

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

Ths. Nguyễn Đình Quốc Anh, TS. Hoàng Văn Sỹ

1. MỤC TIÊU HỌC TẬP

Trình bày được các tính chất quan trọng cần khai thác của đau ngực
Nhận được các dấu hiệu cần lưu ý khi thăm khám bệnh nhân đau ngực
Trình bày được các nguyên nhân gây đau ngực

2. NỘI DUNG BÀI GIẢNG

Đau ngực là một trong những triệu chứng thường gặp nhất ở những bệnh nhân nhập cấp cứu. Đau ngực có thể là biểu hiện của một tình trạng bệnh không quan trọng, không nguy hiểm nhưng cũng có thể là biểu hiện của tình trạng **bệnh tim mạch** cấp tính, trầm trọng, nguy hiểm đến tính mạng. Việc tiếp cận một bệnh nhân đau ngực gặp nhiều thách thức vì có rất nhiều nguyên nhân gây đau ngực nhưng chỉ 1 số ít trong đó là nguy hiểm. Chính vì vậy, cần khai thác bệnh sử đầy đủ, khám lâm sàng kỹ lưỡng, chỉ định các cận lâm sàng cần thiết để có thể chẩn đoán chính xác nguyên nhân đau ngực.

2.1 Bệnh sử

Hỏi bệnh sử cần khai thác đầy đủ các tính chất của đau ngực bao gồm:

- Kiểu đau: nhói như dao đâm, siết chặt, đè ép, như xé, âm ỉ...
- Cường độ đau: nhiều hay ít
- Vị trí đau: sau xương ức, trên xương ức, mỏm tim...
- Hướng lan: vai, cổ, hàm, cánh tay, sau lưng...
- Thời gian kéo dài: vài phút, vài giờ, nhiều ngày...
- Yếu tố khởi phát: gắng sức, xúc động mạnh, ăn uống, khi hít vào, khi xoay trở...
- Yếu tố giảm đau: ngưng mọi hoạt động, ngồi cúi ra phía trước, dùng nitroglycerin, dùng antacid...
- Triệu chứng đi kèm: vã mồ hôi, mệt, khó thở, buồn nôn, sốt, ho, tê đầu chi...

Kiểu đau

Là yếu tố then chốt trong việc đánh giá khả năng mắc bệnh tim phổi nghiêm trọng, đặc biệt là **hội chứng vành cấp**. Đau kiểu siết chặt, đè ép được xem là biểu hiện điển hình của cơn đau thắt ngực do thiếu máu cơ tim. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng một số bệnh nhân thiếu máu cơ tim lại than phiền về triệu chứng khó thở hoặc cảm giác lo lắng mơ hồ hơn là triệu chứng đau ngực. Đau ngực khi ho, khi hít thở sâu (đau ngực kiểu màng phổi) gợi ý các bệnh liên quan đến màng phổi như viêm phổi, thuyên tắc phổi, viêm màng ngoài tim. Đau ngực trong viêm màng ngoài tim hoặc thuyên tắc phổi lớn đôi khi lại đau kiểu đè ép và rất khó phân biệt với đau thắt ngực do thiếu máu cơ tim. Đau kiểu xé, như dao đâm thường gặp ở những bệnh nhân có bóc tách động mạch chủ cấp. Đau kiểu nóng rát gợi ý bệnh lý trào ngược dạ dày thực quản nhưng cũng có thể xảy ra ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim.

Vị trí đau và hướng lan

Đau sau xương ức lan lên cổ, hàm, vai hoặc cánh tay điển hình cho đau thắt ngực do thiếu máu cơ tim. Đau thắt ngực ít khi khu trú chỉ bằng 1 đầu ngón tay. Đau thắt ngực cũng có thể đau ở thượng vị nhưng hiếm khi đau vượt quá hàm dưới hoặc dưới rốn. Đau ngực do bệnh thực quản thường đau sau xương ức, tuy nhiên các bệnh lý về dạ dày ruột khác lại thường đau nhiều nhất ở bụng hoặc thượng vị lan lên ngực. Đau ngực dữ dội lan ra sau lưng, đặc biệt giữa 2 xương bả vai, nên nghĩ đến bóc tách động mạch chủ cấp.

Yếu tố khởi phát và thời gian đau

Đau ngực do thiếu máu cơ tim thường nặng dần trong vài phút, tăng khi gắng sức, giảm khi nghỉ ngơi. Ngược lại, đau ngực có cường độ đạt đỉnh ngay từ đầu thường gợi ý

bóc tách động mạch chủ, thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi tự phát. Đau ngực chỉ kéo dài một vài giây hoặc hằng định về cường độ trong một thời gian giải (nhiều giờ đến nhiều ngày) hiếm khi do thiếu máu cơ tim. Đau ngực do trào ngược dạ dày thực quản thường xảy ra vào sáng sớm do lúc đó không còn thức ăn để hấp thu acid dạ dày.

Yếu tố tăng, giảm đau

Bệnh nhân đau ngực do thiếu máu cơ tim thường thích ngồi nghỉ ngơi hoặc tạm dừng đi bộ để giảm đau. Đau ngực có cường độ thay đổi liên quan đến tư thế hoặc cử động chi trên và cổ thường gợi ý đến các nguyên nhân về cơ xương khớp, ít do thiếu máu cơ tim. Đau ngực trong viêm màng ngoài tim thường nặng hơn khi nằm ngửa và giảm đau khi ngồi cúi người ra phía trước. Đau khởi phát do ăn uống thường do các nguyên nhân về dạ dày ruột như loét dạ dày, viêm túi mật, viêm tụy. Tuy nhiên, ở những bệnh nhân có bệnh động mạch vành nặng, sự tái phân bố máu đến nội tạng sau bữa ăn có thể khởi phát cơn đau thắt ngực sau ăn. Trào ngược dạ dày thực quản có thể khởi phát đau do rượu, một số loại thức ăn hoặc tư thế nằm ngửa. Đau ngực do trào ngược dạ dày thực quản hoặc loét dạ dày thường giảm đau khi dùng thuốc giảm tiết acid dạ dày và đau không liên quan đến gắng sức. Đau ngực giảm trong vòng vài phút khi dùng nitroglycerin gợi ý thiếu máu cơ tim, tuy nhiên cũng có thể gặp trong cơn thắt thực quản.

Triệu chứng kèm theo

Các triệu chứng kèm theo trong thiếu máu cơ tim bao gồm: vã mồ hôi, khó thở, buồn nôn, mệt mỏi, choáng váng, ợ hơi. Khó thở có thể gặp trong nhiều bệnh cảnh khác nhau gây đau ngực nên không giúp chẩn đoán phân biệt, tuy nhiên khó thở giúp gợi ý các nguyên nhân về tim phổi. Suy hô hấp khởi phát đột ngột cần nghĩ đến thuyên tắc phổi, tràn khí màng phổi tự phát. Ho ra máu có thể xảy ra ở bệnh nhân thuyên tắc phổi trong khi ho khạc đàm bọt hồng thường gặp trong suy tim nặng. Sự xuất hiện của ngất hoặc tiền ngất cần nghĩ đến thuyên tắc phổi, bóc tách động mạch chủ, rối loạn nhịp do thiếu máu cơ tim. Mặc dù buồn nôn và nôn thường gợi ý bệnh lý dạ dày ruột nhưng cũng có thể xảy ra trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim (thường là nhồi máu cơ tim thành dưới) do kích hoạt phản xạ phế vị hoặc kích thích các thụ thể thất trái trong phản xạ Bezold – Jarisch.

2.2 Tiền căn

Tiền căn cần chú ý đánh giá các yếu tố nguy cơ bệnh mạch vành (hút thuốc lá, tăng huyết áp, đái tháo đường, rối loạn lipid máu...), các yếu tố nguy cơ của thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch (ung thư, bất động, nằm lâu, hậu phẫu...) hoặc các bệnh lý liên quan (bệnh mạch vành, bệnh tự miễn, bệnh dạ dày ruột, hội chứng Marfan, trầm cảm...). Những bệnh nhân trẻ tuổi thường ít có nguy cơ của bệnh lý mạch vành cần khai thác thêm tiền căn sử dụng thuốc (cocaine).

2.3 Khám lâm sàng

Khám lâm sàng cung cấp thêm thông tin để xác định nguyên nhân đau ngực, giúp phát hiện các bệnh lý liên quan. Tuy nhiên, khám lâm sàng có thể bình thường ở những bệnh nhân bị hội chứng vành cấp.

Tổng quát

Khám tổng quát giúp ích trong việc đánh giá ban đầu mức độ nặng của bệnh. Bệnh nhân bị nhồi máu cơ tim hoặc bệnh tim phổi cấp tính thường lo lắng, khó chịu, xanh tím, vã mồ hôi. Hình dạng cơ thể đôi khi cũng giúp ích. Bệnh nhân hội chứng Marfan thường là nam giới, trẻ tuổi, cao, gầy với tràn khí màng phổi tự phát.

Sinh hiệu

Nhịp tim nhanh và tụt huyết áp là những dấu hiệu về huyết động học quan trọng cần đánh giá nhanh để phát hiện các tình trạng bệnh nặng như nhồi máu cơ tim với biến chứng choáng tim, thuyên tắc phổi lớn, viêm màng ngoài tim với chèn ép tim cấp hoặc tràn khí màng phổi áp lực. Bóc tách động mạch chủ cấp thường có biểu hiện tăng huyết áp nặng

nhưng cũng có thể tụt huyết áp khi gây tổn thương động mạch vành hoặc bóc tách vào khoang màng ngoài tim. Nhịp nhanh xoang là biểu hiện quan trọng của thuyên tắc phổi lớn. Nhịp tim nhanh và giảm oxy gợi ý nguyên nhân về phổi. Sốt nhẹ không phải là dấu hiệu đặc hiệu vì có thể gặp trong nhồi máu cơ tim hoặc thuyên tắc huyết khối kèm nhiễm trùng.

Phổi

Khám phổi giúp xác định các nguyên nhân về phổi gây đau ngực như viêm phổi, tràn khí màng phổi. Suy thất trái và các biến chứng van tim cấp do nhồi máu cơ tim có thể dẫn đến phù phổi cấp.

Tim

Xung động tĩnh mạch cảnh thường bình thường ở bệnh nhân hội chứng vành cấp nhưng cũng có thể bất thường trong chèn ép tim hoặc suy thất phải cấp tính. Khám tim có thể nghe được T3, T4 trong suy tim. Âm thổi của hở van 2 lá hoặc âm thổi thô ráp của thông liên thất có thể gợi ý đến biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim cấp. Âm thổi của hở van động mạch chủ có thể là biến chứng của bóc tách động mạch chủ đoạn lên. Các âm thổi khác giúp gợi ý bệnh tim nền làm nặng thêm tình trạng thiếu máu cơ tim như hẹp van động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại... Tiếng cọ màng ngoài tim gặp trong viêm màng ngoài tim.

Bụng

Xác định được điểm đau khi khám bụng giúp hướng đến các nguyên nhân về dạ dày ruột gây đau ngực. Bất thường khám bụng ít gặp trong các nguyên nhân về tim phổi cấp tính gây đau ngực, tuy nhiên trong trường hợp có bệnh tim phổi mạn tính nền hoặc suy thất phải nặng có thể khám thấy gan to, sung huyết.

Mạch máu

Biểu hiện của thiếu máu nuôi chi cấp tính với mất mạch và tím, đặc biệt là chi trên, có thể gợi ý biến chứng nguy hiểm của bóc tách động mạch chủ. Sung phù một chân đơn độc giúp hướng đến thuyên tắc huyết khối tĩnh mạch.

Cơ xương khớp

Khám cơ xương khớp có thể phát hiện sưng, đỏ, đau khu trú tại các khớp sụn sườn, sụn ức. Mặc dù ấn đau thành ngực giúp gợi ý các nguyên nhân về cơ xương khớp gây đau ngực nhưng không loại trừ hoàn toàn được thiếu máu cơ tim. Giảm cảm giác ở chi trên có thể nghĩ đến bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ.

2.4 Cận lâm sàng

Điện tâm đồ (ECG)

ECG đóng vai trò then chốt trong việc xác định bệnh nhân đau ngực do thiếu máu cơ tim cũng như phát hiện các biến chứng trên tim của các bệnh lý khác. Cần đo ECG trong vòng 10 phút sau nhập viện ở những bệnh nhân nghi ngờ nhồi máu cơ tim ST chênh lên. Đoạn ST chênh xuống hoặc T âm sâu, đối xứng trên ECG giúp gợi ý thiếu máu cơ tim. Ở những bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp, nên đo lặp lại ECG mỗi 30-60 phút. Tuy nhiên, cần lưu ý rằng độ nhạy của ECG lúc nghỉ trong việc phát hiện thiếu máu cơ tim chỉ đạt khoảng 20% theo một số nghiên cứu. Bất thường về ST, T có thể xảy ra trên nhiều bệnh cảnh khác nhau như thuyên tắc phổi, phì đại thất trái, viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim, rối loạn điện giải, rối loạn chuyển hóa. Tình trạng tăng thông khí trong rối loạn hoảng sợ có thể dẫn đến các bất thường về ST, T không đặc hiệu. Thuyên tắc phổi thường có biểu hiện nhịp nhanh xoang, có thể có trục lệch phải, sóng S ở chuyển đạo DI, sóng Q và T ở chuyển đạo DIII. ST chênh lên lan tỏa không theo giải phẫu mạch vành và đoạn PR chênh lõm xuống giúp phân biệt viêm màng ngoài tim với nhồi máu cơ tim cấp.

X quang ngực

X quang ngực đóng vai trò quan trọng trong việc phát hiện các bất thường về phổi như viêm phổi, tràn khí màng phổi. X quang ngực thường bình thường ở bệnh nhân hội chứng vành cấp nhưng cũng có thể thấy được hình ảnh phù phổi cấp. Ngoài ra, X quang ngực còn có thể thấy được trung thất giãn rộng trong bóc tách động mạch chủ, dấu hiệu Hampton hoặc Westermarck trong thuyên tắc phổi, vôi hóa màng ngoài tim trong viêm màng ngoài tim mạn.

Siêu âm tim

Ở những bệnh nhân chưa có chẩn đoán xác định, đặc biệt bệnh nhân có ST chênh lên không đặc hiệu, triệu chứng đang tiến triển, rối loạn huyết động học, siêu âm tim giúp phát hiện những rối loạn vận động vùng gợi ý đến thiếu máu cơ tim. Siêu âm tim giúp chẩn đoán các biến chứng cơ học của nhồi máu cơ tim hoặc chèn ép tim cấp trong viêm màng ngoài tim. Siêu âm tim qua thành ngực có thể phát hiện bóc tách động mạch chủ nhưng có độ nhạy thấp.

Điện tâm đồ gắng sức

Điện tâm đồ gắng sức thường được sử dụng để phân tầng nguy cơ ở những bệnh nhân đánh giá ban đầu chưa tìm được nguyên nhân gây đau ngực và có nguy cơ thấp của hội chứng vành cấp. Vì đau ngực đang tiến triển là chống chỉ định của nghiệm pháp gắng sức nên điện tâm đồ gắng sức thường được dùng để chẩn đoán bệnh lý động mạch vành mạn.

Chụp CT động mạch

Chụp CT động mạch vành có độ nhạy cao trong phát hiện bệnh lý động mạch vành. CT động mạch cũng giúp loại trừ bóc tách động mạch chủ, tràn dịch màng ngoài tim, thuyên tắc phổi.

Chụp cộng hưởng từ (MRI)

Chụp cộng hưởng từ tim là một phương tiện không xâm lấn giúp đánh giá chức năng và cấu trúc của tim cũng như các mạch máu trong lồng ngực. Chụp cộng hưởng từ tim có thể phát hiện sớm nhồi máu cơ tim, xác định chính xác vùng hoại tử cơ tim, chẩn đoán loại bệnh cơ tim. Mặc dù ít được sử dụng trong đánh giá cấp cứu đau ngực nhưng chụp cộng hưởng từ tim có thể giúp đánh giá cấu trúc tim ở những bệnh nhân tăng Troponin không do bệnh động mạch vành. Chụp cộng hưởng từ cũng cho phép đánh giá chính xác bóc tách động mạch chủ.

Xét nghiệm máu

Men tim cần được xét nghiệm ngay lúc nhập viện và lặp lại mỗi 3-6 giờ ở tất cả bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp. Do có độ chuyên biệt cao hơn nên Troponin thường được sử dụng nhiều hơn CKMB trong chẩn đoán nhồi máu cơ tim. Tuy nhiên cần lưu ý rằng, men tim có thể tăng trong những bệnh cảnh khác gây tổn thương cơ tim ngoài nhồi máu cơ tim như viêm cơ tim, suy thận mạn giai đoạn cuối, thuyên tắc phổi...

D-dimer tăng gợi ý đến thuyên tắc phổi. D-dimer bình thường giúp loại trừ thuyên tắc phổi.

BNP/NT-pro BNP có vai trò tiên lượng ở bệnh nhân hội chứng vành cấp hoặc thuyên tắc phổi.

2.5 Nguyên nhân

Các nguyên nhân gây đau ngực

Tim	Mạch máu
<ul style="list-style-type: none"> Bệnh lý động mạch vành (đau thắt ngực ổn định, đau thắt ngực không ổn định, nhồi máu cơ tim) Viêm màng ngoài tim, viêm cơ tim 	<ul style="list-style-type: none"> Phình bóc tách động mạch chủ Thuyên tắc phổi Tăng áp phổi
Phổi	Dạ dày - ruột

<ul style="list-style-type: none"> • Viêm màng phổi và/hoặc viêm phổi • Viêm khí phế quản • Tràn khí màng phổi • Ung thư phổi 	<ul style="list-style-type: none"> • Trào ngược dạ dày thực quản • Loét dạ dày – tá tràng • Bệnh lý túi mật Viêm tụy
Thần kinh - cơ xương khớp	Tâm lý
<ul style="list-style-type: none"> • Viêm sụn sườn • Bệnh lý đĩa đệm cột sống cổ • Chấn thương • Căng cơ • Herpes zoster 	<ul style="list-style-type: none"> • Rối loạn hoảng sợ

Bệnh động mạch vành

Bệnh tim thiếu máu cục bộ ổn định thường do mảng xơ vữa gây hẹp dần lòng động mạch vành. Bệnh thường xảy ra ở tuổi trung niên, trên bệnh nhân có yếu tố nguy cơ của bệnh động mạch vành. Biểu hiện điển hình của bệnh là cơn đau thắt ngực với tính chất:

- Đau ngay sau xương ức
- Lan lên hầu họng, cổ, hàm, vai, mặt trong cánh tay trái, bờ trụ cẳng tay trái, đến ngón 4-5 bàn tay trái, có thể lan sang ngực phải hoặc xuống thượng vị
- Cảm giác như siết chặt, nghiền nát
- Cơn đau xảy ra sau gắng sức, gặp lạnh hoặc stress
- Đau kéo dài 20 giây đến 20 phút
- Đau giảm nhanh khi bệnh nhân ngưng mọi hoạt động hoặc ngậm nitroglycerin

Khi các mảng xơ vữa trong động mạch vành bị đứt vỡ, hình thành huyết khối gây tắc nghẽn đột ngột lòng mạch vành dẫn đến hội chứng vành cấp (nhồi máu cơ tim hoặc đau thắt ngực không ổn định), bệnh nhân sẽ đau ngực dữ dội hơn. Cơn đau thường xảy ra khi nghỉ ngơi, lan rộng hơn, kéo dài hơn 20 phút và không giảm đau với nitroglycerin. Tình trạng này làm cho bệnh nhân rất mệt, khó thở, vã mồ hôi, có thể buồn nôn và nôn ói. Khám lâm sàng có thể nghe được gallop T3, T4, âm thổi của hở van 2 lá, ran ở phổi nếu nhồi máu cơ tim có biến chứng.

Viêm màng ngoài tim cấp

Bệnh nhân có biểu hiện nhiễm siêu vi trước đó, đau sau xương ức hoặc ngực trái, có thể lan lên vai trái, đau nhói hoặc đau kiểu màng phổi, giảm đau khi ngồi cúi người ra trước. Khám tim có thể nghe được tiếng cọ màng ngoài tim.

Bóc tách động mạch chủ

Bệnh nhân khởi phát đau đột ngột, dữ dội ngay từ đầu và kéo dài không giảm. Bóc tách đoạn lên của động mạch chủ gây đau vùng trước ngực trong khi bóc tách đoạn xuống gây đau giữa 2 xương bả vai. Đau như xé, như dao đâm, lan sau lưng. Tiền căn tăng huyết áp hoặc bệnh lý mô liên kết như hội chứng Marfan làm tăng nguy cơ bóc tách động mạch chủ. Khám lâm sàng có thể thấy tăng huyết áp, âm thổi của hở van động mạch chủ, mất mạch ngoại biên.

Thuyên tắc phổi

Đau ngực kiểu màng phổi khởi phát đột ngột, có thể đau kiểu đè ép trong thuyên tắc phổi lớn, thường đau một bên ngực, có thể đau sau xương ức, kèm khó thở. Bệnh nhân có thể ho ra máu, vã mồ hôi. Khám lâm sàng có thể thấy thở nhanh nông, nhịp tim nhanh, tím tái, tụt huyết áp.

Tăng áp động mạch phổi

Đau ngực dưới xương ức kiểu đè ép, thường khởi phát khi gắng sức, kèm khó thở. Khám có thể thấy các dấu hiệu của suy tim phải.

Viêm phổi, màng phổi

Đau ngực kiểu màng phổi một bên kèm khó thở, ho, sốt. Khám phổi thấy ran nổ, có thể có tiếng cọ màng phổi.

Tràn khí màng phổi

Đau ngực kiểu màng phổi một bên khởi phát đột ngột kèm khó thở. Khám thấy âm phế bào giảm ở bên có tràn khí màng phổi.

Loét dạ dày tá tràng

Đau thượng vị hoặc sau xương ức kiểu nóng rát, liên quan đến bữa ăn, giảm đau khi ăn hoặc dùng antacid.

Trào ngược dạ dày thực quản

Gây viêm thực quản, co thắt thực quản, đau sau xương ức hoặc thượng vị kiểu nóng rát, xảy ra sau khi ăn và khi nằm ngửa, kèm ợ hơi, ợ chua, khó tiêu, giảm đau khi sử dụng antacid hoặc nitroglycerin (nếu có co thắt thực quản).

Bệnh túi mật

Thường đau quặn bụng vùng thượng vị hoặc hạ sườn phải, có thể xảy ra sau ăn.

Đau thành ngực

Thường đau nhói, khu trú tại 1 vùng nhỏ trên thành ngực, đau tăng khi ấn vào, khi ho, hít thở hoặc cử động. Viêm dây thần kinh liên sườn do Herpes Zoster gây tăng cảm và đau theo khoanh da, lan theo rễ thần kinh, xuất hiện bóng nước tại chỗ viêm.

Đau ngực ngực do nguyên nhân tâm lý

Thường gặp ở bệnh nhân nữ dưới 40 tuổi, có tình trạng lo lắng căng thẳng, tiền căn trầm cảm hoặc cơn hoảng loạn. Cảm giác ê ẩm vùng mỏm tim hoặc sau xương ức kéo dài hàng giờ, có lúc nhói lên 1-2 giây. Có thể ấn đau vùng trước tim. Bệnh nhân còn cảm thấy mệt, hồi hộp, khó thở, thở nhanh, chóng mặt, tê đầu chi.

Chẩn đoán phân biệt đau ngực

Đau thắt ngực	Viêm màng ngoài tim hoặc màng phổi	Trào ngược dạ dày thực quản
<ul style="list-style-type: none"> • Siết chặt hoặc đè ép • Khởi phát khi gắng sức • Giảm khi nghỉ • Giảm khi dùng nitrate • Không liên quan đến tư thế • Không ảnh hưởng bởi hô hấp 	<ul style="list-style-type: none"> • Đau nhói • Không liên quan gắng sức • Không giảm khi nghỉ • Không ảnh hưởng bởi nitrate • Tăng khi nằm ngửa • Tăng khi hít thở • Có tiếng cọ màng tim hoặc màng phổi 	<ul style="list-style-type: none"> • Đau nóng rát • Không liên quan gắng sức • Không giảm khi nghỉ • Không ảnh hưởng bởi nitrate (trừ khi kèm co thắt thực quản) • Có thể khởi phát khi nằm ngửa • Không ảnh hưởng bởi hô hấp

Hội chứng vành cấp	Đau thắt ngực
<ul style="list-style-type: none"> • Khởi phát khi nghỉ • Đau nhiều • Vã mồ hôi • Lo lắng nhiều 	<ul style="list-style-type: none"> • Khởi phát khi gắng sức • Đau trung bình • Không vã mồ hôi • Không lo lắng hoặc lo lắng ít

<ul style="list-style-type: none"> • Không giảm với nitrate • Có triệu chứng kèm theo (buồn nôn, nôn) 	<ul style="list-style-type: none"> • Giảm đau với nitrate • Không có triệu chứng kèm theo
Nhồi máu cơ tim	Bóc tách động mạch chủ
<ul style="list-style-type: none"> • Đau giữa ngực • Khởi phát bán cấp (vài phút) • Đau nhiều 	<ul style="list-style-type: none"> • Đau lan sau lưng • Khởi phát cấp tính • Đau dữ dội, như xé
Thiếu máu cơ tim	Đau thành ngực
<ul style="list-style-type: none"> • Liên quan đến gắng sức • Xảy ra khi gắng sức • Đau từng cơn • Đau lan • Không điểm đau thành ngực 	<ul style="list-style-type: none"> • Liên quan đến tư thế • Thường đau nhiều hơn khi nghỉ • Đau kéo dài liên tục • Đau khu trú • Có điểm đau thành ngực

3. KẾT LUẬN

Đau ngực gây ra do nhiều bệnh lý khác nhau với các đặc điểm và tính chất khác nhau. Khai thác bệnh sử, tiền căn và thăm khám lâm sàng cẩn thận giúp gợi ý chẩn đoán nguyên nhân. Đau ngực có thể là biểu hiện của tình trạng bệnh cấp tính, nguy hiểm đến tính mạng. Do đó, việc nắm rõ các bước tiếp cận giúp đưa ra quyết định nhanh chóng và kịp thời.

4. CÂU HỎI TRẮC NGHIỆM

- Bệnh nhân đau ngực khi ho, khi hít thở sâu gợi ý nguyên nhân:
 - A. Viêm màng phổi
 - B. Viêm màng ngoài tim
 - C. Nhồi máu cơ tim
 - D. A và B đúng
 - E. A, B và C đều đúng
- Bệnh nhân đau ngực sau xương ức lan lên cổ, hàm, vai hoặc cánh tay điển hình cho đau ngực do:
 - A. Bóc tách động mạch chủ
 - B. Trào ngược dạ dày thực quản
 - C. Thuyên tắc phổi
 - D. Thiếu máu cơ tim
 - E. Tràn khí màng phổi
- Nhịp tim nhanh và tụt huyết áp là những dấu hiệu có thể gặp trong:
 - A. Nhồi máu cơ tim
 - B. Thuyên tắc phổi
 - C. Viêm màng ngoài tim
 - D. Tràn khí màng phổi
 - E. Tất cả đều đúng
- Bệnh nhân nam, 80 tuổi có tiền căn tăng huyết áp nhập viện vì đau ngực đột ngột sau xương ức, dữ dội, kiểu xé lan sau lưng. Khám thấy mạch nhẹ, huyết áp tụt. Chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này:
 - A. Nhồi máu cơ tim
 - B. Bóc tách động mạch chủ ngực
 - C. Tràn khí màng phổi
 - D. Trào ngược dạ dày thực quản
 - E. Viêm phổi

5. Bệnh nhân nữ, 24 tuổi nhập viện vì đau ngực sau xương ức kiểu nóng rát xảy ra sau khi ăn kèm ợ hơi, ợ chua. Khám thấy ấn đau vùng thượng vị. Chẩn đoán nguyên nhân đau ngực của bệnh nhân này:

- A. Nhồi máu cơ tim
- B. Tràn khí màng phổi
- C. Trào ngược dạ dày thực quản
- D. Viêm màng ngoài tim
- E. Thuyên tắc phổi

Đáp án: 1D, 2D, 3E, 4B, 5C

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Võ Mỹ Phượng. Triệu chứng cơ năng tim mạch. Triệu chứng học nội khoa. NXB Y học. 2009: 31-41
2. David A. Morrow. Chest Discomfort. Harrison's Principles of Internal Medicine. 19th Edition. McGraw-Hill. 2015: 95-103
3. Marc S. Sabatine, Christopher P. Cannon. Approach to the patient with chest pain. Braunwald's Heart Disease: A Textbook of Cardiovascular Medicine. 10th Edition. Elsevier. 2015: 1057-1067
4. Talley & O'Connor's. The cardiovascular history. Clinical examination: A systematic guide to physical diagnosis. 7th Edition. 2014: 45-48