

# **BỆNH ÁN THỰC HÀNH LÂM SÀNG NỘI TỔNG QUÁT**

## **NĂM HỌC 2019 – 2020**

**PHÂN MÔN: NỘI TIM MẠCH**

Thời gian thực hành: 09/09/2019 đến 19/09/2019

Tổ: 24 Lớp: Y1014D

### **BỆNH ÁN**

Số hồ sơ bệnh án: 19.051957

Ngày làm bệnh án: 11/09/2019

Xác nhận của bác sĩ điều trị:

Giảng viên trình bệnh án: CÔ THANH HƯƠNG

#### **1. Hành chính:**

- 1.1. Họ và tên: TRẦN VĂN V.
- 1.2. Sinh năm: 1952
- 1.3. Nghề nghiệp trước đây: Làm nông
- 1.4. Nghề nghiệp hiện tại: ở nhà
- 1.5. Địa chỉ: Quận 12, TPHCM
- 1.6. Ngày giờ NV: 8h ngày 8/9/2019
- 1.7. Giường: HL306 khoa Nội A BV NDGD

#### **2. Lý do nhập viện: Đau ngực**

#### **3. Bệnh sử: bệnh 3 giờ, bệnh nhân khai**

Khoảng 5 giờ sáng ngày nhập viện, sau vừa thức dậy, bệnh nhân đột ngột lên cơn đau ngực dữ dội, liên tục vùng sau xương ức, cảm giác đè nén, siết chặt, nóng rất nhiều, không lan, không tư thế giảm đau, kèm khó thở liên tục 2 thì, vã mồ hôi, bứt rứt. Đau liên tục, 30 phút sau được đưa đến trạm xá, BN được ngậm 1 viên thuốc dưới lưỡi không rõ loại nhưng không giảm đau → chuyển BV NDGD (sau 2h khởi phát).

Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không ho, không đau đầu, không đau bụng, không ợ chua ợ nóng.

Tình trạng lúc nhập viện:

Mạch: 72 lần/phút                      Huyết áp: 120/80 mmHg

Nhịp thở: 18 lần/phút                  Nhiệt độ: 37 độ C

Diễn tiến nhập viện: nếu BN còn khó thở thì đặt vấn đề là khó thở (cấp, cấp/mạn phụ thuộc tiền căn). Nếu khó thở chỉ xảy ra cùng lúc với đau ngực và sau đó hết khó thở thì không cần đặt vấn đề riêng.

- Sau nhập viện, bệnh nhân có giảm đau ngực (7/10), hết khó thở. Tới 19h00 cùng ngày, xuất hiện cơn đau ngực dữ dội với tính chất tương tự, kéo dài 2 giờ.
- N2, bệnh nhân vẫn còn đau ngực âm ỉ (5/10), không khó thở.
- N3, bệnh nhân đau ngực khi đi lại #15m, dừng lại nghỉ thì tự hết.

#### **4. Tiền căn:**

- 4.1. Bản thân:

4.1.1. Nội khoa:

- Bệnh nhân không đi khám sức khỏe nên chưa ghi nhận bệnh lý nội khoa như tăng huyết áp, đái tháo đường, thiếu máu cơ tim.
- Trong 2 tháng gần đây, BN thỉnh thoảng có cơn đau nhói ngực vùng sau xương ức, cảm giác thất ngột xuất hiện khi bệnh nhân dọn dẹp nhà, bằm rau muống, không lan, kéo dài #10-15 phút, bệnh nhân nghỉ ngơi thì hết. Leo hết cầu thang 1 lầu không khó thở, không đau ngực. Trong 1 tuần gần đây, các cơn xuất hiện nhiều hơn, kèm vã mồ hôi, leo cầu thang 1 lầu, xuất hiện nhói ngực tương tự. Nếu nghĩ đau ngực liên quan BMV, khai thác theo hướng tiêu chuẩn cơn đau thất ngực ổn định, có đứu 3/3 không? Hay là đau thất ngực không ổn định 2/3. Hỏi việc làm hiện tại của BN vì phân biệt đau mỗi cơ tay lan cơ ngực. nếu thuận tay T mà đau ngực T thì phải loại trừ.

4.1.2. Thói quen, dị ứng: Khai thác hoạt động hằng ngày lquan triệu chứng (đau ngực, khó thở) để xác định mức độ.

- Nằm đầu ngang 1 gối ngủ dễ, không khó chịu
- Trước bệnh, đi bộ đường bằng #1km, ngày 4 lần, với tốc độ chậm (đưa cháu đi học) → không khó thở, không đau ngực. 1 tuần nay, thường xuất hiện những cơn đau ngực nên không đi nữa.
- Hút thuốc lá hơn 30 năm (30 pack.year), hiện thỉnh thoảng còn hút và hút thuốc lá thụ động.
- Có uống rượu mỗi lần nhà có tiệc, lượng #500ml – 750ml, rượu đế
- Chưa ghi nhận dị ứng thuốc, thức ăn

4.1.3. Ngoại khoa:

- Chưa ghi nhận tiền căn phẫu thuật, thủ thuật

4.2. Gia đình:

- Chưa ghi nhận bệnh lý tim mạch, tăng huyết áp, đái tháo đường

5. Lược qua các cơ quan:

- 5.1. Tim mạch: đau ngực giảm, không hồi hộp đánh trống ngực
- 5.2. Hô hấp: không khó thở, không khò khè, ho đàm trắng ít
- 5.3. Tiêu hoá: không đau bụng, đi tiêu phân vàng khuôn 3 ngày/lần
- 5.4. Thận - tiết niệu: tiểu dễ, nước tiểu vàng trong
- 5.5. Thần kinh - CXK: không đau đầu, không yếu chi, không đau nhức khớp
- 5.6. Chuyển hoá: không sốt, không phù

6. Khám: 16h30 ngày 11/09/2019

6.1. Tổng quát:

- Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt
- Tư thế nằm đầu ngang 1 gối
- Sinh hiệu:  
Mạch: 80 lần/phút, đều      Huyết áp: 120/80 mmHg  
Nhịp thở: 18 lần/phút      Nhiệt độ: 37 độ C
- Thể trạng: Cân nặng = 50kg, Chiều cao = 158cm, BMI = 20.03kg/m<sup>2</sup>
- Da niêm hồng, không vàng da, không xuất huyết dưới da
- Mạch tứ chi đều rõ, chi ấm, có dấu giật dây chuông ĐM cánh tay 2 bên. Phải khám mạch tứ chi. Nếu có dấu xơ vữa nên tìm khám dấu xanthelasma và xanthoma.
- Không Tĩnh mạch cổ nổi tư thế 45 độ

- Không phù
- **Khám hạch**
- 6.2. Khám vùng
  - 6.2.1. Đầu mặt cổ:
    - Cân đối, không biến dạng
    - Tuyến giáp không to
    - Khí quản không lệch
  - 6.2.2. Lồng ngực:
    - Lồng ngực cân đối, không co kéo cơ hô hấp phụ
    - Không sẹo, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ
    - Không điểm đau thành ngực
- \*PHỔI
  - Thở êm, đều, không co kéo cơ hô hấp phụ
  - Rung thanh đều 2 bên
  - Gõ trong
  - Âm phế bào êm dịu 2 bên, không rale
- \*TIM
  - Không nhìn thấy diện đập mỏm tim, không ổ đập bất thường
  - Mỏm tim KLS V ngoài đường trung đòn 1cm, diện đập 1x2 cm<sup>2</sup>
  - Không dấu Harzer, không dấu nảy trước ngực
  - T1, T2 đều rõ, tần số tim 80 lần/phút
  - Không âm thổi bệnh lý
- 6.3. Bụng:
  - Cân đối, di động đều theo nhịp thở, không u, không sẹo mô cũ, không tuần hoàn bàng hệ
  - Nhu động ruột 7 lần/phút, không âm thổi vùng bụng **Nghe âm thổi vùng bụng: ĐMC bụng, 2 ĐM thận. Khi có xơ vữa ngoại biên thì cũng có hệ xơ vữa mạch tạng.**
  - Bụng mềm ấn không điểm đau.
  - GAN: không sờ thấy bờ dưới gan, chiều cao gan theo đường trung đòn 8cm
  - Lách không sờ chạm
  - Chạm thận (-)
  - Không cầu bàng quang
- 6.4. Thần kinh:
  - Không dấu thần kinh định vị, cổ mềm, không dấu màng não
- 6.5. Tứ chi - Cơ xương khớp:
  - Các khớp sờ không đau, không sưng nóng, không biến dạng, không giới hạn vận động. **đừng ghi các khớp không đau, vì đó là TCCN.**

**7. Tóm tắt bệnh án **lam bệnh án tại thời điểm nhập viện.****

BN Nam, 67 tuổi, nhập viện vì đau ngực giờ thứ 2, qua thăm khám và hỏi bệnh ghi nhận:

TCCN:

- Con đau thắt ngực: đau sau xương ức, cảm giác đè nén, siết chặt, nóng rất nhiều, không lan, không tư thế giảm đau, kéo dài hơn 30 phút
- Khó thở liên tục 2 thì

- Vã mồ hôi, bứt rứt

TCTT:

- Có dấu giập dây chuông ĐM cánh tay 2 bên

Tiền căn:

- Con đau ngực <15 phút, khởi phát khi gắng sức, đau nhói sau xương ức, giảm khi nghỉ ngơi.
- Chưa ghi nhận tiền căn bệnh lý Tăng huyết áp, Đái tháo đường, Bệnh tim thiếu máu cục bộ, Rối loạn lipid máu,...

## **8. Đặt vấn đề:**

8.1. Đau ngực cấp

8.2. Tiền căn đau thắt ngực

## **9. Chẩn đoán sơ bộ: Nhồi máu cơ tim cấp giờ thứ 3, chưa biến chứng/ Bệnh tim thiếu máu cục bộ**

## **10. Chẩn đoán phân biệt**

- Đau thắt ngực không ổn định/ Bệnh tim thiếu máu cục bộ
- Phình bóc tách động mạch chủ

## **11. Biện luận:**

11.1. Các nguyên nhân đau ngực cấp nghi đến trên BN này:

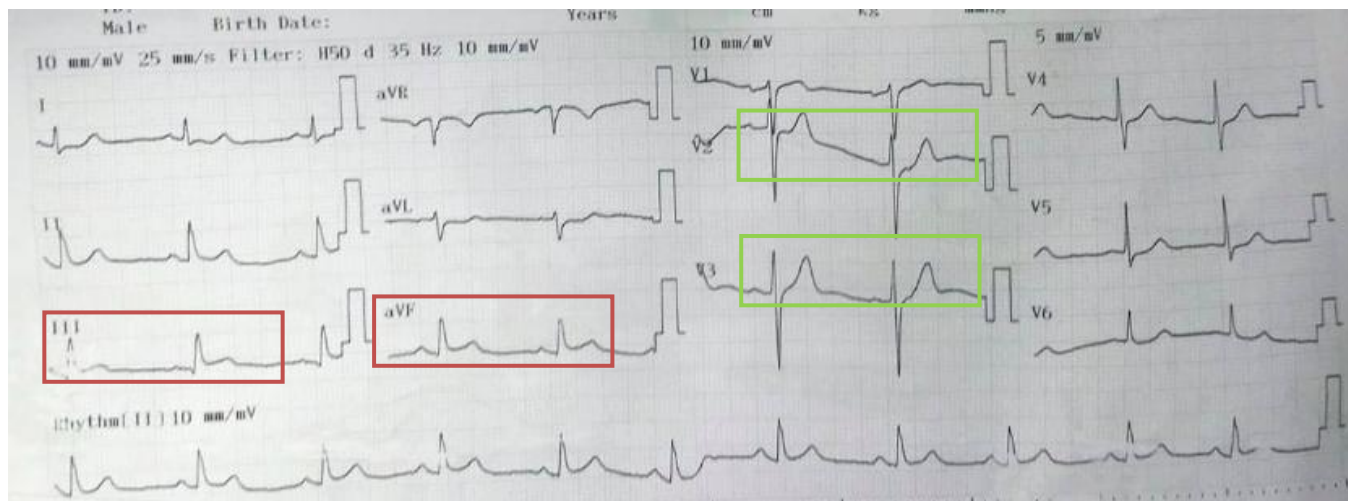
11.1.1. Hội chứng vành cấp

- BN có kiểu đau sau xương ức, bóp nghẹt nóng rát, liên tục > 20 phút, kèm khó thở, vã mồ hôi trên cơ địa yếu tố nguy cơ như BN nam, >55 tuổi, tiền căn hút thuốc lá, khám thấy có dấu xơ cứng mạch ngoại biên nên có thể sẽ có xơ vữa mạch vành → Nghi nhiều Hội chứng vành cấp.
- Hội chứng vành cấp có thể là Nhồi máu cơ tim hoặc Đau thắt ngực không ổn định. Trên ca này, nghi nhiều là Nhồi máu cơ tim vì bệnh cảnh đau dữ dội, diễn ra cấp tính, sau nhập viện BN vẫn còn đau ngực và xuất hiện cơn đau ngực tương tự. Tuy nhiên dựa vào LS không thể phân biệt → cần làm ECG 12 chuyển đạo, hs-cTnT 0h - 3h
- Thời gian: giờ thứ 3
- Các biến chứng:
  - Suy bơm: BN thở 18 lần/phút khí trời, M, HA bình thường, không co kéo cơ hô hấp phụ, phổi không nghe rale nên không nghi.
  - Rối loạn nhịp: T1, T2 đều rõ nên không nghi.
  - Cơ học: khám tim không âm bệnh lý, tiếng tim rõ nên không nghi biến chứng hở van 2 lá, thủng thành cơ thất gây tràn dịch màng tim, chèn ép tim

11.1.2. Phình bóc tách ĐMC:

- Đau ngực trong phình bóc tách ĐMC đau đột ngột dữ dội lan ra sau lưng kèm HA tăng, HA 2 tay không đều, không phù hợp bệnh cảnh LS BN, khám không thấy âm thổi vùng bụng nhưng có yếu tố thuận lợi là xơ vữa động mạch và có khả năng là trường hợp triệu chứng không điển hình nên chưa loại trừ hoàn toàn  
→ Đề nghị X quang ngực, siêu âm tim.

- 11.1.3. Thuyên tắc phổi: BN không có yếu tố nguy cơ như chấn thương, nằm bất động > 3 ngày, tiền căn suy van TM sâu, lâm sàng không có kiểu đau ngực màng phổi hay ho ra máu, khám không có mạch nhanh, huyết áp tụt nên không nghĩ trên lâm sàng. Kết quả X-quang ngực, siêu âm tim cung cấp thêm thông tin để loại trừ chẩn đoán.
- 11.1.4. Viêm màng ngoài tim: BN có đau ngực trước xương ức, nhưng không sốt, khám tiếng tim rõ, không tiếng cọ màng ngoài tim nên không nghĩ
- 11.1.5. Viêm màng phổi và/ hoặc viêm phổi: BN không ho, không sốt, không HC đáp ứng viêm toàn thân, không đau ngực kiểu màng phổi nên không nghĩ.
- 11.1.6. Tràn khí MP: không nghĩ do âm phế bào đều rõ 2 bên, không gõ vang.
- 11.1.7. Trào ngược dạ dày – thực quản: không ghi nhận tiền căn hay ợ hơi, ợ chua, rối loạn nuốt, ho khi nằm xảy ra vào ban đêm nên không nghĩ.
- 11.2. Khó thở:
- BN có khó thở xuất hiện cùng lúc trong cơn đau ngực, tiền căn không khi nhận khó thở khi gắng sức, khó thở theo tư thế hay khó thở kịch phát về đêm nên không nghĩ đã có khó thở mạn trước đây. Nghĩ nhiều khó thở này trong bệnh cảnh HCVC hoặc Phình bóc tách ĐMC biện luận ở trên.
- 11.3. Xơ vữa động mạch:
- Thường gặp ở bệnh nhân lớn tuổi, bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ như: Hút thuốc lá, lối sống tĩnh tại, ít vận động. Biểu hiện xơ vữa động mạch trên BN:
- Xơ vữa ĐM ngoại biên: Dấu giật dây chuông
  - Xơ vữa ĐM vành: có những cơn đau ngực kiểu mạch vành  
→ Đề nghị làm Bilan Lipid máu, đường huyết, theo dõi huyết áp
- 11.4. Tiền căn đau ngực: Trong 2 tháng gần đây, BN thỉnh thoảng có cơn đau ngực, gồm các yếu tố sau
- Đau nhói ngực vùng sau xương ức với tính chất & thời gian điển hình: Đau thắt, kéo dài >1 phút, < 15 phút
  - Đau xuất hiện khi gắng sức
  - Đau giảm khi nghỉ ngơi
- Cơn đau thắt ngực điển hình (Theo ACC/AHA)
- Phân loại mức độ đau thắt ngực theo CCS:
- CCS 2: Hạn chế những hoạt động thông thường. Đau thắt ngực xuất hiện khi leo hết 1 tầng lầu, hạn chế các hoạt động thường ngày như đi bộ, làm việc nhà, tắm rửa,...
- 12. Đề nghị CLS:**
- ECG, hs-cTnT 0h-3h, CKMB, X quang ngực thẳng, siêu âm tim.
- CTM, AST, ALT, BUN, Creatinine, ion đồ, TPTNT, bilan lipid.
- 13. Kết quả CLS**
- 13.1. ECG:**
- 8/9/19:**



Nhịp xoang, không đều, tần số ~ 70l/p

Trục trung gian.

Sóng P, khoảng PR, QRS trong giới hạn bình thường.

Không lớn các buồng tim

Tỉ lệ T/R ở các chuyển đạo V2, V3  $> \frac{3}{4}$  → sóng T cao

nhưng chiều cao sóng T = 8mm → về biên độ sóng T không cao

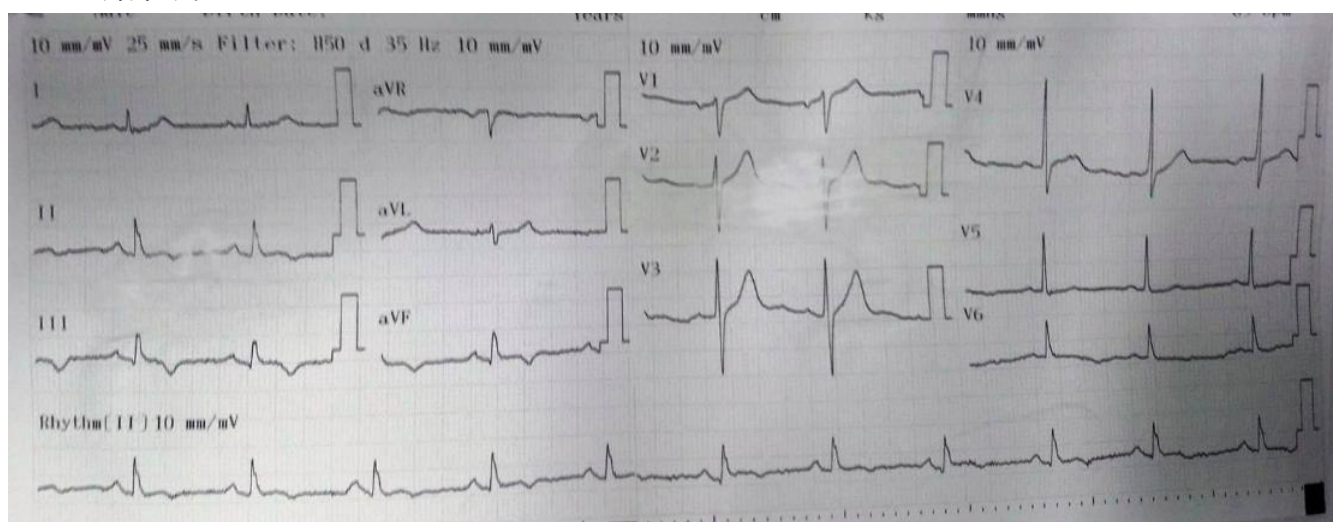
→ Nghi ngờ sóng T cao, theo dõi thay đổi ECG

ST-T hơi chênh lên ở chuyển đạo DIII, aVF, nhưng chưa chênh  $> 2\text{mm}$

→ Nghi ngờ ST-T chênh lên

=> Cần đánh giá thêm men tim, theo dõi ECG.

**9/9/19:**



Nhịp xoang, đều, tần số ~ 75l/p.

Trục trung gian.

T âm ở DII, DIII, aVF → thiếu máu cơ tim thành dưới so sánh thay đổi với ECG trước

→ Nhánh ĐM chi phổi: RCA hoặc LCX

T dẹt ở V5, V6 + biên độ sóng T ở V1  $>$  sóng T ở V5, V6 → thiếu máu cơ tim thành bên

→ Nhánh ĐM chi phổi: LCX

Đề ý V2, V3 vì ECG đầu đang nghi ngờ, ECG sau tỉ lệ T/R giảm

### 13.2. Men tim:

	hs-cTnT	CK-MB
--	---------	-------

Ngày 8/9: 8h	0.334 ng/mL (<0.01ng/mL)	66.23 (<25U/L)
Ngày 8/9: 11h	1.45 ng/mL	74.28

- Men tim tăng > 5 lần **lớn hơn 5 lần là gợi ý cao, nhưng vẫn làm động học**
- Có động học tăng hơn 20%  
→ Có nhồi máu cơ tim

→ **Kết hợp ECG + Động học men tim:** Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên.

Nguyên nhân tăng CK-MB:

- Cơ: hoạt động nặng
- Suy thận: tính chất nước tiểu: màu sắc, lượng, có bọt
- NMCT: tăng gấp 2 lần là gợi ý nhưng phải kết hợp LS

Men tim (troponin) = tổn thương tb cơ tim

- NMCT cấp: tăng gấp 5 lần
- Viêm cơ tim
- Viêm màng ngoài tim lan cơ tim
- Suy tim
- RL nhịp nhanh
- Phù phổi cấp

**\*Đánh giá nguy cơ:**

TIMI: 3đ - Nguy cơ trung bình

> 65 tuổi	≥ 3 yếu tố nguy cơ tim mạch	Từng biết hẹp ĐMV > 50%	Sử dụng Aspirin trong 7 ngày qua	≥ 2 cơn đau ngực trong 24 giờ	Thay đổi ST-T	Tăng dấu ấn sinh học tim
+	Chưa rõ	-	-	+	-	+

**Lâm sàng: (4) Tuổi, HA, Nhịp, Killip**

**CLS: (4) Ngưng tim, creatinin, ST-T, Men tim**

GRACE Risk: Mortality [NSTEMI]		GRACE Risk: Mortality [NSTEMI]	
<b>Killip Class</b>	Max.59.0	<b>Creatinine Level (mg/dL)</b>	Max.28.0
I	0	0.40-0.79	4
<b>SBP (mm Hg)</b>	Max.58.0	<b>Cardiac Arrest at Admission</b>	Max.39.0
120-139	34	No	0
<b>Heart Rate (Beats/min)</b>	Max.46.0	<b>ST-Segment Deviation</b>	Max.28.0
70-89	9	Yes	28
<b>Age (y)</b>	Max.100.0	<b>Elevated Cardiac Enzyme Levels</b>	Max.14.0
60-69	58	Yes	14

GRACE: 147đ → Nguy cơ cao

→ **Nhồi máu cơ tim cấp, không ST chênh lên, giờ thứ 3, nguy cơ cao.**

### 13.3. Siêu âm:

- Không chèn ép tim, không dịch màng ngoài tim
- Không rối loạn vận động vùng.
- Nhĩ trái 32mm → không lớn
- Thất phải 17.4mm → không lớn



- Vách liên thất 10.2mm → không dày
- ĐK thất trái 43.6mm → không dày
- Thành sau thất trái 12.4mm → dày thành sau thất T
- EF 68% → Chức năng tâm thu thất T bảo tồn
- Hở 2 lá nhẹ. VC < 3mm
- Hở 3 lá nhẹ. VC < 3mm
- Áp lực ĐMP PAPs = 18 mmHg → Áp lực ĐMP không tăng
- ECG có hình ảnh thiếu máu cơ tim, Men tim có nhồi máu cơ tim nhưng Siêu âm không có rối loạn vận động vùng: nghĩ nhiều NMCT hoại tử nhỏ hoặc Sau 2 ngày điều trị, ĐM hẹp được tái tưới máu.

13.4. X quang ngực chưa phát hiện bất thường.

13.5. ALT/AST: 66.23/18.3 U/L → Men gan tăng nhẹ trong nhồi máu cơ tim, phù hợp

13.6. Glucose: 5.14 mmol/L

13.7. Cholesterol 5.62 mmol/L = 216mg/dl

Triglycerid 1.55 mmol/L = 135mg/dl

HDL- cholesterol 1.04 mmol/L = 40.5 mg/dl

LDL - cholesterol 3.92 mmol/L = 152mg/dl

→ rối loạn lipid máu: tăng Cholesterol và LDL-C mức giới hạn cao.

BN có tình trạng NMCT cấp không ST chênh lên → nguy cơ rất cao, cần điều trị với mức độ khuyến cáo giảm LDL < 70mg/dl.

Ở mức bình thường cao + người bình thường không bệnh, không YTNC thì không cần điều trị, chỉ thay đổi lối sống

Nếu ở người nguy cơ cao hoặc NMCT, cần điều trị -statin với mức là HẠ ½, với LDL: mốc là < 70mg/dl, khuyến cáo mới là < 50mg/dl. Vậy hạ từ từ (<1/2, <70, <50) cho bệnh nhân tới khi duy trì mốc cần đạt.

13.8. CTM trong giới hạn bình thường.

13.9. Ion đồ trong giới hạn bình thường.

13.10. Urea: 6.1 mmol/L (1.7-8.3), Creatinine: 68 umol/L (62-106), GFR 107.36 ml/ph

#### 14. Chẩn đoán xác định:

**Nhồi máu cơ tim cấp, không ST chênh lên, giờ thứ 3, nguy cơ cao, chưa biến chứng/  
Rối loạn lipid máu.**

#### 15. Điều trị:

**NMCT cấp không ST chênh lên, phân tầng nguy cơ cao**

1. Chỉ định can thiệp PCI: 24h

Nếu BN không chấp nhận làm PCI thì tiêu sợi huyết NHƯNG chỉ cho STEMI.

NSTEMI KHÔNG tiêu sợi huyết vì hậu quả xấu >> lợi ích mang lại

2. Thuốc kháng tiểu cầu kép DAPT

- **Aspirin (ASA): liều khởi đầu 150-300mg → duy trì 75-100mg/ngày (IA-ESC)**

- Nhóm ức chế thụ thể P2Y12:

**Ticagrelor: liều nạp 180mg → duy trì 90mg x2 lần/ngày** ở BN nguy cơ vừa, cao

**Clopidogrel: liều nạp 300mg → duy trì 75mg/ngày** nếu không dùng được

ticagrelor

3. Thuốc kháng đông:

Fondaparinux 2.5mg TDD/ngày, CCĐ khi GRF < 20ml/phút

Enoxaparin 1mg/kg/12h TDD khi không có fondaparinux



GRF < 30ml/phút: Enoxaparin 1mg/kg/24h

BN > 75 tuổi: Enoxaparin 0.75 mg/kg/12h

GFR = 107 ml/phút → **Enoxaparin 1mg/kg/12h TDD**

Có thể thêm liều bolus 30mg nhưng CCD bolus với  $\geq 75t$ , GFR < 30

4. Nhóm chống TMCB:

- **Nitrates tác dụng ngắn** → dẫn mạch vành → giảm đau ngực
- Thuốc chẹn beta:

**Chọn lọc beta1 không giãn mạch:** Atenolol, **Bisoprolol**, Metoprolol. Mạch, Huyết áp BN ổn nên dùng liều thấp.

Chọn lọc beta1 giãn mạch: Nebivolol

- Ức chế canxi DHP: Khi không dùng được chẹn beta, kết hợp chẹn beta khi không kiểm soát được đau ngực (CCS>2)

5. Nhóm ngừa biến chứng:

- Thay đổi lối sống, kiểm soát yếu tố nguy cơ, giáo dục bệnh nhân

Hạn chế muối <5g muối/ngày

Vận động thể lực ít nhất 30 phút/ ngày, tất cả các ngày trong tuần

Tăng cường rau củ quả

Ăn cá >2 lần/tuần

Giảm uống bia, rượu, không hút thuốc lá

Chích ngừa cúm hằng năm

Kiểm tra huyết áp, đường huyết, HbA1c

- Rối loạn lipid máu: dùng statin liều cao, bất kể mức LDL cholesterol, mục tiêu duy trì <1.8mmol/L # 70mg/dl, tối ưu < 50 mg/dl

Atorvastatin 40-80 mg, liều cao 80mg

Rosuvastatin 20-40 mg, liều cao 40mg

- ACEI, ARB, Ức chế AT1: BN không có tình trạng suy tim, không THA, ĐTĐ, BTM, BMV nguy cơ cao... → liều thấp và đánh giá huyết áp/đáp ứng

**CHỈ ĐỊNH CỤ THỂ:**

- Lovenox (enoxaparin) 60mg 5/6A TDD mỗi 12h x 7 ngày **Tgian sử dụng kháng đông là 7 ngày**
- Ticagrelor 90mg 2 viên (u) → 90mg 1 viên x2 (u) **hoặc clopidogrel**
- Aspirin 81mg 2 viên (u) → 81mg 1 viên (u)
- Nitromint 2.6mg 1 viên x2 (u)
- Concor (bisoprolol) 2.5mg ½ viên (u)
- Lipitor (atorvastatin) 40mg 2 viên (u), **khuyến cáo liều cao 80mg nhưng là đối với người nước ngoài, thể trạng VN nhỏ có thể dùng 40mg cũng được, tùy vào mức tăng lipid máu của BN đang ở mức nào. Hoặc rosuvastatin 20-40mg. Nếu GRF< 30ml/ph, chỉ dùng ator**
- Enalapril 5mg ½ viên x1 (u)
- Theo dõi mạch, HA, nhịp thở mỗi 12h

**ĐIỀU TRỊ SAU XUẤT VIỆN:** Điều trị bệnh mạch vành ổn định

- Tiếp tục aspirin 81mg 1 viên/ngày và Ticagrelor 90mg x2 lần/ngày, tối thiểu 12 tháng, sau duy trì aspirin 81mg/ngày
- Tiếp tục dùng chẹn beta: Concor (bisoprolol) 2.5mg ½ viên (u)

Nguồn <https://www.facebook.com/vuongyds>

- Tiếp tục dùng statin: Lipitor (atorvastatin) 40mg 1 viên (u)
- Giáo dục bệnh nhân hiểu biết về bệnh và hướng dẫn tuân thủ điều trị.
- Hạn chế muối, tăng cường rau quả, tăng cường cá, không nên sử dụng rượu bia thuốc lá.
- Vận động thể lực thường xuyên, phù hợp
- Huyết áp mục tiêu: 120-130/78-80 mmHg
- Mục tiêu LDL-C: <50-70 mg/dL
- Ngừa cúm mỗi năm

\_\_\_\_\_HẾT\_\_\_\_\_