

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ ĐAU NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH NMCT KHÔNG ST CHÊNH LÊN

I. Chẩn đoán:

Chẩn đoán cơn đau thắt ngực không ổn định (CĐTNGKÔĐ) khi có ít nhất 1 trong 3 tiêu chuẩn:

Đau thắt ngực khi nghỉ	Đau thắt ngực xảy ra khi nghỉ và kéo dài thường trên 20 phút.
Đau thắt ngực mới xuất hiện	Đau thắt ngực mới xuất hiện và nặng từ mức III theo phân độ của CCS trở lên.
Đau thắt ngực gia tăng	Ở các bệnh nhân đã được chẩn đoán đau thắt ngực trước đó mà : đau với tần số gia tăng , kéo dài hơn hoặc có giảm ngưỡng gây đau ngực (nghĩa là tăng ít nhất một mức theo phân độ CCS và tới mức III trở lên)

Phân độ đau thắt ngực theo Hội tim mạch Canada (CCS) áp dụng cho đau thắt ngực ổn định:

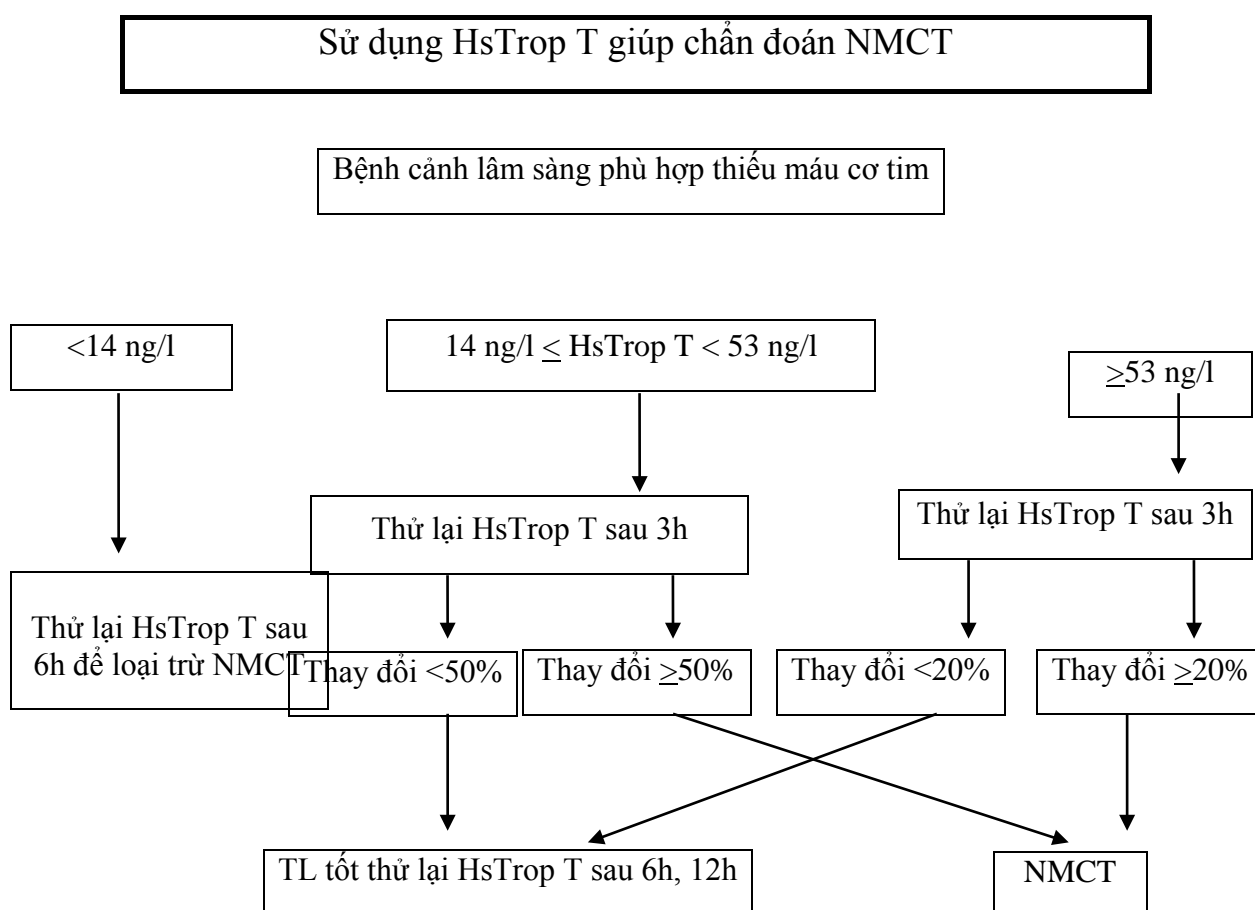
Độ	Mô tả
I	Các hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực. Đau thắt ngực chỉ xảy ra khi hoạt động thể lực mạnh.
II	Giới hạn nhẹ hoạt động thể lực bình thường. Đau thắt ngực xảy ra khi đi bộ với chiều dài trên hai dãy nhà và leo trên một tầng gác.
III	Giới hạn đáng kể hoạt động thể lực. Đau thắt ngực xảy ra khi đi bộ khoảng 1 - 2 dãy nhà và leo một tầng gác.
IV	Khó khăn khi thực hiện bất cứ một hoạt động thể lực nào, triệu chứng đau ngực có thể xuất hiện cả khi nghỉ

Chẩn đoán nhồi máu cơ tim (NMCT) không ST chênh lên dựa vào các tiêu chuẩn sau:

- Tăng men tim có hiệu giá
- Và có ít nhất 1 trong các tiêu chuẩn dưới đây:
 - + Con đau thắt ngực kiểu mạch vành
 - + Thay đổi trên ECG thay đổi sóng T, ST, bloc nhánh trái mới xuất hiện, sóng Q xuất hiện
 - + Hình ảnh học: RL vận động vùng mới xuất hiện trên siêu âm tim

II. Tiếp nhận ban đầu:

1. Hỏi bệnh và thăm khám lâm sàng, chủ yếu khai thác đau ngực, các yếu tố nguy cơ và các dấu hiệu suy tim cấp. Nếu nghi ngờ hội chứng động mạch vành cấp thì nhập viện Khoa hồi sức cấp cứu nội tim mạch.
2. Đo ECG 12 chuyển đạo trong vòng 10 phút đầu tiếp xúc với bệnh nhân, so sánh ECG trong và ngoài cơn đau, so với ECG trước, tiếp tục theo dõi sự thay đổi sau đó.
3. Men tim (CK-MB và HSTroponin T, NT pro – BNP) khi mới nhập viện và lặp lại lần sau theo hướng dẫn dưới đây:



4. Thực hiện các xét nghiệm sinh hóa – huyết học thường quy: NFS,CRP, GS, creatinine, điện giải đồ, ASL, ALT, đường huyết, Bilan Lipid, INR, TCK, Fibrinogen, TSH, FT4, TPTNT. Huyết thanh chẩn đoán (HBsAg, AntiHCV,HIV) , XQ tim phổi, Siêu âm tim.

5. Đánh giá nguy cơ:

Dựa trên thang điểm TIMI score và GRACE score.

Thang điểm TIMI có 7 thông số:

- Tuổi >65
- Có từ 3 yếu tố nguy cơ ĐMV trở lên
- Có bị hẹp ĐMV đã được chứng minh bằng chụp ĐMV trước đó
- Có ít nhất 2 cơn đau ngực trong vòng 24h
- Có thay đổi ST trên ECG
- Có tăng men tim
- Đã được dùng Aspirine liên tục trong vòng 7 ngày

Mỗi yếu tố là 1 điểm. 0-2đ nguy cơ thấp, 3-4đ nguy cơ trung bình, ≥ 5 đ nguy cơ cao

Đánh giá theo thang điểm GRACE có 7 thông số

Tuổi, mạch, huyết áp, suy tim (Kilipp), ngưng tim khi nhập viện, thay đổi ECG, tăng men

Nhập các thông số này vào bảng có sẵn, từ đó tính ra điểm

Nếu GRACE score >140 điểm (với tử vong trong bệnh viện) hoặc >118 điểm (với tử vong sau 6 tháng) được coi là nguy cơ cao.

Phân tầng nguy cơ đánh giá khả năng tổn thương động mạch vành của cơn đau thắt ngực không ổn định theo ACC/AHA:

Đặc tính	Nguy cơ cao	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ thấp
Bệnh sử	Triệu chứng cơ năng thiếu máu cục bộ tiến triển trong 48 giờ qua		Tiền sử NMCT, bệnh MM ngoại vi, bệnh MM não, phẫu thuật bắc cầu ĐM vành hoặc uống Aspirin trước đó
Đặc điểm cơn đau	Đau ngực khi nghỉ kéo dài và không ngưng >20'	Đau ngực khi nghỉ kéo dài >20' nay đã bớt, đau ngực lúc nghỉ <20', đau ngực giảm khi nghỉ hoặc ngậm Nitroglycerin	Đau thắt ngực mới khởi phát (CCS III, IV), trong 2 tuần trước, không đau ngực lúc nghỉ kéo dài >20'
Biểu hiện lâm sàng	Phù phổi, ran ẩm, âm thổi hờ van 2 lá mới xuất hiện, tụt huyết áp, nhịp tim chậm, nhịp tim nhanh, tuổi >75	Tuổi >70	
ECG	Đau ngực khi nghỉ kèm ST thay đổi thoáng qua (>0,05mV), bloc nhánh mới xuất hiện, nhịp nhanh thất kéo dài	T đảo >0,2mV Sóng Q bệnh lý	ECG bình thường hoặc không thay đổi trong cơn đau ngực

Biến đổi men tim	Troponin T hoặc I tăng cao (>0,1mg/L)	Tăng nhẹ Troponin (>0,01 nhưng <0,1mg/L)	Bình thường
-------------------------	---------------------------------------	--	-------------

Do bản chất của bệnh là không ổn định nên việc đánh giá này phải được thực hiện thường xuyên từ lúc nhập viện đến khi xuất viện.

III. Điều trị:**Mục tiêu:**

Chống thiếu máu cơ tim ngay lập tức

Dự phòng diễn biến xấu (tử vong +/- tái nhồi máu cơ tim)

Điều trị chống thiếu máu cơ tim:

1. Thở Oxy 2-3 L/p khi có đau ngực trong 1-2 giờ, đánh giá lại, chỉ định thở oxy dựa vào SpO₂, triệu chứng suy hô hấp hoặc nguy cơ cao.
2. Nitrate ngâm dưới lưỡi (Natispray 2 nhát xịt họng) hoặc truyền tĩnh mạch NTG nếu triệu chứng đau ngực không cải thiện. Chú ý các chống chỉ định: HATT<90 hoặc tụt >30% so với HA nền, M<50 hoặc >110 l/phút, BN sử dụng Sildenafil trước đó 24h. Có thể chuyển duy trì bằng đường ống.
3. Morphin sulfate 2-4mg IV nếu đau ngực không giảm với nitrate hoặc BN kích động nhiều hoặc phù phổi cấp. Có thể lặp lại cho đến khi hết đau hoặc xuất hiện tác dụng phụ suy hô hấp (giải bằng Naloxon 0,4mg mỗi giờ).
4. Ức chế Beta uống (PO) hoặc IV nếu không có chống chỉ định, chú ý chức năng thất trái tình trạng suy tim trước khi sử dụng.
5. Ở những bệnh nhân đau ngực mà có chống chỉ định sử dụng ức chế Beta, ức chế Calcium nhóm nondihydropyridine (verapamil và diltiazem) được sử dụng nếu không có rối loạn chức năng thất trái nặng và các chống chỉ định khác. Ức chế Calci còn được chỉ định khi có co thắt mạch vành.
6. Ức chế men chuyển dùng sớm ngay từ đầu nếu không có chống chỉ định. Nên khởi đầu bằng các UCMC có thời gian tác dụng ngắn và dùng liều thấp tăng dần.
7. Chen thụ thể Angiotensin II nếu không dung nạp ức chế men chuyển.
8. Ngưng các thuốc chống viêm non-Steroid trừ ASA do tăng nguy cơ suy tim, tái nhồi máu tử vong, tăng huyết áp, biến chứng cơ học của NMCT.

Điều trị chống kết tập tiểu cầu:**1. Aspirin:**

- Nên được sử dụng càng sớm càng tốt trừ khi có chống chỉ định (dị ứng hoặc XHTH), khởi đầu 150-300mg, liều tiếp theo.
- BN không can thiệp 75-160mg/ngày.
- BN được đặt stent không phủ thuốc: dùng liều 160-325 trong ít nhất 1 tháng sau đó duy trì lâu dài 75-160mg/ngày.

- BN được đặt stent phủ thuốc: dùng liều 160-325 trong ít nhất 3 tháng với stent loại SES, ít nhất 6 tháng với stent PES, sau đó duy trì lâu dài 75-160mg/ngày.

2. Clopidogrel:

- Khởi đầu Clopidogrel 300-600mg.
Nếu BN cần can thiệp sớm Clopidogrel 600mg, sau đó 75mg/ngày cho các ngày tiếp theo
 - + Dùng tiếp theo 150mg/ngày x 7 ngày trong trường hợp: can thiệp thân chung, LAD, chức năng thất trái giảm, đái tháo đường, tiền căn huyết khối trong stent.
 - + Đối với BMS, sử dụng Clopidogrel kéo dài ít nhất 1 tháng, lý tưởng 1 năm, đối với DES thời gian tối thiểu 1 năm.
- Nếu bệnh nhân không được can thiệp mạch vành, Clopidogrel 75mg/ngày kéo dài tới 1 năm.
Clopidogrel dùng kết hợp với Aspirin hoặc dùng thay thế Aspirin khi không thể sử dụng Aspirin.
- BN sử dụng Clopidogrel mà dự kiến phẫu thuật bắc cầu động mạch vành nên ngưng thuốc ít nhất 5 ngày trước đó.

Thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa có thể sử dụng kết hợp với ASA và heparin cho các bệnh nhân có dự kiến chụp, can thiệp động mạch vành và những BN có:

- Phân tầng nguy cơ cao
- Can thiệp mạch vành bị trì hoãn
- Triệu chứng thiếu máu cơ tim tái diễn sớm

Tuy nhiên cần cân nhắc sử dụng đặc biệt trên BN có nguy cơ chảy máu cao.

Abciximab 0,25mg/kg bolus sau đó TTM: 0,125 mcg/kg/phút (max 10mcg/phút) trong 12-24h tiếp theo hoặc

Eftifibatide: 180mcg/kg bolus sau đó TTM: 2mcg/kg/phút trong 72-96h tiếp theo.

Thuốc kháng đông:

Cần cân nhắc giữa lợi ích và nguy cơ chảy máu trước khi lựa chọn thuốc kháng đông

1. Kháng đông heparin trọng lượng phân tử thấp:

Enoxaparin:

- BN < 75 tuổi và ClCr > 30ml/ph/1,73m² da: TDD 1mg/kg mỗi 12 giờ
- BN > 75 tuổi: Enoxaparin TDD 0,75mg/kg mỗi 12 giờ
- BN có ClCreat < 30 ml/ph/1,73m² da, Enoxaparin 1mg/kg/TDD mỗi 24h

Fondaparinux:

liều 2,5mg/TDD/24 giờ

Thuốc chống chỉ định khi BN có ClCreat <20 ml/ph/1,73m² , thận trọng ở BN trên 75 tuổi cân nặng thấp.

Ưu tiên chọn Fondaparinux trong trường hợp có hướng điều trị nội khoa bảo tồn trước hoặc những bệnh nhân nguy cơ xuất huyết cao.

2. Heparin không phân đoạn:

- + Bolus 60UI/kg (tối đa 4000UI), sau đó TTM 12UI/kg/giờ, duy trì TCK 1,5-2 lần chứng dụng thay thế khi chức năng thận kém (<20ml/ph) hoặc khi không sử dụng được Heparine trọng lượng phân tử thấp
- Thời gian dùng kháng đông 2-8 ngày.

Điều trị các yếu tố khác:

1. Kiểm soát huyết áp: duy trì HA <140/90 hoặc <130/80 ở bệnh nhân tiểu đường, bệnh thận mạn.
2. Kiểm soát đường huyết và các rối loạn điện giải nếu có.
3. Sử dụng nhóm statin sớm nhằm giảm Lipid máu vừa kèm tác dụng kháng viêm, ổn định mảng xơ vữa. Duy trì LDL-C <70-100 mg/dL. Atorvastatine liều nạp 80mg, sau đó duy trì 10-40mg/ngày tùy nồng độ cholesterol/máu.

Điều trị can thiệp:

1. Can thiệp động mạch vành qua da:

- Chỉ định can thiệp khẩn cấp (trong vòng 2h) đối với những bệnh nhân:
 - Đau ngực dai dẳng hay tái phát không đáp ứng với điều trị nội khoa có kèm đoạn ST chênh xuống \geq 2mm hoặc sóng T âm sâu.

- Dấu hiệu lâm sàng của suy tim cấp hoặc rối loạn huyết động (shock)
- Rối loạn nhịp đe dọa tính mạng (rung thất, nhịp nhanh thất)

Các thuốc ức chế thụ thể GP IIb/IIIa được khuyến cáo trong trường hợp này.

- Chỉ định can thiệp sớm (trong vòng 24h)
 - GRACE score > 140
 - Hoặc có ít nhất 1 trong các yếu tố sau:
 - + Thay đổi men tim có hiệu giá (tăng hoặc giảm)
 - + Thay đổi động học của sóng T hoặc ST trên ECG
- Chỉ định can thiệp (trong vòng 72h)

BN có ít nhất 1 trong các đặc điểm dưới đây:

 - Thay đổi men tim
 - Thay đổi ST-T mới xuất hiện
 - Đái tháo đường
 - Có suy giảm chức năng thận ($GFR < 60 \text{ml/ph}/1,72 \text{m}^2 \text{ da}$)
 - Có suy giảm chức năng tâm thu thất trái ($EF < 40\%$)
 - Đau ngực sớm sau NMCT
 - Thang điểm đánh giá nguy cơ từ TB-cao ($TIMI \geq 4đ$, GRACE score 109-140đ)
 - Tiền căn PCI trong vòng 6 tháng
 - Tiền căn phẫu thuật bắc cầu

2. Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành:

- Hẹp thân chung >50%
- Bệnh 3 nhánh mạch vành, nhất là suy giảm chức năng tâm thu thất trái ($EF < 50\%$)
- Bệnh 2 nhánh mạch vành với tổn thương đoạn đầu nhánh liên thất trước và rối loạn chức năng tâm thu thất trái ($EF < 50\%$) hoặc có biểu hiện thiếu máu trên các xét nghiệm không xâm nhập.
- Bệnh 1 hoặc 2 nhánh mạch vành nhưng có diện tích vùng thiếu máu rộng và nguy cơ cao các nghiệm pháp không xâm nhập
- Bệnh nhiều nhánh mạch vành có cấu trúc giải phẫu không phù hợp can thiệp.

3. Đặt bóng dội ngược nội động mạch chủ (IABP):

- Shock tim
- Nguy cơ cao khi làm thủ thuật tái tưới máu, suy tim nặng, EF<40%, vùng thiếu máu cơ tim rộng
- Có biến chứng cơ học của NMCT (thủng vách liên thất, hở 2 lá cấp rồi loạn huyết động...)
- Đau ngực dai dẳng với điều trị nội khoa tối ưu, chờ đợi can thiệp hoặc không can thiệp được

Tài liệu tham khảo:

1. ACC/AHA 2011 guideline updates for the management of patients with UA and non-ST-segment elevation myocardial infarction. A report of the American College of Cardiology/ American Heart Association Task Force on Practice Guidelines (Committee on Management of Patient with UA). J Am Coll Cardiol 2007;40:1366-1374.
2. ESC Guidelines 2011 for the diagnosis and treatment of non-ST-segment elevation acute coronary syndromes. European Heart Journal (2007) 28, 1598-166.
doi: 10.1093/eurheartj/ehm161
3. Manual of Cardiovascular medicine. Third Edition (2009). Brian P.Griffin, Eric J.Topol.