

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP NHỒI MÁU CƠ TIM Ở TRẺ SƠ SINH

Lê Minh Trác-Bệnh viện Phụ sản trung ương

Tóm tắt

Nhồi máu cơ tim ở trẻ sơ sinh là một bệnh rất hiếm gặp, tiên lượng bệnh rất xấu. Chúng tôi mô tả lâm sàng và khám nghiệm tử thi một bé gái bị nhồi máu cơ tim và tử vong sau sinh. Bệnh cảnh lâm sàng xảy ra quá nhanh, đưa trẻ bị tử vong trong khi các Y Bác sỹ không kịp phát hiện căn nguyên để can thiệp. Khám nghiệm tử thi đã chỉ ra nhồi máu cơ tim ở ĐM vành trái trước sinh ít nhất 10-12 giờ.

Abstract

Neonatal myocardial infarction is very rare and its prognosis is poor. We describe the clinical signs and post mortem examination of a newborn fullterm female with myocardial infarction. Her clinical course was so rapidly progressive and becoming death before Doctors could detect the cause to do something for her. Autopsy demonstrated the myocardial infarction caused by thrombotic occlusion of the left main coronary artery, that was occurred before birth at least 10-12h.

Thông tin chung:

Họ tên sản phụ: Lâm Thị N

Tuổi: 25 tuổi (sinh năm 1982)

Chồng: Nguyễn Văn D, 32 tuổi, công nhân xây dựng

Địa chỉ: Ấp Lăng Gâu 1, xã Đại Lăng 2, huyện Long Phú, Tỉnh Sóc Trăng.

Tạm trú tại: Quận 8, Thành phố HCM.

Họ tên trẻ mới sinh: Nguyễn Thị B

Bệnh sử:

Chuyển dạ: Khoảng 20 giờ ngày 07/5/07 sản phụ cảm thấy đau bụng, có nước ra âm đạo, được chồng đưa đến bệnh viện Nguyễn Tri Phương bằng xe máy.

- 21 giờ nhập viện, khám thấy cổ tử cung mở hết, được chuyển cấp ngay vào phòng đẻ, hồi 21 giờ 10 phút sinh 1 cháu gái, trẻ khóc ngay sau sinh.

Sau sinh:

- Mẹ được tiêm Oxytocin 5UI x 2 ống (tiêm bắp) và Atropin 0,25mg x 2 ống (tiêm bắp) và bóc rau bằng tay sau 20 phút.
- Kiểm tra tử cung: sạch, co hồi tốt, bánh rau rách nát (do bóc). Máu mất khoảng 300ml

Con:

Chỉ số Apgar: 1 phút 8 điểm, 5 phút 9 điểm, trẻ khóc to, P= 3000g. Bác sỹ đánh giá đủ tháng.

Được chuyển sang bàn bên cạnh để làm rốn, mặc áo - quần tã.

Tiêm vaccine VGB hồi 21 giờ 30. Từ lúc sinh tới lúc tiêm trẻ vẫn khóc to. Sau khoảng 5 phút người tiêm vaccine phát hiện trẻ tím tái nên gọi ngay Bs trực và cho trẻ thở Oxy qua Mask. Bác sỹ có mặt phát hiện trẻ tím tái, mạch nhỏ, khó bắt, tiếng tim chậm. Bác sỹ tiến hành đặt ngay NKQ, bơm Adrenalin vào NKQ với liều 0,5ml 1/10.000 mỗi 5 phút. Cấp cứu 30 phút không kết quả, trẻ tử vong.

Tiền sử:

Sinh đẻ: Có thai 2 lần, chưa sảy hoặc nạo thai lần nào.

Con đầu lòng đẻ thường, nữ, 5 tuổi, khoẻ mạnh, không có bệnh tật gì.

Lần mang thai này: đủ tháng

Tiêm chủng:

- Trước đây không nhớ,
- Trong lần có thai này có tiêm tại trạm y tế xã 2 mũi vào tháng thứ 2 và 3. Vị trí tiêm: tay, không biết thuốc gì.

Bệnh tật:

- Trước đây không có gì đặc biệt
- Trong lần có thai này trước khi sinh 15 ngày mẹ bị nhiễm thủy đậu (không sốt, có ngứa ở 2 tay rồi nổi phỏng nước sau đó lan ra toàn thân trong 3 ngày. Từ khi bị đến khi khỏi là 7 ngày. Các nốt phỏng không nhiễm trùng, thai vẫn đạp bình thường. Xung quanh có 6 người gồm 4 trẻ con và 2 người lớn cũng bị thủy đậu, kể cả con đầu lòng của sản phụ)

Gia đình:

Bên vợ có 6 anh chị em, bên chồng có 7 anh chị em đều khoẻ mạnh.

- **Các xét nghiệm đã làm**

HIV âm tính

HbsAg (-)

Giang mai(-)

Hematocrit 31%

Thời gian Quick : 16,4 giây

Thời gian Cephalin — Kaolin : 21,3 giây

Nhóm máu O

Rh (+)

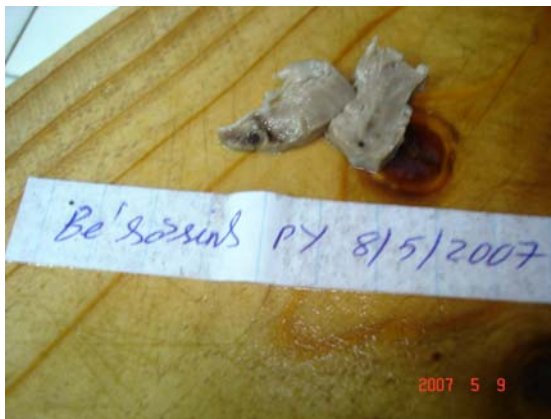
Khám nghiệm tử thi : Các cơ quan phủ tạng xung huyết, xuất huyết, không có tổn thương do chấn thương gây ra.

Tim đại thể: sau khi cố định bằng Formol ghi nhận tắc hoàn toàn nhánh động mạch vành trái, cơ tim có nhiều ổ nhồi máu rải rác.

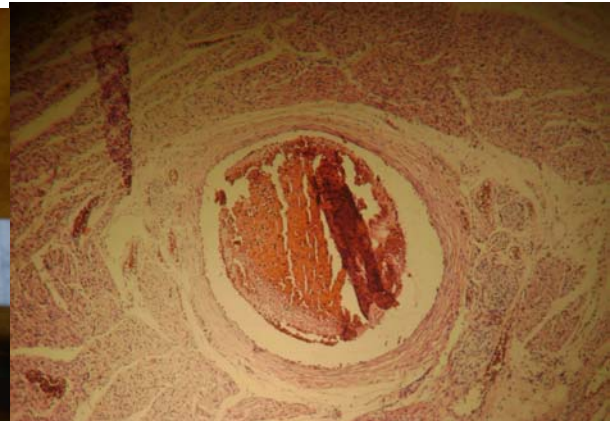
Vi thể: cơ tim thoái hoá không đồng nhất, một số vùng các tế bào cơ tim còn giữ được hình dạng, một số vùng các tế bào bị thoái hoá hốc, đứt đoạn, mất vân; có vùng không còn rõ hình ảnh cơ tim, nhân tăng sắc, nhân nheo; có vùng các tế bào hình dạng sóng hay đứt đoạn. Mô kẽ phù nề, có hiện tượng xuất huyết rải rác giữa các tế bào cơ tim, có những vùng xuất huyết thành đám. Lòng động mạch vành có chứa nhiều hồng cầu đang phân huỷ và có hiện tượng mô hoá với xâm nhập nhiều bạch cầu đa nhân trung tính.

Kết luận: Tắc động mạch vành trái do huyết khối, thời gian tắc ít nhất 12 giờ trước khi tử vong.

- Nhồi máu cơ tim
- Xung huyết, xuất huyết các tạng
-



Hình ảnh đại thể



Hình ảnh huyết khối ĐM vành

Bàn luận:

Trường hợp trẻ này có phải tử vong do phản ứng của vắc xin hay không? Hợp lý là trẻ xảy ra ngay sau khi tiêm, diễn biến nhanh như một sốc phản vệ và tử vong ngay. Không hợp lý là không có tổn thương đa phủ tạng, dấu hiệu chính chỉ là tím tái và mạch yếu, không có triệu chứng về da và hô hấp, không đáp ứng với Adrenalin, kết quả giám định pháp y không nói lên được đây là sốc phản vệ.

Trẻ bị nhồi máu cơ tim cấp tính do tắc nhánh động mạch vành trái bởi huyết khối gây tử vong. Huyết khối này không liên quan tới vắc xin dựa vào mức độ mô hoá của huyết khối, sự thoái hoá cơ tim và dấu hiệu viêm gợi ý huyết khối đã hình thành ít nhất 10-12 giờ trước khi sinh.

Suy tuần hoàn giai đoạn sớm ngay sau sinh do nhồi máu cơ tim là bệnh rất hiếm (2,4,9). Khi có nhồi máu xảy ra việc cung cấp máu cho cơ tim bị giảm gây hậu quả nuôi dưỡng kém, suy tim, trụy mạch. Trường hợp bệnh nhân trên ngay sau đẻ khóc to, đủ tháng, không bị ngạt, không bị chấn thương nhưng chỉ sau 30 phút trẻ có triệu chứng tím tái, mạch nhỏ khó bắt và đi vào tử vong mặc dù các y bác sỹ đã nỗ lực hồi sức bằng mọi cách. Vấn đề đặt ra là tại sao trẻ nhồi máu mạch vành trái mà trong thời gian trong bụng mẹ trẻ vẫn chưa có biểu hiện gì. Điều này có thể lý giải như sau: Trong thời gian bào thai có sự hoà trộn máu phải và trái thông qua các lỗ thông, ống thông. Nuôi dưỡng bào thai nhờ tĩnh mạch rốn và thông qua thất phải bơm máu lên ĐM phổi qua ống Botal vào ĐM chủ. Vì vậy trong thời kỳ bào thai tim phải làm việc nhiều hơn tim trái (1, 4). Khi ra đời đứa trẻ phải tự lập, các lỗ thông và ống thông đóng lại tim trái làm việc nhiều hơn vì vậy cần nhiều năng lượng. Vậy trẻ này khi trong bụng mẹ có tắc mạch vành trái, nhưng tim trái chưa làm việc nhiều vì thế vẫn còn có khả năng thích nghi. Khi ra đời tim trái phải làm việc nhiều cấp máu không đủ, thiếu nuôi dưỡng dẫn tới hậu quả suy tim, trụy mạch. Suy tim, trụy mạch lại gây giảm cấp máu nuôi dưỡng, trẻ rơi vào vòng xoắn bệnh lý ngày càng nặng và tử vong. Concheiro Guisán A và cộng sự (2006) cũng đã gặp trường hợp nhồi máu cơ tim trong thời kỳ bào thai tương tự như chúng tôi (4).

Nhồi máu cơ tim ở trẻ sơ sinh rất khó chẩn đoán, nhưng vẫn có thể phát hiện được thông qua ECG, siêu âm tim hoặc thông tim chụp mạch (6,7,8,9). Với những trẻ sơ sinh có suy tim, trụy mạch không rõ nguyên nhân chúng ta có nên làm những thăm dò này hay chăng? Nhiều tác giả đều đồng ý với quan điểm này (3,5,7). Trường hợp trẻ này diễn biến quá nhanh các bác sỹ chưa thể có thời gian để làm bất kỳ một xét nghiệm nào.

Về nguyên nhân trẻ sơ sinh bị nhồi máu cơ tim có thể do cục máu nơi khác mang đến như trong những trường hợp nhiễm trùng, máu tụ bánh rau, sinh khó, rất ít khi do tổn thương thành mạch tại chỗ (2,3,6,9). Trường hợp này có thể mẹ bị nhiễm thủy đậu và gây ra nhồi máu cơ tim ở bào thai.

Tỷ lệ tử vong nếu bị nhồi máu cơ tim trẻ sơ sinh rất cao > 80%. Việc điều trị bao hàm chống mất nhịp, lợi niệu, hỗ trợ cơ tim, giảm hậu gánh, nhóm thuốc dung giải thrombin có thể sử dụng tĩnh mạch hoặc trực tiếp vào mạch vành qua thông tim.

Một vài tác giả gần đây cũng đã thông báo trường hợp trẻ sơ sinh bị nhồi máu cơ tim được cứu sống nhờ phát hiện sớm và điều trị bằng liệu pháp oxy thông qua tuần hoàn ngoài cơ thể sau đó phẫu thuật làm cầu nối by pass (8,9). Tuy nhiên liệu pháp này đòi hỏi kỹ thuật phức tạp, tốn kém và chỉ có vài ba trường hợp có kết quả mà thôi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phôi thai học người. Chương 16: hệ tim mạch, nhà xuất bản y học Hà nội 2001, trang 377 — 429.
2. A Tillett, B Hartley, J Simpson: Paradoxical embolism causing fatal myocardial infarction in a newborn infant. Arch Dis Child fetal neonatal Ed 2001,85. P 137-138.
3. Bernstein D, Finkbeiner WE, Soifer S, Teitel D: Perinatal myocardial infarction; A case report and review of the literature. Pediatr cardiol. 1986; 6(6); P 313-317.
4. Concheiro Guisán A, Sousa- Rouco C, Fernandez Santamarin I, Gonzales Carrero J: Intrauterin myocardial infarction: Unsuspected diagnosis in the delivery room. Fetal pediatric pathology, Volume 25, Issue 4 August 2006, Pages 179-184.
5. In Sook Park, RobertoLufschanowsky, Paolo Angelini, Robert D: Severe Diffuse obstructive coronary artery disease in an infant. Texas heart institute journal 1987; 14. P 422-426
6. John Boulton MD, Fracp, Richard Henry MB, Laurence GR, David Roger S, Linda Thompson, Garry Warner: Survival after neonatal myocardial infarction. Pediatrics Vol. 88. No. 1 July 1991. P145-150.
7. Takeuchi, Makoto, Suzuki and at all: Neonatal myocardial infarction due to thrombotic occlusion. Journal of maternal- fetal and neonatal medicine, volume19, number 2, February 2006. P 121-120.
8. Tometzky, Andrew J.P, Pollock, James C.S, Wilson Neil, Davis C: Role of ECMO in neonatal myocardial infarction. Archives of disease in childhood fetal and neonatal Edition 1996, 74 (2). F 143-144.
9. Sunita J Ferns, Mohammed D Khan, Richard K Firmin, Gilles J Peek and Frances A Bullock: Neonatal myocardial infarction and the role extracorporeal membrane oxygenation (ECMO). Arch. Dis. Child. Fetal neonatal Ed. Pulished online 15 Jun 2007. doi. 10. 1136/adc. 2006. 113977.