**BỆNH ÁN**

1. **Hành chính**

Họ và tên: Phạm Minh Nhiều Giới tính: Nam Tuổi: 56

Địa chỉ: Bến Lức, Long An Nghề nghiệp: Công nhân

Ngày nhập viện: 15/06/2022 Khoa: Tim mạch can thiệp, BV Đại học Y Dược

Phòng: 7-06A Giường: 04 Số hồ sơ:

1. **Lý do nhập viện:** Đau ngực
2. **Bệnh sử**

* Cách nhập viện #24h (14h ngày 14/6/2022), bệnh nhân xuất hiện cơn đau ngực khi nghỉ ngơi, đau giữa ngực, lan 2 bên nách, kiểu đau như xé, mức độ 4/5, đau cường độ như vậy ngay từ lúc bắt đầu khởi phát cơn đau, cơn đau kéo dài khoảng 1 tiếng với mức độ như trên sau nghỉ ngơi giảm còn khoảng 2-3/5, không yếu tố tăng giảm kèm theo vã mồ hôi và nôn – ra thức ăn lẫn ít dịch tiêu hoá. Cách nhập viện 22h (16h ngày 14/6/2022), bệnh nhân nhập Bệnh viện Đa khoa Long An được chẩn đoán và điều trị:
  + Kết quả cận lâm sàng:

ECG:

Ảnh có chứa văn bản, bẩn

Mô tả được tạo tự động

Nhịp xoang đều tần số 68l/p

Trục trung gian

Không lớn nhĩ

PR bình thường

R cắt cục từ V1-V4, sóng T cao không đối xứng V2-V4

ST bình thường

QTc= 0.43 bình thường

* Gợi ý nhồi máu cơ tim ST không chênh lênh cũ vùng trước vách trước mỏm

Troponin I (lần 1): 492.3 pg/mL Troponin I (lần 2): 1492 pg/mL

Siêu âm tại giường: giảm động thành bên, vách đáy, vách giữa thất trái. Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn

* + Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim dưới nội tâm mạc cấp- bệnh lý THA- bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn- Tăng lipid máu hỗn hợp- Bệnh trào ngược dạ dày thực quản.
  + Điều trị:

Levonox 0.6 ml 1 ống TDD

Aspirin 81mg 4 viên

Clopidogrel 75mg 4 viên

Atorvastatin 20mg 4 viên

Enalapril 5mg ½ viên

* Trong quá trình điều trị tại BV Đa khoa Long An, bệnh nhân còn đau ngực với tính chất như trên à chuyển bệnh viện ĐHYD (14h ngày 15/06/2022)
* Trong quá trình bệnh, bệnh nhân không sốt, không đau đầu, không hoa mắt chóng mặt, không hồi hộp, không đánh trống ngực, không đau bụng, không ợ hơi, ợ chua, không nóng rát sau xương ức, tiêu phân vàng đóng khuôn 1 lần/ngày, tiểu được, nước tiểu vàng trong, không yếu liệt chi, không chán ăn, không, sụt cân.
* Tình trạng lúc nhập viện:
  + Bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt
  + Sinh hiệu: Mạch: 74 l/p, NT: 20 l/p, HA: 110/60 mmHg, NĐ: 36.5 độ, SpO2: 97%
  + Niêm hồng, không phù, không dấu xuất huyết
  + Chi ấm, mạch rõ
  + Còn đau ngực với tính chất như trên mức độ 2/5
  + Tim đều
  + Phổi không ran
  + Bụng mềm, không điểm đau khu trú
  + Không yếu liệt chi
* Diễn tiến sau NV:
  + Ngày 1: hết đau ngực.

1. **Tiền căn**
   1. Bản thân:
2. Nội khoa:

* 2 năm nay, THA, điều trị tại trung tâm y tế huyện Bến Lức với Triplixam 5 mg/1.25mg/ 5 mg (Perindopril arginine/indapamide/amplodipine), HA dễ chịu: 110-20 mmHg, HA cao nhất 160 mmHg, chưa từng nhập viện vì cơn tăng HA
* 3 tháng nay, bệnh nhân thỉnh thoảng có những cơn đau ngực sau xương ức và 2 bên ngực, lan 2 nách, đau như nóng rát, cường độ 1-2/5, khoảng 10-15 phút, khởi phát khi vận động gắng sức- khiêng vác khoảng 25kg, giảm khi nghỉ, bệnh nhân được chẩn đoán trào ngược dạ dày thực quản, điều trị theo toa không khỏi bệnh.
* Bệnh nhân chưa từng phù, chưa từng nhập viện vì đau ngực hay khó thở.
* Không ghi nhận tiền căn ĐTĐ, bệnh thận, bệnh lý chuyển hóa hay bệnh lý ác tính.

1. Ngoại khoa: Không ghi nhận tiền căn phẫu thuật, chấn thương.
2. Thói quen – sinh hoạt:

* Hút thuốc lá: 10 gói.năm.
* Rượu bia: ít
* Không có thói quen ăn mặn
* Thói quen tập thể dục buổi sáng: đi bộ khoảng 30 phút

1. Dị ứng-Dịch tễ: chưa ghi nhận tiền căn dị ứng thuốc, thức ăn, không ghi nhận tiền căn lao trước đây.
   1. Gia đình:

Không ghi nhận bệnh lí tim mạch, ĐTĐ.

1. **Lược qua các cơ quan**

* Tim mạch: không khó thở, không đau ngực, không vã mồ hôi, không đánh trống ngực
* Hô hấp: không ho, không sổ mũi, nghẹt mũi
* Tiêu hóa: không đau bụng, không tiêu chảy, tiêu phân vàng đóng khuôn
* Tiết niệu: tiểu bình thường, không tiểu gắt buốt, lắt nhắt, nước tiểu vàng trong
* Thần kinh: không đau đầu, không chóng mặt
* Cơ xương khớp: không đau khớp, không giới hạn vận động

1. **Khám** (8h ngày 2 sau nhập viện – 16/06/2022)
2. Tổng quát:

* Tỉnh, tiếp xúc tốt
* Sinh hiệu: Mạch 88 l/p; HA 124/82 mmHg (HA 2 bên không chênh lệch);

Nhiệt độ 36.9oC; Nhịp thở 18 l/p

* Chiều cao: 165cm; Cân nặng: 62kg à BMI 25 kg/m2: Béo phì độ I
* Da niêm hồng, không xuất huyết, không tuần hoàn bàng hệ, không sao mạch, không lòng bàn tay son.
* Không phù, không dấu mất nước.
* Không vàng da, không vàng mắt
* Hạch ngoại biên không sờ chạm

1. Đầu mặt cổ:

* Mặt cân đối, không biến dạng
* Môi không khô, lưỡi không dơ
* Khí quản không lệch
* Tuyến giáp không to
* Tĩnh mạch cổ trong không nổi ở tư thế 45o.

1. Lồng ngực:

* Lồng ngực hai bên cân đối, di động đều theo nhịp thở, không sẹo, không sao mạch, không tuần hoàn bàng hệ.
* Tim:
  + Mỏm tim ở khoang liên sườn IV đường trung đòn trái, diện đập 1x2cm.
  + Không ổ đập bất thường, dấu Hardzer (-), dấu nẩy trước ngực (-).
  + Tim đều, tần số 88 lần/phút. T1, T2 rõ,
  + Không âm thổi.
* Phổi:
  + Rung thanh đều 2 bên
  + Gõ trong khắp phổi
  + Rì rào phế nang êm dịu, không ran nổ, ran ẩm.

1. Bụng:

* Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không tuần hoàn bàng hệ.
* Nghe: nhu động ruột 5l/p, không âm thổi ĐM thận, ĐM chủ bụng.
* Bụng mềm, không điểm đau.
* Gan lách không sờ chạm.
* Chạm thận (-), rung thận (-), cầu bàng quang (-)

1. Thần kinh, cơ xương khớp:

* Cổ mềm.
* Không sưng nóng đỏ đau các cơ khớp.
* Không giới hạn vận động.

1. **Tóm tắt bệnh án**

Bệnh nhân nam, 56 tuổi, nhập viện vì đau ngực, bệnh 2 ngày, qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận:

TCCN:

* Đau giữa ngực, lan 2 bên nách, kiểu đau như xé, mức độ 4/5, đau cường độ như vậy ngay từ lúc bắt đầu khởi phát cơn đau, cơn đau kéo dài khoảng 1 tiếng với mức độ như trên sau nghỉ ngơi giảm còn khoảng 2-3/5, không yếu tố tăng giảm kèm theo vã mồ hôi và nôn.

TCTT:

* Mỏm tim ở khoang liên sườn IV đường truung đòn trái, diện đập 1x2cm
* Tim đều, tần số 88 lần/phút. T1, T2 rõ
* Phổi không rale
* Béo phì độ I

TC:

* Tăng huyết áp
* Những cơn đau thắt ngực ổn định trong 3 tháng nay.
* Hút thuốc lá 10 gói năm.

1. **Đặt vấn đề**
   1. Đau ngực cấp
   2. Tăng huyết áp
   3. Cơn đau thắt ngực ổn định
2. **Chẩn đoán**

Chẩn đoán sơ bộ: Hội chứng vành cấp ngày thứ 2 chưa biến chứng – Tăng huyết áp

Chẩn đoán phân biệt:

* Bóc tách động mạch chủ ngực – Cơn đau thắt ngực ổn định – Tăng huyết áp
* Thuyên tắc phổi – Cơn đau thắt ngực ổn định – Tăng huyết áp

1. **Biện luận**
   1. Đau ngực cấp
2. Nguyên nhân do tim:

* Bệnh nhân đau ngực kiểu mạch vành: Đau giữa ngực, lan 2 bên nách, kiểu đau như xé, mức độ 4/5, đau cường độ như vậy ngay từ lúc bắt đầu khởi phát cơn đau, cơn đau kéo dài khoảng 1 tiếng với mức độ như trên sau nghỉ ngơi giảm còn khoảng 2-3/5, không yếu tố tăng giảm kèm theo vã mồ hôi và nôn. Bệnh nhân là nam, 56 tuổi và hút thuốc lá 10 gói.năm, béo phì độ I là những yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành. Bệnh nhân từng có những lần đau ngực điển hình trong vòng 3 tháng qua (đau ở giữa ngực, mức độ đau nhẹ, 10-15 phút, khởi phát khi gắng sức, giảm khi nghỉ) nên nghĩ nhiều bệnh nhân lần này có hội chứng mạch vành cấp.
  + Hội chứng vành cấp gồm: NMCT cấp và đau thắt ngực không ổn định. Hội chứng vành cấp này nghĩ nhiều là NMCT cấp vì triệu chứng đau âm ỉ, ít triệu chứng kèm theo và bệnh nhân đã có CLS tuyến tỉnh với Troponin I tăng động học và ECG gợi ý. ⇨ đề nghị điện tâm đồ, Troponin I, CK-MB, siêu âm tim để theo dõi.
  + Thời điểm khởi phát đau ngực cách nhập viện # 1 ngày, hiện tại > 2 ngày ⇨ hội chứng vành cấp ngày thứ 2.
  + Killip
  + Biến chứng:
    - Bệnh nhân tỉnh tiếp xúc tốt, không nghe âm thổi ở tim, nên nghĩ chưa có biến chứng cơ học.
    - Mạch đều, tần số tim đều 88 l/p à không nghĩ có rối loạn nhịp tim
    - BN không có khó thở, không phù chân, phổi không nghe ran ẩm à không nghĩ đến biến chứng suy tim.
    - BN sinh hiệu ổn: không nghĩ có choáng tim
* Không nghĩ viêm màng ngoài tim cấp vì bệnh nhân không giảm đau khi cúi người ra trước, không đau tăng khi ho, khi hít thở sâu, khi xoay trở, không có tiếng cọ màng tim
* Ít nghĩ viêm cơ tim vì bệnh nhân không có nhiễm trùng siêu vi trước đó. Tuy nhiên bệnh viêm cơ tim đôi khi cũng có triệu chứng tương tự như bệnh mạch vành ⇨ đề nghị men tim
* Không nghĩ hẹp van động mạch chủ nặng vì nghe tim không có âm thổi tâm thu ở KLS 3 bên (T) và KLS 2 bên (P). Hẹp van động mạch chủ nặng thường có tam chứng: đau ngực khi gắng sức, khó thở khi gắng sức và ngất khi gắng sức. Ở bệnh nhân này đau ngực khi nghỉ, không ngất nên không nghĩ bệnh nhân bị hẹp van động mạch chủ.

1. Nguyên nhân do phổi:

* Bệnh lý màng phổi (TDMP/TKMP): không nghĩ vì bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám phổi bình thường (không có hội chứng 3 giảm của TDMP, không có hội chứng TKMP).
* Viêm phổi: không nghĩ vì không có hội chứng nhiễm trùng đường hô hấp dưới, bệnh nhân không đau ngực kiểu màng phổi, khám: phổi trong không ran.
* Thuyên tắc phổi: bệnh nhân nam, hút thuốc lá 10 gói.năm, đau ngực dữ đội ngay từ đầu nên cũng không loại trừ ⇨ đề nghị D-Dimer.

1. Phình bóc tách động mạch chủ ngực: Không loại trừ.

Bệnh nhân nam 56 tuổi, tiền căn hút thuốc lá 10 gói.năm, bệnh nhân này đau ngực dữ đội ngay từ đầu, kiểu đau như xé, lan 2 bên nách nhưng khám bệnh nhân không có chênh lệch huyết áp 2 tay ⇨ đề nghị X-quang ngực thẳng, siêu âm tim

1. Nguyên nhân khác:

* Không nghĩ bệnh lý dạ dày tá tràng vì bệnh nhân không ợ chua, ợ hơi, không thấy đau nóng bỏng khó chịu ở sau xương ức và thượng vị sau ăn hay khi đói, không tiền căn bệnh lý dạ dày tá tràng từ trước.
* Không nghĩ bệnh lý cơ xương thành ngực vì khám không có điểm đau vùng ngực, không nổi bóng nước, ban đỏ. Bệnh nhân cũng không có tiền căn chấn thương.
  1. Tăng huyết áp:
* BN được chẩn đoán tăng huyết áp cách đây 2 năm, HATTh dễ chịu khoảng 110-120 mmHg, HATTh cao nhất BN ghi nhân được là 160 mmHg.
* BN không có thói quen ăn mặn, tập thể dục mỗi sáng 30p, tuy nhiên vẫn còn hút thuốc lá nên cần ngưng thuốc lá. BN BMI 25kg/m2 à cần tập thể dục và có chế độ giảm cân hợp lý
* Biến chứng:
  + Bệnh mạch vành: Đã biện luận
  + Phình bóc tách động mạch chủ: đã biện luận
  + Thần kinh: BN không có đau đầu, chóng mặt, không yếu liệt, khám không ghi nhận tăng huyết áp cao lúc cấp cứu, không dấu thần kinh định vị => không nghĩ
  + Thận: BN kiểm soát huyết áp ổn, đi khám kiểm tra huyết áp định kỳ, không tiểu ít, chưa ghi nhận được lần kiểm tra gần đây có được kiểm tra chức năng thận => Đề nghị Creatinin máu, siêu âm bụng
  + Bệnh nhân không hồi hộp, đánh trống ngực, khám ghi nhận tim đều, tần số 88 l/p => không nghĩ biến chứng rối loạn nhịp.
  + Bệnh võng mạc: BN gần đây không biểu hiện giảm thị lực, không nhìn mờ. Đề nghị soi đáy mắt
  + Bệnh mạch máu ngoại biên: Bệnh nhân không đau cách hồi nên không nghĩ.
  1. Cơn đau thắt ngực ổn định:
* 3 tháng nay, bệnh nhân thỉnh thoảng có những cơn đau ngực sau xương ức và 2 bên ngực, lan 2 nách, đau như nóng rát, cường độ 1-2/5, khoảng 10-15 phút, khởi phát khi vận động gắng sức- khiêng vác khoảng 25kg, giảm khi nghỉ.
* Cơn đau như trên là kiểu đau thắt ngực điển hình
* Nghĩ nhiều bệnh nhân có bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn.

1. **Đề nghị cận lâm sàng**

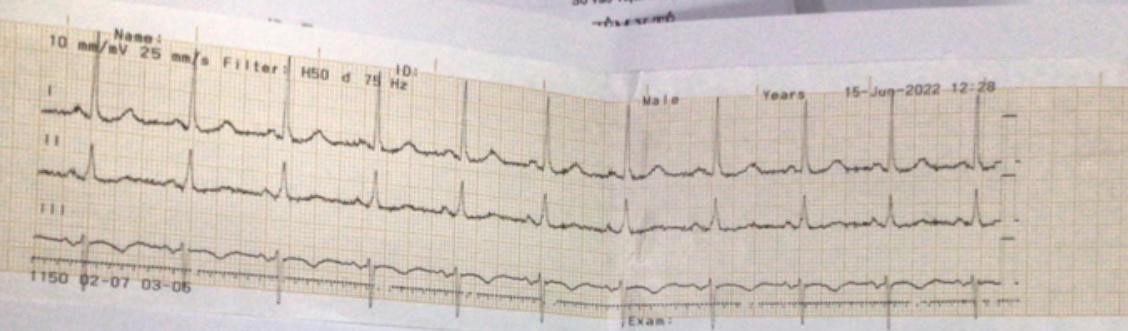
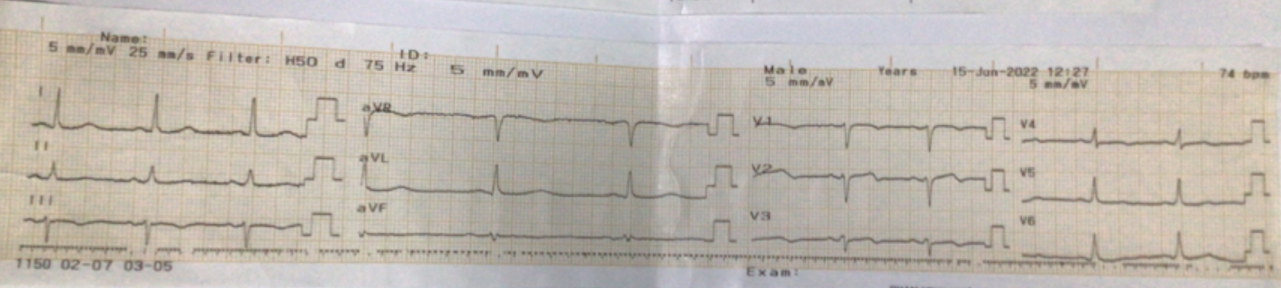
* Cận lâm sàng chẩn đoán:

Điện tâm đồ, Troponin I~~, CK-MB~~ Siêu âm tim

X-quang ngực thẳng D-Dimer

* Cận lâm sàng thường quy: Đông máu toàn bộ (PT, aPTT, INR, Fibrinogen), ion đồ, đường huyết đói, bilan lipid (Cholesterol, LDL-C, HDL-C, Triglycerids), creatinine, ure, CTM, CRP(?), TPTNT, AST, ALT, siêu âm bụng.

1. **Kết quả cận lâm sàng**
   1. Điện tâm đồ: (14h ngày 15/06/2022)



* Nhịp xoang, đều, 74 lần/phút
* Trục lệch trung gian
* PR bình thường, không lớn nhĩ
* Không lớn thất
* R cắt cụt, V1-V3
* T âm V1, DIII   
  T 2 pha – âm cuối ở V2-3,   
  T dẹt ở V4-6, aVF

⇨ Nhịp xoang đều tần số 74 lần/phút, kết hợp lâm sàng nghĩ nhiều Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên thành trước vách mỏm giờ thứ 24.

* 1. Troponin T hs

Lúc nhập viện (15/06 lúc 15h): 1401 ng/L

1 giờ sau: 1378 ng/L

⇨ Troponin Ths thay đổi có động học, phối hợp với ECG chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên thành trước vách mỏm.

6h ngày 16/06: 873 ng/L

* 1. CK-MB (16/05): 62 U/L (> 25U/L)

⇨ Phù hợp với NMCT cấp

* 1. NT-proBNP (15/06): 453 ng/L (< điểm cắt 900 ng/L)

⇨ Chưa thỏa điểm cắt suy tim theo tuổi.

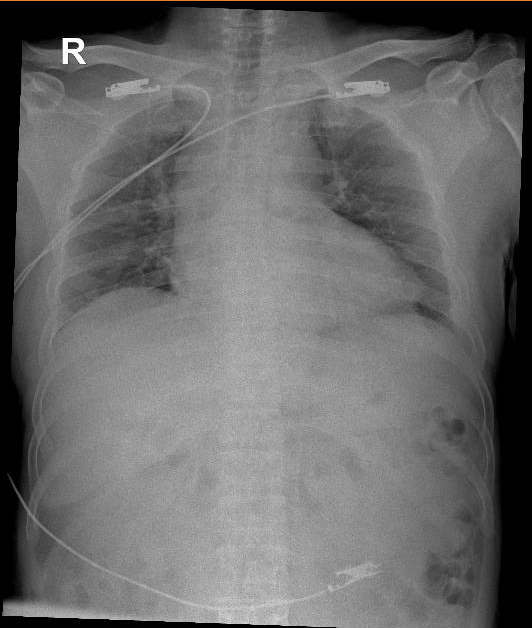
* 1. Siêu âm tim
* Thất trái: Không dày
* Giảm động thành trước, vùng trước vách liên thất, thành dưới, thành bên
  + Chức năng tâm thu thất trái bảo tổn (EF Teichholz = 45%; EF Biplane = 65%)
  + Chức năng tâm trương thất trái bình thường (E/A = 0.4, E` = 8cm/s, E/E` = 5.75).
* Không hẹp hở van 2 lá, van mềm
* KHông hẹp vở van ĐMC, van 3 mảnh
* KHông hẹp hở van 3 lá, không tăng áp phổi PAPs = 15mHg
* Thất phải: TAPSE = 21 mm,
* Các buồng tim không dãn, không huyết khối
* Không thấy sùi > 3mm tên các van tim
* Động mạch chủ lên không dãn, không dấu bóc tách
* Không tràn dịch màng ngoài tim

Kết luận: Bệnh tim thiếu máu cục bộ.

Chức năng tâm thu thất trái bảo tồn (EF Teichholz = 45%, EF Biplane = 65%).

Phân tích:

* Hỉnh ảnh rối loạn vận động vùng, phù hợp với bối cảnh nhồi máu cơ tim thành trước vách mỏm của BN
* Siêu âm không thấy các biến chứng cơ học của STEMI như thủng vách, hở van tim
* KHông ghi nhận có phình bóc tách động mạch chủ lên.
* Đề nghị siêu âm tim sau can thiệp mạch vành để đánh giá chức năng tim
  1. X-quang ngực thẳng



* Tư thế nằm, chụp trước sau, hít không đủ sâu, hai xương bả vai không tách ra khỏi 2 phế trường
* Bóng tim to, nằm trải ngang
* Tù sườn hoành (T) khả năng: - Tràn dịch màng phổi với lượng ít phân biệt với Dày dính màng phổi.  
  Lâm sàng bệnh nhân không có biểu hiện đau ngực kiểu màng phổi, không hội chứng nhiễm trùng hô hấp dưới, không ghi nhận tiền căn lao trước đây. => Theo dõi tràn dịch màng phổi phản ứng.
* Không ghi nhận phù phồi cấp

* 1. Công thức máu

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 15/06 | Khoảng tham chiếu |  | 31/05 | Khoảng tham chiếu |
| WBC | 13.4 | 4-10 G/L | RBC | 4.47 | 3.8 - 5.5 T/L |
| NEU % | 60 | 45 - 75%N | HGB | 141 | 120 - 175 g/L |
| LYM % | 26.3 | 20 - 35% L | HCT | 0.419 | 0.35 - 0.53 L/L |
| MONO % | 12.1 | 4 - 10% M | MCV | 93.8 | 78 - 100 fL |
| BASO % | 0.173 | 1 - 8% E | MCH | 31.5 | 26.7 - 30.7 pG |
| EOS % | 0.819 | 0 - 2% B | PLT | ***486*** | 150 - 450 G/L |

Dòng hồng cầu và bạch cầu bình thường. Tiểu cầu tăng nhẹ

* 1. Đông máu toàn bộ (31/05)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| PT | 13.4 | 11.1 - 15.2 giây | INR | 1.02 | 0.8 - 1.2 |
| PT% | 98.0 | 70-140 % | aPPT | ***46.6*** | 25.1-36.5 giây |
| PT (bn)/PT(chứng) | 1.02 | 0.8 - 1.2 | aPPT(bn)/aPPT(chứng) | ***1.55*** | 0.8 - 1.2 |
| Nhóm máu: AB (+) | | | | | |

Thời gian đông máu aPTT tăng nhẹ nghĩ do bệnh nhân đã được điều trị kháng kết tập tiểu cầu kép và kháng đông trước đó..

* 1. Sinh hóa máu (31/05)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  | Khoảng tham chiếu |  |  | Khoảng tham chiếu |
| Glucose | 99 | 70-115 mg/dL | Natri | 136 | 136-146 mmol/L |
| Ure | 36.44 | 10.2-49.7 mg/dL | Kali | ***3.12*** | 3.4-5.1 mmol/L |
| Creatinine | 0.78 | 0.72-1.18 mg/dL | Clo | 98 | 98-109 mmol/L |
| eGFR | 102 | >= 60 ml/p/1.73m2 | Calci TP |  | 2.10-2.55 mmol/L |
| AST | ***137*** | < 40 U/L | Cholesterol | ***217*** | 150- 200 mg/dL |
| ALT | ***53*** | < 41 U/L | HDL-C | ***34*** | > 35 mg/dL |
| CRP | ***35.9*** | < 5 mg/L | Non HDL-C | 182 | mg/dL |
| TSH | 1.23 | 0.34-4.22 mIU/L | LDL-C | ***145*** | < 131 mg/dL |
| fT4 | 12.74 | 0.71 – 1.85 ng/dL | Triglyceride | 106 | 40-166 mg/dL |

AST, ALT tăng phù hợp trong bệnh cảnh Nhồi máu cơ tim cấp.

Có RL lipid máu: Tăng LDL-C, Cholesterol và HDL thấp.

Hạ K máu mức độ nhẹ.

* 1. Siêu âm bụng (31/05)

GAN: Nhiễm mỡ, bờ đều. Các TM trên gan và TM cửa bình thường.

ĐƯỜNG MẬT: Trong và ngoài gan không giãn. Không sỏi.

TÚI MẬT: Vách đều, không dày, lòng không có gì lạ.

LÁCH: Không to, đồng nhất.

TỤY: Không to, đồng nhất.

THẬN:

Thận phải: Cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản phải : Không giãn. Thượng thận: không thấy.

Thận trái: Cấu trúc và kích thước : bình thường. Phân biệt vỏ - tủy rõ, không ứ nước, không sỏi.

Niệu quản trái : Không giãn. Thượng thận: không thấy.

BÀNG QUANG : Thành đều, lòng phản âm trống.

TIỀN LIỆT TUYẾN: Không to, khá đồng nhất, vỏ bọc đều.

CÁC BỘ PHẬN KHÁC: Các mạch máu lớn và khoang sau phúc mạc không thấy gì lạ.

Dịch màng phổi (-)

XOANG BỤNG Chưa ghi nhận bất thường

Kết luận: Gan nhiễm mỡ.

* 1. Kết quả chụp mạch vành
* Hệ động mạch vành ưu thế phải
* LM: không hẹp.
* LAD: hẹp 90% LAD II, cầu cơ LAD III
* LCx: hẹp 50% LCx I, 70% LCx-II
* RCA: hẹp 30% RCA I

Kết luận: Bệnh mạch vành 2 nhánh.

* Xử trí can thiệp mạch: Đặt stent LAD I-II, còn hẹp 50% LCx-I, 70% LCx-II

1. **Chẩn đoán xác định**

Nhồi máu cơ tim không ST chênh lên, thành trước vách mỏm, ngày 2, nguy cơ cao – Bệnh mạch vành 2 nhánh đã đặt stent LAD I-II, còn hẹp 50% LCx-I, 70% LCx-II – Tăng huyết áp vô căn hiện điều trị ổn – Rối loạn lipid máu – Hạ Kali máu

1. **Điều trị**
2. Mục tiêu điều trị

* Điều trị triệu chứng: Giảm đau
* Điều trị ổn định nội khoa: Kháng đông, kháng kết tập tiểu cầu
* Điều trị can thiệp
* Điều trị bệnh nền kèm theo: Tăng huyết áp
* Điều trị không dùng thuốc: Giáo dục sức khỏe, tập thể dục, giảm cân
* Mục tiêu cụ thể
  + Giảm cân, mục tiêu BMI < 25kg/m2
  + Huyết áp duy trì < 130/80 mmHg
  + Nhịp tim 55-60 lần/ phút khi nghỉ
  + LDL-C < 55mg/dL, HDL-C > 40 mg/dL
  + Bỏ thuốc lá

1. Điều trị cụ thể lúc cấp cứu:

* Nhập phòng bệnh nặng
* Cho BN nghỉ ngơi tại giường
* Monitor theo dõi sinh hiệu: Mạch, huyết áp, nhịp thở, SpO2
* 2 đường truyền kim lớn, NaCl 0.9% giữ đường truyền.
* Nitroglycerin 0.4mg 1 viên ngậm dưới lưỡi giảm đau
* Ticagrelor 90mg 1 viên x 2 uống
* Metoprolol succinate 25mg ½ viên uống
* Captopril 25 mg ¼ viên x 3 uống
* Rosuvastatin 20mg 1 viên uống
* Ezetimib 10 mg 1 viên uống
* KCl 10% 1g/10ml 2 ống pha NaCl 0.9% 1 chai 500ml, TTM 20 giọt/phút
* Chụp mạch vành can thiệp – đặt stent

1. Điều trị sau khi ổn định

* Aspirin 81mg 1 viên (uống) sáng sau ăn
* Ticagrelor 90mg 1 viên x 2 (uống) sau ăn
* Metoprolol succinate 25mg ½ viên uống
* Valsartan 40mg 1 viên x 2 (uống) sau ăn
* Spironolactone 25mg 1 viên uống chiều sau ăn
* Rosuvastatin 20mg 1 viên (uống) chiều sau ăn
* Ezetimib 10 mg 1 viên (uống) chiều sau ăn
* Pantoprazol 40mg 1 viên (uống) sáng trước ăn 30 phút
* Panangin 175/166.3mg 1 viên x 2 uống sáng chiều
* Không thuốc:
  + Giáo dục sức khỏe, nhận thức các triệu chứng bệnh, các yếu tố nguy cơ và việc tuân thủ điều trị.
  + Ăn uống cân đối, ăn lạt
  + Giảm cân
  + Tập thể dục thường xuyên và hiệu quả
  + Bỏ thuốc lá

1. Theo dõi – tái khám:

* Tái khám sau 4 tuần : Đánh giá PRECISE DAPT để quyết đinh thời gian dùng DAPT
* Theo dõi triệu chứng đau ngực, khó thở, chóng mặt khi thay đổi tư thế; sinh hiệu: mạch, huyết áp.