc. Chiến lược điều trị can thiệp mạch vành qua trước sau đó được chuyển phẫu thuật cấp cứu thùng tá tràng. Sau 14 ngày nhập viện bệnh nhân hồi phục tốt và xuất viện. **Kết luận:** Sự hiện diện của hai bệnh lý đe dọa tính mạng xảy ra đồng thời ở một bệnh nhân là rất hiếm gặp nhưng không phải chưa từng xảy ra. Việc thiết lập một quy trình điều trị dựa vào tài liệu hiện có và ý kiến chuyên gia để đưa ra quyết định điều trị cho các trường hợp tương lai nhằm đưa ra phương pháp điều trị tối ưu. **Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim cấp, thùng loét dạ dày tá tràng, can thiệp mạch vành qua da.

### SUMMARY

#### ST-SEGMENT ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION AND PERFORATED PEPTIC ULCER: CLINICAL CASE REPORT

**Background:** ST-segment elevation myocardial infarction and perforated peptic ulcer disease are both

emergencies requiring urgent intervention. The patient presented with both emergencies simultaneously a major challenge. **Case report:** A 61-year-old male presented to the emergency department with a complaint of abdominal pain and angina for 10th hour. An electrocardiogram (ECG) was obtained showing ST-segment elevation in the anterior and inferior leads V<sub>2</sub> - V<sub>5</sub>, II - III - aVF, hs Troponin I: 68886 pg/mL. Computed tomography (CT) of the abdomen and pelvis was subsequently performed, which demonstrated free intraperitoneal air and perforated duodenum. The patient was diagnosed with acute anterior and inferior myocardial infarction for 10th hour with simultaneous perforated duodenal ulcer. The treatment strategy was primary percutaneous coronary intervention first, followed by emergency surgery for perforated duodenal ulcer. After 14 days of hospitalization, the patient recovered well and was discharged. **Conclusion:** The presence of two life-threatening diagnoses occurring simultaneously in a patient is rare but not unheard of. The establishment of a treatment algorithm use available literature and expert opinion to devise a decision algorithm for future cases in order to provide optimal treatment for these complex cases.

**Keywords:** myocardial infarction, perforated peptic ulcer, percutaneous coronary intervention.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên (STEMI) là một cấp cứu nội khoa. Điều trị tái tưới máu mạch vành trong 12 giờ đầu được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong so với điều trị nội khoa<sup>1</sup>. Thùng loét dạ dày tá tràng là một biến chứng gây tử vong, xảy ra ở khoảng 1,5-7,8 trên 100.000 người mỗi năm. Tỷ lệ tử vong liên quan đến thùng loét dạ dày tá tràng là khoảng 10%<sup>4</sup>. Điều trị chậm trễ thùng loét dạ dày tá tràng (hơn 24 giờ kể từ khi khởi phát triệu chứng đến khi

<sup>1</sup>Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Lý Ích Trung

Email: lyichtrung@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 12.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024

nhập viện) đã được coi là một yếu tố dự báo độc lập về tỷ lệ tử vong trong 30 ngày bằng thang điểm thủng loét da dày tá tràng (PULP)<sup>9</sup>. Khi cả hai trường hợp cấp cứu xảy ra đồng thời, ngay cả các bác sĩ có kinh nghiệm cũng có thể gặp khó khăn trong việc quyết định nên giải quyết quá trình bệnh lý nào trước tiên.

**II. BÁO CÁO CA BỆNH**

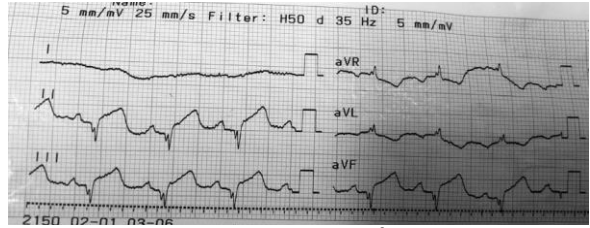
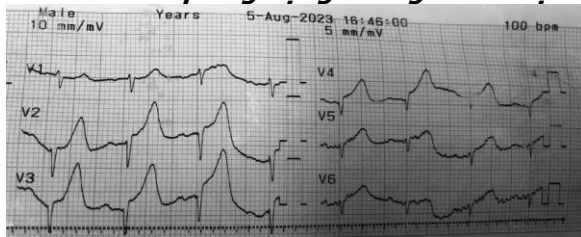
Bệnh nhân nam, 61 tuổi. Tiền căn mổ thủng da dày hai lần, lần gần nhất cách nhập viện 3 năm, hút thuốc lá. Bệnh nhân nhập viện Bệnh viện Chợ Rẫy ngày 05/08/2023 vì đau bụng và đau thắt ngực. Bệnh nhân khai cách nhập viện 10 giờ bệnh nhân đau nhói khắp bụng, đau nhiều quanh rốn và thượng vị. Bệnh nhân sau đó kèm đau thắt ngực và mồ hôi nên vào viện.

Bệnh nhân sau khi nhập viện ghi nhận tỉnh, tiếp xúc chậm, huyết động không ổn định (HA: 80/50mmHg, M: 100 lần/phút, SpO<sub>2</sub>: 91%). Khám lâm sàng ghi nhận tim đều, không âm thổi; phổi không ran; bụng để kháng khắp bụng, ấn đau khắp bụng.

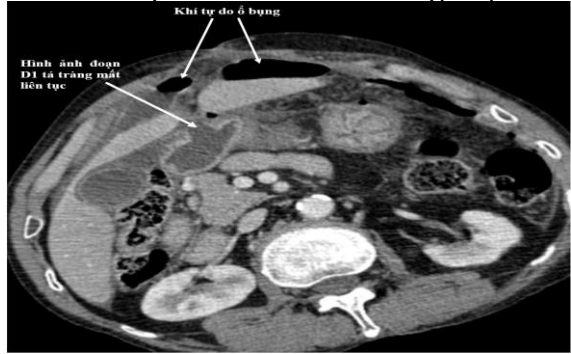
X-quang bụng không chuẩn bị ghi nhận: mức khí dịch rải rác ổ bụng (Hình 1). Điện tâm đồ: nhịp xoang, tần số 100 lần/phút, ST chênh lên ở các chuyển đạo từ V<sub>2</sub> – V<sub>5</sub>, D<sub>II</sub> – D<sub>III</sub> - aVF và QS ở các chuyển đạo từ V<sub>3</sub> – V<sub>5</sub> (Hình 2). Siêu âm tim ghi nhận giảm động vách liên thất, phân suất tống máu thất trái (EFLV): 49%. Chụp cắt lớp vi tính bụng - chậu có cản quang ghi nhận: hơi tự do ổ bụng, mất liên tục thành trước tá tràng D1 dài khoảng 12mm, thông với ổ tụ dịch có thành, kích thước 8x25 cm, dưới gan nằm sát thành bụng trước (Hình 3).



**Hình 1. X quang bụng không chuẩn bị**



**Hình 2. Điện tâm đồ thời điểm nhập cấp cứu**



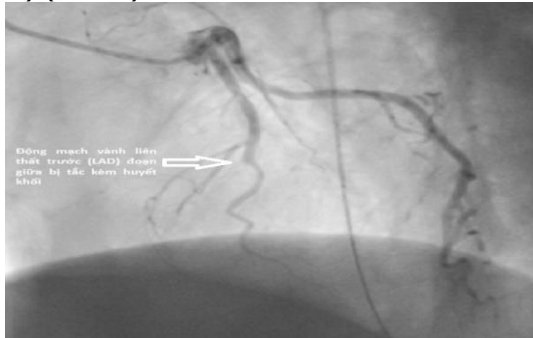
**Hình 3. MSCT bụng-chậu có cản quang**

Khí máu động mạch ghi nhận toan chuyển hóa (pH: 7,288, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup>: 18,4 mmol/L, pCO<sub>2</sub>: 39,4 mmol/L, pO<sub>2</sub>: 85 mmol/L, Lactate: 1,49 mmol/L), xét nghiệm sinh hóa ghi nhận men tim tăng cao (hs Troponin I: 68886 pg/mL). Công thức máu có thiếu máu nhẹ và bạch cầu tăng nhẹ: hồng cầu: 3.57 T/L, HGB: 109 g/L, Hct: 33.2%, Bạch cầu 11,6 G/L, %NEU: 91,6.

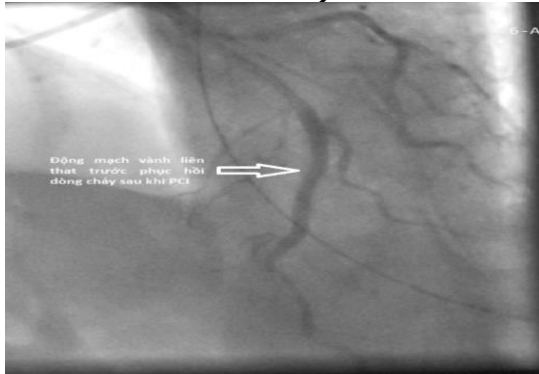
Bệnh nhân nhập viện với chẩn đoán đồng thời của hai bệnh lý cấp cứu: nhồi máu cơ tim cấp thành trước và dưới giờ thứ 10, đồng thời viêm phúc mạc do thủng tá tràng. Một cuộc hội chẩn đa chuyên khoa đã được tiến hành giữa bác sĩ cấp cứu, bác sĩ Tim mạch Can thiệp và bác sĩ Ngoại tiêu hóa để xác định trình tự ưu tiên điều trị. Họ nhất trí rằng chụp mạch vành và can thiệp mạch vành qua da (PCI) sẽ được ưu tiên hơn so với phẫu thuật thủng tá tràng, sau PCI sẽ chuyển đến phòng mổ, mổ cấp cứu thủng tá tràng. Quyết định này dựa trên đánh giá lâm sàng rằng STEMI cấp tính là mối đe dọa trực tiếp đến tính mạng hơn so với thủng tạng rỗng mà không có bằng chứng về tình trạng mất máu.

Bệnh nhân được xử trí đặt nội khí quản thở máy, sử dụng thuốc vận mạch (noradrenalin truyền tĩnh mạch 10 µg/phút), kháng sinh (meropenem và metronidazole). Bệnh nhân được chụp động mạch vành ghi nhận bị tắc toàn bộ động mạch vành liên thất trước đoạn giữa (LAD<sub>II</sub>) kèm huyết khối, các động mạch khác không hẹp có ý nghĩa, phù hợp với nhồi máu cơ tim cấp loại 1 (Hình 4). Bệnh nhân sau được nạp kháng tiểu cầu kép đường uống (aspirin 243 mg

và ticagrelor 180 mg). PCI thành công với việc đặt stent phủ thuốc (Resolute Onyx 2,75x38 mm) (Hình 5).



**Hình 4. Chụp động mạch vành ghi nhận tắc động mạch vành liên thất trước đoạn giữa (dấu mũi tên)**



**Hình 5. Động mạch vành liên thất trước sau khi được PCI (dấu mũi tên vị trí đặt stent)**

Sau đó, bệnh nhân được chuyển thẳng vào phòng mổ và phẫu thuật được bắt đầu. Bệnh nhân được mổ hở, hành tá tràng có một lỗ thủng 1 cm ở mặt trước. Lỗ thủng được cắt lọc và khâu lại. Thời gian phẫu thuật 110 phút. Sau 12 giờ bệnh nhân không dấu thiếu máu trên lâm sàng và bệnh nhân được điều trị lại clopidogrel 300mg sau đó duy trì 75 mg/ ngày kết hợp với aspirin 81mg/ ngày. Sau phẫu thuật 24 giờ bệnh nhân huyết động ổn định ngưng thuốc vận mạch và rút nội khí quản. Bệnh nhân được điều trị nội viện 14 ngày sau đó ổn định xuất viện.

### III. BÀN LUẬN

Nhồi máu cơ tim cấp tính xảy ra đồng thời với thủng loét tá tràng là một tình huống hiếm gặp có thể gây hậu quả nghiêm trọng. Ngay cả khi được chẩn đoán và điều trị kịp thời, các biến chứng phát sinh từ hai quá trình bệnh này vẫn có liên quan đến việc tăng tỷ lệ tử vong<sup>1,9</sup>. Việc phân biệt giữa STEMI và thủng tạng rỗng cũng có thể khá khó khăn. Trong khi STEMI có thể biểu hiện lâm sàng với các triệu chứng vùng

thượng vị, thủng tạng rỗng cũng có thể đi kèm với những thay đổi thiếu máu cục bộ trên điện tâm đồ bao gồm cả đoạn ST chênh lên<sup>5</sup>. Hiện tại, không có hướng dẫn nào về việc quản lý những bệnh nhân phức tạp như vậy<sup>3</sup>, các tài liệu hiện có chủ yếu bao gồm các báo cáo trường hợp<sup>6</sup>.

Khi bệnh nhân có cả hai bệnh lý cấp cứu STEMI và bệnh lý ngoại khoa cấp cứu cùng xảy ra đồng thời, theo chúng tôi cần xác định nguyên nhân nào có khả năng gây tử vong cao. Tái thông động mạch vành sớm ở bệnh nhân hội chứng mạch vành cấp đã được chứng minh là làm giảm nguy cơ tử vong hoặc tái nhồi máu cơ tim<sup>1</sup>. Phẫu thuật ngoài tim không được thực hiện thường xuyên trên bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp chưa được tái thông mạch vành. Một vài phân tích tổng hợp cho thấy nguy cơ tử vong và tái nhồi máu phụ thuộc vào thời gian sau nhồi máu cơ tim, khoảng 32,8% khi phẫu thuật được thực hiện trong 30 ngày đầu sau nhồi máu cơ tim<sup>8</sup>, nguy cơ này sẽ giảm xuống khi bệnh nhân được tái thông mạch vành<sup>7</sup>.

Ca lâm sàng của chúng tôi, STEMI thành trước, dưới và thủng tá tràng xảy ra đồng thời. Tuy nhiên, STEMI còn trong 12 giờ, là thời gian vàng để tái thông mạch vành nên chúng tôi quyết định chụp động mạch vành và tái thông mạch vành trước theo hướng dẫn hiện hành<sup>1</sup>. Chúng tôi không điều trị liều nạp kháng tiểu cầu kép trước chụp động mạch vành, vì theo chúng tôi có một số trường hợp bệnh nhân thủng tạng rỗng và ST chênh lên giống STEMI<sup>5,10</sup>, khi cho liều nạp trước có thể ảnh hưởng quá trình thủ thuật ngay sau đó nếu bệnh nhân không có hẹp mạch vành. Sau khi có kết quả chụp động mạch xác định đây là trường hợp nhồi máu cơ tim cấp loại 1<sup>2</sup>, chúng tôi cho liều nạp kháng tiểu cầu kép gồm aspirin, ticagrelor và PCI thành công với stent mạch vành phủ thuốc (DES)<sup>3</sup>.

Sau PCI bệnh nhân được chuyển ngay đến phòng phẫu thuật, phẫu thuật thủng tá tràng cấp cứu. Bệnh nhân có tiền căn mổ thủng dạ dày 2 lần nên thủ thuật viên chọn phẫu thuật hở. Bệnh nhân được phẫu thuật thành công và không cần phải truyền hồng cầu lắng lúc phẫu thuật. Sau phẫu thuật không ghi nhận chảy máu và sau liều nạp ticagrelor 12 giờ chúng tôi quyết định xuống thang kháng tiểu cầu kép bao gồm aspirin 81mg/ ngày và clopidogrel 300mg sau đó duy trì 75 mg/ ngày. Chúng tôi xác định đây là một trường hợp nguy cơ chảy máu rất cao cần xuống thang kháng tiểu cầu kép sớm. Tuy nhiên, bệnh nhân mới PCI nên chúng tôi chọn liều nạp clopidogrel 300mg và duy trì 75 mg/ ngày<sup>3</sup>.

Mặc dù thiếu dữ liệu về việc nên ưu tiên phẫu thuật cấp cứu thủng dạ dày tá tràng hay PCI cho STEMI, nhưng có dữ liệu toàn diện hỗ trợ kết quả vượt trội của tái thông mạch máu sớm cho STEMI trong 12 giờ. Dựa trên điều này, quan điểm của chúng tôi là PCI nên được thực hiện trước khi phẫu thuật ở những bệnh nhân có biểu hiện bệnh đồng thời. Do tình huống này hiếm gặp cũng như những lo ngại về y đức nên không có lựa chọn thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên nào để so sánh hai phương pháp. Các báo cáo ca bệnh trong tương lai có thể cung cấp thông tin rõ ràng hơn về cách tiếp cận tình huống này.

#### IV. KẾT LUẬN

Sự hiện diện của hai bệnh lý đe dọa tính mạng xảy ra đồng thời ở một bệnh nhân là rất hiếm nhưng không phải là chưa từng xảy ra. Nhận biết các quá trình bệnh đi kèm là rất quan trọng, nhưng việc xác định trình tự điều trị hiệu quả nhất không phải lúc nào cũng rõ ràng. Việc thiết lập một quy trình điều trị rõ ràng có thể tạo điều kiện thuận lợi cho việc điều trị những bệnh nhân tương tự, chẳng hạn như những người bị nhồi máu cơ tim cấp tính và một bệnh lý cấp cứu khác xảy ra đồng thời. Do đó, chúng tôi đề nghị sử dụng tài liệu hiện có và ý kiến chuyên gia để đưa ra quyết định điều trị cho các trường hợp trong tương lai nhằm có phương pháp điều trị tối ưu cho những trường hợp phức tạp tương tự.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Byrne RA, Rossello X, Coughlan JJ, Barbato E, Berry C, Chieffo A, et al.** 2023 ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes. *Eur Heart J.* 2023; 44(38):3720-3826.

2. **Domienik-Karłowicz J, Kupczyńska K, Michalski B, Kapłon-Cieślicka A, Darocha S, Dobrowolski P, et al.** Fourth universal definition of myocardial infarction. Selected messages from the European Society of Cardiology document and lessons learned from the new guidelines on ST-segment elevation myocardial infarction and non-ST-segment elevation-acute coronary syndrome. *Cardiol J.* 2021; 28(2):195-201.
3. **Halvorsen S, Mehilli J, Cassese S, Hall TS, Abdelhamid M, Barbato E, et al.** 2022 ESC Guidelines on cardiovascular assessment and management of patients undergoing non-cardiac surgery. *Eur Heart J.* 2022; 43(39):3826-3924.
4. **Hermansson M, Ekedahl A, Ranstam J, Zilling T.** Decreasing incidence of peptic ulcer complications after the introduction of the proton pump inhibitors, a study of the Swedish population from 1974–2002. *BMC Gastroenterol.* 2009; 20(9):25.
5. **Intan RE, Hasibuan FS, Gandi P, and Alkaff FF.** Gastric perforation mimicking ST-segment elevation myocardial infarction. *BMJ Case Rep.* 2021; 14(3):e237470.
6. **Kaplan A, Schwarzfuchs D, Zeldetz V, and Liu J.** Acute Myocardial Infarction with Simultaneous Gastric Perforation. *Clin Pract Cases Emerg Med.* 2017; 1(3):179-182.
7. **Livhits M, Gibbons MM, de Virgilio C, O'Connell JB, Leonardi MJ, Ko CY, Zingmond DS.** Coronary revascularization after myocardial infarction can reduce risks of noncardiac surgery. *J Am Coll Surg* 2011; 212:1018-26.
8. **Livhits M, Ko CY, Leonardi MJ, Zingmond DS, Gibbons MM, de Virgilio C.** Risk of surgery following recent myocardial infarction. *Ann Surg* 2011; 253:857-64.
9. **Møller MH, Engebjerg MC, Adamsen S, Bendix J, Thomsen RW.** The Peptic Ulcer Perforation (PULP) score: a predictor of mortality following peptic ulcer perforation. A cohort study. *Acta Anaesthesiol Scand.* 2012; 56(5):655-62.
10. **Murphy FD, Livezey MM.** Electrocardiographic changes simulating those of acute myocardial infarction in a case of perforated gastric ulcer. *American Heart Journal.* 1994; 28(4):533-537.

## KẾT QUẢ SẢN KHOA VÀ SƠ SINH CÁC TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ RAU TIỀN ĐẠO TRUNG TÂM, RAU CÀI RĂNG LỰC

Nguyễn Thị Thu Hà<sup>1,2</sup>, Đỗ Tuấn Đạt<sup>1,3</sup>

#### TÓM TẮT

<sup>1</sup>Bệnh viện Phụ Sản Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

<sup>3</sup>Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Thu Hà

Email: thuha.ivf@gmail.com

Ngày nhận bài: 19.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 8.3.2024

Ngày duyệt bài: 28.3.2024

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả sản khoa và sơ sinh điều trị rau tiền đạo trung tâm, rau cài răng lược tại bệnh viện Phụ Sản Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 76 sản phụ được chẩn đoán rau tiền đạo cài răng lược có sẹo mổ lấy thai được xử trí tại BVPS Hà Nội. **Kết quả:** Nghiên cứu 76 thai phụ đơn thai rau cài răng lược cho thấy lượng máu mất trung bình trong mổ là 1.512,0 ± 815,2 ml; 9,3% trường hợp có biến chứng, bao gồm 6,7% trường hợp rách bàng quang, 1,3% tổn thương niệu quản, 1,3% trường hợp phải mổ lại; tuổi thai trung bình khi mổ là 36,7 ± 1,2 tuần; apgar 1 phút, 5