

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Ths. Trần Đại Cường, Ths. Trương Phi Hùng, Ts. Hoàng Văn Sỹ

MỤC TIÊU

Chẩn đoán xác định được hội chứng vành cấp với các thể nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên, đau thắt ngực không ổn định và các biến chứng.

TÌNH HUỐNG LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 66 tuổi, nhập viện lúc 2 giờ sáng vì đau ngực dữ dội sau xương ức, vã mồ hôi. Bệnh nhân đã biết đái tháo đường, tăng huyết áp 4 năm và đang điều trị. Bệnh nhân cho biết khoảng 1 tháng nay thường có cảm giác nặng ngực khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi. Cần làm gì để chẩn đoán nguyên nhân đau ngực ở bệnh nhân này?

GIỚI THIỆU

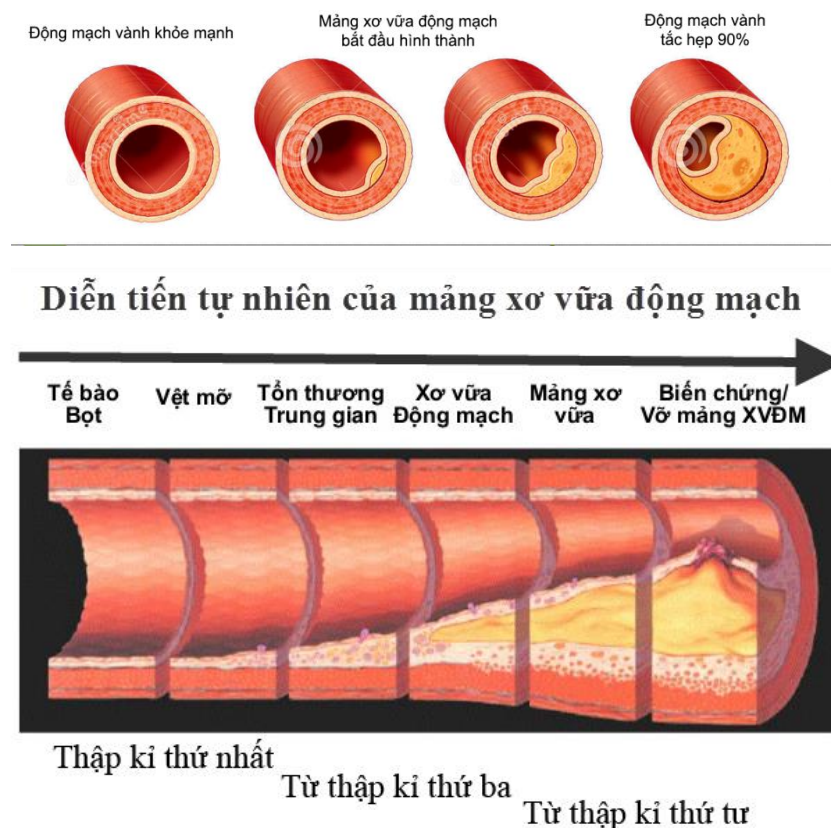
Bệnh mạch vành – suy mạch vành, thiếu năng vành, đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ là những thuật ngữ dùng để chỉ một nhóm các thể lâm sàng gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng cùng có chung cơ chế sinh lý bệnh là sự mất cân bằng cung cầu oxy cho cơ tim. Nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh mạch vành là do xơ vữa động mạch làm hẹp/tắc một hoặc nhiều nhánh động mạch vành.

Hiện nay, bệnh mạch vành thường gặp ở các nước phát triển và có xu hướng gia tăng rất nhanh ở các nước đang phát triển. Theo ước tính ở Hoa Kỳ, hiện có khoảng 13 triệu người mắc bệnh và bệnh mạch vành là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở cả nam lẫn nữ. Ở độ tuổi trung niên, tỉ lệ nam mắc bệnh mạch vành nhiều hơn nữ, tuy nhiên tỉ lệ này tăng cao gấp 2 – 3 lần ở phụ nữ sau tuổi mãn kinh.

Cơn đau thắt ngực ổn định là biểu hiện lâm sàng đầu tiên của bệnh mạch vành ở 50% bệnh nhân. Bệnh mạch vành có thể biểu hiện bằng các thể lâm sàng: đau thắt ngực ổn định, hội chứng vành cấp (bao gồm cơn đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, nhồi máu cơ tim ST chênh lên), suy tim do thiếu máu cục bộ - bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ, rối loạn nhịp do thiếu máu cục bộ, đột tử do tim.

SINH BỆNH HỌC

Bệnh mạch vành – suy mạch vành, thiếu năng vành, đau thắt ngực, bệnh tim thiếu máu cục bộ là những thuật ngữ dùng để chỉ một nhóm các thể lâm sàng gây ra do nhiều nguyên nhân khác nhau nhưng cùng có chung cơ chế sinh lý bệnh là sự mất cân bằng cung cầu oxy cho cơ tim, trong đó nhu cầu oxy liên quan nhịp tim, sức co cơ tim, tiền tải, hậu tải, và cung cấp oxy liên quan lưu lượng tưới máu cơ tim (chất và lượng Hb bình thường). Thuật ngữ thiếu máu cục bộ được hiểu là tình trạng cung cấp máu không đủ cho cơ tim. Nguyên nhân thường gặp nhất của bệnh mạch vành là do xơ vữa động mạch làm hẹp/tắc một hoặc nhiều nhánh động mạch vành, ngoài ra cũng có thể do tình trạng co thắt động mạch vành do các nguyên nhân khác nhau. Về chức năng là suy vành, về hình thái, giải phẫu là bệnh mạch vành, về triệu chứng lâm sàng là đau thắt ngực, về hệ quả là tim thiếu máu cục bộ.



Hình 1. Diễn tiến mảng xơ vữa theo thời gian dẫn đến bệnh lý mạch vành.

Nguồn: Pepine CJ (1998). *Am J Cardio*, 82 (Suppl 104)

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành

Các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành:

Nhóm I: can thiệp điều trị chắc chắn cải thiện tiên lượng bệnh động mạch vành gồm hút thuốc lá, tăng LDL-C, tăng huyết áp, phì đại thất trái, các yếu tố sinh huyết khối.

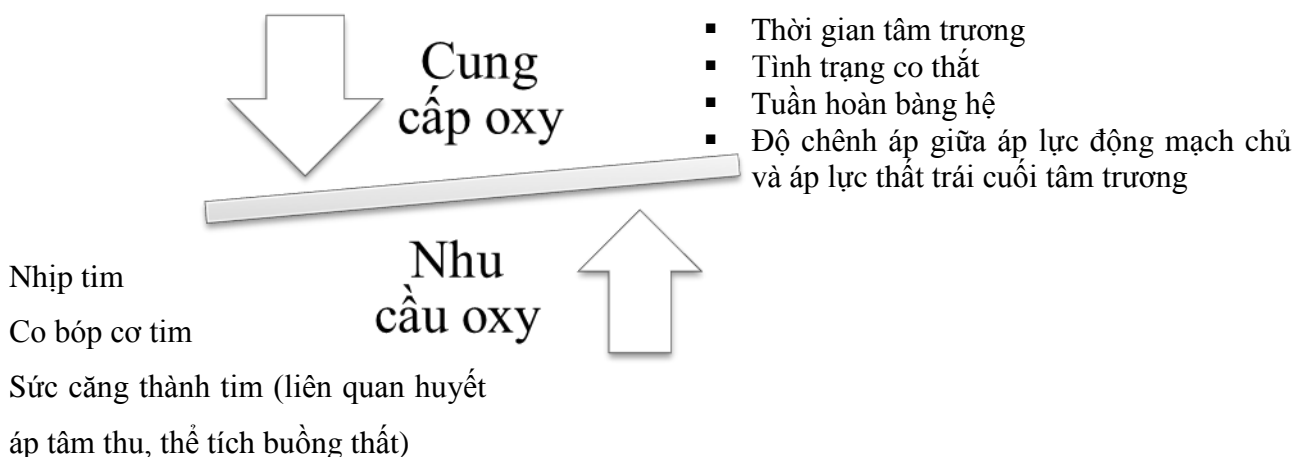
Nhóm II: can thiệp điều trị nhiều khả năng cải thiện tiên lượng bệnh động mạch vành gồm đái tháo đường, HDL-C thấp, béo phì, ít vận động thể lực.

Nhóm III: can thiệp điều trị có thể làm giảm nguy cơ bệnh động mạch vành gồm các yếu tố tâm lý xã hội, trầm cảm, lo âu, tăng triglyceride máu, tăng lipoprotein a, tăng homocystein máu, stress oxy hoá, uống rượu nhiều.

Nhóm IV: yếu tố nguy cơ không thể thay đổi gồm nam, tiền sử gia đình bệnh mạch vành sớm (nam < 55, nữ < 65), tuổi (nam > 45, nữ > 55).

Biểu hiện của bệnh mạch vành gồm 2 thể chính là: Bệnh mạch vành mạn và hội chứng vành cấp. Đối với bệnh mạch vành mạn, tình trạng xơ vữa động mạch tiến triển làm hẹp một hoặc nhiều nhánh động mạch vành, thường biểu hiện triệu chứng khi bệnh nhân gắng sức, trong khi đó hội chứng vành cấp xảy ra khi có tình trạng mất ổn định mảng xơ vữa, kéo theo quá trình kết tập tiểu cầu, tạo cục máu đông làm tắc/hẹp động mạch vành tiến triển cấp tính, nên bệnh nhân có biểu hiện triệu chứng ngay cả khi nghỉ ngơi.

Lưu lượng mạch vành, liên quan:



Hình 2. Các yếu tố liên quan cân bằng cung – cầu oxy cơ tim.

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN HỘI CHỨNG VÀNH CẤP

Tình huống lâm sàng trên thường hay gặp ở phòng cấp cứu ở các bệnh viện. Bệnh nhân nhập viện vì đau ngực hoặc cảm giác nặng ngực, khó chịu ở ngực và đòi hỏi bác sĩ phải đánh giá và tìm nguyên nhân để có thể xử trí thích hợp. Nguyên nhân gây đau ngực rất nhiều, bao gồm cả các bệnh lý tim như hội chứng vành cấp và kể các các nguyên nhân nguy hiểm khác như bóc tách động mạch chủ ngực, tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, thủng thực quản hay các nguyên nhân khác liên quan đến thần kinh, cơ xương khớp, hô hấp, tiêu hóa... Bài viết này nối tiếp bài “Tiếp cận bệnh nhân đau ngực” đã được hướng dẫn ở chương trình Y3 nhằm giúp các bạn sinh viên Y4 có thể tiếp cận và chẩn đoán được bệnh nhân hội chứng vành cấp.

Ở đây, chúng ta sẽ nhắc lại một số điểm:

Đau ngực là một trong những triệu chứng thường gặp, đặc biệt là bệnh nhân đến phòng khám, nhập cấp cứu hoặc nhập khoa Tim mạch. Bệnh nhân có thể mô tả triệu chứng là đau ngực, nặng ngực hoặc đôi khi chỉ là cảm giác khó chịu, tức ngực.

Có rất nhiều nguyên nhân gây đau ngực, bao gồm các nguyên nhân nguy hiểm cần phát hiện sớm và xử trí cấp cứu như hội chứng vành cấp, bóc tách động mạch chủ, tràn khí màng phổi, thuyên tắc phổi, thủng thực quản..., do đó việc tiếp cận bệnh nhân đau ngực cần phải có hệ thống, có định hướng nhằm xác định hoặc loại trừ các nguyên nhân nguy hiểm cần xử trí cấp cứu cũng như chẩn đoán chính xác để có thể điều trị hiệu quả, kịp thời cho bệnh nhân.

Hội chứng vành cấp là tình trạng tổn thương cấp tính ở động mạch vành, thường gặp do tình trạng mất ổn định, vỡ mảng xơ vữa, tạo thành huyết khối gây tắc hẹp lòng động mạch vành. Hội chứng vành cấp là tên gọi chung, bao gồm 3 thể bệnh là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định. Bệnh nhân hội chứng vành cấp thường nhập viện trong bệnh cảnh đau ngực, đôi khi có thể nhập viện với các triệu chứng khác như khó thở, đột tử, ... do các biến chứng của bệnh như rối loạn nhịp, suy tim, choáng...

Trong chương trình Y3, chúng ta đã đề cập đến tiếp cận bệnh nhân đau ngực và đi đến được chẩn đoán hội chứng vành cấp. Ở đây sẽ đề cập các bước tiếp theo để chẩn đoán xác định hội chứng vành cấp với các thể cụ thể cũng như đánh giá biến

chúng để có thể theo dõi và điều trị. Để tiếp cận bệnh nhân hội chứng vành cấp, chúng ta cần trả lời các câu hỏi sau.

1. Bệnh nhân có bị hội chứng vành cấp?

Biểu hiện của hội chứng vành cấp thường gặp là đau ngực, vị trí đau thường sau xương ức, tính chất đau thắt, bóp chặt, đè nặng, cường độ chịu đựng được, khiến bệnh nhân ngưng việc đang làm, hướng lan đến cổ, hàm dưới, vai, cánh tay trái > phải, thời gian vài phút, dưới 15 phút, yếu tố khởi phát là hoạt động thể lực, trời gió lạnh, xúc động, yếu tố làm giảm đau có thể là nghỉ ngơi, ngậm nitroglycerine dưới lưỡi trong vòng 30 giây đến vài phút, triệu chứng đi kèm là đổ mồ hôi, tái mặt, buồn nôn, nôn.

Nghĩ đến hội chứng vành cấp khi đau ngực có các đặc điểm sau:

- Đau ngực lúc nghỉ tĩnh và kéo dài, thường là trên 20 phút.
- Đau ngực mới xuất hiện, trước đây không có đau ngực mà đau ngực mới xuất hiện với cường độ dữ dội, ít nhất là CCS III.
- Đau ngực tăng dần, trước đây được chẩn đoán là cơn đau thắt ngực ổn định, giờ thì cơn đau xuất hiện thường hơn, kéo dài hơn, ngưỡng gắng sức xuất hiện cơn đau thấp hơn (ít nhất là tăng 1 độ theo phân độ CCS hoặc ít nhất là CCS III).

Chú ý là những bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thường là đau ngực lúc nghỉ tĩnh. Ngoài ra, cũng có thể biểu hiện chỉ là khó thở, khó tiêu, buồn nôn, nôn, hoa mắt, chóng mặt, bất tỉnh.

Triệu chứng cơ năng thường phong phú, nhưng triệu chứng thực thể thường ít giúp ích cho chẩn đoán. Tuy nhiên khám thực thể cũng rất quan trọng để loại trừ các chẩn đoán khác có thể nhầm với nhồi máu cơ tim, để đánh giá phân tầng nguy cơ, để chẩn đoán các trường hợp dọa suy tim, để có những thông tin ban đầu giúp theo dõi diễn tiến bệnh về sau, nhất là giúp phát hiện sớm những biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim cấp. Khám thực thể nên tập trung vào việc đánh giá tình trạng huyết động và sung huyết phổi. Nhịp tim và huyết áp thường là bình thường nhưng cũng có thể xuất hiện nhịp chậm hoặc nhịp nhanh. Khi nhồi máu nặng và tổn thương cơ tim lan rộng có thể xuất hiện các dấu hiệu suy tim và choáng. Nghe tim có thể bình thường nhưng thường có tiếng T4. Nếu nghe được tiếng T3 có nghĩa là có nhồi máu rộng và tổn thương cơ tim lan tỏa. Âm thổi tâm thu có thể xuất hiện thoáng qua hoặc kéo dài.

Âm thổi này có thể do hở van hai lá cấp do rối loạn chức năng cơ nhú hoặc dẫn thất trái hoặc thông liên thất cấp. Tiếng cọ màng ngoài tim có thể xuất hiện nhưng thường thoáng qua.

Qua khai thác bệnh sử, tiền căn và thăm khám có thể giúp chúng ta hướng đến hội chứng vành cấp.

Bảng 2. Định nghĩa nhồi máu cơ tim toàn cầu lần IV

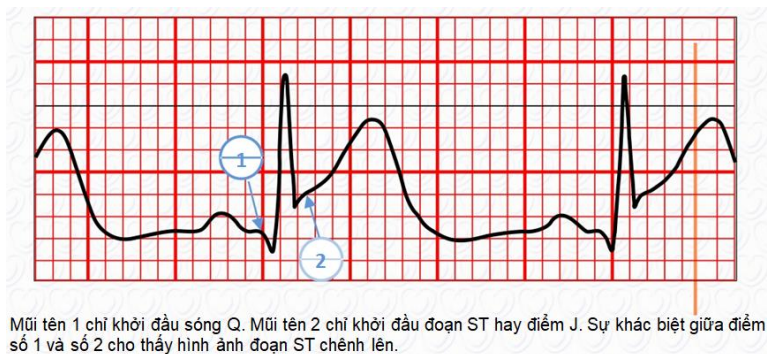
Định nghĩa nhồi máu cơ tim theo ESC/ACCF/AHA/WHF 2018: Định nghĩa lâm sàng của nhồi máu cơ tim bao gồm sự hiện diện của tổn thương cơ tim cấp tính được phát hiện bằng bất thường các chất chỉ điểm sinh học tim (Cardiac Biomarkers) trong tình huống có bằng chứng của thiếu máu cơ tim cục bộ cấp tính.

Có sự tăng và/hoặc giảm men tim (như Troponin cTn) với tối thiểu 1 giá trị trên giới hạn trên bách phân vị 99 và kèm theo ít nhất 1 triệu chứng sau:

- Triệu chứng thiếu máu cơ tim cục bộ cấp
- Thay đổi điện tim thiếu máu cục bộ mới
- Tiến triển của sóng Q bệnh lý
- Bằng chứng hình ảnh về mất sự sống của tế bào cơ tim hoặc rối loạn vận động vùng mới phù hợp với tổn thương thiếu máu cục bộ
- Chụp mạch vành hoặc tử thi cho thấy huyết khối trong lòng động mạch vành.

Ngoài các xét nghiệm thường quy, trong trường hợp nghi đến hội chứng vành cấp, bệnh nhân được thực hiện một số cận lâm sàng sau:

Điện tâm đồ: Đoạn ST chênh lên vòm, với sóng T cao nhọn, đối xứng (giai đoạn tối cấp, trong những giờ đầu), hoặc sóng T âm, sâu, nhọn, đối xứng (giai đoạn cấp, trong những ngày đầu). Sóng Q: điển hình có thời gian trên 40 mili giây, có thể xuất hiện muộn, vài ngày sau. Biến đổi điển hình trên ECG là sự thay đổi của ST theo thời gian. Do đó nên đo ECG nhiều lần trong ngày khi có đau ngực hoặc loạn nhịp, ít ra là một lần mỗi ngày trong giai đoạn còn nằm trong đơn vị săn sóc tích cực mạch vành (CCU). Ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp vùng dưới nên đo thêm các chuyển đạo V3R, V4R để phát hiện nhồi máu cơ tim thất phải, nếu ST chênh lên > 1mm ở V4R gợi ý nhồi máu cơ tim thất phải.



Hình 3. Cách xác định đoạn ST chênh lên trên điện tâm đồ.

Bảng 3. Tiêu chuẩn điện tâm đồ trong nhồi máu cơ tim (ACC/AHA 2013)

| Trường hợp không có block nhánh trái | | |
|--|--------|--|
| ST chênh lên: ST chênh lên mới ở 2 chuyển đạo liên tiếp với <ul style="list-style-type: none"> ST chênh lên $\geq 0,1\text{mV}$ ở mọi chuyển đạo, trừ V2, V3 ST chênh lên $\geq 0,2\text{mV}$ ở V2, V3 đối với nam ≥ 40 tuổi ST chênh lên $\geq 0,25\text{mV}$ ở V2, V3 đối với nam < 40 tuổi ST chênh lên $\geq 0,15\text{mV}$ ở V2, V3 đối với nữ | | |
| ST chênh xuống và thay đổi sóng T: <ul style="list-style-type: none"> ST chênh xuống đi ngang/đi xuống $\geq 0,5\text{mV}$ mới ở 2 chuyển đạo liên tiếp Sóng T đảo $\geq 0,1\text{mV}$ ở 2 chuyển đạo liên tiếp với sóng R cao ưu thế hoặc tỉ số $R/S > 1$ | | |
| Trường hợp có block nhánh trái | | |
| ST chênh lên $\geq 1\text{mm}$ và cùng chiều với phức bộ QRS | 5 điểm | |
| ST chênh xuống $\geq 1\text{mm}$ ở V1, V2 hay V3 | 3 điểm | |
| ST chênh lên $\geq 5\text{mm}$ và trái chiều với phức bộ QRS | 1 điểm | |
| Tổng điểm ≥ 3: độ đặc hiệu chẩn đoán nhồi máu cơ tim cấp lên đến 98%. | | |
| Trường hợp có nhồi máu cơ tim cũ (không có phì đại thất trái và block nhánh trái) | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Bất kì sóng Q $\geq 0,02$ giây ở V2 - V3 hoặc QS ở V2 - V3 Sóng Q $\geq 0,03$ giây và $\geq 0,1\text{mV}$ hoặc QS ở DI, DII, aVL, aVF hoặc V4 - V6 | | |

với 2 chuyển đạo liên tiếp.

- Sóng R $\geq 0,04$ giây ở V1 – V2 và R/S ≥ 1 với sóng T dương cùng chiều trong trường hợp không có rối loạn dẫn truyền.



- a. Hình ảnh điện tâm đồ bình thường.
- b. Hình ảnh điện tâm đồ trong vòng vài giờ sau nhồi máu với đoạn ST chênh lên. Trong giai đoạn này, chưa có thay đổi phức bộ QRS cũng như sóng T. Mặc dù thường được gọi là nhồi máu cơ tim cấp, trong giai đoạn này chưa có bằng chứng của nhồi máu, chỉ có bằng chứng của tổn thương cơ tim.
- c. Hình ảnh điện tâm đồ thay đổi trong vòng vài ngày với thay đổi sóng R giảm biên độ và xuất hiện sóng Q bệnh lý, kèm theo đó là sóng T đảo ngược. Đoạn ST sẽ giảm chênh so với hình b.
- d. Trong vòng 1 hoặc vài tuần, đoạn ST sẽ trở về bình thường, sóng R giảm biên độ và sóng Q bệnh lý vẫn tiếp tục tồn tại. Sóng T âm sâu đối xứng có thể gặp trong giai đoạn này. Hình ảnh này có thể tồn tại vĩnh viễn ở một số bệnh nhân.
- e. Vài tháng sau nhồi máu, sóng T có thể trở về bình thường, sóng Q bệnh lý và R giảm biên độ vẫn tiếp tục tồn tại.

Hình 4. Thay đổi điện tim theo thời gian

Men tim: Troponin I và T chuyên biệt cho tim có độ nhạy và độ chuyên tốt hơn so với CK – MB. Ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim cục bộ cấp, tỉ lệ tử vong do tim tỉ lệ thuận với mức độ tăng troponin. cTn I và cTn T tăng 3 – 12 giờ sau khi bắt đầu nhồi máu cơ tim và đạt đỉnh sau 24 – 48 giờ, trở về bình thường 5 – 14 ngày. Độ thanh thải troponin chậm giúp phát hiện những bệnh nhân nhồi máu cơ tim tới khám chậm vài ngày sau đau ngực. CK và CK-MB tăng trong 3 – 12 giờ, sẽ trở về bình thường trong vòng 24 – 36 giờ đầu nên sẽ dễ đánh giá nhồi máu cơ tim tái phát khi có sự gia tăng trở lại. Ngày nay có các phác đồ mới với áp dụng Troponin siêu nhạy (hs Troponin T, I) để xác định chẩn đoán hoặc loại trừ nhồi máu cơ tim trong vòng 1 - 3 giờ đầu.

Siêu âm tim: để phát hiện các rối loạn chuyển động vùng ở bệnh nhân đau ngực không đáp ứng điều trị và có ECG không điển hình để sàng lọc bệnh nhân gửi phòng thông tim chụp mạch vành xác định chẩn đoán. Các rối loạn chuyển động vùng xảy ra rất sớm, chỉ vài giây sau khi mạch vành bị tắc, trước khi hoại tử xảy ra. Siêu âm tim cũng rất hữu ích để chẩn đoán các nguyên nhân gây đau ngực khác như phình bóc tách động mạch chủ, tràn dịch màng tim, thuyên tắc phổi nặng. Siêu âm Doppler để chẩn

đoán hở van 2 lá hoặc thủng vách liên thất ở bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp có âm thổi tâm thu mới xuất hiện hay thay đổi.

Chụp mạch vành và buồng thất trái có cản quang giúp chẩn đoán xác định chắc chắn nhồi máu cơ tim cấp và mức độ ảnh hưởng của nhồi máu cơ tim lên chức năng thất trái.

2. Hội chứng vành cấp thể nào?

Như đã đề cập ở trên, hội chứng vành cấp được chia làm 3 thể, phân biệt dựa vào xét nghiệm men tim và hình ảnh điện tâm đồ.

Bảng 4. Phân biệt các thể hội chứng vành cấp

| Thể | Điện tâm đồ | Thay đổi động học men tim |
|--|--|---------------------------|
| Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên | ST chênh lên và diễn tiến điện tim thay đổi theo thời gian phù hợp nhồi máu cơ tim | Có |
| Nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên | Không có hình ảnh ST chênh lên | Có |
| Đau thắt ngực không ổn định | Không có hình ảnh ST chênh lên | Không |

Việc phân chia các thể của hội chứng vành cấp giúp ích cho việc điều trị và tiên lượng bệnh nhân. Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên thường đòi hỏi phải điều trị tái tưới máu càng sớm càng tốt, trong khi đó nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên và đau thắt ngực không ổn định, bệnh nhân cần được đánh giá phân tầng nguy cơ để xem xét tái tưới máu vào thời điểm thích hợp.

3. Thời điểm?

Việc ghi nhận chính xác thời điểm hội chứng vành cấp diễn ra rất có ý nghĩa trong việc điều trị và tiên lượng cho bệnh nhân. Hội chứng vành cấp là một cấp cứu, do đó thời gian điều trị, đặc biệt là điều trị tái tưới máu càng sớm sẽ giúp cải thiện triệu chứng cũng như tiên lượng cho bệnh nhân.

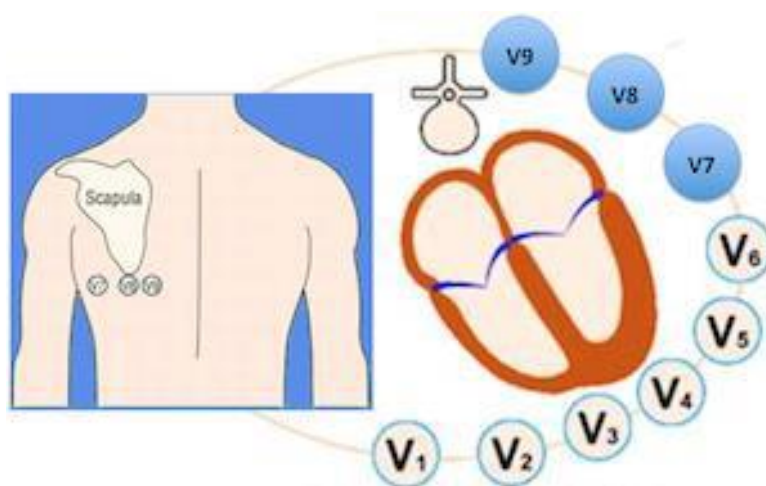
Thời điểm khởi phát hội chứng vành cấp được tính từ lúc bệnh nhân khởi phát triệu chứng đau ngực. Tuy nhiên, trong một số trường hợp, bệnh nhân có thể biểu hiện đau ngực không rõ ràng hoặc triệu chứng đau ngực kéo dài nhiều ngày...thì cần lưu ý xác nhận lại thời điểm thay đổi tính chất của triệu chứng (ví dụ đau ngực kéo dài hơn, không giảm khi nghỉ ngơi...), đó có thể là thời điểm khởi phát của hội chứng vành cấp.

Ngoài ra, chúng ta có thể dựa vào diễn tiến động học của điện tâm đồ và men tim để giúp gợi ý thời điểm khởi phát hội chứng vành cấp. Nếu trong vòng ngày đầu, chẩn đoán cần ghi rõ giờ thứ mấy.

4. Nếu là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên: định vị vùng nhồi máu? Phân độ?

Xác định vùng nhồi máu: Trong nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên, chúng ta có thể dựa vào hình ảnh điện tâm đồ để xác định vùng nhồi máu cơ tim

- V1, V2: vách liên thất
- V3, V4: thành trước thất trái
- V1-V4: trước vách
- V5, V6: thành bên thấp, vùng mỏm thất trái
- DI, aVL: thành bên cao thất trái
- V1-V6, và DI, aVL: vùng trước rộng
- V7, V8, V9: thành sau thất trái (sau thực)
- DII, DIII, aVF: thành dưới thất trái
- V3R, V4R: thất phải



Hình 5. Vị trí các chuyển đạo trước tim và phân vùng nhồi máu

Phân độ: Thường sử dụng phân độ Killip chủ yếu để biết tình trạng suy bơm và góp phần giúp tiên lượng bệnh nhân

Bảng 5. Phân độ Killip

| Độ Killip | Lâm sàng | Tỉ lệ tử vong trong 30 ngày |
|-----------|---|-----------------------------|
| I | Lâm sàng bình thường | 5,1% |
| II | Có ran ẩm < ½ phổi, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có Gallop T3 | 13,6% |

| | | |
|-----|--------------|-------|
| III | Phù phổi cấp | 32,2% |
| IV | Choáng tim | 57,8% |

5. Nếu là nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên/Đau thắt ngực không ổn định: phân tầng nguy cơ?

Việc phân tầng nguy cơ sẽ giúp đưa ra chiến lược điều trị và giúp ích trong tiên lượng cho bệnh nhân.

Bảng 6. Thang điểm TIMI

| | |
|---|---|
| Tuổi từ 65 trở lên | 1 |
| Có từ 3 yếu tố nguy cơ bệnh động mạch vành (tiền căn gia đình, tăng huyết áp, tăng cholesterol máu, đái tháo đường, hút thuốc lá) | 1 |
| Tiền căn bệnh mạch vành (hẹp từ 50%) | 1 |
| Dùng Aspirin trong 7 ngày trước | 1 |
| Từ 2 cơn đau thắt ngực trong 24 giờ trước | 1 |
| ST thay đổi từ 0,5mm trên điện tâm đồ lúc nhập viện | 1 |
| Tăng men tim | 1 |
| Tổng điểm | 7 |

TIMI > 1: nguy cơ cao.

Bảng 7. TIMI và nguy cơ biến cố tim mạch trong vòng 14 ngày

| TIMI | Tử vong/Nhồi máu cơ tim tái phát | Tử vong/Nhồi máu cơ tim tái phát/Cần tái thông mạch vành cấp cứu |
|------|----------------------------------|--|
| 0/1 | 3% | 5% |
| 2 | 3% | 8% |
| 3 | 5% | 13% |
| 4 | 7% | 20% |
| 5 | 12% | 26% |
| 6/7 | 19% | 41% |

Thang điểm GRACE: giúp tiên lượng các biến cố tim mạch trong thời gian nằm viện và sau 6 tháng, có thể tính toán bằng phần mềm trên máy tính, điện thoại...

Bảng 8. Thang điểm GRACE

| | |
|------------------|-------------------------|
| Tuổi | 1,7 cho mỗi 10 tuổi |
| Phân độ Killip | 2 cho mỗi độ |
| Huyết áp tâm thu | 1,4 cho mỗi tăng 20mmHg |
| Thay đổi ST | 2,4 |
| Có ngưng tim | 4,3 |
| Creatinine | 1,2 cho mỗi tăng 1mg/dL |
| Tăng men tim | 1,6 |

| | |
|----------|------------------------------|
| Nhịp tim | 1,3 cho mỗi tăng 30 lần/phút |
|----------|------------------------------|

GRACE > 140: nguy cơ cao

Bảng 9. Phân tầng nguy cơ theo ESC 2018

| | |
|--------------------|---|
| Nguy cơ rất cao | Rối loạn huyết động, choáng tim Đau ngực tái phát/đau ngực kháng trị Ngưng tim/rối loạn nhịp tim nguy hiểm Biến chứng cơ học Suy tim cấp Thay đổi động học ST – T tái diễn |
| Nguy cơ cao | Thay đổi men tim troponin Thay đổi động học ST – T (có triệu chứng hoặc không) GRACE > 140 |
| Nguy cơ trung bình | Đái tháo đường/Suy thận Suy tim sung huyết/EF < 40% Tiền căn PCI/CABG Có triệu chứng thiếu máu cục bộ trên các test không xâm lấn GRACE 109 – 140 |

6. Có biến chứng gì không?

Trong ĐTNKÔĐ, các biến chứng bao gồm tử vong (5% đến 10% số bệnh nhân) hoặc tiến triển đến nhồi máu (10% đến 20% số bệnh nhân) trong vài ngày và vài tuần tiếp theo. Ở bệnh nhân NMCT có ST chênh lên có thể có các biến chứng do hiện tượng viêm, biến chứng cơ học, và bất thường về điện do vùng cơ tim hoại tử (Hình 6).

Suy bơm: phù phổi cấp, suy tim cấp, choáng với các biểu hiện như khó thở, suy hô hấp, tụt huyết áp, khám có thể thấy nhịp tim nhanh, chi lạnh, vã mồ hôi, gallop T3, ran phổi... X-quang lồng ngực, siêu âm tim có thể hỗ trợ chẩn đoán.

Rối loạn nhịp: rối loạn nhịp nhanh, nhịp nhanh, lâm sàng có thể nghe nhịp tim không đều, chậm, nhanh..., cần kết hợp theo dõi điện tâm đồ để phát hiện.

Biến chứng cơ học: hở van 2 lá, thủng vách liên thất, vỡ thành tự do, tràn máu màng tim: phát hiện qua theo dõi xuất hiện âm thổi ở tim, các dấu hiệu chèn ép tim như: tam chứng Beck (tĩnh mạch cổ nổi, tụt huyết áp, tiếng tim mờ). Siêu âm tim rất có giá trị trong các trường hợp này.

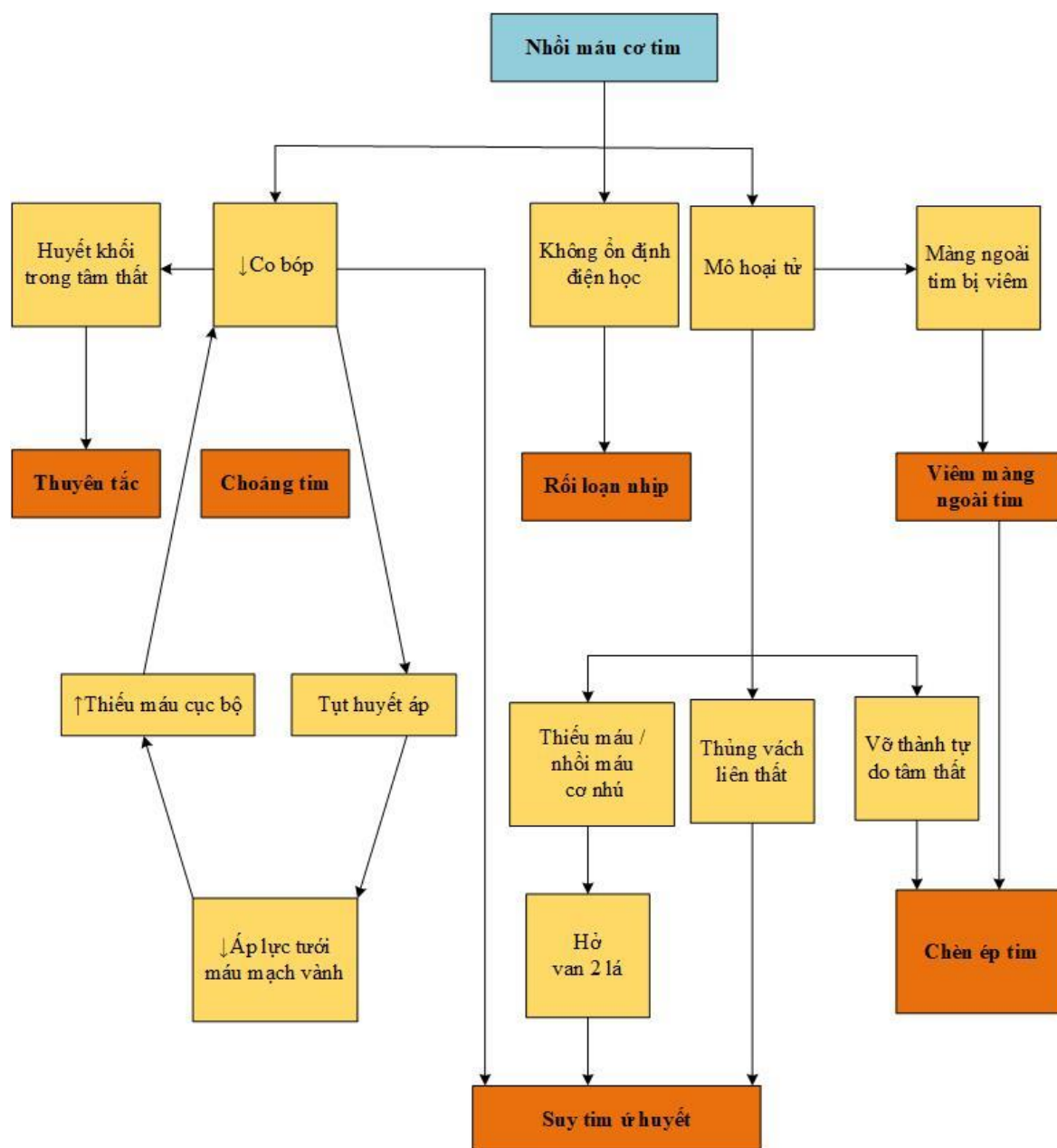
Khác: có thể có viêm màng ngoài tim...

7. Bệnh kèm theo

Bệnh nhân hội chứng vành cấp có thể có những bệnh lý khác kèm theo, ví dụ tăng huyết áp, đái tháo đường, COPD,... Do đó cần phải chẩn đoán đầy đủ từ đó giúp cho việc điều trị và tiên lượng phù hợp.

Bảng 10. Tóm tắt tiếp cận bệnh nhân hội chứng vành cấp

- | |
|--|
| <ol style="list-style-type: none">1. Bệnh nhân có bị hội chứng vành cấp?2. Hội chứng vành cấp thể nào?3. Thời điểm?4. Nếu là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên: định vị vùng nhồi máu? Phân độ?5. Nếu là nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên/Đau thắt ngực không ổn định: phân tầng nguy cơ?6. Có biến chứng gì hay không?7. Bệnh kèm theo |
|--|

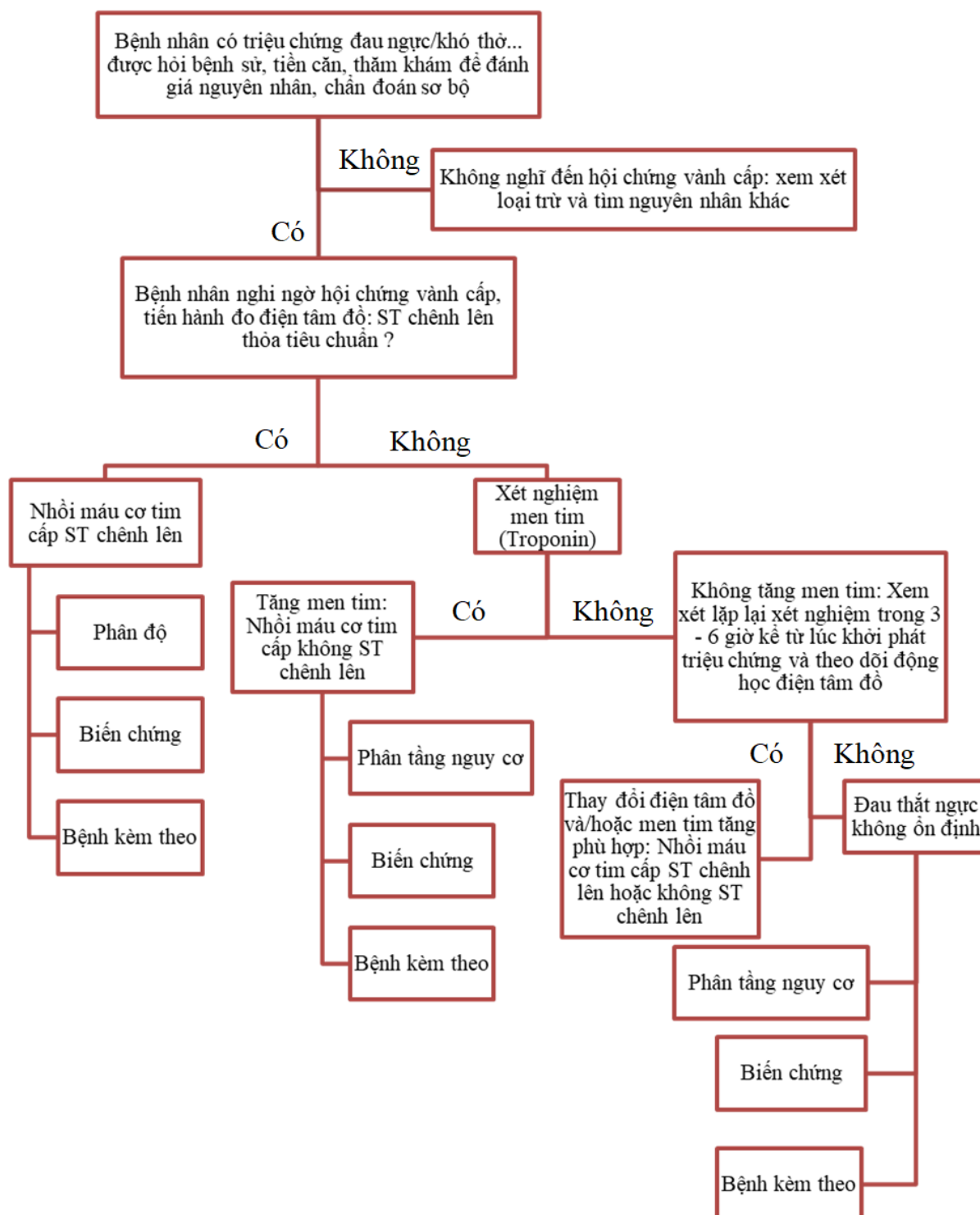


Hình 6. Các biến chứng của NMCT. NMCT dẫn đến giảm co bóp, bất ổn về điện học, và hoại tử mô cơ tim → các biến chứng được mô tả trên hình.

KẾT LUẬN

Hội chứng vành cấp là một tình trạng cấp cứu. Việc chẩn đoán nhanh chóng và chính xác rất quan trọng, không những giúp cho việc điều trị cấp cứu bệnh nhân được kịp thời, giảm tỉ lệ tử vong, nâng cao chất lượng sống mà còn cần tránh chẩn đoán nhầm ảnh hưởng đến điều trị cho bệnh nhân.

Khi đã xác định hội chứng vành cấp, bệnh nhân cần được chẩn đoán đầy đủ từ thể bệnh, phân độ, phân tầng nguy cơ cũng như thời gian, biến chứng, bệnh lý đi kèm để có thể được điều trị toàn diện, kịp thời, phù hợp.



Hình 7. Lưu đồ tiếp cận bệnh nhân hội chứng vành cấp

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. ACCF/AHA Guideline for the Management of ST-Elevation Myocardial Infarction (2013).
2. AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Non–ST-Elevation Acute Coronary Syndromes (2014).
3. Châu Ngọc Hoa, Đặng Vạn Phước (2006). Điều trị suy mạch vành mạn. In: Đặng Vạn Phước. Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, tr. 185 - 208. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
4. Đoàn Thái, Đặng Vạn Phước (2006). Nhồi máu cơ tim có ST chênh lên. In: Đặng Vạn Phước. Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, tr. 251 - 288. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
5. ESC Guidelines for the management of acute coronary syndromes in patients presenting without persistent ST-segment elevation (2011). *European Heart Journal*, 32: 2999–3054.
6. ESC Guidelines for the management of acute myocardial infarction in patients presenting with ST-segment elevation (2017). *European Heart Journal*, 00: 1–66.
7. ESC/ACCF/AHA/WHF Task Force Eur Heart J 2007; 28:2525
8. Fourth Universal Definition of Myocardial Infarction (2018).
9. Trương Quang Bình (2012). Bệnh động mạch vành. In: Châu Ngọc Hoa. Bệnh học nội khoa, tr. 68 - 80. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
10. Trương Quang Bình, Đặng Vạn Phước (2006). Đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim cấp không ST chênh lên. In: Đặng Vạn Phước. Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, tr. 227 - 250. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
11. Trương Quang Bình, Đặng Vạn Phước (2006). Hội chứng mạch vành cấp. In: Đặng Vạn Phước. Bệnh động mạch vành trong thực hành lâm sàng, tr. 209 - 226. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
12. Võ Thành Nhân (2012). Chẩn đoán và điều trị cơn đau thắt ngực ổn định. In: Châu Ngọc Hoa. Điều trị học nội khoa, tr. 98 - 114. NXB Y học, Hồ Chí Minh.
13. Võ Thành Nhân (2012). Nhồi máu cơ tim cấp. In: Châu Ngọc Hoa. Điều trị học nội khoa, tr. 78 - 97. NXB Y học, Hồ Chí Minh.