

Bs Tr n Th Th o - Khoa N i Th n N i Ti t

1. Gi i thi u

B nh đ ng m ch vành th ng g p b nh nhân đái tháo đ ng (ĐTĐ) và cũng là nguyên nhân chính gây t vong nh ng b nh nhân này [4]. Tuy nhiên thi u máu c c b c tim (TMCBCT) do t n th ng đ ng m ch vành không ph i luôn luôn có tri u ch ng [7]. Trong s b nh nhân ĐTĐ không có tri u ch ng, t l ki m tra tim b t th ng trên SPECT scan chỉ m t l cao (dao đ ng t 10% đ n 62) [4].

Thi u máu c c b c tim im l ng đ c đ nh nghĩa là TMCBCT có b ng ch ng khách quan (thay đ i đo n ST nh t th i, gi m t i máu c tim, v n đ ng b t th ng thành c tim) nh ng không có tri u ch ng lâm sàng [8].



2. Tình hình thi u máu c c b c tim b nh nhân đái tháo đ ng

Trong nghiên c u c a Nguy n Tá Đông trên 113 b nh nhân ĐTĐ th 2 năm 2008 b ng Holter đi n tim 24 gi , t l TMCBCT im l ng chỉ m t l 36,4% [1].

Trong nghiên c u c a Burgess và c ng s (cs) năm 2010 trên b nh nhân ĐTĐ th 2, nh i máu c tim im l ng chỉ m 38,9% t ng s ca nh i máu (g p nhi u nam gi i, l n tu i, ĐTĐ lâu năm, b nh tim m ch tr c đó, HbA1c cao, creatinin huy t thanh cao) [5].

Trong nghiên c u c a Davis và cs năm 2013 trên 5102 b nh nhân ĐTĐ th 2 m i đ c ch n đoán, có 326 b nh nhân (chi m 16,6%) có b ng ch ng đ n tim là nh i máu c tim im l ng (g p nhi u b nh nhân l n tu i, l i s ng ít v n đ ng...) [6].

3. Đ i t ng sàng l c và các xét nghi m c n lâm sàng

Thi u máu c c b c tim do t n th ng đ ng m ch vành không ph i luôn luôn có tri u ch ng, c n ph i xem xét l i ích c a vi c sàng l c TMCBCT im l ng b nh nhân ĐTĐ. Sàng l c t t c các b nh nhân ĐTĐ không đ c khuy n cáo. C n th c hi n b nh nhân có nhi u h n m t y u t nguy c tim m ch (r i lo n lipid máu, tăng huy t áp, hút thu c lá, ti n s gia đình, microalbumin ni u) ngoài ĐTĐ, cũng nh b nh nhân có b nh m ch máu l n.

M t s xét nghi m nh : đ n tim g ng s c, microalbumin ni u và n ng đ CRP cao... có nhi u kh năng b nh h ng đ n vi c đ a ra quy t đ nh đ u tr [7].

Đánh giá microalbumin ni u nên là m t trong các b c phân t ng nguy c đ u tiên cho b nh đ ng m ch vành b nh nhân ĐTĐ th 2 [9].

M c microalbumin ni u và CRP cao h u ích trong vi c tr giúp quá trình phân t ng nguy c [7].

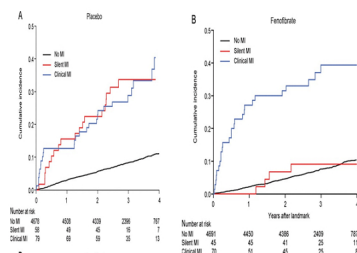
Theo nghiên c u c a Võ Th Hà Hoa năm 2008, khi so sánh giá tr c a đ n tim g ng s c trong ch n đoán TMCBCT v i k t qu ch p đ ng m ch vành ch n l c b nh nhân ĐTĐ, thì đ n tim g ng s c có đ nh y là 91,7% và đ đ c hi u là 76,5% [2].

Bên c nh đó, theo nghiên c u c a Nguy n Tá Đông, Holter đ n tim 24 gi phát hi n t l t ng đ i cao các bi n ch ng tim, phân t ng nguy c tim m ch đ có h ng tiên l ng và đ u tr t t cho b nh nhân ĐTĐ th 2 [1].

4. Điể u trắ

ắ bắ nh nhắn ĐTĐ bắ thiể u máu cắc bắ cắ tim im lắ ngắ, các phắ ng phắp điể u trắ là: kiể m soắ t tích cắ các yắ u tắ nguy cắ, kiể m soắ đắ ng huyể t và điể u trắ aspirin; sắ đắ ng các thuắ c chắ bắta và thuắ c ắ c chắ men chuyể n nắ u không có chắ ng chắ đắ nh; sau đố chắ p mắ ch vắnh và can thiể p nắ u có thắ [4].

Fenofibrate giể m 19% sắ trắ ng hắ p nhắ i máu cắ tim (lắ m sắng hoắ c im lắ ng) ($P = 0,006$); trong sắ nhắ ng ngắ i có nhắ i máu cắ tim im lắ ng, fenofibrate giể m 78% biể n cắ tim mắ ch tiể p theo[5].



Điể u trắ lắu dắi các yắ u tắ nguy cắ ắ nhắ ng bắ nh nhắn ĐTĐ thắ 2 sắ lắ m giể m tắ lắ thiể u máu cắc bắ cắ tim im lắ ngắ và bắ nh đắ ng mắ ch vắnh. Điể u trắ nắ i khoa tắ i ắ u và tắi thắng mắ ch vắnh có ý nghiắ lắ m tắ lắ biể n cắ tim mắ ch ắ mắ c thắ p trong hai năm [3].

TÀI LIỂ U THẮM KHỂ O

1. Nguyể n Tá Đắng (2008), Nghiế n cắ u rắ i loắ n nhắ p tim và thiể u máu cắ tim im lắ ngắ bắ nh nhắn đắ thắo đắ ng tuýp 2 bắ ng holter điể n tim 24 giắ, Luắ n án tiể n sĩ y hắ c, Trắ ng Đắ i hắ c Y Đắ c Huắ.
2. Vắ Thắ Hà Hoa (2008), Nghiế n cắ u thiể u máu cắc bắ cắ tim qua điể n tim gắ ng sắ c ắ bắ nh nhắn đắ thắo đắ ng tuýp 2, Luắ n án tiể n sĩ y hắ c, Trắ ng Đắ i hắ c Y Đắ c Huắ.
3. Barthelemy O, Jacqueminet S & cs (2008), Intensive cardiovascular risk factors therapy and prevalence of silent myocardial ischaemia in patients with type 2 diabetes, Arch Cardiovasc Dis, 101(9), pp. 539 - 46.
4. Bravo PE, Psaty BM & cs (2015), Identification of coronary heart disease in asymptomatic individuals with diabetes mellitus: to screen or not to screen, Colomb Med (Cali), 46(1), pp. 41 –

46.

5. Burgess DC, Hunt D & cs (2010), Incidence and predictors of silent myocardial infarction in type 2 diabetes and the effect of fenofibrate: an analysis from the Fenofibrate Intervention and Event Lowering in Diabetes (FIELD) study, *European Heart Journal*, 31(1), pp. 92 - 9.

6. Davis TM, Coleman RL & cs (2013), Prognostic significance of silent myocardial infarction in newly diagnosed type 2 diabetes mellitus: United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) 79, *Circulation*, 127(9), pp. 980 – 7.

7. Doubell AF (2002), Managing the asymptomatic diabetic patient with silent myocardial ischaemia, *Cardiovascular Journal of South Africa*, 13(4), pp. 189 – 93.

8. Drama MS, Thabit H (2013), A silent myocardial infarction in the diabetes outpatient clinic: case report and review of the literature, *Endocrinol Diabetes Metab Case Report*, 2013:130058.

9. Giovacchini G, Cappagli M (2013) & cs (2013), Microalbuminuria predicts silent myocardial ischaemia in type 2 diabetes patients, *European Journal of Nuclear Medicine and Molecular Imaging*, 40(4), pp. 548 – 57.