



STEMI

☰ Person	Anh Bảo
▼ Trại	Tim mạch

1. Làm sao nhận biết nhồi máu thất phải trên 1 điện tim có ST chênh lên ở dII, dIII, avF?

▼ Trả lời

- Có rối loạn nhịp chậm (nhịp chậm xoang, nhịp bộ nối)
- Có block AV, block nhánh
- ST chênh lên ở dIII>dII, chênh xuống ở avL>dI

⇒ cứ NMCT thành dưới là auto đo V3R, V4R luôn

2. Dấu hiệu nào nghĩ đến tổn thương LCx?

▼ Trả lời

dI, avL chênh lên

→ nếu NM thành dưới + thành bên thì sẽ không có hình ảnh soi gương

3. Nhồi máu thành sau

▼ Trả lời

- ST chênh lên 0.5mm ở V7, V8, V9 (vì ở các chuyển đạo xa nên 0.5 mm là có ý nghĩa)
- V7, V8, V9 đo ở cùng mặt phẳng với V6 nhưng vị trí lần lượt ở đường nách sau, giữa xương bả vai, cạnh sống (T)
- Có dấu hiệu gợi ý mới đi đo:
 - + ST chênh xuống dạng đi ngang ở chuyển đạo thành trước

+ Sóng R cao (chính là sóng Q ở V7, V8, V9) hoặc dạng Rs ($R/S > 1$)

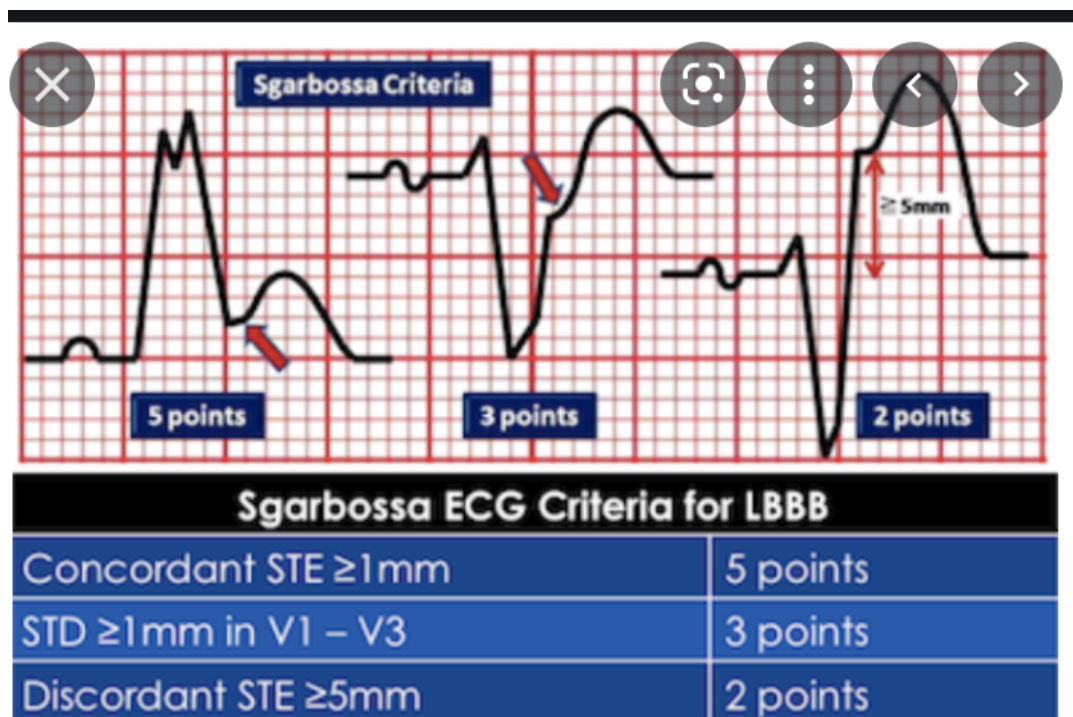
4. 1 BN đau ngực tại nhà, đo ECG thì trì hoãn tối đa là bao nhiêu phút

→ 10 phút

5. Block nhánh trái?

▼ Trả lời

- Dấu hiệu trên ECG
 - + rS ở V1, V2
 - + R đơn pha có khía ở V5, V6
- Tiêu chuẩn Sgarbossa để chẩn đoán NMCT trên BN block nhánh trái



6. Tại sao NMCT thành dưới gây nhịp chậm?

▼ Trả lời

- Có 2 cơ chế
 - + Tổn thương đường dẫn truyền của tim: nút nhĩ thất hoặc sợi Purkinje

+ Phản xạ Bezold-Jarisch: kích hoạt dây TK X đi qua tim

7. Điều trị?

▼ Điều trị tái tưới máu

- TSH
- PCI
- PT bắc cầu mạch vành

▼ Điều trị nội: THROMBINS2 (quan trọng)

- Kháng đông

+ Heparin

+ Enoxaparin: theo ESC 2017 sẽ truyền 30mg bolus TM + 1mg/kg/12h TDD. Nhưng ở BV DHYD không tiêm bolus

🔥 Về nghiên cứu thì 2 thằng này hiệu quả ngang nhau. Enoxaparin là TDD chích mỗi 24h hoặc 12h, còn Heparin thì TTM 2 pha: bolus & truyền liên tục → dùng heparin thì theo dõi tác dụng của nó qua APTT đạt 50-70s, phải chỉnh liều mỗi 4-6h để đạt mục tiêu này → rất cực. Vì vậy nên xu hướng dùng Enoxaparin chỉ cần tiêm thôi không cần xét nghiệm

🔥 Vậy heparin có ưu thế gì không? → trên những bệnh nhân dễ chảy máu, đã có xuất huyết trước đó hoặc có plan PT (PT là có nguy cơ chảy máu) thì heparin có ưu thế hơn vì **t_{1/2} nó ngắn**

🔥 Khi dùng Enoxaparin phải chú ý gì?

+ <75t: hạ liều còn 0.75mg/kg/12h

+ eGFR<30ml/ph (tính theo Cockcroft-Gault): 1mg/kg/24h

- Kháng kết tập tiểu cầu: **không cần chỉnh liều theo CN thận như Enoxaparin**

+ Ức chế Thromboxan: Aspirin

→ nạp 81mg x 4v (u), sau 24h duy trì duy trì 81mg

+ Ức chế P2Y₁₂: Clopidogrel, Ticagrelor, Prasugrel

🌿 Clopidogrel: tải 300-600mg (**Plavix 75mg**) → sau 24h duy trì 75mg

- Nếu tải 300mg thì phải có 6h mới có tác dụng → thường nạp 600mg: khởi phát tác dụng trong vòng 2h
- Clopidogrel chuyển hóa ở ruột & gan (mất tới 85% hoạt chất ban đầu) → chỉ 15% vào tuần hoàn

🌿 Khuyến cáo ưu tiên Ticagrelor (**Brilinta 90mg**): tải 90mg x 2v (u) → sau đó 12h duy trì 90mg 2 lần/ngày

🌿 Prasugrel: LS ít dùng

+ Ức chế GIIb/IIIa

→ các loại thuốc kháng kết tập TC đều xài liều duy trì sau liều tải 24h, chỉ riêng Brilinta là xài liều duy trì sau 12h

- UCMC: Captopril, Enalapril, Lisinopril → cải thiện tiên lượng và giảm tái cấu trúc cơ tim sau NMCT
 - + Captopril: khởi đầu 6.25mg x 3/ngày (liều đích là 50mg)
 - + Enalapril: khởi đầu 2.5mg x 2/ngày (liều đích là 10mg)
 - + Lisinopril: khởi đầu 2.5-5mg x 1 lần/ngày (liều đích là 20mg)
- UCTT: khi nào dùng UCMC khi nào dùng UCTT
 - ưu tiên UCMC vì
 - + Có nhiều nghiên cứu hơn
 - + Khi dùng UCMC thì men Angiotensin II sẽ chuyển sang 1 đường khác thành Bradikynin có tác dụng tốt lên tim mạch, tuy nhiên nó sẽ gây ho khan → nếu ảnh hưởng quá thì mới nghĩ đến UCTT
 - + Và những nghiên cứu trên UCTT lúc nào cũng có ĐK đầu vào là không dung nạp với UCMC
 - + Valsartan (**Diovan**): khởi đầu 40mg x 2 lần/ngày (liều đích mg)
 - + Losartan: khởi đầu 50mg x 1 lần/ngày (liều đích 150mg)



UCMC & UCTT cân nhắc dùng sớm trong vòng 24h ở các BN suy tim, EF<40%, NMCT thành thủng trước

- Statin: chia thành Statin cường độ thấp, trung bình, cao
 - + Lipitor (Atorvastatin): dùng 1 viên 40mg hay 4 viên 10mg hay 2 viên 20mg
 - nên dùng 1 viên 40mg để BN tuân trị thôi và thường 1 viên 40mg có giá = 1 viên 10mg
- B-blocker
 - + BN có suy tim sau NMCT không? → nếu có thì sử dụng đầu tay. Tuy nhiên phải coi thử BN có đang sử dụng thuốc vận mạch không hoặc ngưng vận mạch chưa đủ 24h vì lúc này tim chưa tốt hoàn toàn mà còn cho b-blocker vào nữa thì tim sẽ tệ hơn
 - + CCĐ: suy tim sung huyết, hen PQ chưa kiểm soát, block AV
 - + BN sau NMCT mà không có suy tim? → 1 số nghiên cứu thấy dùng b-blocker có thể sẽ giảm những biến cố bất lợi
- Lợi tiểu kháng Aldosterone?
 - Spironolactone nếu như ở BN suy tim: NC Emphasis dùng trên những **BN NMCT (không phân biệt STEMI hay NSTEMI) có EF giảm** thì cải thiện tiên lượng tử vong rất tốt
 - + Verospirone: khởi đầu 25mg
 - dùng thì để ý tăng kali máu & suy thận
 - + NMCT có EF=55% thì có dùng không? → không dùng vì các nghiên cứu hiện tại không ghi nhận lợi ích trên cải thiện tiên lượng tử vong
- PPI: khi dùng kháng đông + kháng kết tập TC thì BN có thể bị XHTH
 - + PPI (Esomeprazole, Omeprazole) với Clopidogrel sẽ cùng chuyển hóa qua CYP2C19 ở gan → **dùng chung với Clopidogrel thì sẽ dùng Pantoprazole hoặc Rabeprazole**
- **Điều trị tái tưới máu: (bữa sau có thời gian thì nói thêm)**