

- coa.13929
4. **Mitchell RB, Archer SM, Ishman SL, et al.** Clinical Practice Guideline: Tonsillectomy in Children (Update). *Otolaryngol Neck Surg.* 2019;160(S1). doi:10.1177/0194599818801757
  5. **Hong SM, Cho JG, Chae SW, Lee HM, Woo JS.** Coblation vs. Electrocautery Tonsillectomy: A Prospective Randomized Study Comparing Clinical Outcomes in Adolescents and Adults. *Clin Exp Otorhinolaryngol.* 2013;6(2):90. doi:10.3342/ceo.2013.6.2.90
  6. **Trịnh Đình Hoa, Nguyễn Đình Bằng.** "Đánh giá kết quả kỹ thuật cắt amidan bằng dòng điện lưỡng cực (bipolar) ở trẻ em", 2004:Y học TP. Hồ Chí Minh.
  7. **Nguyễn Văn Toàn, Nguyễn Thị Hồng Loan, Lâm Huyền Trân.** Đánh giá hiệu quả cắt Amidan trong bao bằng microdebrider tại Bệnh viện Nguyễn Tri Phương. 2018.
  8. **Thompson G, Bateman N.** How I do it: intracapsular coblation tonsillectomy. *J Laryngol Otol.* 2022;136(4):363-365. doi:10.1017/S0022215122000044
  9. **Duarte VM, Liu YF, Shapiro NL.** Coblation total tonsillectomy and adenoidectomy versus coblation partial intracapsular tonsillectomy and adenoidectomy in children. *The Laryngoscope.* 2014;124(8):1959-1964. doi:10.1002/lary.24632

## NHỒI MÁU CƠ TIM Ở NGƯỜI TRẺ TUỔI: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG TẠI VIỆN TIM MẠCH - BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Nguyễn Mạnh Quân<sup>1,2</sup>, Ngô Quang Tùng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Tổng quan:** Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi không phải là tình trạng thường gặp. Hiện nay, chưa có những dữ liệu đầy đủ ở nhóm đối tượng bệnh nhân này về các đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng ngắn và dài hạn để có chiến lược theo dõi và dự phòng cho các biến cố sau đó. **Phương pháp:** Báo cáo ca lâm sàng. **Kết quả:** Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp tại Viện Tim Mạch, Bệnh viện Bạch Mai. Bệnh nhân nam, 25 tuổi nhập viện vì nhồi máu cơ tim ST chênh lên giờ thứ 4, được chẩn đoán và điều trị kịp thời và cho kết quả điều trị tốt. **Kết luận:** Nhồi máu cơ tim ở người trẻ tuổi ít gặp trên lâm sàng. Chiến lược điều trị vẫn dựa trên các hướng dẫn hiện hành như các nhóm bệnh nhân khác. Các nghiên cứu trên thế giới cho thấy tiên lượng ngắn hạn ở các bệnh nhân này là tốt hơn nhưng tiên lượng dài hạn còn những kết quả chưa đồng nhất mặc dù có xu hướng kém hơn so với nhóm dân số khác. Điều trị cần chú trọng thay đổi lối sống và tăng tuân thủ điều trị.

**Từ khóa:** Nhồi máu cơ tim, trẻ tuổi.

### SUMMARY

#### ST-ELEVATION MYOCARDIAL INFARCTION IN A VERY YOUNG PATIENT: A CASE REPORT IN VIETNAM NATIONAL HEART INSTITUTE – BACH MAI HOSPITAL

**Background:** Myocardial infarction (MI) in young adults is relatively uncommon. There remains a lack of comprehensive data regarding the clinical

presentation, paraclinical findings, and short- and long-term prognosis in this patient group, which poses challenges for optimal management and secondary prevention. **Method:** A case report. **Result:** We report a rare case of ST-elevation myocardial infarction (STEMI) in a 25-year-old male admitted to the Vietnam National Heart Institute, Bach Mai Hospital. The patient presented four hours after symptom onset and was promptly diagnosed and managed according to current clinical guidelines, resulting in a favorable outcome. **Conclusion:** Although rare, MI in young adults should be promptly recognized and managed with the same standards of care as in older populations. While short-term outcomes are generally favorable, long-term prognosis remains inconsistent, with some studies suggesting worse outcomes over time. To improve long-term outcomes, emphasis should be placed on lifestyle modification and strict adherence to treatment.

**Keywords:** Young adult, ST-elevation myocardial infarction.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh lý mạch vành là nguyên nhân hàng đầu của bệnh tật và tử vong trên toàn thế giới.<sup>1</sup> Trong đó quá trình xơ vữa đóng vai trò cơ chế bệnh sinh chính trong hầu hết các trường hợp. Một số nghiên cứu cho thấy quá trình xơ vữa bắt đầu từ những thập niên thứ 3 hoặc thứ 4 của cuộc đời và gia tăng dần theo tuổi. Tuy nhiên, thực tế các biến cố cấp tính xảy ra muộn hơn, đa số trong thập niên thứ 5 hoặc thứ 6 và chỉ có khoảng 2-10% bệnh nhân hội chứng vành cấp là dưới 40 tuổi. Tài liệu hiện tại ghi nhận rằng xơ vữa động mạch sớm với cơ chế vỡ mảng xơ vữa hoặc xói mòn mảng xơ vữa là nguyên nhân phổ biến nhất, chiếm gần 90% các trường hợp AMI ở người trưởng thành trẻ tuổi. Khoảng 10% còn lại

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai

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

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Quân

Email: quanmttm@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 16.7.2025

Ngày duyệt bài: 18.8.2025

là do các nguyên nhân không liên quan đến mảng xơ vữa, bao gồm bóc tách tự phát động mạch vành (SCAD), co thắt mạch vành, tình trạng tăng đông máu, hiện tượng thuyên tắc động mạch vành, viêm do cơ chế tự miễn, và tắc nghẽn do thuốc.<sup>2</sup> Hiện tại chưa có nhiều dữ liệu đánh giá về đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, tiên lượng ngắn và dài hạn ở nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi để có kế hoạch theo dõi và dự phòng cho các biến cố trong tương lai.

## II. CA LÂM SÀNG

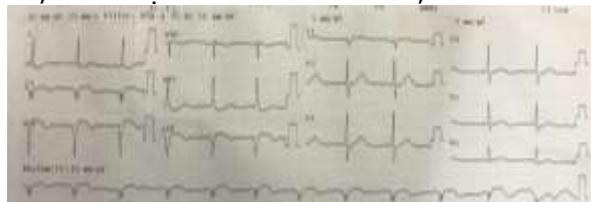
Bệnh nhân nam, 25 tuổi, vào viện vì đau ngực giờ thứ 4. Tiền sử trước đây có hút thuốc lá trong vòng 10 năm, không rõ số lượng cụ thể.

**Tình trạng lúc vào viện:** Bệnh nhân tỉnh, còn tức nặng ngực trái, không khó thở, đôi lúc có nôn và buồn nôn. Chiều cao: 183 cm, cân nặng: 80kg, BMI: 23,8

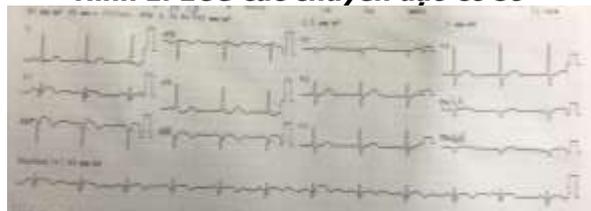
**Khám lâm sàng:** Tim đều, 70 chu kỳ/phút, không có tiếng thổi. Phổi thông khí đều, bụng mềm. Dấu hiệu sinh tồn: Mạch 70 lần/phút, huyết áp 120/70 mmHg

### Cận lâm sàng:

ECG: Nhịp xoang, tần số 72 lần/phút, có sóng Q, ST chênh lên, T âm ở chuyển đạo D2, D3, avF. Đoạn ST chênh lên ở V3R, V4R.

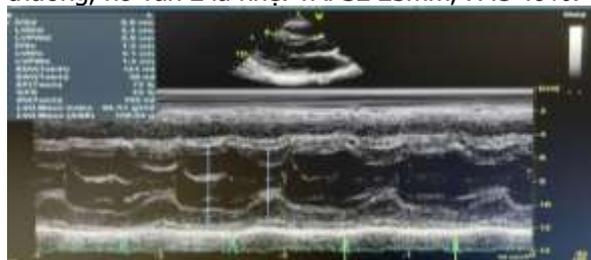


**Hình 1: ECG các chuyển đạo cơ sở**

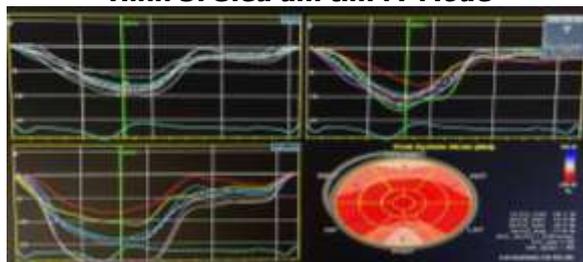


**Hình 2: ECG các chuyển đạo bên phải V3R, V4R**

**Siêu âm tim:** Thành thất trái dày đồng tâm, chức năng tâm thu thất trái trong giới hạn bình thường, hở van 2 lá nhẹ. TAPSE 23mm, FAC 40%.



**Hình 3: Siêu âm tim M-Mode**



**Hình 4: Siêu âm đánh giá sức căng cơ tim**

- Kết quả siêu âm mạch cảnh, mạch thận, mạch chi dưới không có hẹp tắc.

- Các xét nghiệm công thức máu và sinh hoá không có thay đổi gì đáng chú ý với giá trị bilan lipid máu: LDL-C: 3,4 mmol/l, HDL-C: 0,96 mmol/l.

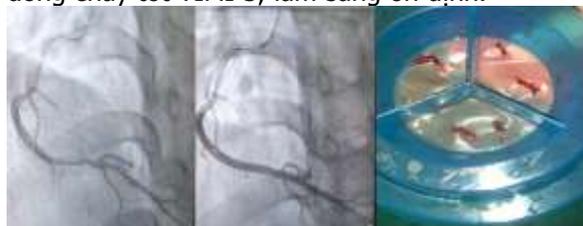
**Chẩn đoán xác định:** Nhồi máu cơ tim sau dưới cấp giờ thứ 4

Bệnh nhân được điều trị với: Enoxaparin 60mg, tiêm dưới da bụng mỗi 12 giờ, Aspirin 81mg (liều nạp 162mg, sau duy trì 81mg/ngày), Ticagrelor liều nạp 90mg x 2 viên, sau đó duy trì 90 mg, 2 lần/ ngày cách nhau 12 giờ), Rosuvastatin 20mg. Sau đó bệnh nhân được chỉ định chụp động mạch vành qua da sau khi nhập viện 30 phút.

### Kết quả chụp động mạch vành qua da:

Chúng tôi sử dụng đường vào mạch quay, introducer 6F, catheter Tiger 5F để chụp động mạch vành và sử dụng guiding catheter Judkins Right 4 (JR4), 6F và guidewire Sion 0,014 inch lái qua tổn thương của động mạch vành phải.

Động mạch vành phải ưu nặng. Hẹp 50-60% đoạn giữa RCA, nhiều huyết khối ở đoạn xa RCA lan vào nhánh nhánh động mạch gian thất sau (PDA) và tổn thương hẹp 50-60% của động mạch liên thất trước (LAD). Chúng tôi đã tiến hành hút huyết khối nhiều lần ra nhiều huyết khối và tổn thương hẹp tồn dư, mảng xơ vữa loét ở đoạn xa RCA. Bệnh nhân được can thiệp 2 stent từ nhánh PDA tới đoạn xa RCA, kết quả dòng chảy tốt TIMI 3, lâm sàng ổn định.

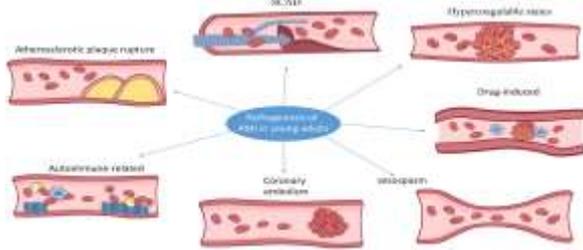


**Hình 5: Hình ảnh trước, sau can thiệp và huyết khối hút từ nhánh động mạch vành phải**

## III. BÀN LUẬN

Đây là trường hợp bệnh nhân nhồi máu cơ tim trẻ tuổi nhất ghi nhận trong thời gian gần đây. Yếu tố nguy cơ chính của bệnh nhân là tình trạng hút thuốc lá trong nhiều năm liên tiếp và tiền béo phì (Theo phân loại BMI của WHO, IDI và WPRO dành riêng cho châu Á).

Bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi có những đặc điểm riêng về các yếu tố nguy cơ và biểu hiện lâm sàng.



**Hình 6: Các kiểu hình bệnh sinh của nhồi máu cơ tim cấp người trẻ tuổi**

AMI: nhồi máu cơ tim cấp; SCAD: bóc tách tự phát động mạch vành.

**Xơ vữa động mạch là nguyên nhân phổ biến nhất của nhồi máu cơ tim cấp, ngay cả ở bệnh nhân trẻ tuổi.** Sự vỡ hoặc bào mòn mảng xơ vữa dẫn đến một chuỗi phản ứng viêm với sự tham gia của bạch cầu đơn nhân và đại thực bào, hình thành huyết khối, hoạt hóa và kết tập tiểu cầu. Xơ vữa động mạch ở bệnh nhân trẻ trải qua quá trình bệnh sinh tương tự như ở bệnh nhân lớn tuổi. Các yếu tố nguy cơ truyền thống của bệnh động mạch vành như hút thuốc lá, đái tháo đường, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu làm tăng nguy cơ xơ vữa sớm ở bệnh nhân trẻ.

Một số nghiên cứu đã ghi nhận tỷ lệ hút thuốc lá cao hơn ở bệnh nhân bệnh mạch vành trẻ tuổi so với bệnh nhân lớn tuổi<sup>4,5</sup>. Ngoài ra, ngày càng có nhiều bằng chứng cho thấy việc sử dụng thuốc lá điện tử rất phổ biến hơn ở người trẻ<sup>6</sup>, cũng dẫn đến hình thành mảng xơ vữa<sup>7</sup> và làm tăng nguy cơ nhồi máu cơ tim cấp<sup>8</sup>.

Đồng thời, nhồi máu cơ tim do xơ vữa ở nhóm bệnh nhân trẻ thường liên quan nhiều hơn đến các yếu tố nguy cơ tim mạch không truyền thống so với ở bệnh nhân lớn tuổi. Một số yếu tố nguy cơ không truyền thống này bao gồm các bệnh tự miễn, viêm mạn tính, di truyền hoặc mắc phải, làm gia tăng nguy cơ xơ vữa mạch máu tiến triển. Các bệnh này bao gồm: nhiễm HIV, lupus ban đỏ hệ thống, bệnh viêm ruột, viêm khớp dạng thấp, vẩy nến, homocystin niệu, hội chứng buồng trứng đa nang và hội chứng ngưng thở khi ngủ.

**Tách thành mạch vành tự phát (SCAD)** cũng là một trong các nguyên nhân thường gặp của nhồi máu cơ tim ở bệnh nhân trẻ tuổi. Đây là tình trạng tách các lớp của thành động mạch vành mà không do chấn thương hay can thiệp y khoa, thường xảy ra ở phụ nữ trẻ và không liên quan đến xơ vữa động mạch. SCAD có thể dẫn đến nhồi máu cơ tim cấp do tắc nghẽn mạch vành. Nó chiếm khoảng 1-4% các trường hợp AMI, đặc biệt gặp ở phụ nữ dưới 50 tuổi. Chẩn đoán SCAD thường dựa vào chụp mạch vành, với các dấu hiệu như đường sáng, nhuộm thuốc cản quang không đều và hình ảnh lòng giả.

Một nguyên nhân hiếm gặp được tác giả Betul Cengiz đăng trên tạp chí tim mạch Bồ Đào Nha ở bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi là ung thư tăng sinh tủy<sup>13</sup> (myeloproliferative neoplasms – MPN) đặc biệt ở những bệnh nhân không có các yếu tố nguy cơ tim mạch. Những bệnh nhân này cần đánh giá các bất thường công thức máu và chẩn đoán, điều trị sớm MPN là điều cần thiết để ngăn ngừa sự tái phát của các biến cố huyết khối và có thể làm giảm tỷ lệ tử vong và bệnh tật.

**Về tiên lượng,** thực tế cho thấy những bệnh nhân trẻ tuổi đa số nhận được những can thiệp điều trị sớm hơn và có kết quả tiên lượng tốt hơn so với những bệnh nhân cao tuổi. Một số nghiên cứu đã được tiến hành trên nhóm bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi để đánh giá tiên lượng ngắn, trung và dài hạn và cho những kết quả khác nhau.

Như ở trên đã đề cập, nghiên cứu của Andreas W. Schoenenberger cho thấy bệnh nhân trẻ tuổi có tiên lượng tốt hơn so với các bệnh nhân cao tuổi do ít có bệnh lý nhiều thân mạch vành và độ biểu hiện lâm sàng điển hình hơn nên nhận các can thiệp điều trị kịp thời hơn.

Tuy nhiên, nghiên cứu của Oren Yagel theo dõi lâu dài tới 10 năm trên 165 bệnh nhân vành cấp trẻ tuổi lại cho kết quả khác, đó là tỷ lệ tái phát biến cố tim mạch ở nhóm bệnh nhân này trong thời gian theo dõi cao đáng kể sau biến cố vành cấp đầu tiên. Có tới 65% bệnh nhân có ít nhất 1 kết cục chính như tử vong hoặc biến cố tim mạch chính (NMCT, tai biến mạch não, PCI/CABG, Suy tim mất bù), số biến cố tái phát trung bình của mỗi bệnh nhân là 1,85 tức là khoảng 0,3 biến cố/bệnh nhân/năm. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu khác khi mà tỷ lệ biến cố tái phát dưới 30%. Hơn nữa, trong nhiều nghiên cứu gần đây theo dõi trong thời gian ngắn từ 3-5 năm chỉ có khoảng 11,2% bệnh nhân trẻ dưới 45 tuổi tái phát biến cố với tỷ lệ từ

vong chỉ 0,9%. Điều này được lý giải là do các biện pháp can thiệp xâm lấn ảnh hưởng chủ yếu tới kết cục ngắn hạn tới, lên tới 1 năm nhưng sau đó các yếu tố như lối sống, sự tuân thủ điều trị là những yếu tố chính quyết định tiên lượng lâu dài. Ngoài ra, các can thiệp xâm lấn thậm chí còn gây tác động xấu ở những bệnh nhân tuân thủ kém dẫn tới tăng nguy cơ biến cố huyết khối stent mạch. Cũng trong thời gian theo dõi, tác giả ghi nhận tỷ lệ tăng huyết áp tăng lên đáng kể ở những bệnh nhân tử vong do các biến cố tim mạch chính (MACE). Điều này là do nhiều bệnh nhân có tăng huyết áp khó kiểm soát do không thể tuân thủ điều trị. Cũng trong nghiên cứu này, tác giả cũng thấy việc can thiệp không đặt stent là yếu tố tiên lượng độc lập của kết cục xấu, điều này có thể do tổn thương nặng hoặc lan tỏa dẫn tới không thể đặt stent được. Nghiên cứu đi đến kết luận rằng tỷ lệ tử vong và biến cố tái phát ở bệnh nhân hội chứng vành cấp trẻ tuổi tương đối cao trong thời gian theo dõi lâu dài. Can thiệp sớm để giảm thiểu các yếu tố nguy cơ và tăng tuân thủ điều trị, nhất là thuốc tăng huyết áp có thể dẫn tới tiên lượng tốt hơn ở nhóm bệnh nhân này.

Nghiên cứu của tác giả Marcos Esteban trên 123 bệnh nhân cho thấy hội chứng mạch vành cấp ở bệnh nhân dưới 40 tuổi liên quan tới đại tháo đường, lối sống không lành mạnh: hút thuốc, lối sống tĩnh tại, sử dụng cocain và béo phì. Tỷ lệ tái nhập viện là cao và chủ yếu liên quan tới hút thuốc và giảm phân suất tổng máu.

#### IV. KẾT LUẬN

Hội chứng vành cấp ở bệnh nhân trẻ tuổi không phải là tình trạng bệnh lý thường gặp nhưng đang có xu hướng gia tăng do sự gia tăng của các yếu tố nguy cơ tim mạch ở người trẻ. Trong đó, hút thuốc, lối sống không lành mạnh rất thường gặp. Tiên lượng ngắn hạn tương đối tốt hơn so với nhóm bệnh nhân cao tuổi mặc dù

còn thiếu những dữ liệu đầy đủ để nghiên cứu về vấn đề này. Quản lý các yếu tố nguy cơ tim mạch và tăng cường tuân thủ điều trị là những yếu tố góp phần cải thiện tiên lượng ở những bệnh nhân này.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Alzahrani T, Pena I, Temesgen N, Glantz SA.** Association Between Electronic Cigarette Use and Myocardial Infarction. *Am J Prev Med.* 2018; 55(4): 455-461. doi:10.1016/j.amepre.2018.05.004
- Bandi P, Cahn Z, Goding Sauer A, et al.** Trends in E-Cigarette Use by Age Group and Combustible Cigarette Smoking Histories, U.S. Adults, 2014-2018. *Am J Prev Med.* 2021;60(2): 151-158. doi:10.1016/j.amepre.2020.07.026
- Espinoza-Derout J, Shao XM, Lao CJ, et al.** Electronic Cigarette Use and the Risk of Cardiovascular Diseases. *Front Cardiovasc Med.* 2022;9:879726. doi:10.3389/fcvm.2022.879726
- Gulati R, Behfar A, Narula J, et al. Acute Myocardial Infarction in Young Individuals. *Mayo Clin Proc.*2020;95(1): 136-156. doi:10.1016/j.jmayocp.2019.05.001
- Krittanawong C, Khawaja M, Tamis-Holland JE, Girotra S, Rao SV.** Acute Myocardial Infarction: Etiologies and Mimickers in Young Patients. *J Am Heart Assoc.* 2023;12(18): e029971. doi:10.1161/JAHA.123.029971
- Mukherjee D, Hsu A, Moliterno DJ, Lincoff AM, Goormastic M, Topol EJ.** Risk factors for premature coronary artery disease and determinants of adverse outcomes after revascularization in patients  $\leq 40$  years old. *Am J Cardiol.* 2003;92(12): 1465-1467. doi:10.1016/j.amjcard.2003.08.062
- Myocardial infarction in young adults: angiographic characterization, risk factors and prognosis (Coronary Artery Surgery Study Registry) - PubMed.** Accessed May 14, 2025. [<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7642855/>](<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7642855/>)
- Roth GA, Mensah GA, Johnson CO, et al.** Global Burden of Cardiovascular Diseases and Risk Factors, 1990-2019: Update From the GBD 2019 Study. *J Am Coll Cardiol.* 2020;76(25):2982-3021. doi:10.1016/j.jacc.2020.11.010