*SV Y6*

*Hồ Lê Minh Thư*

*Trương Thị Minh Thư*

**BỆNH ÁN**

**I. HÀNH CHÍNH:**

Họ tên: LÊ THỊ N. Giới tính: Nữ Năm sinh: 1943 (77 tuổi)

Địa chỉ: Gò Công, Tiền Giang

Nghề nghiệp: Không còn làm việc

Ngày NV: 16h30 ngày 9/9/2020

Hành lang phòng 1, Khoa Tim mạch can thiệp BV Chợ Rẫy

**II. LÝ DO NHẬP VIỆN: Đau ngực**

**III. BỆNH SỬ:**

Từ 7 ngày trước NV, BN đau ngực vùng giữa ngực, thường khởi phát trong và ngay sau khi BN đi tiêu, BN cảm thấy đau sâu bên trong, đau nhói, kéo dài khoảng 5-10 phút, BN chịu đựng được, đau giảm sau khi ngồi nghỉ, không kèm hồi hộp đánh trống ngực, không vã mồ hôi, cơn đau xuất hiện 2-3 lần/ngày.

Cách NV 4 ngày, BN đau âm ỉ vùng quanh rốn, đau từng cơn mỗi cơn 1-2 phút, mỗi ngày 3-4 cơn, không lan, không liên quan đến bữa ăn, không kèm rối loạn đi tiêu. BN đi khám phòng khám tư được chẩn đoán Viêm dạ dày, test hơi thở Hp (+). Các thuốc điều trị: Bismuth tripotassium dicitrat 300mg, Amitryptiline 25mg, Esomeprazole 40mg, Tetracycline 500mg, Tinidazol 500mg (imidazol).

Cách NV 9 giờ, BN sau khi ăn sáng thì nằm nghỉ, đang nằm nghỉ thì đột ngột thấy đau vùng giữa ngực, BN cảm thấy đau sâu bên trong, đau nhói, liên tục, lói ra sau lưng, BN không chịu đựng được, không yếu tố tăng giảm kèm khó thở liên tục hít vào và thở ra đều khó, không yếu tố tăng giảm, nôn 2 lần ra thức ăn sáng, lượng # 300ml.

Cơn đau kéo dài liên tục 4 giờ sau, không giảm, BN phải chờ cho đến khi có người nhà đưa BN nhập BV huyện Gò Công. BN được cho thuốc ngậm dưới lưỡi (không rõ) nhưng không giảm đau => chuyển BV tỉnh Tiền Giang. Tại BV tỉnh Tiền Giang ghi nhận:

* BN tỉnh, còn đau ngực, thở đều, tim chậm đều , phổi thô bụng mềm.
* ECG: ST chênh lên ở DII, DIII, aVF.
* Chẩn đoán: Nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên vùng hoành giờ thứ 6 killip IV – THA – ĐTĐ2.
* Xử trí: NaCl 0.9% 500ml 1 chai TTM, Lovenox 40 IU 1A TDD, Aspirin 81mg   
  2 viên, Plavix 300mg 2 viên, Atropin 0.25mg 2A TMC, Noradrenalin 4mg 2A pha NaCl 0.9% TTM/SE 4.7ml/giờ.

=> Sau điều trị, BN không giảm đau ngực.

=> Chuyển BV Chợ Rẫy

=> Tình trạng lúc chuyển tuyến: HA: 160/100 mmHg

Trong quá trình bệnh, BN không đi tiểu, không sốt, không ho, không đau đầu, không chóng mặt.

* Tình trạng lúc nhập viện:

BN tỉnh

M: 104 lần/phút

HA: 80/50 mmHg

Nhịp thở: 24 lần/phút

Nhiệt độ: 37.7oC

SpO2: 88% khí trời

* Diễn tiến:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 09/09/2020  16h30 | M: 104 lần/phút  HA: 80/50 mmHg  Nhịp thở: 24 lần/phút  SpO2: 88% khí trời | Nằm hồi sức  Thở oxy cannula 3 lít/phút  NaCl 0.9% 500ml  1 chai TTM XX giọt/phút  Morphin 10mg  1/3 ống pha loãng TMC  Tiếp tục noradrenaline tuyến trước 2 ống 4mg SE 5ml/giờ |
| 18h15 | M: 94 lần/phút  HA: 92/55 mmHg  SpO2: 98% cannula 3l/p  Chụp mạch vành:  LMCA: không hẹp  LAD: hẹp 70% LAD II  LCx: hẹp 99% LCx I  RCA: hẹp 40% RCA I-II, hẹp 90% PLV | Atropin 0.25mg 2 ống (pha sẵn)  Can thiệp mạch vành:  Stent Ultimaster 2.5x18 (14 atm 2.64mm) vào RCA III-PLV  => Tái thống tốt RCA II-PLV, dòng chảy TIMI III không biến chứng |
| 19h10 | Sau can thiệp:  M: 84 lần/phút  HA: 128/75 mmHg  SpO2: 99% | Rút sheath và băng ép  Hạn chế vận động  Ăn lại sau 23h  NaCl 0.9% 500ml  Glucose 5% 500 ml  TTM XX giọt/phút  Lovenox 0.5 ml TTD |
| 20h30 | Bệnh tỉnh  HA 94/63 mmHg  M: 84 lần/phút  Giảm đau ngực  Sưng ½ dưới cẳng tay phải  Nôn ói nhiều  Tim đều, phổi trong, bụng mềm | Pantoloc 40mg 1 lọ  TTM  Vincomid 10mg 1 ống TMC  Duy trì Noradrenalin 6ml/giờ |
| 10/09/2020  0h30 | Hết Noradrenalin  M: 80 lần/phút  HA: 90/69 mmHg | Noradrenalin 4mg/4ml 1 ống  NaCl 0.9% đủ 50 ml  BTĐ 6ml/giờ |
| 8h | Bệnh tỉnh  HA: 90/60 mmHg  Thở đều qua cannula | NaCl 0.9% 500 ml  1 chai x2 TTM XX giọt/phút  Lovenox 0.6 ml  0.5ml x2 TDD  ASA 81mg 1v (u)  Plavix 75mg 1v (u)  Crestor 20mg 1v (u)  Pantoloc 40mg 1v (u)  Duy trì Noradrenalin 3ml/giờ -> Xem xét ngưng  NaCl 0.9% 500ml  KCl 10% 2 ống  TTM XX giọt/phút |
| 11h50 | Bệnh tỉnh  HA: 90/60 mmHg  M: 80 lần/phút |  |
| 19h | HA: 90/60 mmHg  M: 88 lần/phút | Chuyển phòng bệnh |
| 11/9 | HA: 100/60 mmHg  M: 70 lần/phút  Giảm mệt | Lovenox 0.6ml  0.5ml x2 TDD  Plavix 75mg 1v (u)  ASA 81mg 1v (u)  Crestor 20mg 1v (u)  Raberazol 20mg 1v(u) |
| 12/9  8h |  | Lovenox 0.6ml  0.5ml x2 TDD  Plavix 75mg 1v (u)  ASA 81mg 1v (u)  Crestor 20mg 1v (u)  Raberazol 20mg 1v(u) |
| 23h45 | K+: 2.5 mmol/L  Cre: 0.6 | NaCl 0.9% 500ml  KCl 10% 2 ống  TTM XX giọt/phút |
| 13/9 |  | Lovenox 0.6ml  0.5ml x2 TDD  Plavix 75mg 1v (u)  ASA 81mg 1v (u)  Crestor 20mg 1v (u)  Raberazol 20mg 1v(u)  Concor 2.5 mg ½ v (u) |
| 14/9 | Bệnh tỉnh  Còn mệt khi vận động  HA: 140/90 mmHg  M: 80 lần/phút  Tim đều, phổi trong, bụng mềm | Plavix 75mg 1v (u)  ASA 81mg 1v (u)  Crestor 20mg 1v (u)  Raberazol 20mg 1v(u)  Concor 2.5 mg 1 v (u)  Zestril 5mg ½ v (u)  KCl 0.5g 2v x2 (u) |

**IV. TIỀN CĂN:**

**1. Bản thân:**

***a.*** ***Nội khoa:***

- Cách NV 6 năm, BN đột ngột yếu nửa người trái, BV Tiền Giang chẩn đoán TBMMN. Đồng thời được phát hiện và chẩn đoán THA- BTTMCB.

- Cách NV 2 năm, BN tái khám tại BV ĐHYD được chẩn đoán: Di chứng bệnh mạch máu não - Rối loạn chuyển hóa lipid máu - THA độ II. Từ đó đến nay bệnh nhân tái khám được vài lần tại BV ĐHYD, lần tái khám gần nhất được chẩn đoán: Di chứng bệnh mạch máu não - THA vô căn, toa thuốc đang điều trị:

Concor (Bisoprolol) 2.5mg ½ viên (u)

Irbesartan 300mg ½ viên (u)

Meprostad (Clopidogrel) 75mg 1 viên (u)

Olanstad (Olanzapine) 10mg ½ viên (u)

Davinfort (Piracetam) 800mg 1 ống x2 (u)

BN điều trị toa thuốc này, không thực hiện đầy đủ chế độ ăn tiết chế, HATT dễ chịu là 120-130 mmHg, thỉnh thoảng có một vài lần tăng lên, HATT cao nhất 160 mmHg, chưa có lần nào phải nhập viện vì THA.

- Chưa ghi nhận tiền căn ĐTĐ

***c. Thói quen.***

Ăn mặn

Tập thể dục nhẹ nhàng 15 phút/ngày

**2. Gia đình:**

Chị ruột mắc ĐTĐ 2

Anh ruột bị TBMMN lúc 70 tuổi.

**V. LƯỢC QUA CÁC CƠ QUAN:** 10h00 15/9/2020, sau NV 1 ngày.

Hết đau ngực, không hồi hộp, không đánh trống ngực.

Không ho, không khó thở.

Không đau bụng, không buồn nôn

Tiêu tiểu bình thường

Không sốt, không nặng chân

**VI. KHÁM LÂM SÀNG:** 10h00 15/9/2020, sau NV 6 ngày.

**1. Khám tổng quát:**

- BN tỉnh, tiếp xúc tốt

- Thể trạng trung bình: BMI 22.22

+ Cân nặng: 50 kg

+ Chiều cao: 1m50

- Nằm đầu 1 gối, không co kéo cơ hô hấp phụ, thở êm

- Chi ấm, mạch rõ

- Da niêm hồng, không phù, không xuất huyết

- Hạch ngoại biên không sờ chạm

· ***Sinh hiệu:***

+ Mạch: 84 lần/phút

+ HA: 130/70 mmHg

+ Nhịp thở: 18 lần/phút.

+ Nhiệt độ: 37oC

**2. Khám từng vùng:**

***a. Đầu, mặt, cổ:***

- Cân đối, không biến dạng.

- Khí quản không lệch

- Tuyến giáp không to.

- Không âm thối động mạch cảnh.

- Tĩnh mạch cổ không nổi tư thế nằm.

***b. Ngực:*** Lồng ngực cân đối, di động đều theo nhịp thở, không bất thường thành ngực, ấn ngực không điểm đau.

*\* Tim:*

- Mỏm tim nằm ở KLS V, đường trung đòn trái, diện đập 1,5\*2 cm2, nảy mạnh, dấu Harzer (-), dấu nảy trước ngực (-).

- Nhịp tim đều, T1, T2 rõ, tần số 84 lần/phút.

- Không âm bệnh lý.

*\* Phổi:*

- Không co kéo cơ hô hấp phụ, không kiểu thở bất thường.

- Rung thanh đều 2 bên

- Gõ trong 2 phế trường

- Không ran

- Nhịp thở đều, tần số 24 lần/phút

**c. Bụng:**

- Bụng cân đối, di động đều theo nhịp thở, không bất thường thành bụng.

- Nhu động ruột: 6 lần/phút.

- Gõ trong khắp bụng.

- Bụng mềm, không điểm đau khu trú.

- Gan, lách: không sờ chạm.

**d. Thần kinh**: Cổ mềm, không dấu thần kinh định vị

**e. Cơ, xương, khớp**: Không biến dạng, không sưng nóng đỏ đau, không teo cơ.

**VII. TÓM TẮT BỆNH ÁN:**

Bệnh nhân nữ, 77 tuổi, nhập viện vì đau ngực, bệnh 7 ngày. Qua hỏi bệnh và thăm khám ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể như sau:

**\* TCCN:**

- Đau ngực sau xương ức, đột ngột sau nghỉ, lói sau lưng, kéo dài

**-** Khó thở

- Nôn ói

- Không đi tiểu trong 9h sau khởi phát đau ngực

**\* TCTT:**

- HA 80/50 mmHg

- Mạch: 105 lần/phút

- SpO2 88% khí trời

**\* Tiền căn:**

- Đau ngực thoáng qua (4 ngày)

- TBBMMN- THA- Rối loạn Lipid máu - BTTMCB

- Chị ruột ĐTĐ 2

- Anh ruột TBMMN lúc 70t

**VIII. ĐẶT VẤN ĐỀ**

BN nữ, 77 tuổi, có tiền căn TBMMN – THA – RLLM 6 năm nay. Các vấn đề hiện tại của BN là:

1. Choáng
2. Đau ngực cấp

**IX. CHẨN ĐOÁN SƠ BỘ:**

Nhồi máu cơ tim cấp, giờ thứ 9, biến chứng choáng tim (Killip IV) - THA - BTTMCB

**X. CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT:**

Đau thắt ngực không ổn định, giờ thứ 9, biến chứng choáng tim - THA - BTTMCB

Bóc tách động mạch chủ ngực biến chứng choáng tim – THA - BTTMCB

**XI. BIỆN LUẬN:**

BN khởi phát với triệu chứng đau ngực, sau đó qua thăm khám phát hiện choáng nên nghĩ choáng là hậu quả của đau ngực => chọn vấn đề đau ngực để biện luận.

1. **Đau ngực cấp**

* BN có tình trạng đau ngực xảy ra đột ngột, cường độ dữ dội, kéo dài nên đau ngực này là đau ngực cấp

Những nguyên nhân gây đau ngực cấp có thể gặp trên BN này:

* ***Nhồi máu cơ tim, ĐTN không ổn định***: nghĩ nhiều vì xuất hiện tình trạng đau ngực sau xương ức, dữ dội, khởi phát lúc nghỉ, kéo dài >20 phút và không giảm đau sau ngậm nitroglycerin dưới lưỡi trên một BN có YTNC cao bệnh tim mạch (MTTMCB, THA, tuổi >65).
* ***Phình bóc tách động mạch chủ ngực***: BN đau ngực dữ dội, lan sau lưng kèm với tiền căn THA kiểm soát không tốt nên không thể loại trừ  Đề nghị XQ ngực thẳng.

Nếu BN này đau ngực do nguyên nhân nhồi máu cơ tim hoặc ĐTN không ổn định, trên LS khó phân định được 3 thể: STEMI, NSTEMI, UA => Đề nghị ECG và động học men tim để chẩn đoán

* ***Phân độ***: BN này có HA tụt (HA lúc nhập viện 80/50 mmHg), mạch nhanh kèm dấu hiệu giảm tưới máu mô (không có nước tiểu trong 9h) => Có choáng. Choáng xảy ra sau tình trạng đau ngực nên nghĩ nhiều là choáng do tim. Đồng thời trong quá trình bệnh không ghi nhận dấu hiệu nhiễm trùng, không ổ xuất huyết, không mất dịch nên loại trừ choáng do các nguyên nhân khác => Nghĩ nhiều có biến chứng suy bơm choáng tim => Phân độ Killip IV
* ***Biến chứng của HCVC***:

- Suy bơm: Đã biện luận. Killip IV

- Rối loạn nhịp: Khám thấy mạch đều, T1, T2 đều rõ, tần số 106 lần/phút  Nghĩ chưa có biến chứng rối loạn nhịp trên lâm sàng. Chưa thể loại trừ rối loạn dẫn truyền => Đề nghị ECG.

- Tổn thương cấu trúc như hở van 2 lá cấp, thủng vách thất, vỡ tim. Trên BN này khám không nghe âm thổi, không có tiếng tim mờ nên nghĩ chưa có biến chứng tổn thương cấu trúc. Tuy nhiên trên LS khó phát hiện biến chứng giảm động thành tim do tổn thương cơ tim  Đề nghị SA doppler tim để đánh giá mức độ tổn thương cơ tim.

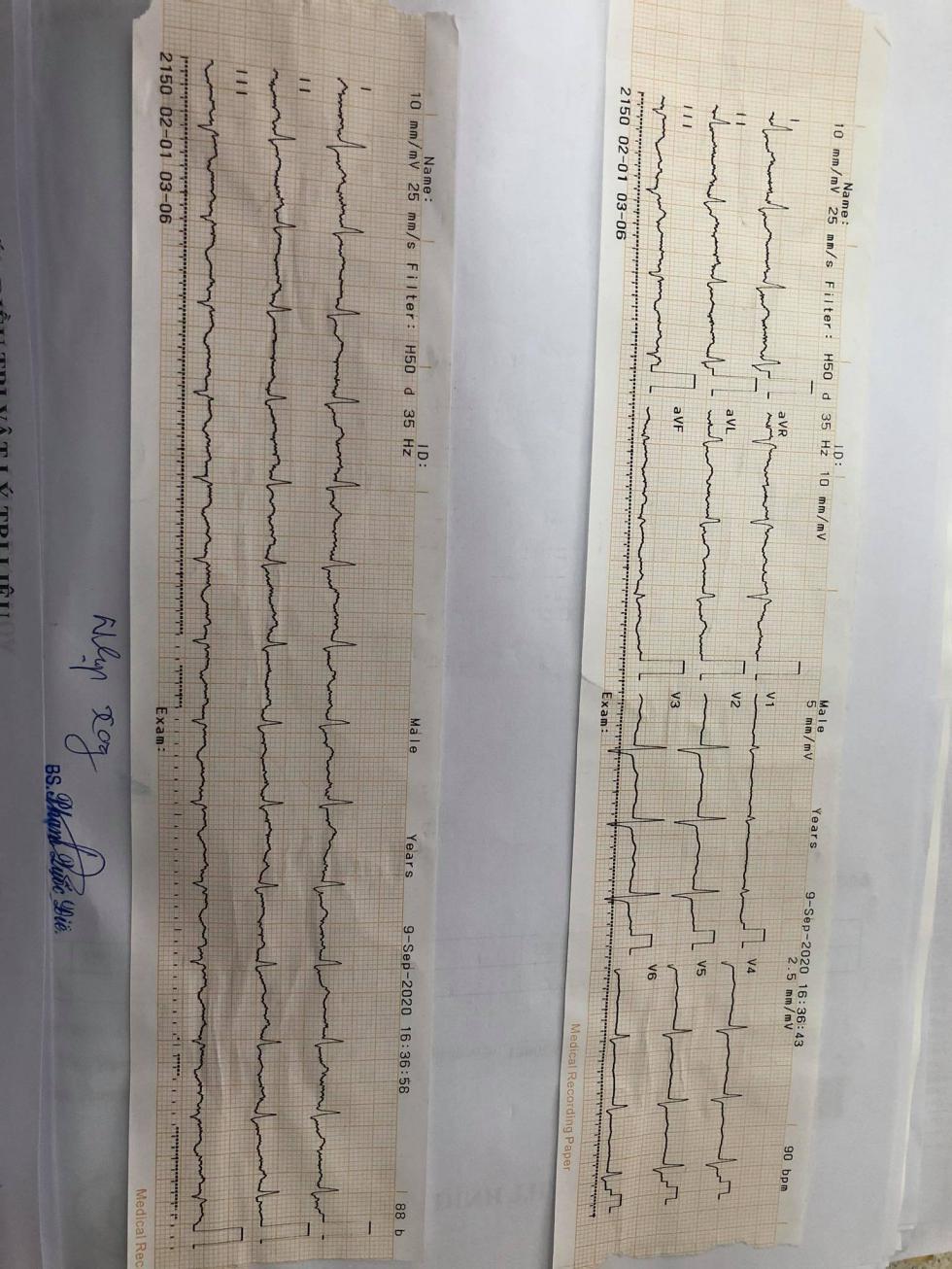
1. **Choáng:** đã biện luận

**XII. ĐỀ NGHỊ CẬN LÂM SÀNG:**

**1. CLS chẩn đoán:** Xquang ngực thẳng, ECG, Troponin I (0h/1h), CKMB, siêu âm tim, BUN, creatinin, eGFR, AST, ALT, KMĐM.

**2. CLS thường quy:** CTM, đông máu, bilan lipid máu, bilirubin TP, GT, TT, ion đồ.

**XIII. KẾT QUẢ CLS:**

1. **ECG: 16h36 9/9/2020**

***Đọc kết quả:***

* Nhịp xoang, đều, tần số 90 lần/phút
* Trục trung gian
* Không lớn nhĩ, không phì đại thất
* QRS không dãn rộng, biên độ QRS trong giới hạn bình thường
* QT không dài
* ST chênh lên DIII vì chênh lên hơn 1mm, chênh xuống ở DI, aVL hơn 0.5mm
* Không có sóng Q bệnh lý
* T âm ở DIII, aVF, T dẹt ở lan tỏa ở V1-V6

***=> Bàn luận:***

* BN có nhịp xoang đều chứng tỏ chưa có biến chứng về rối loạn phát nhịp.
* QRS trong giới hạn bình thường chứng tỏ chưa có biến chứng về rối loạn về dẫn truyền.
* ST chênh lên đơn độc ở DIII không có ý nghĩa bệnh lý
* T dẹt lan tỏa nhiều chuyển đạo phù hợp với tiền căn BTTMCB của BN

***=> Kết luận:***

* BN chưa có biến chứng rối loạn về nhịp và ST không chênh chứng tỏ BN có NSTEMI hoặc UA, đề nghị thêm men tim để phân biệt 2 thể lâm sàng này.

1. **Men tim:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 17h10 09/09  (đau ngực giờ thứ 10) | 1h51 10/09  (sau can thiệp) | 16h32 11/09 |
| CK – MB | 139.75 U/L | 246.1 U/L | 51.47 U/L |
| Troponin I | 21.916 ng/ml | 188.96 ng/ml | 35.212 ng/ml |

=> ***Bàn luận:***

Men tim tăng hơn 3 lần giới hạn bình thường cao nên nghĩ nhiều là NMCT => Thể bệnh của BN là NSTEMI.

BN NSTEMI có choáng tim nên thuộc nhóm có yếu tố nguy cơ rất cao cần can thiệp cấp cứu.

1. **Siêu âm Doppler tim (7:10 PM, ngày 09/09/2020):**

2D\_TM:

* Các buồng tim không dày dãn.
* Không rối loạn vận động vùng.
* Chức năng co bóp tâm thu thất trái, EF=47% (pp. Teicholz).
* Không thấy dịch màng ngoài tim.
* Vách liên thất, vách liên nhĩ nguyên vẹn.
* Van tim mềm mại, di động tốt.

Doppler:

* Không hẹp hở van hai tim.
* Không tăng áp động mạch phổi.

Kết luận: Chức năng co bóp tâm thu thất trái giảm.

***à Bàn luận:***

* Không hở van, vách liên thất nguyên vẹn, không tràn dịch màng ngoài tim => chưa ghi nhận biến chứng cơ học.

1. **Chức năng thận**:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Chức năng thận | 09/09/2020 17h10 | 10/09/2020 | 11/09/2020 |
| BUN | 12 mg/dL | 9 mg/dL | 6 mg/Dl |
| Creatinine | 0.93 mg/dL | 0,67 mg/Dl | 0,68 mg/dL |
| eGFR (CKD EPI) | 59.28 mL/min/1.73m2 | 84,78 mL/min/1.73m2 | 84,37 mL/min/1.73m2 |

***Bàn luận:***

Chức năng thận 09/09/20 giảm. Vì BN có sốc nên eGFR có thể giảm nên đề nghị truyền dịch đầy đủ và đánh giá lại sau 24h.

Chức năng thận các ngày sau ổn định khoảng 84 ml/min/1.73m2 nên nghĩ nhiều BN có thể có bệnh thận mạn giai đoạn 2 có thể là biến chứng của THA kéo dài nhiều năm.

1. **Men gan**

|  |  |
| --- | --- |
| ALT | 22 UI/L |
| AST | **74** UI/L |

***Bàn luận***

AST tăng phù hợp với bệnh cảnh NMCT cấp.

Không có tổn thương gan trong bệnh cảnh choáng

1. **CTM:** 17h04 09/09

|  |  |
| --- | --- |
| **Công thức máu** |  |
| RBC | 4.73 T/L |
| Hb | 140 g/L |
| Hct | 41.7 % |
| PLT | 257 G/L |
| WBC | 12.45 G/L |
| NEU (%NEU) | 10.22 G/L (82.1%) |
| LYM (%LYM) | 1.34 G/L (10.22%) |
| MONO (%MONO) | 0.69 G/L (5.6%) |
| EOS (%EOS) | 0.02 G/L (0.1%) |
| BASO (%BASO) | 0.03 G/L (0.3%) |

***Đọc kết quả:*** Không thiếu máu, dòng bạch cầu tăng, ưu thế NEU, dòng tiểu cầu bình thường.

***Bàn luận:*** Bệnh nhân có tình trạng tăng bạch cầu máu. Lâm sàng không có dấu hiệu nhiễm trùng nên nghĩ bạch cầu tăng do phản ứng trong bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp.

1. **Ion đồ:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | 17h 09/09/2020 | 10/09/2020 | 11/09/2020 | 14/09/2020 |  |
| Na+ (mmol/L) | 139 | 139 | 141 | 140 |  |
| K+ (mmol/L) | **2.9** | **3.0** | **2.5** | **3.2** |  |
| Cl- (mmol/L) | 107 | 108 | 105 | 104 |  |

***Kết luận***: Hạ K+

1. **Đông máu** (17h04 09/09/2020)**:**

|  |  |
| --- | --- |
| **Đông máu** |  |
| PT | 12 giây (10-13) |
| INR | 1.11 (1-1.2) |
| FIB | 2.17 g/L |
| APTT | 37.6 giây (26-37) |
| Raptt | **1.37** (0.8-1.2) |

***=> Bàn luận***: APTT tăng à Rối loạn con đường đông máu nội sinh nghĩ nhiều nằm trong bệnh cảnh choáng

1. **Đường huyết:**

* 16h30 09/09/2020: ĐHMM tại giường 175 mg/dl
* 17h10 09/09/2020: ĐHMM tại giường 165 mg/dl
* 14h30 10/09/2020: HbA1C: 6.2%

=> Đường huyết mao mạch tăng nghĩ nhiều do stress, HbA1C trong giới hạn bình thường => Chứng tỏ BN không có ĐTĐ.

**XIV. CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH:**

Nhồi máu cơ tim cấp không có ST chênh lên, giờ thứ 9, biến chứng choáng tim Killip IV, nguy cơ rất cao – THA vô căn - BTTMCB

**XV. ĐIỀU TRỊ:**

1. **Mục tiêu điều trị:**

* Điều trị biến chứng
* Giảm đau
* Điều trị tái thông mạch vành
* Phòng ngừa tái phát

1. **Phương pháp điều trị:**

* Thở oxy cannula 3 lít/phút
* NaCl 0,9% 500ml 1 chai (TTM) XX g/ph
* Noradrenalin 4mg/4ml 1A

Pha NaCl 0.9% đủ 50ml

BTĐ 3ml/giờ (2ug/phút)

* Chuẩn bị PCI cấp cứu
* Lovenox 60mg/0.6ml 0.4ml TDD
* Aspirin 81mg 1v (u)
* Plavix 75mg 1v
* Atorvastatin 40mg 1 viên x 1

Theo dõi sinh hiệu, nước tiểu/ 1h

* **Hiện tại ( 6 ngày sau nhập viện)**
* Lovenox 60mg/0.6 ml 0.4ml TDD
* Aspirin 81mg 1v (u)
* Plavix 75mg 1v (u)
* Captopril 12,5 mg 1v x 3 (u)
* Betaloc zok 25mg 1v (u)
* Atorvastatin

1. **Biện luận điều trị:**
2. **Điều trị biến chứng sốc tim**

* Lúc nhập viện, BN thở nhanh (tần số 24 l/ph) + SpO 2 88% khí trời à Thở oxy qua cannula 3l/p
* BN có sốc tim, HA tụt à Mục tiêu nâng HA ≥ 90 mmHg
  + Dịch truyền: NaCl 0.9 TTM, bệnh nhân có suy tim à truyền tốc độ XXg/ph
  + Vận mạch: Ưu tiên Noradrenalin 2-3ug/phút, chỉnh liều duy trì HA mục tiêu

1. **Giảm đau:** thời điểm cấp cứu, bệnh nhân đang tụt HA à Chống chỉ định nitrate và morphin nên tạm thời trên BN này không có chỉ định giảm đau
2. **Điều trị tái tưới máu**

* Có chỉ định: BN NSTEMI có biến chứng sốc tim, nguy cơ rất cao à Có chỉnh định PCI cấp cứu
* Phương pháp:
  + Trong 3 giờ đầu của bệnh có thể chọn chiến lược PCI hoặc chiến lược tiêu sợi huyết với mức khuyến cáo ngang nhau
  + BN không có chống chỉ định của dùng thuốc tiêu sợi huyết (tiền căn TBMMN, rối loạn chảy máu, có xuất huyết gần đây, đang dùng kháng đông đường uống,…)
  + Tuy nhiên PCI giúp xác định được động mạch thủ phạm, hiệu quả tái thông cao, giúp đánh giá được hệ mạch vành so với tiêu sợi huyết có nguy cơ gây xuất huyết não, không đảm bảo phục hồi dòng chảy ở động mạch thủ phạm và tỷ lệ tắc lại sau tưới máu cao hơn. Hơn nữa điều kiện bệnh nhân này có thể chi trả cho PCI nên lựa chọn chiến lược PCI

1. **Ngừa tái phát**

* Kháng kết tập tiểu cầu kép:
  + Aspirin
  + Clopidogrel: lựa chọn Clopidogrel vì Clopidogrel được khuyến cáo ưu tiên trên BN NSTEMI đồng thời BN này cũng có chống chỉ định dùng Ticagrelor và Prasugrel (Tiền căn TMMN). BN đã được tuyến dưới cho liều tải 600mg rồi nên hiện tại duy trì liều 75mg đến ít nhất 1 năm sau
* Kháng đông
  + Enoxaparin: Enoxaparin cho hiệu quả tương tự UFH, khi sử dụng không cần phải theo dõi bằng xét nghiệm đông máu, đường dùng TDD thuận tiện hơn so với TTM liên tục UFH nên lựa chọn Enoxaparin.
  + BN này > 75 tuổi, hiện chức năng thận eGFR > 30 ml/min/1.73 m2 à Liều enoxaparin trên BN này là 0.75 mg/kh/12 giờ
* Statin: Liệu pháp statin cường độ cao, nên lựa chọn Atorvastatin do chức năng thận BN đang giảm
* Tại thời điểm CC, BN đang có huyết áp tụt nên chỉ sử dụng ACEi và BB khi đã ổn định huyết động bệnh nhân với khởi đầu liều thấp
  + Ức chế men chuyển: BN chưa từng dùng UCMC trước đây nên lựa chọn Captopril vì thời gian tác dụng nhanh, thời gian bán hủy ngắn giúp dễ theo dõi và điều chỉnh.
  + Chẹn beta: BN không có chống chỉ định CB. Lựa chọn Metoprolol vì đã được chứng minh là CB hiệu quả trên BN có bệnh mạch vành.

**XVI. TIÊN LƯỢNG**

* Tiên lượng nặng vì:
  + Bệnh nhân nhồi máu cơ tim cấp thành dưới biến chứng choáng tim
  + Bệnh nhân lớn tuổi
  + Bệnh kèm là Tăng huyết áp