

CBL BỆNH MẠCH VÀNH MẠN - THS.VŨ HOÀNG VŨ

CA LÂM SÀNG HỘI CHỨNG MẠCH VÀNH MẠN

MỤC TIÊU HỌC TẬP

Sau khi học xong ca lâm sàng, sinh viên có thể:

- Áp dụng các bước chẩn đoán được hội chứng mạch vành mạn
- Trình bày các thuốc điều trị triệu chứng và phòng ngừa biến cố ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn
- Phân tích biện pháp kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân hội chứng mạch vành mạn
- Hiểu được chỉ định và lựa chọn chiến lược tái thông mạch vành cho bệnh nhân

HÀNH CHÍNH

Họ và tên: T.N.N

Giới: Nam

Tuổi: 66

Nghề nghiệp: Kỹ sư xây dựng, đã nghỉ hưu

Địa chỉ: Quận 5, TP. Hồ Chí Minh

LÝ DO NHẬP VIỆN

Lý do nhập viện: Đau ngực

BỆNH SỬ

Cách nhập viện 2 tháng, thỉnh thoảng bệnh nhân có cơn đau sau xương ức khi đi lại khoảng 200 mét hay khiêng vác đồ nặng, cơn đau kiểu bóp nghẹt, lan đến hàm dưới và mặt trong cánh tay trái, cơn kéo dài khoảng 3-5 phút, giảm khi bệnh nhân ngồi nghỉ, không kèm khó thở hay triệu chứng khác. Bệnh nhân không đi khám hay điều trị gì.

Một tuần nay, bệnh nhân thấy đau ngực với tính chất như trên ngay cả khi gắng sức vừa phải hoặc chỉ khi đi bộ 100 mét. Bệnh nhân đi khám và nhập khoa Nội Tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy.

Cần hỏi thêm gì?

TIỀN CĂN

1. Bản thân

Lao phổi cách đây 20 năm, điều trị khởi với phác đồ 6 tháng.

Tăng huyết áp 5 năm nay, điều trị không liên tục, huyết áp tâm thu cao nhất 180 mmHg, HATT sinh hoạt dễ chịu 120-130 mmHg. ⇒ tại sao không tuân thủ điều trị?

Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý nội, ngoại khoa khác.

Hút thuốc lá 40 gói-năm, hiện vẫn đang hút.

1. Gia đình

Bố mất năm 50 tuổi vì nhồi máu cơ tim cấp.

KHÁM LÂM SÀNG

Tổng trạng

Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt

Sinh hiệu:

M: 70 l/p, đều Huyết áp: 160/100 mmHg, đều 2 tay

T: 37 độ C Nhịp thở: 18 lần/phút, SpO₂ 97% (khí trời)

- Chiều cao: 165 cm, Cân nặng 65 Kg (BMI = 23,9 kg/m)

Niêm mạc mắt hồng

Không phù

Không xuất huyết da niêm

KHÁM LÂM SÀNG

Nằm đầu ngang, thở êm

Tim:

- Mỏm tim KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1x1 cm
- Harzer (-), Dấu nảy trước ngực (-)
- T1, T2 đều, rõ; không âm thổi

Phổi âm phế bào 2 bên đều

Bụng mềm; gan, lách không sờ chạm

Chưa phát hiện dấu hiệu bất thường ở cơ quan khác

TÓM TẮT BỆNH ÁN

BN nam, 66 tuổi, nhập viện vì đau ngực khi gắng sức:

TCCN: đau ngực khi gắng sức 2 tháng nay

TCTT:

- Huyết áp: 160/100 mmHg
- BMI = 23,9 kg/m²

Tiền căn:

- Tăng huyết áp điều trị không thường xuyên
- Lao phổi
- Hút thuốc lá 40 gói-năm
- Bỏ mất năm 50 tuổi vì nhồi máu cơ tim

CÂU HỎI 1

- Chẩn đoán sơ bộ?

Đau thắt ngực ổn định CCS III nguy cơ - Tăng huyết áp độ II (Theo ESC 2021) - Lao phổi cũ đã điều trị

⇒ Phân độ huyết áp dựa vào huyết áp cao nhất nếu bệnh nhân đã được điều trị THA

Khám thực thể trên bệnh mạch vành thì không có nhiều triệu chứng thực thể

- Chẩn đoán phân biệt?

Đau thắt ngực không ổn định

Phình bóc tách động mạch chủ: bệnh nhân nam lớn tuổi, tiền căn THA không kiểm soát tốt, vào viện vì đau ngực ⇒ không thể loại trừ

CÂU HỎI 2

Đề nghị cận lâm sàng nào chẩn đoán xác định và giải thích tại sao lựa chọn cận lâm sàng đó?

CLS chẩn đoán: Troponin I (loại trừ NMCT cấp), ECG, Siêu âm tim, ECG gắng sức, chụp mạch vành

Chẩn đoán bệnh đồng mắc: glucose máu, HBA1C, bilan lipid máu

CLS thường quy: CTM, AST, ALT, BUN, creatinine, ion đồ

CẬN LÂM SÀNG

Xét nghiệm huyết học và sinh hoá

- **Công thức máu**

- HGB: 110 G/L; WBC 9,5 G/L (Neu 70%); PLT 198 G/L

⇒ Thiếu máu mức độ nhẹ (WHO)

- PT 12 giây; INR 1,2; aPTT 27 giây, Fibrinogen 2,2 G/L

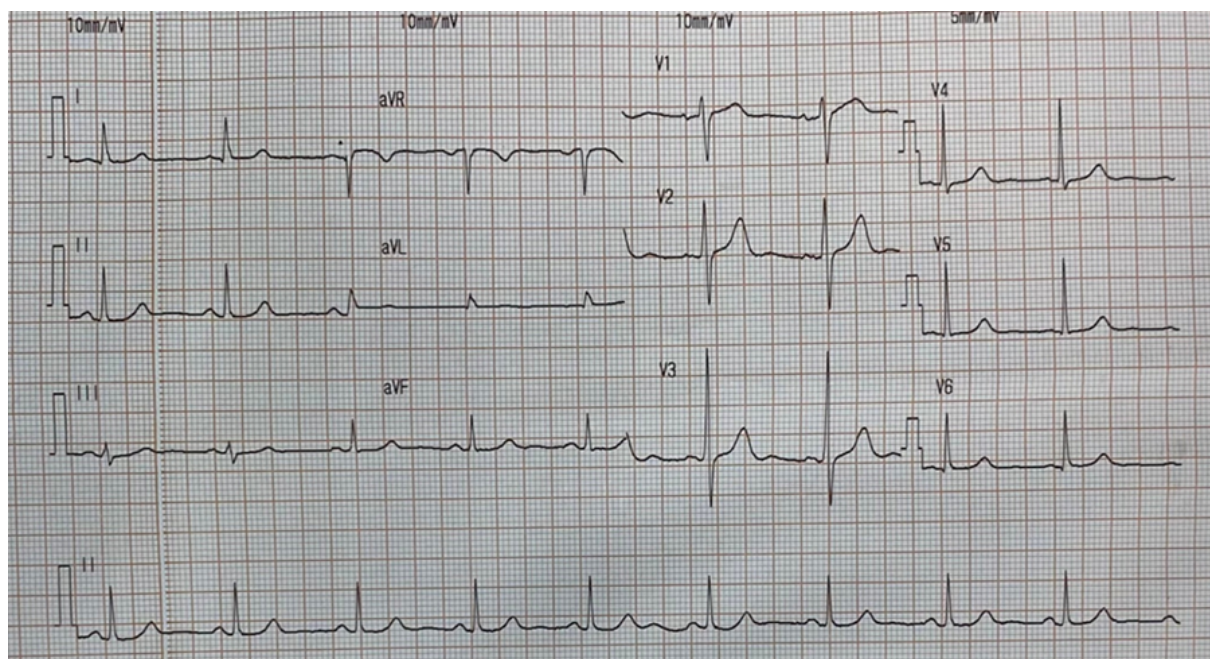
- **Sinh hoá**

- Glucose máu 107 mg/dL; AST 30 U/L, ALT 32 U/L, BUN 25 mg/dL, Creatinine máu 1,05 (eGFR 68 ml/phút/1,73 m), Troponin I 0,015 ng/mL

- Na 138 mmol/L, K⁺ 4,2 mmol/L, Cl 102 mmol/L, Mg 1,25 mmo/L

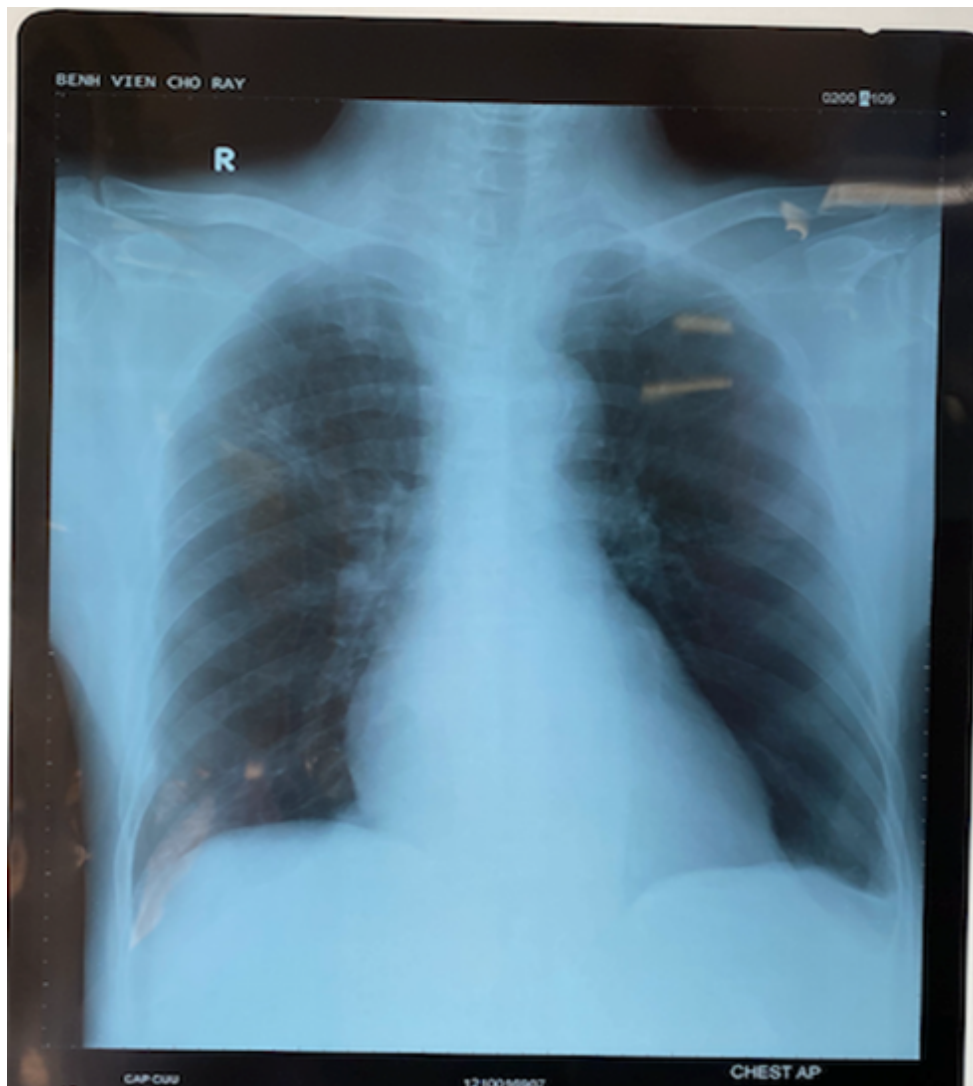
- Bilan lipid máu: Cholesterol 259 mg/dL, HDL-C 52 mg/dL, LDL-C 176 mg/dL, Triglyceride 156 mg/dL. ⇒ RL lipid máu

Điện tâm đồ lúc nghỉ



Mong đợi ST-T thay đổi, đo lúc đau ngực khả năng chính xác cao, mong đợi ST chênh xuống, T âm, dẹt.

X-quang ngực thẳng



Không thấy trung thất mở rộng cũng không loại trừ bóc tách động mạch chủ; Dải xơ bên phổi phải, có thể di chứng lao phổi cũ

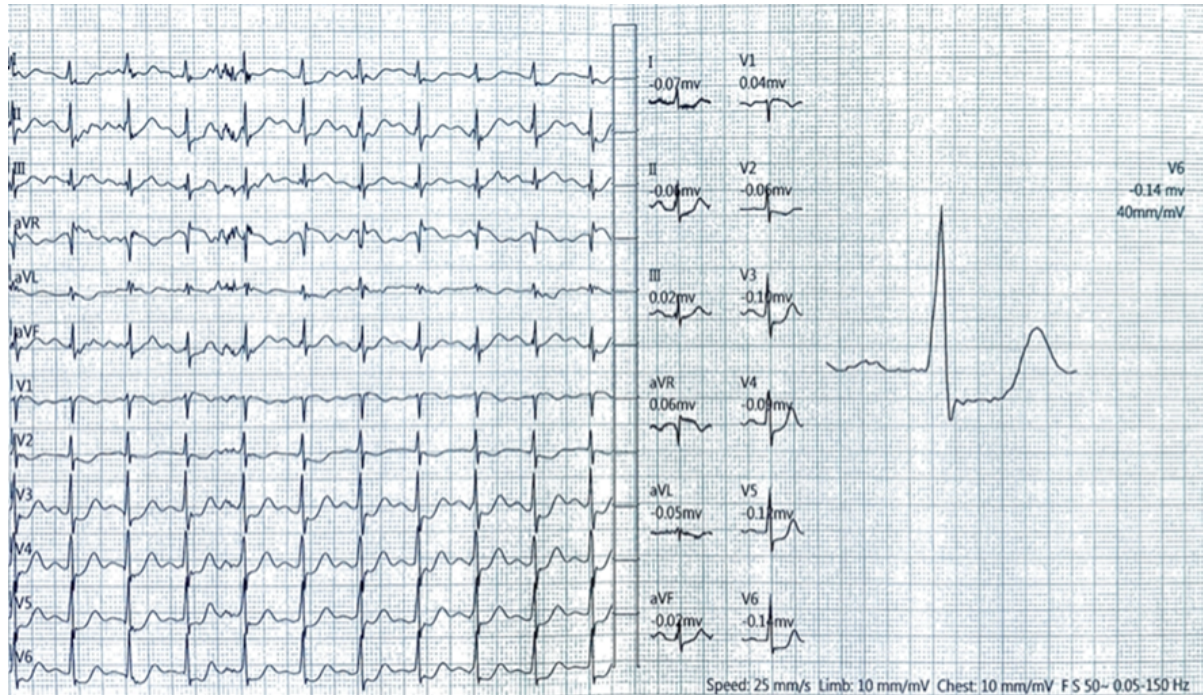
Siêu âm tim Doppler màu

- Van hai lá dày
- Các buồng tim không dày dẫn
- Vách liên thất và liên nhĩ nguyên vẹn
- Không huyết khối buồng tim > 3 mm
- Không tràn dịch màng ngoài tim
- Không rối loạn vận động vùng
- Chức năng tâm thu thất trái EF = 62% (Teicholz)
- Không ghi nhận tràn dịch màng ngoài tim
- Hở van hai lá 1/4
- Hở van ba lá 1/4; PAPs = 20 mmHg

Kết luận: Chức năng tâm thu thất trái bình thường (EF = 62%)

Trên bệnh nhân thiếu máu cơ tim, mong chờ thấy rối loạn vận động vùng (giảm động, loạn động), khảo sát van tim, đứt cơ nhú biến chứng nhồi máu cơ tim? viêm màng ngoài tim trong hội chứng Dressler

Điện tâm đồ gắng sức



Điện tâm đồ gắng sức (thăm lặn, đạp xe đạp) độ nhạy và độ đặc hiệu không cao, không phải là ưu tiên thực hiện đầu tiên tuy nhiên dễ làm dễ thực hiện tại các cơ sở y tế. ECG gắng sức âm tính thì chúng ta không loại trừ được bệnh mạch vành. MSCT mạch vành độ nhạy trên 90%, tuy nhiên bất lợi vì sử dụng thuốc cản quang, nhịp tim <70 lần/phút thì chụp mới rõ, nhịp nhanh quá làm hình ảnh không rõ. Bệnh nhân già lớn tuổi, gắng sức không nổi, không làm được điện tâm đồ gắng sức. Trên điện tâm đồ gắng sức này, ST chên xuống đi ngang ở nhiều chuyển đạo, chủ yếu là bên trái. Chên xuống 1 mm đã đủ gọi là dương tính

Điện tâm đồ gắng sức

Thời gian nghiệm pháp: 10 phút 22 giây

Thời gian gắng sức: 4 phút

Tần số tim tối đa: 126 lần/phút, đạt 82%

METs: 7,05 Khả năng gắng sức: trung bình

Triệu chứng trong lúc làm nghiệm pháp: đau thắt ngực, không khó thở

Huyết áp:

Trước lúc gắng sức: 130/74 mmHg

Sau lúc gắng sức: 169/76 mmHg

ST-T chên xuống đi ngang khoảng 1,5 mm ở DI, DII, aVL, V3, V4, V5, V6

Không xuất hiện rối loạn nhịp tim

Bệnh nhân mệt, đau thắt ngực không thể tiếp tục đi được => ngưng nghiệm pháp

Kết luận: nghiệm pháp điện tâm đồ gắng sức dương tính, nguy cơ cao (Duke score: -11,5)

CÂU HỎI 3

Chẩn đoán xác định của bệnh nhân là gì?

Đau thắt ngực ổn định CCS III nguy cơ cao - Tăng huyết áp độ II (ESC 2021) - Lao phổi cũ - Rối loạn lipid máu - Thiếu máu mức độ nhẹ (WHO)

Lý giải tại sao?

Diễn tiến

Bệnh nhân được bác sĩ chỉ định chụp mạch vành xâm lấn. Kết quả ghi nhận như sau: (bệnh nhân được phân tầng nguy cơ cao \Rightarrow có chỉ định can thiệp mạch vành)

- Left main: Không hẹp
- LAD: Hẹp 90% đoạn LAD I – II
- LCx: Hẹp 40% đoạn LCx II
- RCA: Không hẹp

\Rightarrow hẹp từ 50% trở lên mới là hẹp có ý nghĩa

CÂU HỎI 4

Trình bày mục tiêu điều trị ở bệnh nhân này?

- Cải thiện triệu chứng \Rightarrow tăng chất lượng cuộc sống
- Cải thiện tiên lượng: giảm tử vong, các biến cố tim mạch không tử vong

\Rightarrow Điều trị nội khoa:

- Thay đổi lối sống
- Dùng thuốc chống đau ngực
- Dùng thuốc cho bệnh đồng mắc
- Dự phòng biến cố

CÂU HỎI 5

Trình bày các thuốc điều trị triệu chứng đau thắt ngực ở bệnh nhân này?

\Rightarrow 4 nhóm thuốc

CÂU HỎI 6

Trình bày các thuốc phòng ngừa biến cố tim mạch dài hạn cho bệnh nhân này?

- Kháng kết tập tiểu cầu

- Thuốc điều trị hạ lipid máu: statin (các nhóm khác không cải thiện được tiên lượng) mục tiêu LDL < 55 mg/dL và 50% so với giá trị ban đầu (BN thuộc nhóm nguy cơ cao) (khuyến cáo mới nhất nhớ "VÀ"). Dùng statin cường độ trung bình - cao, dùng tối đa 1 loại thuốc thì giảm được tối đa 50% (còn 88 mg/dL) ⇒ dùng kết hợp 2 loại thuốc
- UCMC/UCTT
- Các thuốc khác: kháng đông, ức chế bơm proton

CÂU HỎI 7

Sau khi có kết quả chụp mạch vành, nếu chiến lược điều trị tiếp theo cho bệnh nhân này?

- Tái tưới máu mạch vành
- Dùng thuốc
- Thay đổi lối sống

CÂU HỎI 8

Kiểm soát các yếu tố nguy cơ tim mạch ở bệnh nhân này như thế nào?

- Tăng huyết áp
- Hút thuốc lá
- Béo phì
- Rối loạn lipid máu

⇒ Duy trì nhịp tim khi nghỉ #60 lần/phút, khi gắng sức <100 lần/phút

⇒ Aspirin không có ý nghĩa nhiều trên những bệnh nhân chưa có bệnh tim mạch rõ do xơ vữa.

⇒ Bệnh nhân này can thiệp mạch vành xong sử dụng kháng kết tập tiểu cầu kép 3-6 tháng, sau đó ngưng clopidogrel, sử dụng aspirin

CÂU HỎI 9

Tư vấn bệnh nhân này điều chỉnh lối sống như thế nào?

Xin chân thành cảm ơn!