

# BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH

## Phần A. Quy trình chẩn đoán

### 1. Bệnh sử và khám lâm sàng

**Đánh giá khả năng mắc bệnh ĐMV trên lâm sàng dựa vào 3 yếu tố:**

1. Khai thác kỹ các tính chất của cơn đau ngực.

2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV.

Thăm khám lâm sàng: *ít đặc hiệu nhưng rất quan trọng, giúp phát hiện các yếu tố nguy cơ của bệnh ĐMV. Ngoài ra, khám lâm sàng giúp phân biệt các nguyên nhân khác gây đau ngực như: Hẹp van động mạch chủ, bệnh cơ tim phì đại, bệnh màng ngoài tim, viêm khớp ứ sườn.*

**Tính chất cơn đau thắt ngực ổn định điển hình kiểu mạch vành:**

1. Đau thắt chẹn sau xương ức như thắt lại hoặc có cảm giác đè nặng, kéo dài khoảng vài phút (không quá 20 phút), có thể lan lên cằm, vai trái hoặc tay trái.

2. Xuất hiện khi gắng sức thể lực hay xúc cảm.

3. Giảm đau khi nghỉ ngơi hoặc dùng Nitrates.

- *Đau thắt ngực ổn định điển hình: bao gồm 3 yếu tố trên.*

- *Đau ngực không điển hình: chỉ gồm 2 trong 3 yếu tố trên.*

*Không phải đau thắt ngực: chỉ có một hoặc không có yếu tố nào trong 3 yếu tố trên.*

Phân độ đau thắt ngực (Theo Hiệp hội Tim mạch Canada – CCS)		
Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Những hoạt động thể lực thường ngày không gây đau thắt ngực	<i>Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh</i>
II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường	<i>Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao &gt; 1 tầng gác bằng cầu thang bộ hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà</i>
III	Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường	<i>Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi leo cao 1 tầng gác bằng cầu thang bộ hoặc đi bộ dài 1- 2 dãy nhà</i>
IV	Các hoạt động thể lực bình thường dễ gây đau ngực	<i>Đau thắt ngực xuất hiện khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ.</i>

## **Các thể loại của bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (Bệnh ĐMV mạn tính)**

- Đau thắt ngực ổn định
- Thiếu máu cục bộ cơ tim thầm lặng (*có tình trạng thiếu máu cơ tim cục bộ nhưng không có triệu chứng đau ngực*)
- Đau thắt ngực Prinzmetal (*do co thắt ĐMV*)
- Nhồi máu cơ tim cũ.
- Suy tim, rối loạn nhịp tim do thiếu máu cơ tim. (*Đây cũng được xem là bệnh cảnh của thiếu máu cơ tim cục bộ thầm lặng*)

## **2. Thăm dò cận lâm sàng**

### **2.1. Các xét nghiệm cơ bản:**

- Đường huyết lúc đói
- Hệ thống lipid máu: Cholesterol toàn phần, LDL-C, HDL-C, Triglycerid..
- Công thức máu
- Tổng phân tích nước tiểu

### **2.2. Các thăm dò không chảy máu thông thường:**

#### **2.2.1. Điện tâm đồ lúc nghỉ (*ngoài cơn đau và trong cơn đau*)**

#### **Khuyến cáo đo điện tâm đồ lúc nghỉ trong đau thắt ngực ổn định**

1. Điện tâm đồ thường quy lúc nghỉ được chỉ định *trong cơn đau ngực*.
2. Điện tâm đồ thường quy lúc nghỉ nên được làm cho mọi bệnh nhân có nhiều khả năng ĐTNÔĐ mà không có bằng chứng của nguyên nhân hiển nhiên nào khác.

#### **2.2.2. X-Quang tim phổi thẳng: được khuyến cáo làm cho những bệnh nhân có dấu hiệu suy tim, bệnh van tim, bệnh màng ngoài tim, bóc tách động mạch chủ.**

#### **2.2.3. Siêu âm tim: không phải là một xét nghiệm được chỉ định thường quy ở bệnh nhân Đau thắt ngực ổn định. Siêu âm tim giúp đánh giá rối loạn vận động vùng, chức năng tim, bệnh kèm theo (van tim, màng ngoài tim, cơ tim, ...)**

### **Chỉ định siêu âm tim ở bệnh nhân ĐTNÔĐ**

1. Bệnh nhân có tiếng thổi ở tim mà nghi ngờ “Hẹp van động mạch chủ” hoặc “sa van hai lá” hoặc nghi ngờ “Bệnh cơ tim phì đại”
2. Để đánh giá vùng thiếu máu cơ tim (giảm vận động vùng) (*Có thể thực hiện ngay trong cơn đau ngực hoặc ngay sau cơn đau ngực*)

**2.3. Nghiệm pháp gắng sức với Điện tâm đồ:** Điện tâm đồ gắng sức (ĐTĐ GS) là một thăm dò không chảy máu rất quan trọng trong ĐTNÔĐ, giúp cho chẩn đoán xác định, phân tầng nguy cơ và theo dõi điều trị.

**Chỉ định Nghiệm pháp gắng sức với Điện tâm đồ**

– Cho bệnh nhân Đau thắt ngực ổn định mà khả năng còn nghi ngờ dựa trên tuổi, giới, triệu chứng có thể kèm theo block nhánh phải, hoặc ST chênh xuống < 1 mm khi nghỉ.

**Không nên làm Nghiệm pháp gắng sức với Điện tâm đồ cho các đối tượng:**

- Bệnh nhân có hội chứng WPW
- Bệnh nhân đang được đặt máy tạo nhịp tim
- Bệnh nhân đã có ST chênh xuống > 1 mm lúc nghỉ.
- Bệnh nhân có block nhánh trái hoàn toàn.

**Các tiêu chuẩn trên điện tâm đồ giúp chẩn đoán TMCT do gắng sức**

1. Đoạn ST chênh xuống: là biểu hiện thường gặp nhất của TMCT do gắng sức.

- ST chênh xuống > 1 mm dạng đi ngang hoặc dạng dốc xuống ở J 80: là tiêu chuẩn chẩn đoán dương tính
- ST chênh xuống dạng dốc đặc hiệu hơn dạng đi ngang hoặc đi lên.
- Độ chênh, thời gian xuất hiện, thời gian kéo dài, số chuyển đạo có ST chênh xuống giúp tiên đoán khả năng mắc bệnh và độ nặng của bệnh ĐMV.
- ST chênh xuống ở mức gắng sức càng thấp tiên lượng càng nặng và nguy cơ cao có tổn thương nhiều ĐMV. ST chênh xuống càng kéo dài trong giai đoạn hồi phục, bệnh ĐMV càng nặng.

2. ST chênh lên: ST chênh lên ở BN có sóng Q, thường gặp, liên quan với sự giảm động năng hoặc vô động của vùng thất trái đã bị nhồi máu. ST chênh lên ở BN không có sóng Q: thường định vị vùng TMCT nặng thoáng qua do tổn thương quan trọng của đoạn gần hoặc do co thất ĐMV.

3. Bình thường hóa đoạn ST: ST chênh xuống và T âm đảo ngược trên ĐTĐ lúc nghỉ có thể trở về bình thường kèm với cơn đau ngực khi gắng sức ở bệnh nhân TMCB

**Những dữ kiện giúp dự đoán nguy cơ cao mắc bệnh ĐMV trên ĐTĐ gắng sức**

1. Không đủ khả năng chạy 6 phút theo phác đồ Bruce.
2. Nghiệm pháp dương tính sớm ( $\leq 3$  phút)
3. Kết quả gắng sức dương tính mạnh (đoạn ST chênh xuống  $\geq 2$  mm)
4. Đoạn ST vẫn còn chênh xuống  $\geq 3$  phút sau khi đã ngừng gắng sức.

5. Đoạn ST chênh xuống kiểu dốc xuống (Down-Sloping)
6. Thiếu máu cơ tim xuất hiện ở mức nhịp tim còn tương đối thấp (nhịp tim  $\leq 120$  lần/phút)
7. Huyết áp không tăng hoặc tụt đi.
8. Xuất hiện nhịp nhanh thất ở mức nhịp tim  $\leq 120$  lần/phút

## 2.4. Các thăm dò gắng sức hình ảnh

### Chỉ định làm NPGS bằng hình ảnh:

1. Bệnh nhân có khả năng vừa có bệnh ĐMV và có kèm theo hội chứng WPW.
2. Bệnh nhân có ST chênh xuống  $> 1$  mm lúc nghỉ.
3. Bệnh nhân có tiền sử đã được can thiệp ĐMV hoặc mổ bắc cầu ĐMV.
4. Dùng phương pháp tiêm Adenosine hoặc Dipyridamole đối với các trường hợp có nguy cơ bị bệnh ĐMV mà có máy tạo nhịp tim hoặc block nhánh trái hoàn toàn.

2.4.1. **Siêu âm tim gắng sức:** là thăm dò có giá trị, đơn giản và cho phép dự đoán vùng cơ tim thiếu máu và vị trí ĐMV tương ứng bị tổn thương. Siêu âm tim gắng sức có thể làm với gắng sức thể lực (xe đạp nằm) hoặc dùng thuốc (Dobutamine). Tuy nhiên, kết quả phụ thuộc nhiều vào kinh nghiệm của người làm siêu âm.

2.4.2. **Phóng xạ đồ tưới máu cơ tim:** dùng chất phóng xạ đặc hiệu (Thallium 201 hoặc Tc 99m) gắn với cơ tim để đo mức độ tưới máu cơ tim bằng kỹ thuật planar hoặc SPECT. Vùng giảm tưới máu cơ tim và đặc biệt khi gắng sức có giá trị chẩn đoán và định khu ĐMV bị tổn thương.

## 2.5. Holter điện tâm đồ

Holter điện tim (đo ĐTĐ liên tục trong 24 giờ) có thể giúp phát hiện những thời điểm xuất hiện TMCBCT trong ngày. Phương pháp này rất có ý nghĩa ở những bệnh nhân bị co thắt ĐMV (hội chứng Prinzmetal) hoặc bệnh tim thiếu máu cục bộ thềm lặn (BMV nhưng không có cơn đau thắt ngực). Tuy nhiên, đây không phải là thăm dò thường quy trong chẩn đoán BMV.

2.6. **Chụp MSCT hệ ĐMV:** Phương pháp này cho phép chẩn đoán hình ảnh với khả năng chẩn đoán tốt tổn thương và mức độ hẹp ĐMV, đặc biệt với MSCT 64 lát cắt, hình ảnh tái tạo ĐMV khá rõ nét. **Một số hạn chế của MSCT hệ ĐMV:** Đây chỉ là một chẩn đoán hình thái và khó thực hiện khi: nhịp tim nhanh, rối loạn nhịp, hệ ĐMV vôi hóa nhiều, bệnh nhân không hợp tác tốt.

**2.7. Chụp Động mạch vành:** là phương pháp quan trọng giúp chẩn đoán xác định có hẹp ĐMV hay không cũng như vị trí hẹp của từng nhánh ĐMV.

**Có chỉ định chụp ĐMV**

- BN có mức đau ngực rõ (CCS III – IV) và không khống chế được triệu chứng với điều trị nội khoa tối ưu.
- BN có nguy cơ cao theo phân tầng nguy cơ trên các thăm dò không chảy máu.
- BN có đau ngực mà sống sót sau cấp cứu ngừng tuần hoàn hoặc được biết có rối loạn nhịp nghiêm trọng.
- BN đau ngực có kèm dấu hiệu của suy tim.
- BN đang chuẩn bị cho phẫu thuật mạch máu lớn.
- BN đau thắt ngực mà nghề nghiệp hoặc lối sống có những nguy cơ bất thường (phi công, diễn viên xiếc, ...)

**Chỉ định chụp ĐMV cần cân nhắc**

- BN có rối loạn chức năng thất trái vừa, đau ngực nhẹ (CCS I-II), nguy cơ vừa trên các thăm dò không chảy máu.
- BN đau ngực nặng (CCS III-IV) nhưng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa và đã đưa về mức độ đau ngực nhẹ.
- BN đau ngực nhẹ (CCS I-II) nhưng đáp ứng kém với điều trị nội khoa tối ưu.

**Thường không có chỉ định chụp ĐMV**

- BN đau thắt ngực mức độ nhẹ (CCS I-II) về triệu chứng, đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, không có rối loạn chức năng thất trái và không có bằng chứng thiếu máu cơ tim trên các thăm dò không chảy máu

**Phần B. Quy trình điều trị**

**Mục tiêu của điều trị:**

- Cải thiện triệu chứng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho BN.
- Cải thiện tiên lượng bệnh (ngăn ngừa NMCT và tử vong)

**1. Điều trị nội khoa**

**Có chỉ định điều trị**

- Vận dụng tích cực các biện pháp không dùng thuốc là bắt buộc cho mọi BN. Các biện pháp chung:

- Tập thể dục đều đặn mỗi ngày, trung bình 40-60 phút/ngày, dựa trên khả năng gắng sức của từng bệnh nhân.
- Bỏ ngay hút thuốc lá.
- Tránh căng thẳng
- Chế độ ăn uống hợp lý: giảm mỡ - giảm mặn – tránh ăn quá nhiều tinh bột; khuyến khích ăn nhiều rau quả, cá.
- Không chế tốt huyết áp, đường huyết, rối loạn chuyển hóa lipid/máu, ...
- Aspirin và các thuốc kháng kết tập tiểu cầu:
  - Aspirin cho thường quy nếu không có chống chỉ định. Liều trung bình: 75 – 325 mg/ngày và chỉ định dùng lâu dài (có thể suốt đời)
  - Clopidogrel (Plavix) 75mg/ngày, thay thế cho Aspirin khi BN không thể dung nạp hoặc có chống chỉ định với Aspirin.
  - **Đối với BN được can thiệp đặt stent ĐMV, Plavix phối hợp với Aspirin ít nhất 1 tháng (đối với các stent thường) và ít nhất 12 tháng (đối với các loại stent bọc thuốc). Sau đó Aspirin dùng kéo dài. (lưu ý: Dùng Plavix của Sanofi-Aventis)**
- Chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định
- Thuốc ức chế men chuyển cho mọi BN bệnh ĐMV kèm theo đái tháo đường, tăng huyết áp và/hoặc rối loạn chức năng thất trái.
- Thuốc hạ lipid máu để hạ LDL-C cho những bệnh nhân có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có LDL-C > 100 mg%, với mục tiêu hạ < 100 mg% (tối ưu là < 70 mg%).
- Thuốc Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc dạng xịt dưới lưỡi để giảm các cơn đau.
- Thuốc chẹn kênh calci (non-DHP) hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại cho những BN mà có chống chỉ định với chẹn beta giao cảm.
- Thuốc chẹn kênh calci (non-DHP) hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài phối hợp với chẹn beta giao cảm cho những bệnh nhân mà đáp ứng kém với chẹn beta giao cảm.
- Thuốc chẹn kênh calci (non-DHP) hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả hai loại cho những BN mà đã dùng chẹn beta giao cảm mà phải ngừng vì các tác dụng phụ.

#### **Chỉ định cần cân nhắc:**

- Các thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim (Trimetazidine)
- Thuốc mở kênh Kali: Nicorandin
- Thuốc tác động nút xoang: Ivabradine (Procoralan)

#### **Không có chỉ định:**

- Dipyridamol
- Điều trị vật lý trị liệu

## **2. Điều trị tái tạo mạch :**

- Can thiệp ĐMV qua da
- hoặc Mổ làm cầu nối chủ - vành

### **Chỉ định điều trị tái tạo mạch cho BN Đau thắt ngực ổn định**

- Can thiệp ĐMV qua da (*nong, đặt stent hoặc các biện pháp khác*) cho BN có tổn thương đáng kể 1 hoặc 2 nhánh ĐMV và có dấu hiệu thiếu máu cơ tim với nguy cơ cao trên các NPGS hoặc vùng cơ tim sống còn rộng.
- Can thiệp ĐMV qua da cho BN có tổn thương đáng kể 2 hoặc 3 nhánh ĐMV nhưng hình thái phù hợp cho can thiệp, chức năng thất trái bình thường và không có ĐTD đang điều trị.
- Can thiệp ĐMV hoặc làm cầu nối cho BN không đáp ứng với điều trị nội khoa và chấp nhận nguy cơ liên quan đến can thiệp.
- Mổ làm cầu nối ĐMV cho BN có tổn thương đáng kể thân chung ĐMV trái.
- Mổ làm cầu nối ĐMV cho BN có tổn thương đáng kể 3 nhánh ĐMV.
- Mổ làm cầu nối ĐMV cho BN có tổn thương đáng kể 2 nhánh ĐMV nhưng có tổn thương đáng kể đoạn gần LAD có kèm giảm chức năng thất trái ( $EF < 50\%$ ).
- Chỉ định cho BN đã từng được can thiệp ĐMV: mổ cầu nối ĐMV hoặc can thiệp cho BN có tái hẹp tại vị trí can thiệp và có thiếu máu cơ tim rõ với nguy cơ cao trên các NPGS hoặc vùng cơ tim chi phối rộng lớn.

### **Chỉ định cân nhắc**

- Mổ hoặc can thiệp ĐMV qua da cho BN có tổn thương đáng kể một hoặc hai nhánh ĐMV nhưng vùng cơ tim chi phối lớn vừa và các thăm dò chảy máu có nguy cơ vừa.
- Mổ hoặc can thiệp ĐMV qua da cho BN có tổn thương đáng kể một nhánh ĐMV đoạn gần LAD nguy cơ vừa.
- Can thiệp ĐMV cho bệnh nhân có tổn thương đáng kể thân chung ĐMV trái (left main) mà không muốn phẫu thuật hoặc nguy cơ cao khi phẫu thuật.

### **Thường không chỉ định**

- Mổ hoặc can thiệp ĐMV qua da cho BN có tổn thương 1 hoặc 2 nhánh ĐMV không kèm theo tổn thương đáng kể đoạn đầu LAD hoặc thân chung và có triệu chứng nhẹ, chưa được điều trị nội khoa tối ưu, các thăm dò không chảy máu không có bằng chứng TMCT, vùng chi phối cơ tim nhỏ.

- Mô hoặc can thiệp ĐMV qua da cho BN có tổn thương mức độ vừa (hẹp 50-60%) không phải ở thân chung và không có bằng chứng TMCT, trên các thăm dò không chảy máu.

### **3. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ:**

- Điều trị, kiểm soát tốt huyết áp. Điều trị tốt Đái tháo đường.
- Bỏ hút thuốc lá. Tập luyện vận động thể lực.
- Giảm cân ở bệnh nhân có THA, ĐTĐ, RLCH lipid/máu.
- Điều trị tốt RLCH lipid/máu khi có bệnh ĐMV khi LAD-C > 130mg%, đưa LDL-C < 100mg%, tốt nhất < 70mg%.

### **Phần C. Tài liệu tham khảo**

1. ACC/AHA/ACP-ASIM. Guidelines for Management of patients with Chronic Stable Angina. J Am Coll Cardiol 33, 7, 2002.
2. Đặng Văn Phước, et al. Khuyến cáo về lựa chọn cách xử trí cơn đau thắt ngực ổn định. Khuyến cáo số 13 của Hội Tim Mạch học Quốc gia Việt Nam. Tạp chí Tim mạch học Việt Nam. 24, 12-2000. 17-27.
3. Phạm Gia Khải, et al. Khuyến cáo 2011 của Hội Tim mạch Quốc gia Việt Nam về chẩn đoán và xử trí Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Hội Tim mạch học Việt Nam. NXB Y học. 2011.
4. Kim Fox (Chairperson) (UK), Maria Angeles Alonso Garcia (Spain), Diego Ardissino (Italy). Guidelines for the Management of Angina Pectoris. EHJ 2006; 27:1341-1381



## PHÁC ĐỒ CHẨN ĐOÁN VÀ XỬ TRÍ ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

