

FORM BỆNH ÁN HCVC

I. HÀNH CHÍNH

- Họ tên – Tuổi – Giới
- Nghề - nơi ở
- Phòng – giường
- Ngày – giờ NV

II. LĐNV:

- Đau ngực
- BN HCVC không đau ngực khi:
 - ĐTĐ
 - Mới phẫu thuật vùng ngực
 - Già
 - Nữ > nam

III. BỆNH SỬ: Ai khai

2.1.2. Phân mức độ đau thắt ngực ổn định

Cho đến nay, cách phân loại mức độ đau thắt ngực theo Hiệp hội Tim mạch Canada (Canadian Cardiovascular Society) là được ứng dụng rộng rãi nhất và rất thực tế (Bảng 2).

Bảng 2: Phân độ đau thắt ngực (Theo hiệp hội tim mạch Canada - CCS)

Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Những hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực.	Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh.
II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường.	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao >1 tầng gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà.
III	Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường.	Đau thắt ngực khi đi bộ dài từ 1-2 dãy nhà hoặc leo cao 1 tầng gác.
IV	Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực.	Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ.

IV. TIỀN CĂN

A. BẢN THÂN

1. Nội khoa:

- Đau ngực trước đây, khó thở trước đây
- YTNC tim mạch: THA, ĐTĐ, RL lipid máu, TMCT

2. Ngoại khoa:

- Nah

3. Thói quen – dị ứng:

- Ăn mặn, ăn béo, rượu bia, HTL,...

B. GIA ĐÌNH

- Bệnh tim mạch sớm nam 55 nữ 65

V. LƯỢC QUA CÁC CQ

1. Tim mạch: Khó thở, hc suy tim
2. Hô hấp: Ho
3. Tiêu hóa:
4. Tiết niệu – sinh dục:
5. Thần kinh: dấu tai biến mm não
6. Cơ xương khớp: yếu liệt (nghẽn mạch não tai biến)
7. Chuyển hóa: Sốt, phù (St phải)

VI. KHÁM

A. Tổng trạng:

- Tri giác, nằm cao mấy gối
- Sinh hiệu, chi ấm, mạch quay
- BMI
- Da niêm, phù

B. Từng vùng:

1. Đầu mặt cổ:

- Cân đối không biến dạng
- Họng, lưỡi
- Tuyến giáp: to? Âm thổi?
- TMCN, hạch cổ

2. Ngực:

• Tim:

Nhìn: Lồng ngực bình thường or hơi gồ bên T

Sờ:

- Mỏm: nảy mạnh, kéo dài (dày thất T), +- rung miêu tâm thu
- Mỏm tim kls 6, lệch khỏi đường trung đòn T > 2 cm (dẫn thất T)
- Dấu nảy dọc bờ T x.ức vùng thấp: Thất P lớn/ nhĩ T dẫn
- Tiếng đóng van đmp KLS2-3 T cạnh ỨC do tăng P đmp

Nghe:

- Thổi tâm thu: (3 cái mào tím giúp cđxđ)

- Toàn/cuối/đầu tâm thu
- Cao, $\geq 3/6$, cường độ thường cố định suốt thì tâm thu
- Ở mỏm lan nách T, sau lưng (lá trước)/ trong x.ức, vùng đmc (lá sau)
- Nghe rõ lúc thở ra, lan nách khi bn nghiêng T

- T1: êm, không nghe do lấp trong ÂTThu. T1 mạnh → hở 2 lá KHÔNG nặng
- Click phun máu đmp: Khi có tăng P đmp
- Hở 2 lá nặng: T2 phân đôi rộng, T3 ở mỏm, rù tâm trương ngắn sau T3, T4 ở mỏm
- CĐPB:
 - Hẹp van ĐMC: gốc ở 2T 3P, lan cổ (theo dòng máu), có thể lan mỏm, ko lan nách. Nghiêng T ko lan, chấm dứt trước T2 (hình trám).
 - Hở 3 lá:
 - VSD: nan hoa

Khám mạch:

- Mạch tứ chi
- Dấu giật dây chuông
 - **Phổi:**
- Ran ẩm, nổ (OAP biến chứng)

3. Bụng:

4. **Thần kinh, cơ xương khớp:** Coi chừng biến chứng nghẽn mạch não
tbmmn

VII. TTBA

VIII. ĐVĐ:

- Đau ngực cấp

IX. CĐSB/CĐPB

- **NMCT cấp/ Đau thắt ngực KOD [giờ] [nguy cơ TIMI – nstemi & UA] [Killip-nếu NMCT] [biến chứng]**

X. BIỆN LUẬN

1. Đau ngực cấp

ĐTN điển hình: ĐTN ổn định, thỏa 2/3 (nếu không là ĐTN không điển hình)

- Kiểu đau gợi ý ng nhân mạch vành
- Tăng khi gắng sức (thể chất & tâm lý)
- Giảm khi nghỉ ngơi/ngậm nitroglycerin

1. **Hội chứng vành cấp:** thời gian đau >20 phút, xảy ra khi nghỉ ngơi, yếu tố nguy cơ tim mạch, tiền căn gia đình => ECG, men tim.

- a. Đau thắt ngực không ổn định
- b. Nhồi máu cơ tim cấp

Thời điểm: giờ/ngày

Killip: Nếu NMCT. Anh Sĩ không phân cho NSTEMI!

Độ Killip	Đặc điểm	Tử vong
I	Hoàn toàn không ứ huyết phổi	< 5%.
II	Ran ứ đọng < 1/3 dưới, hoặc ngửa phi T3 đơn độc	10 - 20%.
III	Phù phổi cấp do biến chứng suy thất trái nặng hoặc do biến chứng sa van hai lá cấp.	35 - 45%.
IV	Trụy mạch và sốc do tim	75 - 85%.

Biến chứng: 4 nhóm

- **Suy bơm:** đánh giá theo Killip
 - **RL nhịp:** đa số trong 4h đầu
 - **Cơ học:** Vỡ thành tự do (tụt HA, chèn ép tim cấp, tdmn tim: tam chứng Beck TMCN – HA thấp – Tiếng tim mờ/không nghe dc), vỡ vách liên thất (→ OAP), đứt cơ nhú (→ hở 2 lá cấp, OAP)
 - **Huyết khối:** tắc MV → cơ tim giảm/vô/loạn động
2. **Phình bóc tách ĐMC:** đau như xé, lan sau lưng hay dọc cột sống, HA 2 tay không đều, M nhanh, HA lúc NV cao, tiền căn THA, cơn tăng huyết áp cấp cứu => CXR, ECG, CTscan ngực có cản quang.
 3. **Thuyên tắc phổi:** Đột ngột đau ngực – thở nhanh – ngất. Wells: Trchung – cd nghĩ nhìu nhất – HR >100 – Nằm 3d/hậu phẫu 1m – tiền căn PE/DVT – ho ra máu – đtri K trong 6m
 4. **Viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim:** hội chứng nhiễm siêu vi, đau ngực kiểu màng phổi, tiếng tim mờ, tiếng cọ màng ngoài tim, không sờ được mỏm tim
 5. **TKMP:** đau ngực kiểu màng phổi, hội chứng tràn khí màng phổi, tiền căn bệnh lý tại phổi
 6. **Viêm dạ dày:** ợ hơi, ợ chua, nóng rát sau xương ức ban đêm, tiền căn.
 7. **Viêm tụy cấp:** đau kiểu tụy, giảm theo tư thế gấp ng

XI. CLS

1. ECG

Các vùng:

- V1 – V4: vùng thành trước (anterior)
- V5 – V6: vùng bên (lateral)
- V1 – V6: vùng trước rộng
- DII, DIII, aVF: thành dưới (inferior)
- DI, avL: vùng thành trên

Nhồi máu: Xem ở 2 chuyển đạo liên tiếp

- Sóng Q hoại tử:
 - $\geq 0,04S$
 - $Q/R \geq 25\%$
 - Q móc trát đậm
- ST chênh lên:
 - Khác V2, V3: $\geq 1mm$
 - Nữ: V2, V3 $\geq 1,5 mm$
 - Nam $\geq 40t$: V2, V3 $\geq 2mm$
 - Nam $<40t$: V2, V3 $\geq 2,5mm$
- ST chênh xuống đi ngang or downslope (0,5 ô)/đẳng điện
- T đảo: T âm $\geq 1mm$, đối xứng
- R nhọn or R/S >
- Giai đoạn:...

CĐPB:

- Q tại D3, aVF
- QS ở V1,2,3:
 - Dày thất T
 - Block nhánh T
 - WPW type B
 - Dày thất P/ tâm phế mạn

Biến chứng:

- RL nhịp: Ngoại tâm thu thất, tiên lượng xấu khi:
 - Nhiều ổ
 - Đa dạng
 - Hàng loạt
 - Đến sớm
- Block: Bài thầy Minh

Thiếu máu cơ tim:

- ST: chênh xuống, đi ngang, tạo góc sắc vs nhánh lên sóng T
- Sóng T:
 - Dẹt ($\leq 1/10 R$) /đảo ngược/lớn, cân đối, nhọn

- Bình thường + tại DI, DII, V3 – V6; - tại aVR. Còn lại thay đổi $\leq 5\text{mm}$ (chi), $\leq 10\text{mm}$ (ngực V1,V2)
- T V1 > T V6

2. Men tim:

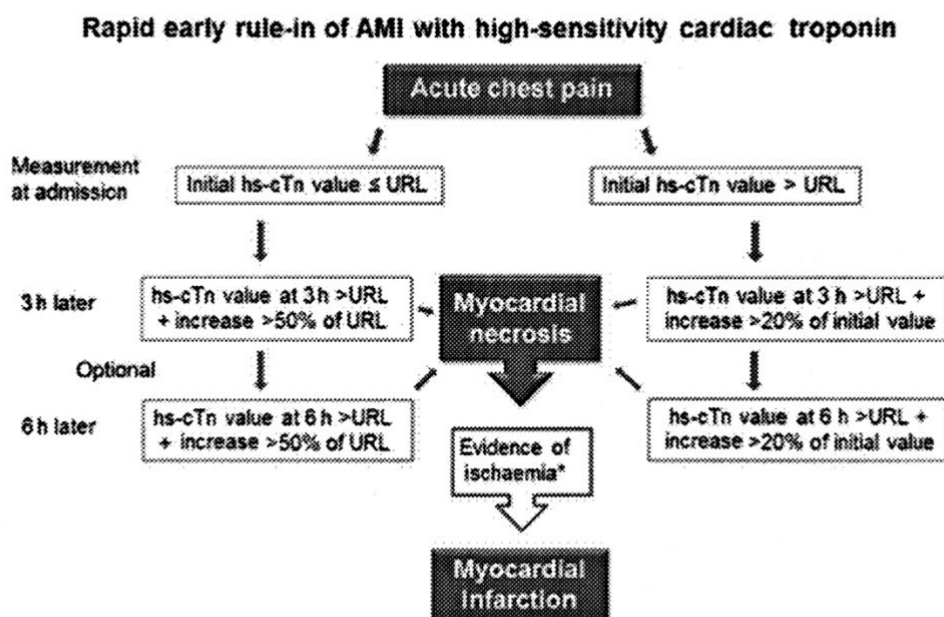
- Tăng: NSTEMI
- Không tăng: UA
- **Hs – troponin:**

STYLE THẦY BÌNH:

- Rule out: $0\text{h} < 12\text{ ng/L}$ và $\Delta 1\text{h} < 3\text{ ng/L}$
- Rule in: $0\text{h} \geq 52\text{ ng/L}$ hoặc $\Delta 1\text{h} \geq 5\text{ ng/L}$

STYLE CÔ HƯƠNG: URL = upper reference limit

Template for rapid early rule-in of acute myocardial infarction with high-sensitivity cardiac troponin displaying an algorithm for clinical use of high-sensitivity cardiac troponin testing based on current knowledge.



Kristian Thygesen et al. Eur Heart J 2012;eurheartj.ehs154

Published on behalf of the European Society of Cardiology. All rights reserved. © The Author 2012. For permissions please email: journals.permissions@oup.com

European Heart Journal

3. Siêu âm tim:

- RL vận động vùng
-

XII. CĐXĐ

NMCT cấp/ Đau thắt ngực KOD [vùng theo ECG] [giờ] [Killip-nếu STEMI] [nguy cơ TIMI – nstemi & UA] [biến chứng]

TIMI:

1. > 65 y.o
2. ≥ 2 angina within 24h
3. Đã có hẹp MV >50%
4. ≥ 3 ytns tim mạch
5. Aspirin within 7d
6. ST chênh lên/xuống 0,5mm
7. Tăng men tim (CKMB/troponin)

0 – 1: thấp

3 – 4: trung bình

5 – 7: Cao → can thiệp sớm

XIII. ĐIỀU TRỊ

1. Điều trị CC chung: COPD – BNP – ST

- **CCU:** SE DI BB

Đường truyền: kim 18, NaCl 0,9% 500ml XX giọt/phút, giữ ven.

- **Oxy:** Chỉ định $SpO_2 < 90$ or $PaO_2 < 60$
- **Platelet:**

Aspirin 81mg 4v (u)

Clopidogrel 300mg 2v (u)

- **Đông:** Kháng đông đi kèm khi tái tưới máu.

Enoxaparin

Bolus: 30mg TM nhanh

Sau 15 phút duy trì 60mg/12h đến khi can thiệp mạch vành.

- **Beta blocker:** Chọn Beta Rất Phê 60-90-0,25
Metoprolol 5mg TM, lặp lại mỗi 5p đến khi huyết động ổn
Bisoprolol 5mg 1/2 v (u) sáng
- **Nitrate:**

Nitroglycerin 0.4mg 1v/5ph x 3 NDL → TTM 10mcg/p mỗi 5p

Chỉ định:

o N: NMCT

o I: INABILITY: THẤT BẠI→SUY TIM

o TR: TRƯỚC RỘNG

o A: ANGINA AGAIN: ĐAU NGỰC TÁI PHÁT

o T: TĂNG HUYẾT ÁP

o E:EXTEND: KÉO DÀI

CCĐ:

o M<50 >110, HA<90

o NMCT thất P, hẹp buồng tống thất P

o Dùng viagra within 36h (do tụt HA)

- **Pain:** morphine khi còn đau (1/3 ống TM 10mg, lặp lại sau 5 – 10p)

- **Statin:**

Atorvastatin 20mg

2v (u) tối

Rosuvastatin 20mg

- **Thận: ACEi/ARBs**

CCĐ: HA thấp, suy thận, hẹp đm thận 2 bên, 3 tháng đầu thai kỳ.

Zestril 10mg

1v (u) sáng

2. Tái tưới máu STEMI:

Tái tưới máu bằng can thiệp mạch vành qua da: BN NV trong khoảng giờ thứ 3- 12 sau NMCT, có chỉ định PCI.

3-12h đầu cả 2 nhưng PCI > fibrinolysin

Nghèo thì cho streptokinase/alteplase

Streptokinase 1,5 triệu UI trong 90p

XIV. TIỀN LƯỢNG