CƠN ĐAU THẮT NGỰC

**Louis Nguyễn**

|  |
| --- |
| *“Break through the silence, I can feel the energy rising.*  *Turn up the sirens, we were never meant to be quiet.”*  Martin Garrix |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. **Các nội dung cần chẩn đoán ở bệnh nhân có cơn đau thắt ngực**

Chẩn đoán xác định (cơn đau thắt ngực ổn định hay không ổn định) – chẩn đoán nguyên nhân (các yếu tố nguy cơ) – chẩn đoán biến chứng – bổ sung chẩn đoán can thiệp nếu có.

1. **Phân loại cơn đau thắt ngực**

- Cơn đau thắt ngực không ổn định do mảng xơ vữa động mạch vành bị nứt vỡ, bít hẹp động mạch vành

- Cơn đau thắt ngực không ổn định do mảng xơ vữa động mạch vành ổn định, động mạch vành bị hẹp

- Cơn đau thắt ngực kiểu Prinzmetal do co thắt động mạch vành

1. **Phân loại bệnh động mạch vành**

a. Hội chứng mạch vành cấp

- ST chênh lênh: Nhồi máu cơ tim có hoặc không Q)

- ST không chênh lên: Cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không ST chênh lên

b. Bệnh động mạch vành mạn tính

- Cơn đau thắt ngực ổn định

c. Các bệnh lý mạch vành khác

- Hội chứng Prinzmetal

- Hội chứng X

1. **Nguyên nhân dẫn đến đau ngực trên lâm sàng**

- Xơ vữa động mạch vành đến 90%

- Co thắt động mạch vành

- Bóc tách động mạch chủ lan đến động mạch vành

- Thuyên tắc động mạch vành do viêm nội tâm mạc, van tim nhân tạo, u nhầy nhĩ trái, huyết khối thành tim

- Viêm mạch máu như bệnh Takayasu, hội chứng Kawasaki

1. **Tóm tắt các vấn đề cần hỏi bệnh**

- Lý do vào viện.

- Các đặc tính của cơn đau thắt ngực và phân biệt với các triệu chứng đau khác như phình tách động mạch chủ ngực, viêm màng ngoài tim cấp, viêm cơ tim, nhồi máu phổi, loét dạ dày-tá tràng, viêm tụy cấp, v.v. Tính chất cơn đau gồm OPQRST+:

+ Onset (Khởi phát và tiến triển theo thời gian): Đau bao lâu? Diễn biến như nào? Từ từ hay đột ngột? Thời gian diễn tiến và thay đổi trong ngày.

+ Origin (Nguồn gốc): Do chấn thương hay do bệnh lý?

+ Position (Vị trí): Đau một hay nhiều chỗ? Nông hay sâu?

+ Pattern (Kiểu đau): Đau liên tục hay có chu kỳ? Khi hoạt động hay nghỉ ngơi? Tăng giảm khi nào? Nặng lên hay giảm đi?

+ Quality (Tính chất): Đau như đè ép, rát bỏng, tê rần, dao cắt?

+ Quantity (Cường độ): Nặng nhẹ theo thang lời, nhìn, v.v.

+ Radiation (Hướng lan): Lan đi đâu?

+ Sign & Symptoms (Triệu chứng kèm theo): Có triệu chứng gì khác kèm theo?

+ Treatment (Điều trị): Điều trị thuốc gì hay phương pháp gì hay chưa?

- Hỏi tiền sử khai thác các yếu tố nguy cơ:

+ Tăng huyết áp

+ Đái tháo đường

+ Rối loạn lipid máu

+ Hội chứng chuyển hóa

+ Hút thuốc

+ Thừa cân, béo phì

+ Tiền sử gia đình bệnh mạch vành

+ Tuổi cao (nam > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi)

- Các bệnh lý ảnh hưởng đến điều trị:

+ Hen, COPD ảnh hưởng dùng thuốc chẹn beta

+ Tai biến mạch máu não thuốc chống đông

+ Phẫu thuật 15 ngày gần đây, xơ gan ảnh hưởng tới đông máu

+ Loét dạ dày do điều trị dùng aspirin

+ Suy thận, hẹp động mạch thận do dùng ức chế men chuyển

- Tiền sử dị ứng thuốc

1. **Tiêu chuẩn chẩn đoán**

Tiêu chuẩn chẩn đoán theo Hội Tim mạch Hoa Kỳ:

- Dựa trên các tiêu chuẩn sau:

+ Đau sau xương ức với tính chất cơn đau và thời gian điển hình (không quá 10 phút)

+ Xảy ra sau khi gắng sức hoặc stress tình cảm

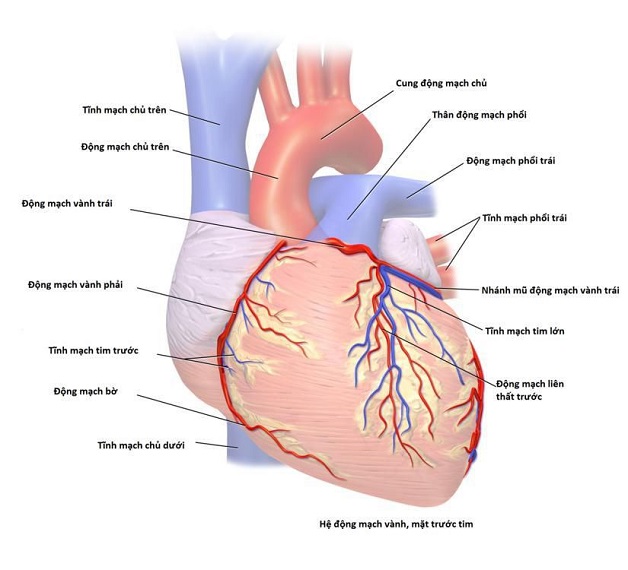
+ Giảm đau khi nghỉ hoặc sử dụng Nitroglycerine xịt hoặc ngậm dưới lưỡi

- Cơn đau thắt ngực điển hình khi có đủ 3 tiêu chuẩn

- Cơn đau thắt ngực không điển hình khi chỉ có 2 trong 3 tiêu chuẩn

- Đau ngực không do tim khi chỉ có 1 hoặc không có tiêu chuẩn trên

1. **Giải phẫu động mạch vành**



- Các động mạch vành phải và trái xuất phát từ các xoang vành bên phải và trái trong gốc của động mạch chủ ngay phía trên van động mạch chủ. Các động mạch vành chia thành các động mạch lớn và trung bình chạy dọc theo bề mặt của tim (động mạch vành) và sau đó gửi các động mạch nhỏ hơn vào cơ tim. Như vậy, *hệ thống động mạch vành gồm ba nhánh lớn là động mạch liên thất trước, động mạch mũ và động mạch vành phải*.

- Động mạch vành trái bắt đầu như là động mạch thân chung bên trái và nhanh chóng phân chia thành liên thất trước (LAD), và nhánh động mạch mũ (LCX), và đôi khi là một động mạch trung gian (ramus intermedius). Động mạch liên thất trước thường đi theo rãnh liên trước và, ở một số người, tiếp tục qua mỏm tim. Động mạch này cung cấp máu cho vách liên thất (bao gồm hệ thống dẫn truyền đoạn gần) và thành tự do phía trước của thất trái (LV). Động mạch mũ thường nhỏ hơn động mạch liên thất trước, cung cấp máu cho thành bên của thất trái.

- Ở hầu hết mọi người động mạch vành phải ưu thế: động mạch vành bên phải đi dọc theo rãnh tâm thất (AV) qua phía bên phải của tim; nó cấp máu cho nút xoang (trong 55%), tâm thất phải, và thường là nút nhĩ thất và thành dưới cơ tim. Khoảng 10 đến 15% số người có động mạch trái ưu thế: Động mạch mũ lớn hơn và tiếp tục dọc theo rãnh nhĩ thất phía sau để cung cấp máu cho thành sau và nút AV.

1. **Thần kinh chi phối động mạch vành**

Tim được chi phối bởi các sợi giao cảm, phó giao cảm từ thần kinh trung ương đi tới:

- Các sợi giao cảm xuất phát từ 3 hạch giao cảm cổ trên –giữa – dưới , mỗi hạch tách ra 1 nhánh tim

- Các sợi phó giao cảm bao gồm 3 nhánh tim xuất phát từ thần kinh X

- Các sợi tự chủ tạo ra đám rối tim nằm ở dưới cung động mạch chủ trước khi tới chi phối cho tim

1. **Xét nghiệm cần làm ở BN có cơn đau thắt ngực**

- Điện tâm đồ: Lúc nghỉ đa số bình thường, đoạn ST-T không biến đổi. Trong cơn đau ST chênh xuống và T (-), đôi khi ST chênh lên thoáng qua.

- Xét nghiệm CK, CKMB, Troponin I, T không tăng.

- Xét nghiệm các yếu tố nguy cơ: Lipid máu, glucose máu, acid uric máu

- Xét nghiệm aPTT, PT

- Siêu âm tim

- Chụp động mạch vành là tiêu chuẩn vàng kết hợp can thiệp kịp thời. Chụp MSCT hoặc chụp động mạch vành chọn lọc (DSA).

- Nghiệm pháp gắng sức, siêu âm gắng sức với Dobutamin (hiếm thấy trên lâm sàng)

1. **Điều trị BN có cơn đau thắt ngực**

a. Điều trị tại khoa cấp cứu

- Cho BN thở oxy 3 l/phút khi SpO2 < 92%.

- Giảm đau bằng Nitroglycerin xịt dưới lưỡi hoặc ngậm 0.5 mg x 01 viên uống hoặc truyền tĩnh mạch 24 - 48h nếu BN đau nhiều.

b. Điều trị thuốc

- Chẹn beta giao cảm ưu tiên chọn lọc beta1 khi không có chống chỉ định như Betaloc Zok (Metoprolol succinate), Concor (Bisoprolol)

- Thuốc ức chế men chuyển hoặc chẹn thụ thể nếu không có chống chỉ định như Coversyl (Perindopril), Zestril (Lisinopril), Aprovel (Irbesartan)

- Thuốc chống đông: Heparin trọng lượng phân tử thấp như Lovenox (Exanoheparin) liều 1 mg/kg/12h, tiêm dưới da bụng 2 lần cách nhau 12h trong 5-7 ngày

- Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Clopidogrel 300 mg trong ngày đầu và 75 mg từ ngày thứ hai. Aspegic 300 mg trong ngày đầu và 81-162 mg từ ngày thứ hai. Thuốc ngưng kết tập tiểu cầu kép dùng kéo dài 3-6 tháng. Nếu BN can thiệp thì dùng 15-18 tháng. Sau một thời gian dùng ngưng kết tập tiểu cầu đơn.

- Statin: Lipitor (Atorvastatin) 40 mg/ngày khi nằm viện và 10 mg/ngày khi ra viện, cần theo dõi men gan 2-3 tháng/lần.

- Điều trị yếu tố nguy cơ như tăng huyết áp, đái đường, rối loạn lipid máu, béo phì, hút thuốc, v.v

b. Can thiệp động mạch vành qua da

- Chỉ định:

+ Còn đau ngực

+ Điện tâm đồ ST-T vẫn biến đổi

+ Men tim tăng dần

+ Có trên 4 yếu tố nguy cơ

+ Nong và đặt stent khi đường kính động mạch vành hẹp > 75%

c. Ngoại khoa

- Bắc cầu nối chủ - vành khi hẹp khít 2 hoặc 3 thân chính của động mạch vành.

1. **Biến chứng của cơn đau thắt ngực**

- Nhồi máu cơ tim cấp

- Rối loạn nhịp tim

- Suy tim do cơ tim bị thiếu máu

- Tắc mạch đại tuần hoàn

- Đột tử

**Tài liệu tham khảo**

1. [Tổng quan bệnh động mạch vành - Rối loạn tim mạch - Cẩm nang MSD - Phiên bản dành cho chuyên gia (msdmanuals.com)](https://www.msdmanuals.com/vi-vn/chuy%C3%AAn-gia/r%E1%BB%91i-lo%E1%BA%A1n-tim-m%E1%BA%A1ch/b%E1%BB%87nh-%C4%91%E1%BB%99ng-m%E1%BA%A1ch-v%C3%A0nh/t%E1%BB%95ng-quan-b%E1%BB%87nh-%C4%91%E1%BB%99ng-m%E1%BA%A1ch-v%C3%A0nh#v934050_vi)