

SỬA BỆNH ÁN BMV

THẦY HOÀNG HẢI TRƯỞNG KHOA 11/3/19

Bệnh sử:

- Chẩn đoán BTTMCB dựa vào trch hay gì?
- Không đi tái khám do gì?
- Gắng sức lần này là làm gì: leo mấy lầu, xách nặng?
- Tê chắm, 2 bàn tay có lquan bmv hay bệnh khác?
- Đtri CC: Sau đó có giảm đau ngực hok? CC nitromint có hài lòng không? Đau ngực khi gắng sức hướng tới bmv mạn, vô cc cho uống nitromint có ổn không?
- Đtri giảm đau ngực cho bn bmv mạn:
 - Nitrate tác dụng ngắn (1st line)
 - 2nd line: BB (thường dùng)/CCB
 - Nếu BB còn đau thì cho nitrat tdung dài
 - Nếu còn đau nữa thì cho thêm Vastarel/Procolaral (nhịp nhanh). Nếu nói thì phải thử sẵn cơ chế vasterel để thầy cô hỏi =))

TIỀN CĂN:

- Ghi thẳng bn có thể đi chợ 200, xách giỏ <2kg dễ tưởng tượng hơn :v Ghi càng cụ thể càng tốt
- HA max, HA dễ chịu hỏi: Bác có bik HA thường xuyên of bác, cao nhất là nhiêu, bình thường dễ chịu bnhiu?
- Bình toa thuốc:
 - Trên LS tùy, thường khởi động liều thấp hơn lý thuyết (NÀ NÍ)
 - Thấy uống liều ít ổn r thì không cần đến liều lý thuyết :v

ỨC BETA:

- Ng Anh phát minh, propranolol 1st, dùng để đtri cơn đau thắt ngực
- 10y sau thấy hiệu quả trong hạ áp
- 70s-90s là thuốc #2 đtri hạ áp sau lợi tiểu
- JNC8: Không dùng BB trog đtri THA do rl glucose, tăng ĐTĐ mới mắc
- ESC: Hiện vẫn giữ BB
- Thuốc mới Biso nebi carve chưa có nhiều ncuu về gây RL glucose.
- BN rl dung nạp glucose: đang consider
- Bn có bmv, suy tim thì BB rất tốt, chấp lun rl dung nạp glucose =))

PHÒNG NGỪA BTTMCB:

- Có THA/Stim ưu tiên ACEi, nếu ACEi tdung phụ or không dung nạp thì dùng ARBs
- Bn không dùng aspirin???

ĐVĐ:

- Lén lén coi ecg để ghi rõ RL nhịp kiểu nào =))
 - Why đặt ĐTNKĐH: Cơn đau của bn thoả 3/3 tiêu chuẩn r, kệ có trch kèm hay không.
 - ĐTN KOD: Mới khởi phát, CCS 3 trở lên.
- ⇒ Chẩn đoán BMV luôn, đánh thang điểm

CLS:

- ECG1: Sóng T nhiều lên chứ không phải NTT (nà nì)

- Tiêu chuẩn TMCT/BMV mạn trên ecg: ST chênh xuống (đồng thuận nhất), 2nd: T âm sâu cân đối, 3rd: T dẹt (không có sens spec cao).
- Dấu hiệu NMCT cũ: Sau 3m NMCT chuyển thành BmV mạn → sóng Q bệnh lý, không có sóng Q khi nmct ở V7,8,9 (thành sau) thì xuyên tâm đối V1,2: Sóng R cao (coi chừng cđpb lớn thất P) → Đo thim V7,8,9 or xem trục có lệch P, xem lại LS
- ECG thấy bình thường, không loại do giá trị cđ ecg trong bệnh tim tmc b chỉ 50%,
- BN điển hình, có block nhánh T/phân nhánh trái trc: Tiên lượng nặng.
- SÂ tim: Bmv xem có 4 điểm
 - RL vận động vùng
 - EF: Xem có suy tim, phân tầng nguy cơ, BMV mạn EF giảm thấp thì tiên lượng nặng
 - Nguyên nhân khác gây đau ngực eg bóc tách đm chủ
 - RL chức năng tâm trương (không phải mục tiêu Y6)

ĐAU NGỰC:

1/ Vị trí đau:

- Hàm dưới → trên rốn.
- Bất cứ chỗ nào trog khoảng này thì cũng không được loại trừ, có bn còn đau hsp =))

2/ Cơ chế:

- Mất cân bằng cung cầu O2 cơ tim
- Nên thường đau từ từ
- Nếu đau nhói/ kéo dài 1-2s thì ít nghĩ bmv mạn
- Sau khi ăn: thường là viêm dạ dày NHƯNG có khi cũng là gắng sức của bmv mạn :v
- Nửa đêm về sáng: ACS, Prinzmetal (ĐTN co thắt) → ecg, men tim. BMV mạn cũng có do trời lạnh or mơ làm tim đập nhanh, HC ngưng thở khi ngủ.

TỔNG KẾT:

- Cơn đau thắt ngực: điển hình/không điển hình → tính điểm PTP để BA sang trọng hơn =)). PTP chỉ là đánh giá sơ khởi.
- Có điểm → làm tiếp CLS gì.
- ECG gắng sức thì nữ dễ dương giả hơn nam, vừa ECG vừa PTP thì nữ = nam do modified r → THI NHỚ MANG THEO BẢNG HOẶC XIN NTRU :v
- PTP <65% → ecg gắng sức, >65 → SÂ tim gắng sức.
- CT mạch vành chỉ có npv tốt, dùng khi PTP <50% nhưng tương lai có thể thay đổi
- ECG: Phải biết dấu hiệu TMCB và NMCT (cũ).
- SÂ tim: xem phần trên
- Điều trị: triệu chứng (giảm đau) và phòng ngừa biến cố