

# Hội chứng vành cấp: 2016

## *Cập nhật về chẩn đoán & xử trí*

**TS.BS. Nguyễn Ngọc Quang, FASCC, FSCAI**

*Bộ môn Tim mạch – Trường Đại học Y Hà Nội*

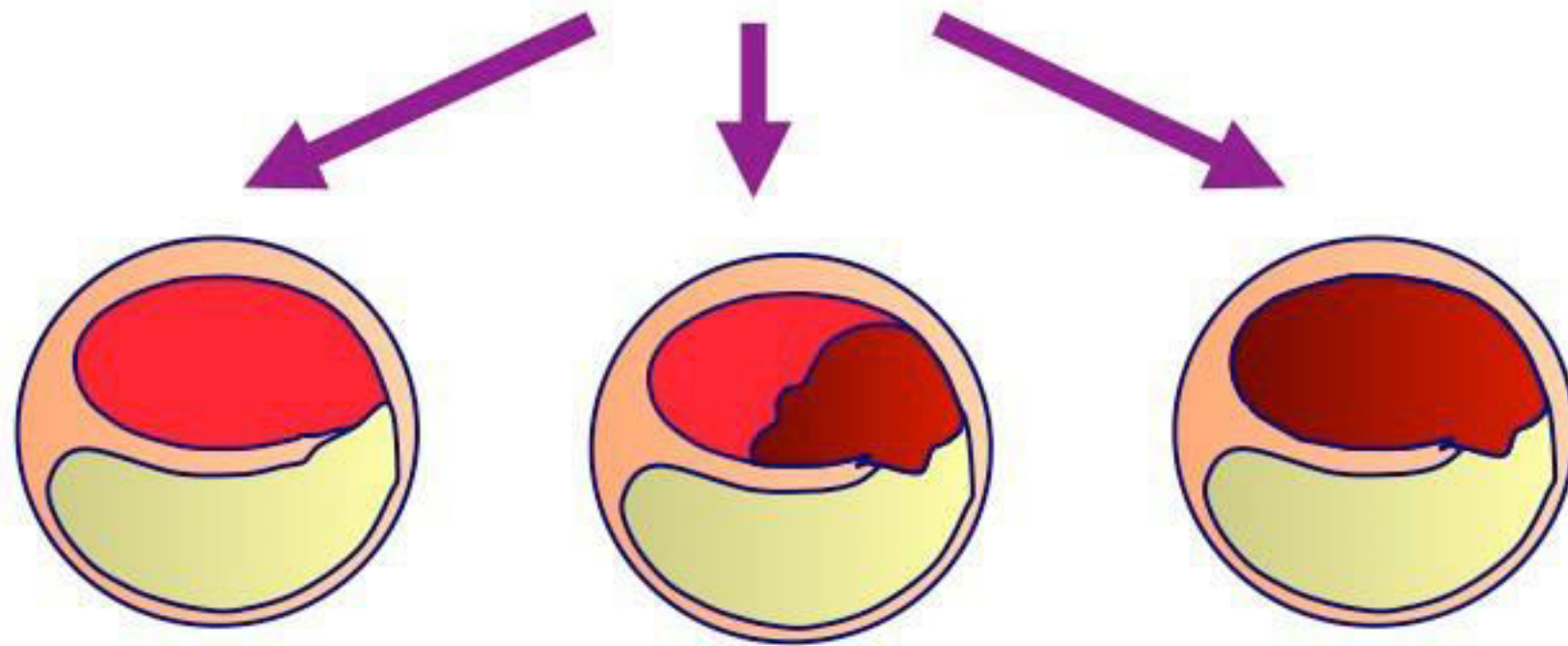
*Đơn vị Chăm sóc Mạch vành C7 – Viện Tim mạch Việt Nam*

*Email: quangtm@gmail.com*



# Phân loại hội chứng vành cấp

Mảng xơ vữa nứt/loét/vỡ  
*± huyết khối lấp kín hoặc ko*



Đau thắt ngực  
không ổn định

NMCT ST không  
chênh lên

NMCT ST  
chênh lên

Hội chứng vành cấp (ACS)

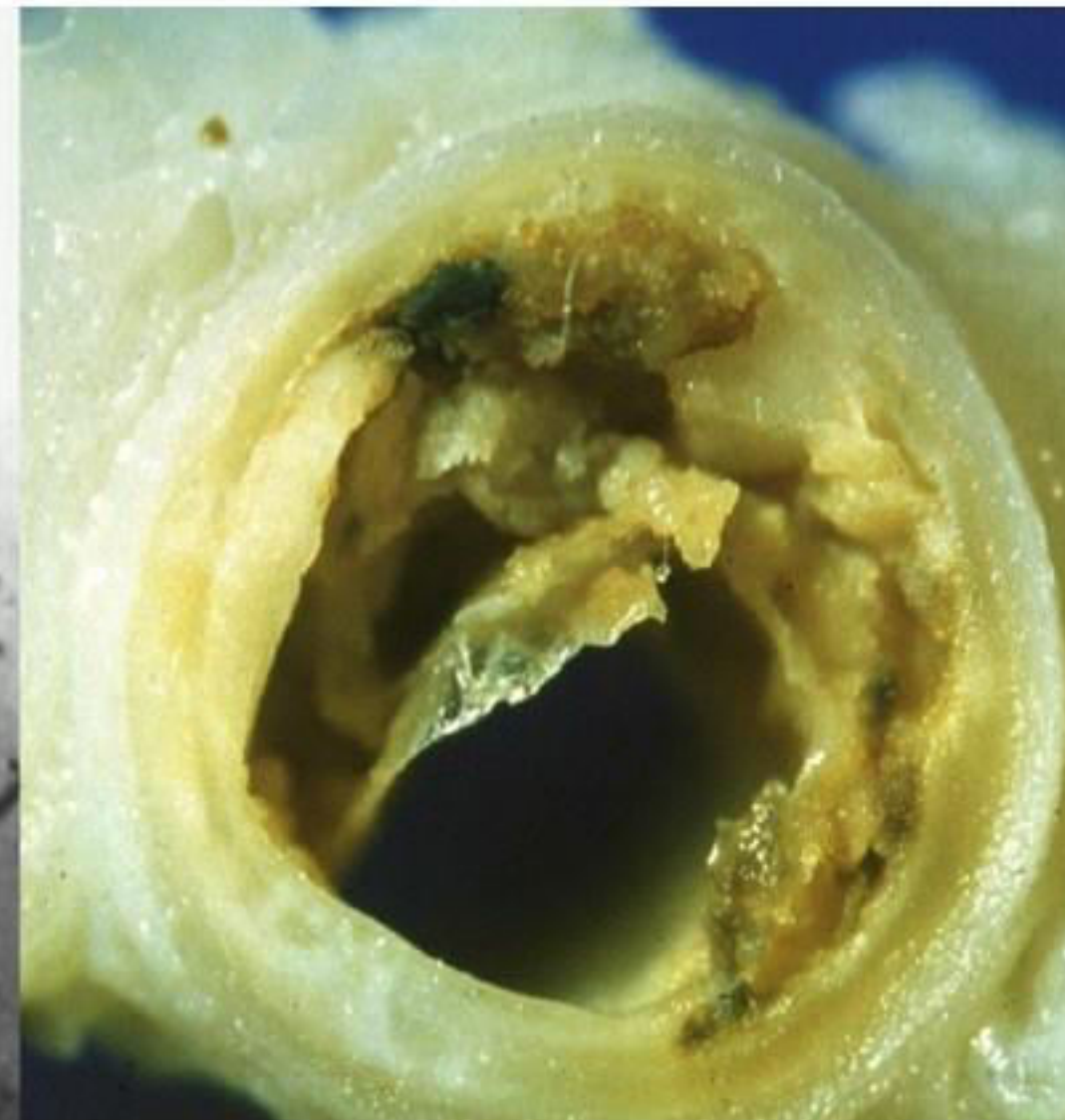
*ST không chênh lên  
(NSTEMI-ACS)*

*ST chênh lên  
(STEMI)*

Đau thắt ngực  
không ổn định

NMCT ST không  
chênh lên  
(NSTEMI)

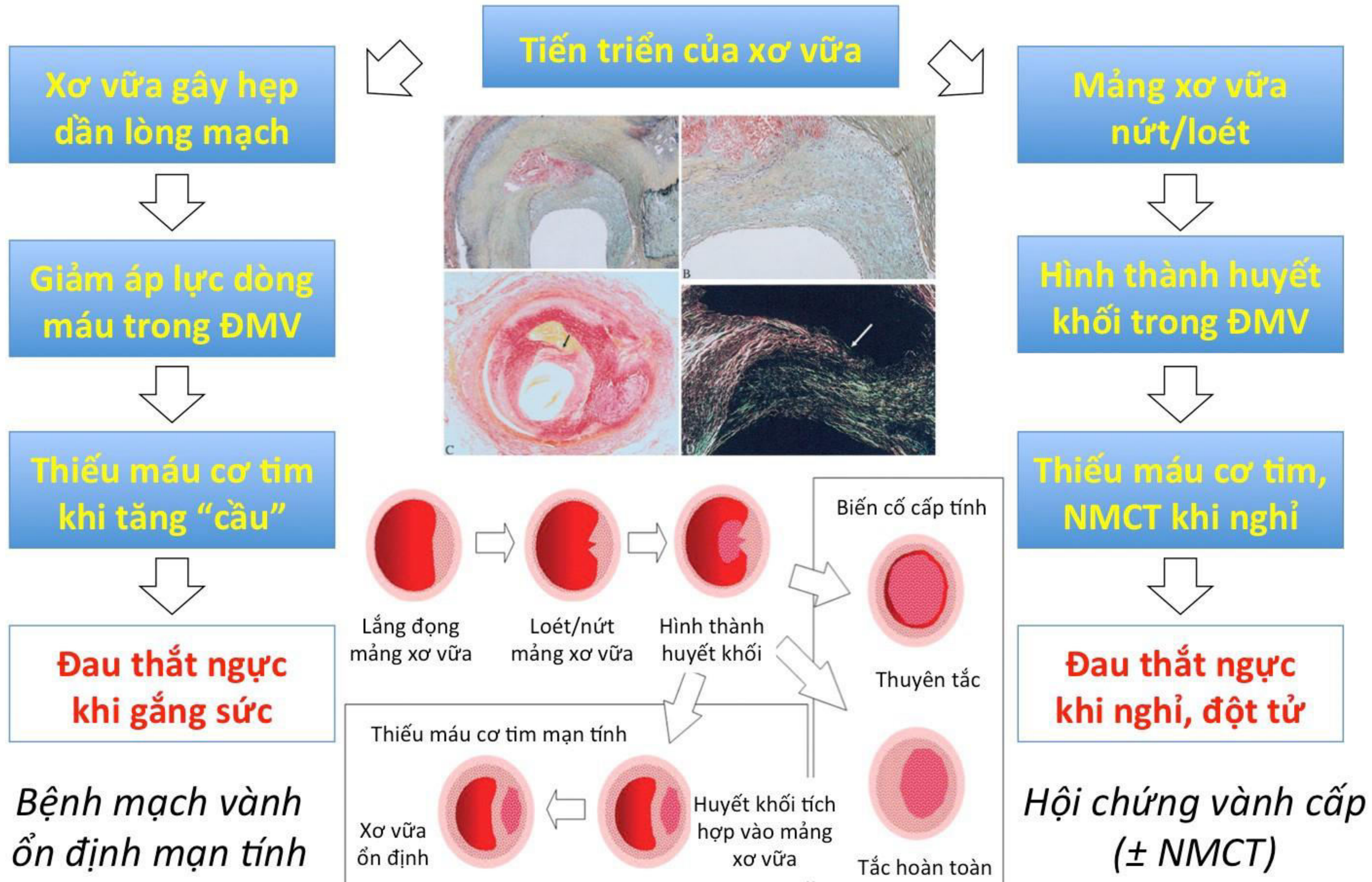
Đau thắt ngực  
ổn định  
=  
Mảng xơ vữa  
lớn dần



Hội chứng vành cấp  
*(± NMCT)*  
=  
Mảng xơ vữa  
nứt loét  
*± Huyết khối*



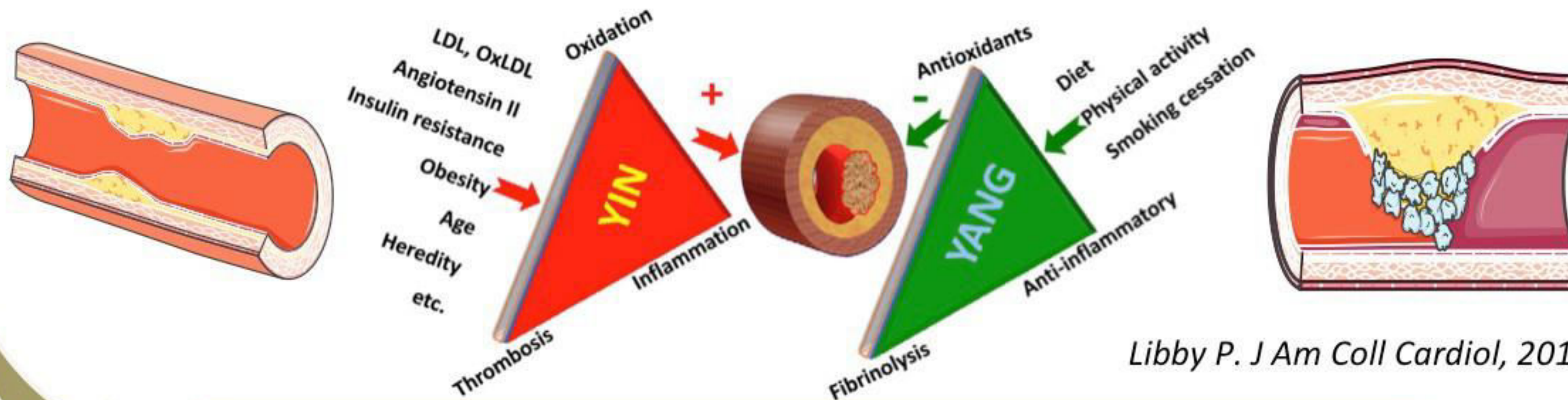
# Tiến triển bệnh nhờ nứt ròi lành mảng xơ vữa





# Chuyển dịch liên tục của bệnh mạch vành

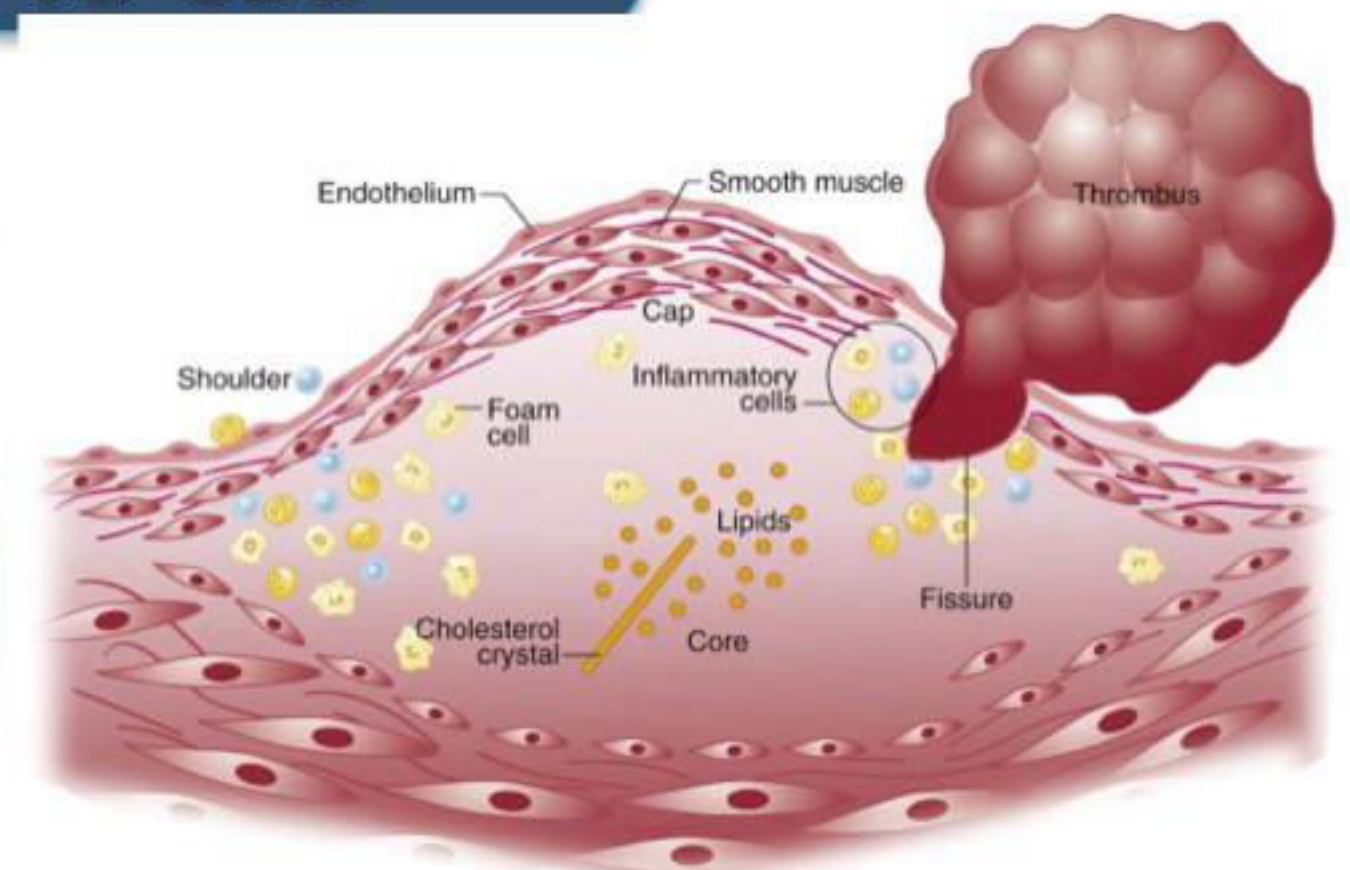
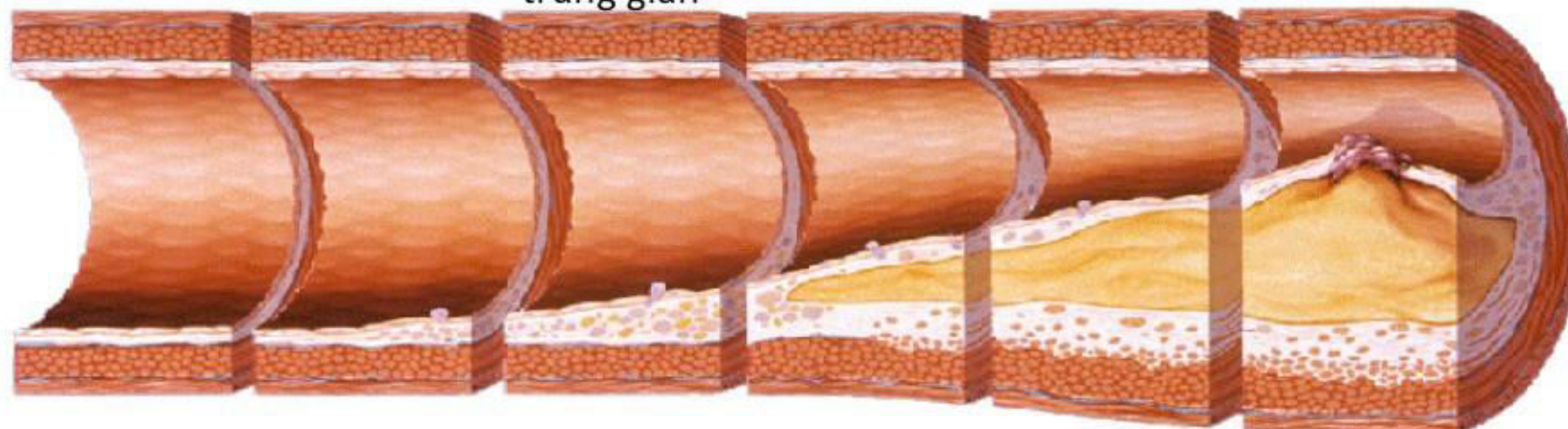
**Hội chứng vành cấp**  
Nứt vỡ mảng xơ vữa và huyết khối



Libby P. J Am Coll Cardiol, 2012;59(16):1438-40.

**Bệnh mạch vành ổn định mạn tính**  
Sự mất cân bằng giữa Cung và Cầu

Tế bào bọt    Vết mỡ    Tổn thương trung gian    Vữa xơ    Xơ hoá mảng vữa xơ    Nứt loét gây biến cố

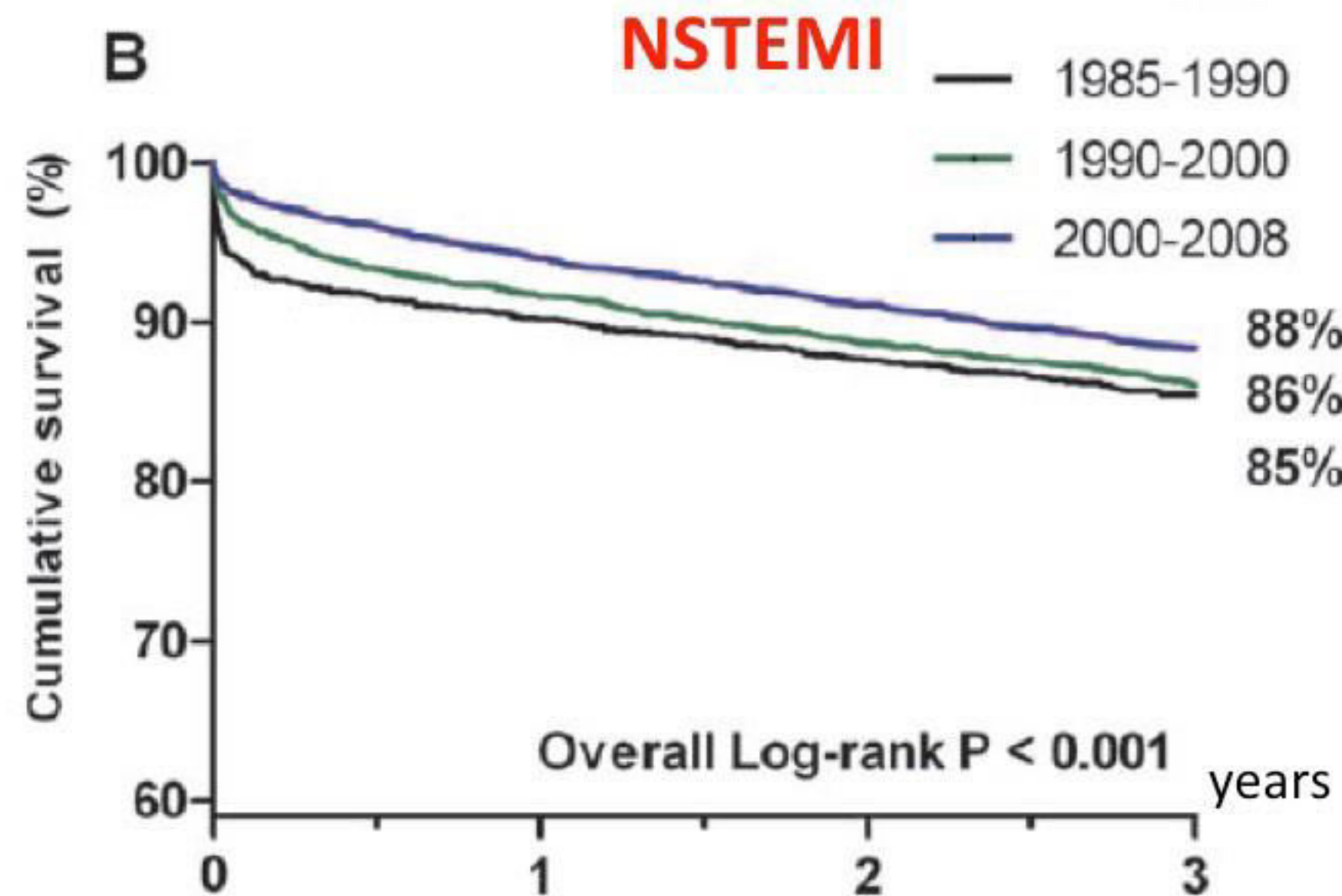
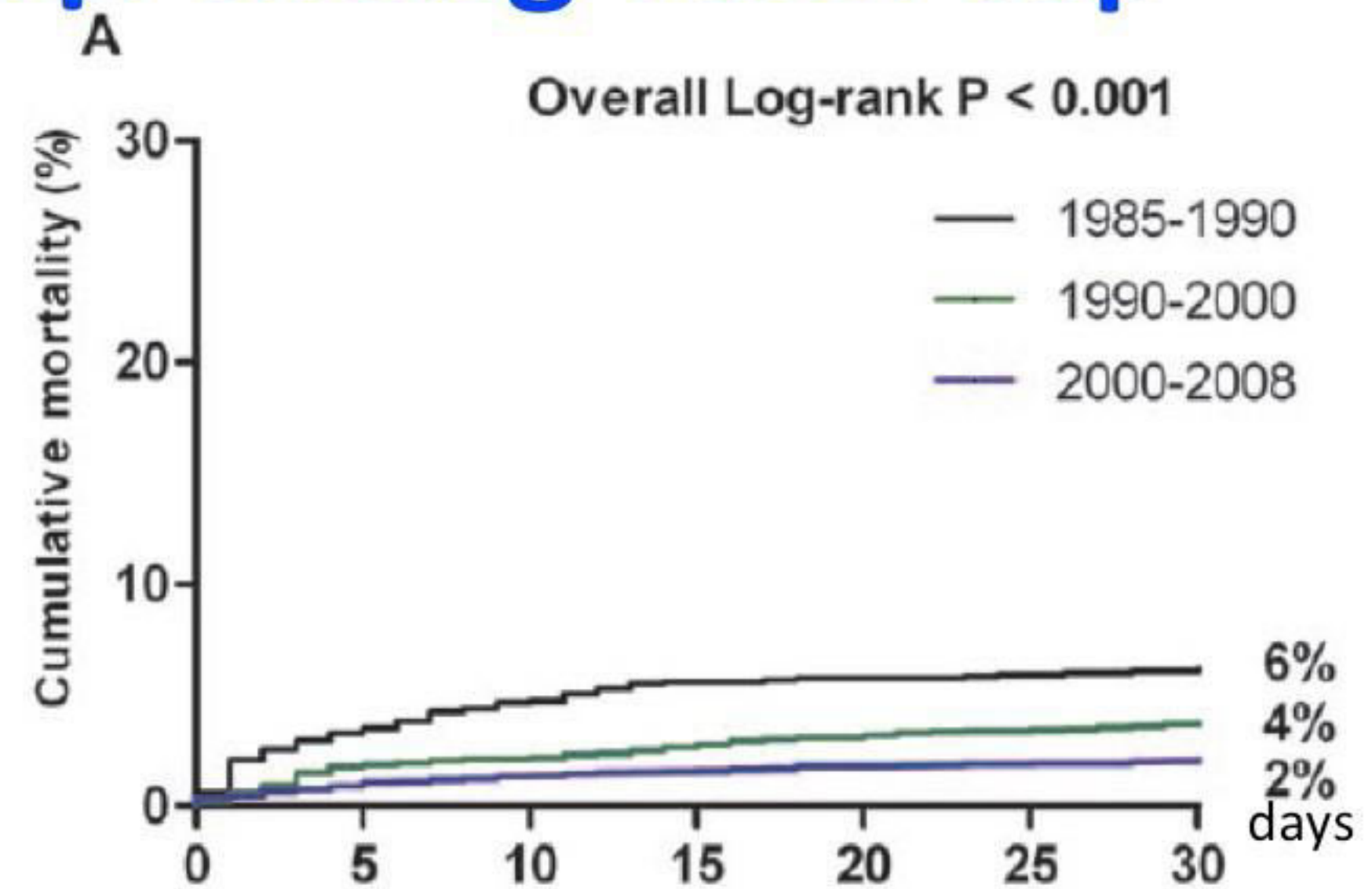
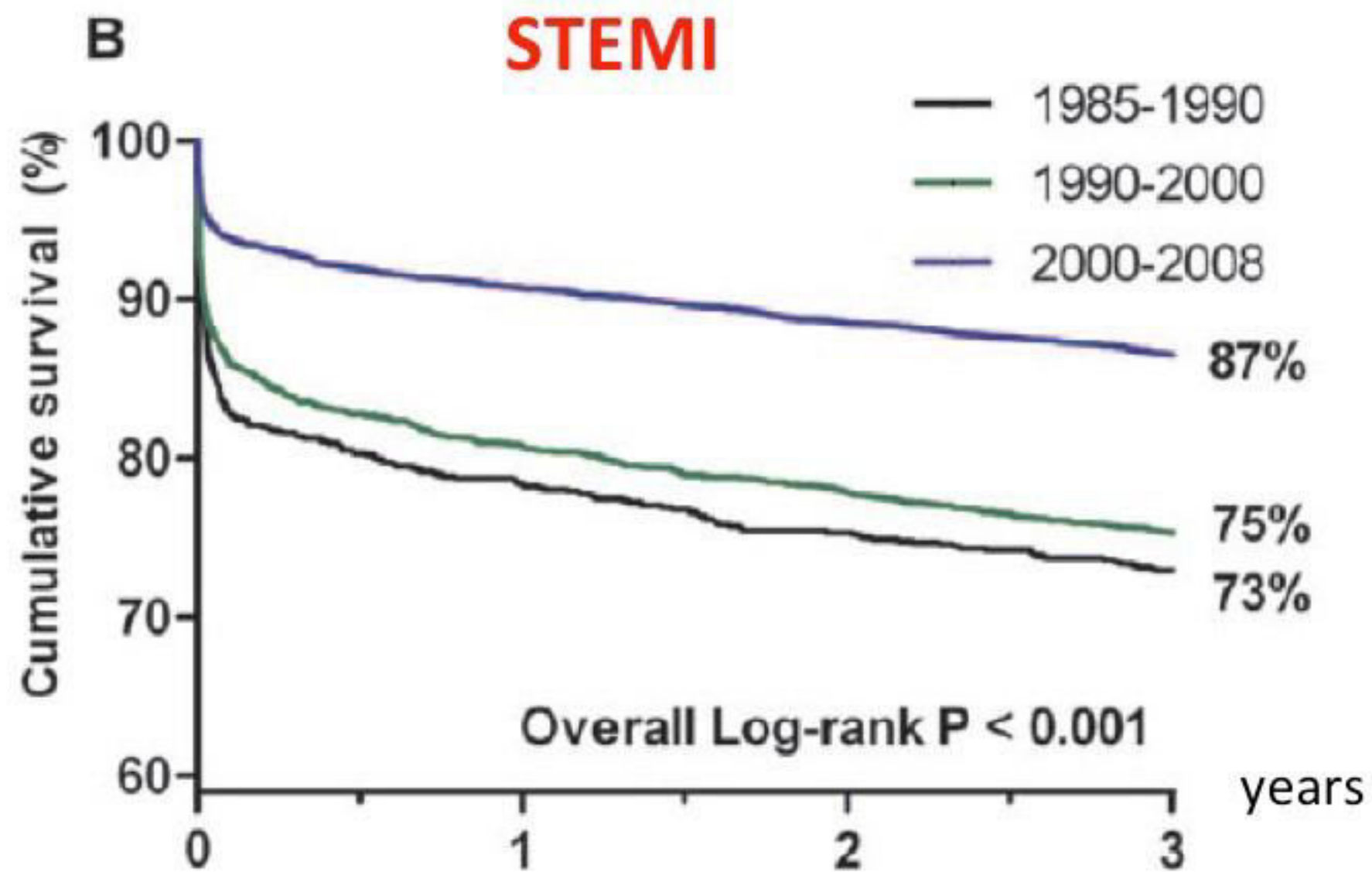
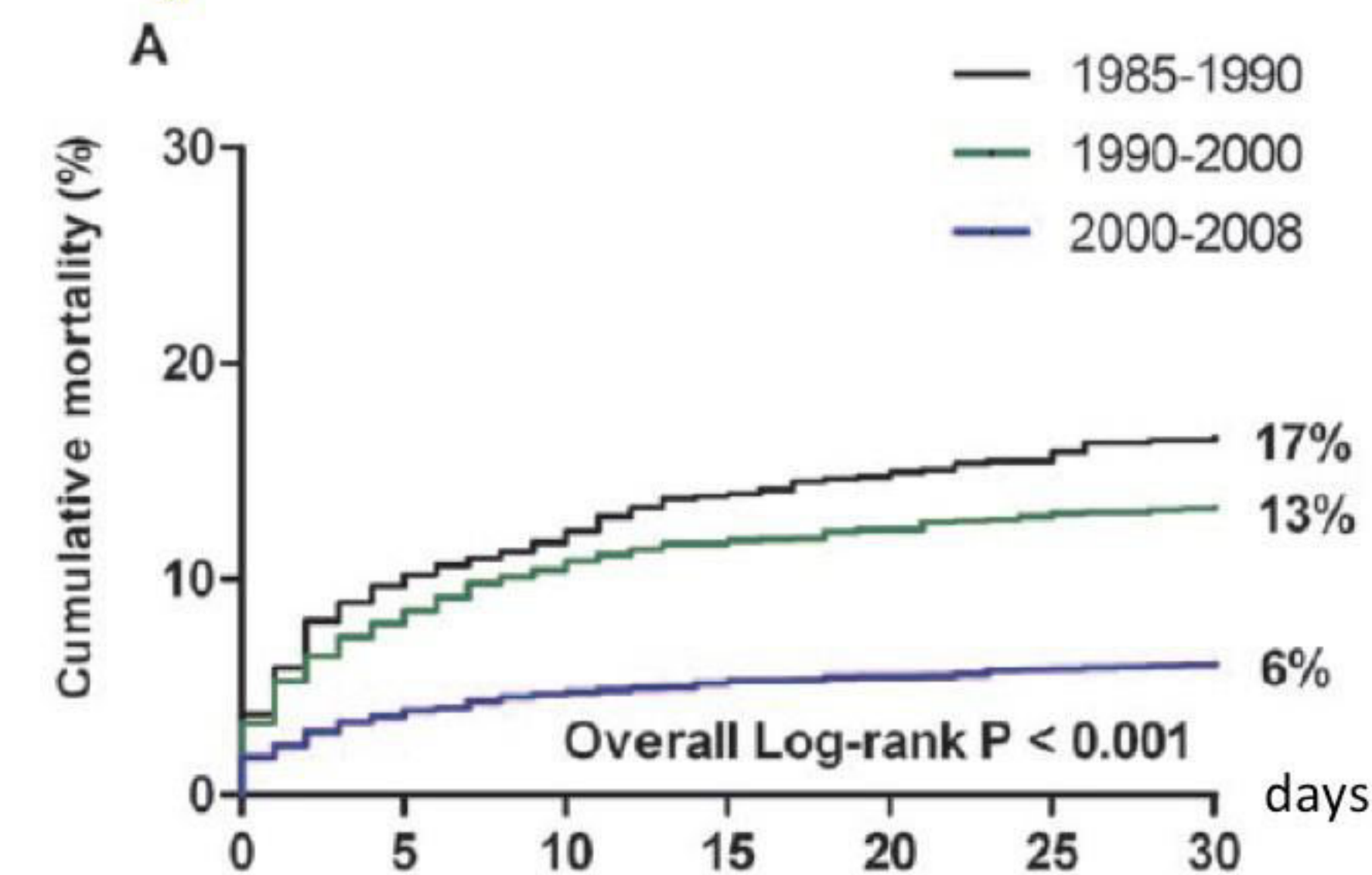


Adapted from Stary HC et al. Circulation 1995;92:1355-1374.

Hansson GK. N Engl J Med. 2005;352:1685-1695.








# Điều trị tối ưu trong giai đoạn cấp sẽ đem lại lợi ích lâu dài đối với hội chứng vành cấp





# Tiếp cận ban đầu với hội chứng vành cấp

	Low Likelihood				High Likelihood
1. Presentation					
2. ECG				<b>Echo</b> 	
3. Troponin	-		+	++	
<div></div>					
4. Diagnosis	Non-cardiac	UA	Other Cardiac	NSTEMI	STEMI

STEMI = ST-elevation myocardial infarction; NSTEMI = non-ST-elevation myocardial infarction; UA = unstable angina.



# Ước lượng khả năng có hội chứng vành cấp

	Khả năng ACS cao	Khả năng ACS thấp	Bệnh cảnh phân biệt với Đau thắt ngực cấp	
<b>Dấu hiệu sinh tồn</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ngừng tuần hoàn, xỉu/ngất, mất ý thức, triệu chứng thần kinh khu trú</li> <li>• Khó thở</li> <li>• Nôn, buồn nôn</li> <li>• RL nhịp, nhịp nhanh</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tri giác bình thường</li> <li>• Nhịp/kiểu thở bình thường</li> <li>• Nhịp tim bình thường</li> <li>• Thân nhiệt cao</li> </ul>	<b>Tim</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Viêm cơ tim/Bệnh cơ tim</li> <li>-Rối loạn nhịp nhanh</li> <li>-Suy tim cấp/Tăng huyết áp cấp cứu</li> <li>-Hẹp van động mạch chủ</li> <li>-H/c Tako-Tsubo, Co thắt mạch vành</li> <li>-Chấn thương tim</li> </ul>
<b>Bối cảnh, yếu tố nguy cơ</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuổi &gt; 40</li> <li>• Tiền sử NMCT, TBMN</li> <li>• YTNC: hút thuốc, THA, RL lipid máu, đái đường</li> <li>• Đang điều trị bệnh TM</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tuổi &lt; 40</li> <li>• Không tiền sử bệnh tim</li> <li>• Không có YTNC tim mạch</li> <li>• Không điều trị bệnh tim mạch mạn tính</li> </ul>	<b>Phổi</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Nhồi máu phổi</li> <li>-Tràn khí màng phổi áp lực</li> <li>-Viêm phổi/phế quản/màng phổi</li> </ul>
<b>Vị trí, hoàn cảnh đau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đau giữa ngực ngực, mạnh, kèm khó thở</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đau thay đổi theo tư thế, vận động, hồi hộp</li> <li>• Mức độ đau đa dạng, đau &lt; 1 phút</li> </ul>	<b>Mạch máu</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Lóc thành ĐMC/Phình ĐMC gây tr/c</li> <li>-TBMMN</li> </ul>
<b>Tính chất đau</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Đau sau xương ức, bóp nghẹn, lan lên cằm/cổ/cánh tay/lưng, xuất hiện tự nhiên, dài &gt; 20phút, kèm khó thở, vã mồ hôi, hoa mắt chóng mặt, buồn nôn</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lan sang hông, xuống bụng, sau lưng</li> <li>• Không có triệu chứng thần kinh thực vật</li> </ul>	<b>Tiêu hoá</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Viêm, trào ngược, co thắt thực quản</li> <li>-Viêm loét dạ dày/Viêm tụy, túi mật</li> </ul>
			<b>Cơ xg khớp</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Bệnh cơ vân/Viêm/tổn thương cơ</li> <li>-Chấn thương ngực/Bệnh cột sống cổ</li> <li>-Viêm khớp sụn sườn</li> </ul>
			<b>N/n Khác</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>-Rối loạn lo âu,</li> <li>-Zona thần kinh, Thiếu máu</li> </ul>



# Đau thắt ngực cấp hay không ổn định?

## Đau thắt ngực không ổn định (theo Braunwald)

I	<b>Đau thắt ngực khi gắng sức:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>- Mới xảy ra, nặng, tiến triển nhanh</li><li>- Đau ngực mới trong vòng 2 tháng</li><li>- Đau ngực với tần số dày hơn</li><li>- Đau ngực gia tăng khi gắng sức nhẹ</li><li>- Không đau ngực khi nghỉ trong vòng 2 tháng</li></ul>
II	<b>Đau thắt ngực khi nghỉ, bán cấp:</b> Đau ngực khi nghỉ xảy ra trong vòng 1 tháng nhưng không phải mới xảy ra trong 48 giờ.
III	<b>Đau thắt ngực khi nghỉ, cấp:</b> đau ngực xảy ra trong vòng 48 giờ.

## Các hoàn cảnh đau thắt ngực không ổn định

A	Đau thắt ngực thứ phát: xảy ra do các yếu tố không phải bệnh tim như thiếu máu, nhiễm trùng, cường giáp trạng, thiếu ôxy...
B	Đau thắt ngực tự phát
C	Đau thắt ngực không ổn định sau nhồi máu cơ tim: trong vòng 2 tuần sau NMCT

## Phân biệt với Đau thắt ngực cấp do ĐMV

### Nguyên nhân chính tim mạch

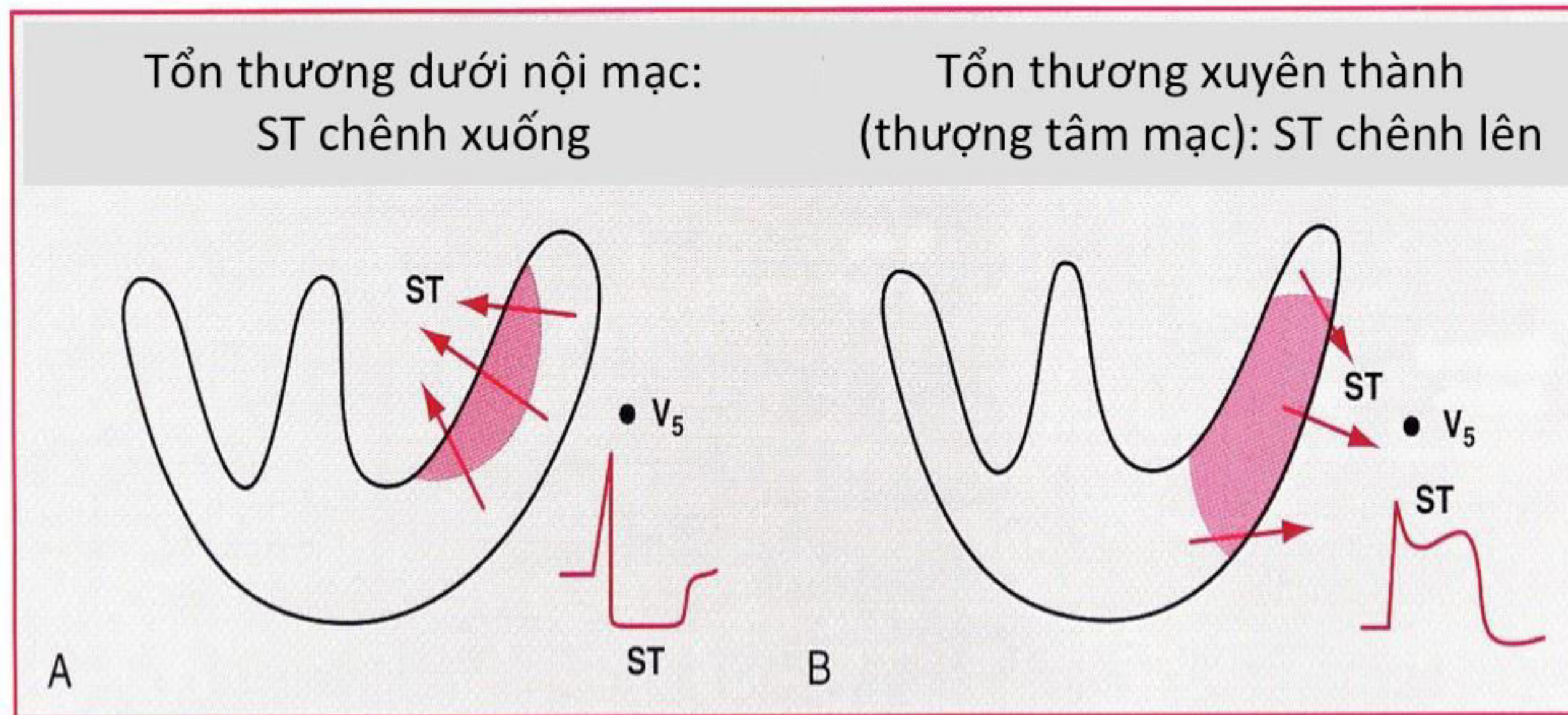
- VMNT cấp, TDMT
- Viêm cơ tim cấp
- Cơ tăng huyết áp, mức độ nặng
- Bệnh cơ tim do stress (h/c Tako-Tsubo)
- Bệnh cơ tim phì đại, hẹp van ĐMC
- Suy tim cấp, mức độ nặng
- H/c ĐMC cấp (lóc tách, máu tụ thành)
- Nhồi máu/thuyên tắc ĐM phổi
- Chấn thương/đụng dập tim

### Nguyên nhân chính ngoài tim mạch

- Co thắt, viêm, trào ngược thực quản
- Loét dạ dày, tá tràng, viêm túi mật, tụy
- Viêm phế quản/phổi, cơn hen
- Viêm màng phổi, TDMP, TKMP
- Tắc mạch phổi mạn, TALĐMP nặng
- Chấn thương ngực
- Viêm khớp sụn sườn, gãy xương sườn
- Tổn thương đốt sống/đĩa đệm cổ/ngực
- Herpes Zoster, rối loạn lo âu, thiếu máu



# Hội chứng vành cấp trên điện tâm đồ



**Thiếu máu cơ tim dưới nội mạc**  
(đau thắt ngực cổ điển):

ST chênh xuống thoáng qua  
không kèm thay đổi QRS

**NMCT ST không chênh lên**

ST chênh xuống hoặc T âm, không có  
sóng Q, có hoại tử cơ tim (men tim)

**Thiếu máu cơ tim xuyên thành**  
(cơn Prinzmetal, h/c Takotsubo\*):

ST chênh lên thoáng qua  
kèm bất thường sóng T

**NMCT ST chênh lên**

ST chênh lên, thay đổi sóng T,  
xuất hiện sóng Q hoại tử



# Nguyên nhân bất thường tái cực trên điện tâm đồ không do hội chứng vành cấp

## **ST chênh lên cố định**

- Phình vách thất trái
- Blocc nhánh T, h/c W.P.W, PĐCT, dày thất T
- Bệnh nhân đã đặt máy tạo nhịp
- Tái cực sớm (điểm J chênh lên)

## **ST chênh lên có biến đổi**

- Viêm cơ tim, màng ngoài tim cấp
- Nhồi máu phổi
- Rối loạn điện giải (kali máu tăng)
- Tổn thương TK cấp (TBMN, XH dưới nhện)

## **ST chênh xuống cố định**

- QRS bất thường (LBBB, W.P.W, tạo nhịp)
- Dày thất trái, phì đại cơ tim
- Bệnh mạch vành mạn tính

## **ST chênh xuống có thay đổi**

- |                                      |                            |
|--------------------------------------|----------------------------|
| • Viêm cơ/màng ngoài tim             | • Sau nhịp nhanh, sốc điện |
| • TALĐMP cấp                         | • Cơn THA, nặng            |
| • Rối loạn điện giải (tăng kali máu) | • Ngộ độc thuốc (digoxin)  |
| • LBBB, W.P.W, tạo nhịp từng lúc     | • Sốc, viêm tụy            |
|                                      | • Tăng thông khí           |

## **Sóng T âm**

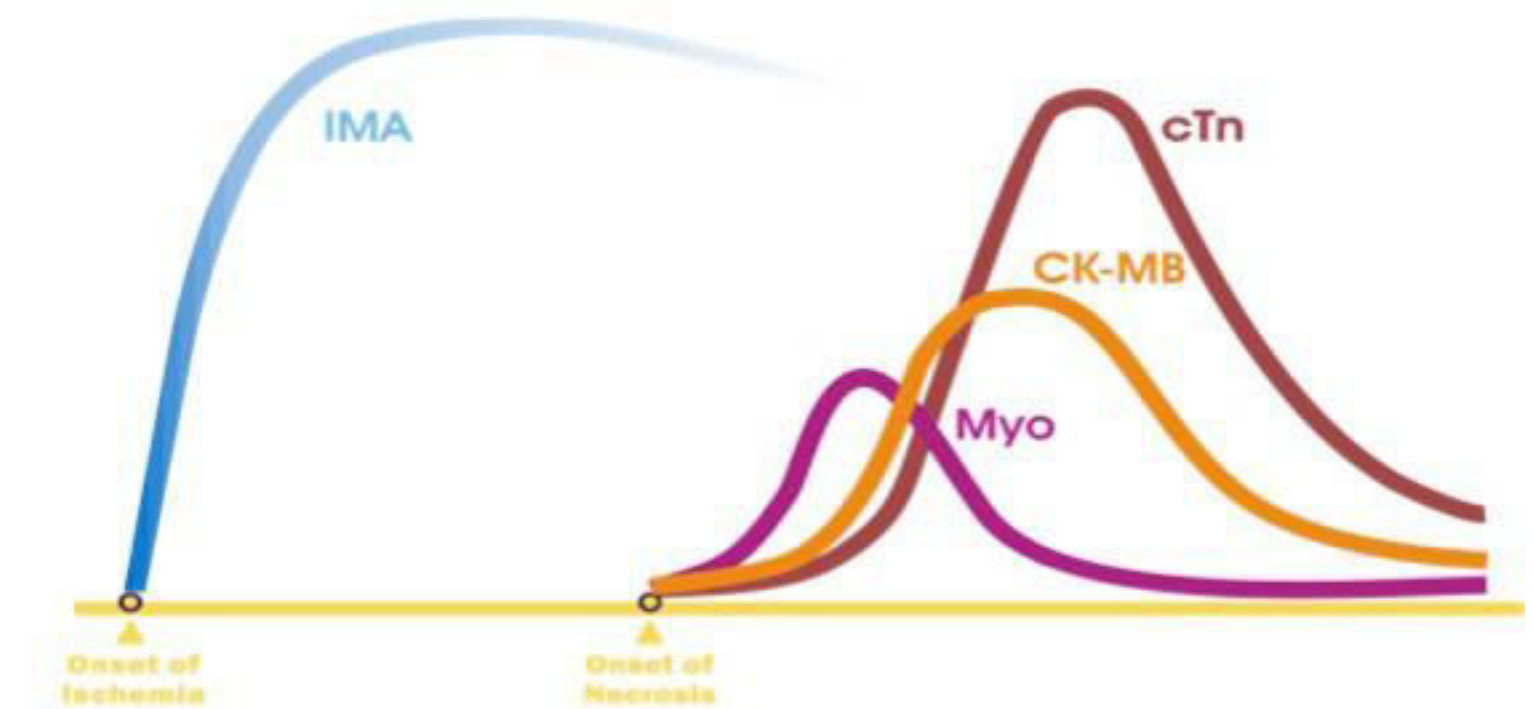
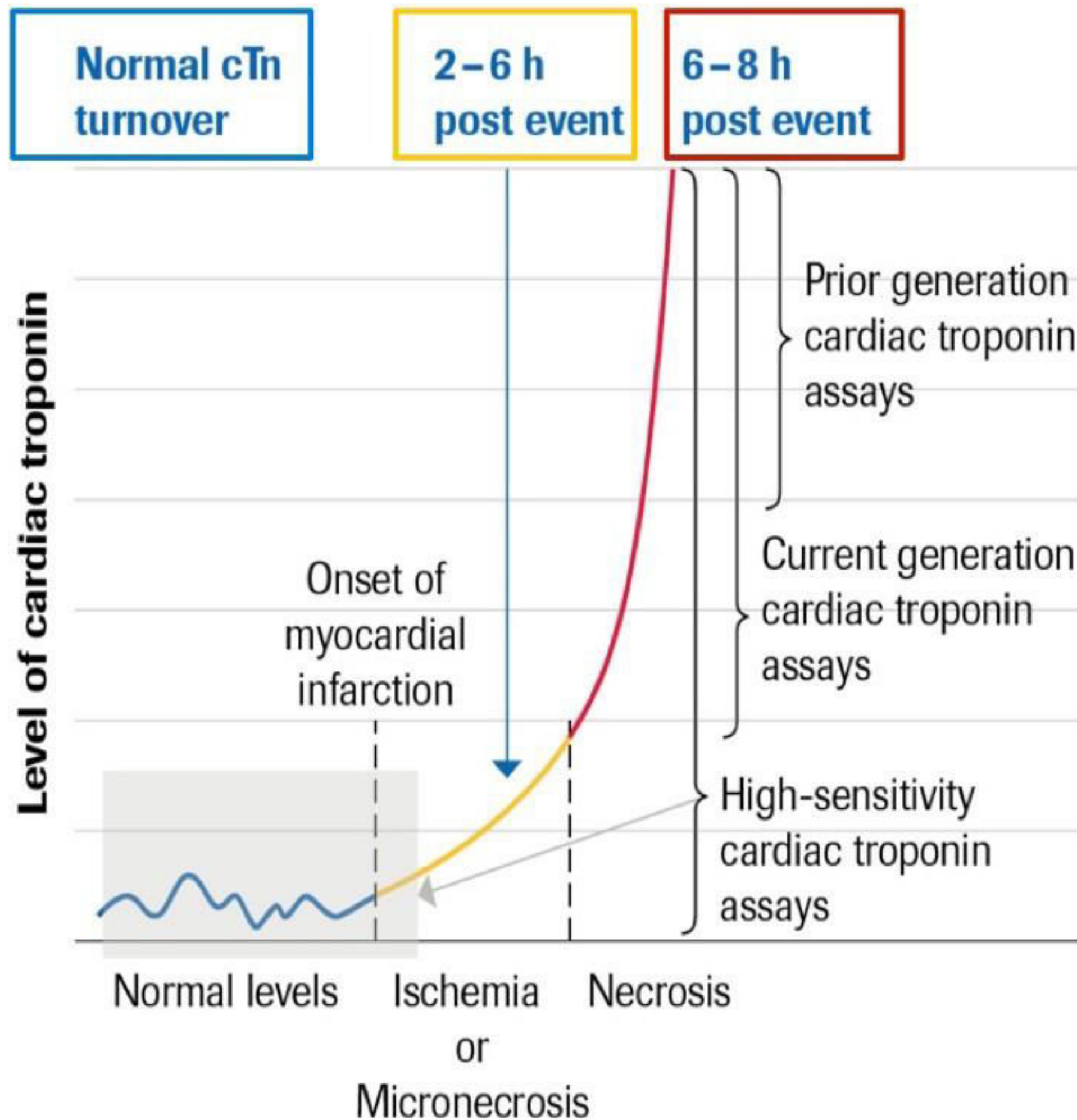
- Biến đổi thông thường, ví dụ ở nữ (chuyển đạo bên phải), trẻ em, thiếu niên...
- Tiến triển tự nhiên sau nhồi máu
- Bệnh mạch vành mạn tính
- Viêm màng ngoài/cơ tim cấp, bệnh cơ tim
- Blocc nhánh T/P, dày thất trái, h/c W.P.W
- Sau cơn tim nhanh hoặc tạo nhịp tim
- Rối loạn chuyển hoá hoặc điện giải

## **T cao rõ**

- Biến đổi thông thường, ví dụ tái cực sớm
- Rối loạn chuyển hoá hoặc điện giải (ví dụ kali máu cao)
- Tổn thương thần kinh cấp tính (TBMMN, XHMMN)



# Chỉ điểm sinh học trong hội chứng vành cấp



**“Dấu hiệu của thiếu máu cơ tim”:**

IMA  
Choline

**Tổn thương sớm cơ tim:**

Myoglobin  
FABP  
Hs Troponins

**Tổn thương cơ tim:**

Troponins

**Tăng gánh thất:**

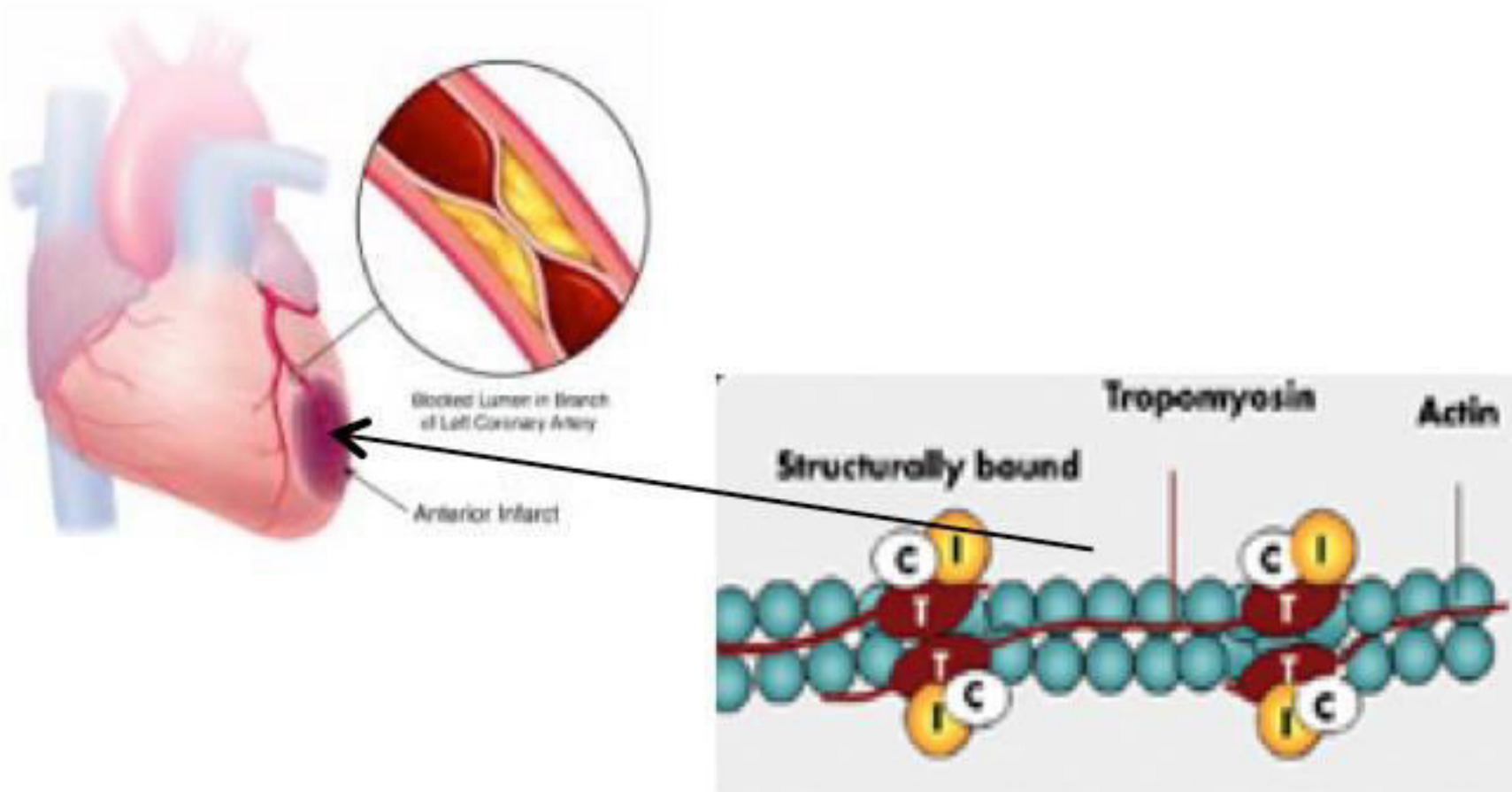
Natriuretic peptide (BNP)

**Nguy cơ chung tim mạch:**

MPO  
CRP



# Thay đổi nồng độ troponin thể hiện tính chất bất ổn của cơn đau thắt ngực



## Troponin tăng không do hội chứng vành cấp

### Nguyên nhân chính tim mạch

- Viêm cơ tim, màng ngoài tim cấp
- Cơn tăng huyết áp, mức độ nặng
- Phù phổi cấp hoặc suy tim ứ huyết nặng
- Bệnh cơ tim do stress (h/c Tako-Tsubo)
- Sau cơn nhịp nhanh hoặc nhịp chậm
- Chấn thương/đụng dập tim, sau đốt RL nhịp, tạo nhịp, sốc điện, sinh thiết cơ tim
- Lóc thành ĐMC, bệnh van ĐMC, bệnh PĐCT
- Tắc mạch phổi, TALĐMP nặng

### Nguyên nhân chính ngoài tim mạch

- Suy thận (cấp hoặc mạn)
- Bệnh nặng cần hồi sức (NK huyết, suy hô hấp)
- Bệnh lý TK cấp (TBMN, XH dưới nhện)
- Bỏng nặng (ảnh hưởng >30% diện tích da)
- Tiêu cơ vân
- Ngộ độc thuốc (hoá trị liệu adriamycin, 5-fluorouracil, herceptin, nọc rắn...)
- Bệnh lý cơ do viêm hoặc thoái hoá
- Suy giáp
- Nhiễm bột, hemochromatosis, sarcoidosis
- Xơ cứng bì

- **Động học Tn** đặc hiệu cho hội chứng vành cấp & **xác định có hoại tử cơ tim**
- **Kết hợp lâm sàng** với xét nghiệm rất quan trọng để chẩn đoán hội chứng vành cấp



# Định nghĩa toàn cầu NMCT cấp lần 3 (2012)

## (ESC/ACCF/AHA/WHF task force)

- NMCT là tình trạng hoại tử tế bào cơ tim do thiếu máu nuôi dưỡng kéo dài

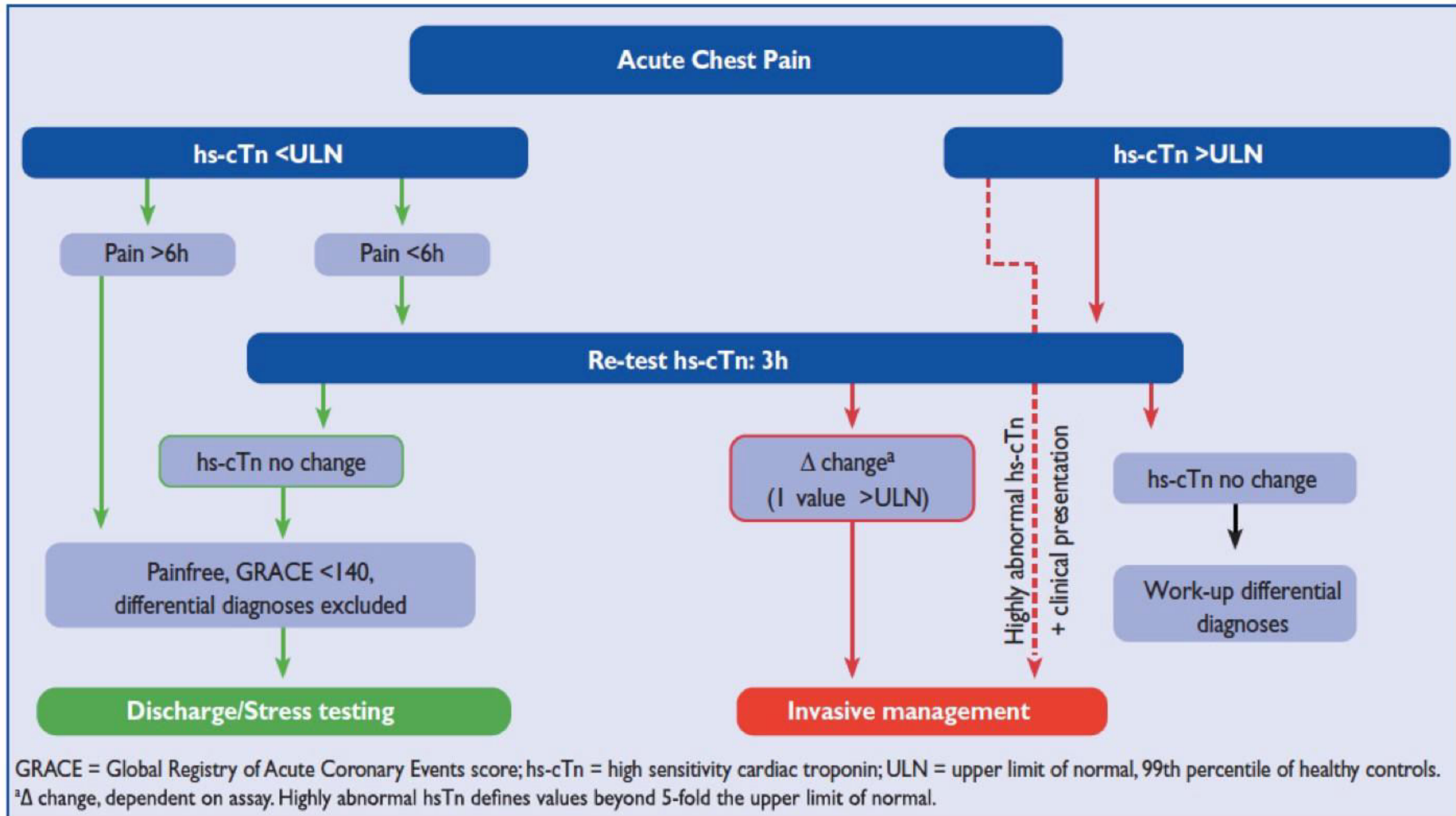
Chẩn đoán NMCT trong **bối cảnh lâm sàng thiếu máu cơ tim, khi tăng/giảm dấu ấn sinh học (tốt nhất là **troponin**)  $\geq 1$  giá trị **ngưỡng** +  $\geq 1$  biểu hiện**

- Triệu chứng bệnh tim thiếu máu cục bộ (đau thắt ngực kiểu động mạch vành)
- Thay đổi điện tâm đồ: thay đổi ST-T hoặc xuất hiện bloc nhánh trái mới hoặc Q bệnh lý mới
- Bất thường vận động của một vùng thành tim mới xuất hiện
- Huyết khối trong lòng ĐMV bằng chụp cản quang hoặc tử thi

Recommendations	Class <sup>a</sup>	Level <sup>b</sup>
A 12-lead ECG must be obtained as soon as possible at the point of FMC, with a target delay of $\leq 10$ min.	I	B
ECG monitoring must be initiated as soon as possible in all patients with suspected STEMI.	I	B
Blood sampling for serum markers is recommended routinely in the acute phase but one should not wait for the results before initiating reperfusion treatment.	I	C
The use of additional posterior chest wall leads ( $V_7-V_9 \geq 0.05$ mV) in patients with high suspicion of infero-basal myocardial infarction (circumflex occlusion) should be considered.	IIa	C
Echocardiography may assist in making the diagnosis in uncertain cases but should not delay transfer for angiography.	IIb	C



# Phác đồ 3h chẩn đoán hội chứng vành cấp





# Phác đồ 0/1h chẩn đoán NSTEMI-ACS với hs-cTn

