

ĐAU THẮT NGỰC KHÔNG ỔN ĐỊNH VÀ NHỒI MÁU CƠ TIM KHÔNG ST CHÊNH LÊN

CHẨN ĐOÁN:

BỆNH SỬ: Có tiền căn bệnh mạch vành (thiếu máu cơ tim yên lặng, đau thắt ngực ổn định) hoặc không, có yếu tố gây phát khởi hoặc không (sốt, nhịp nhanh, thiếu máu nặng, tụt huyết áp, bão giáp, thiếu oxy do bệnh phế quản phổi)

LÂM SÀNG: Con đau thắt ngực lúc nghỉ, kéo dài đến 30 phút, nghe tim có thể thấy tiếng T3, T4, âm thổi tâm thu ở mỏm tạm thời, suy tim cấp.

CẬN LÂM SÀNG:

- **ECG:**
 - ST chênh xuống > 1mm ở ≥ 2 đạo trình hoặc thay đổi ST > 0,5mm so với ECG trước đó. ST chênh xuống = nguy cơ cao (50% bị NMCT trong vòng vài giờ)
 - Bloc nhánh trái mới xuất hiện = nguy cơ cao, là 1 tiêu chuẩn của NMCT cấp nếu trong bệnh cảnh đau ngực kéo dài
 - T đảo ngược (5% bị NMCT hoặc tử vong trong vòng 30ng)
 - ECG bình thường lúc nhập viện = nguy cơ thấp (ST chênh xuống (1mm hoặc T bị đảo ngược tạm thời (<6 giờ sau khi hết đau). Đối với NMCT không sóng Q, ST chênh xuống kéo dài, không trở lại bình thường sau cơn đau.)
- **Chất chỉ điểm:**
 - Troponin I và T và CK-MB tăng = NMCT = nguy cơ cao tử vong và tỷ lệ với trị giá tuyệt đối của troponin
 - Troponin và CK-MB bình thường trong 6 giờ đầu không loại trừ được NMCT
 - Troponin và CK-MB phải được làm nhiều lần vào giờ thứ 3,6 và sau đó 6-10 giờ

ĐIỀU TRỊ:

- **Thở oxy:**
 - Bắt buộc khi SaO₂ < 90%
- **Nằm nghỉ tại giường**
- **Monitoring ECG:** để phát hiện RL nhịp tim và thay đổi ST-T
- **Nitroglycerine/isosorbide dinitrate:**
 - Ngậm DL 0,4mg (5mg ISDN) mỗi 5ph cho đến 3 liều sau đó
 - TTM khởi đầu 5-10ig/ph, tăng liều mỗi 5ph mỗi lần 10-20ig cho đến khi có hiệu quả (đến 200mcg/ph) trong 48h
 - Không dùng ở bn HA thấp <90mmHg
- **Morphine sulphate:**
 - Khi nitroglycerin không làm giảm đau ngay
 - 2-4mg TM, lập lại mỗi 5-15ph

- **Aspirin:** dùng cho mọi bn nếu không có chống chỉ định
 - 162-325mg nhai nuốt ngay, sau đó 75-162mg/ng uống lâu dài
- **Clopidogrel:** dùng cho mọi bn
 - Bn < 75T: 300mg ngày đầu, sau đó 75mg/ng
 - Bn ≥ 75T: 75mg/ng
 - Kết hợp aspirin đến 12th
- **Heparine không phân đoạn:**
 - 60đv/Kg TM liều nạp (tối đa 4000đv)
 - 12đv/Kg/h (tối đa 1000đv) TTM, duy trì aPTT 1.5-2 lần chứng (50-70s) trong 48h, hoặc:
- **Enoxaparin:** dùng cho đến khi xuất viện (đến 8 ng)
 - Bn < 75T: 30mg TM sau đó 1mg/Kg TDD mỗi 12 giờ
 - Bn ≥ 75T: 0,75mg/Kg TDD mỗi 12 giờ (không bolus TM)
 - Bn suy thận: 1mg/Kg TDD mỗi 24 giờ
- **Thuốc chẹn beta:** dùng cho mọi bn trong 24 giờ đầu nếu không có chống chỉ định
 - Atenolol uống 25-50mg/ng x 2/ng
 - Metoprolol uống 50-100mg x 2/ng
- **Thuốc kháng canxi:** dùng khi có chống chỉ định của thuốc chẹn beta. Không dùng khi có suy tim hoặc các chống chỉ định
 - Diltiazem uống 60mg x 3/ng
 - Verapamil uống 40mg x 3/ng
- **Thuốc ức chế men chuyển:** dùng trong 24h đầu khi có sung huyết phổi, EF<40%, HA cao, ĐTD. Không dùng khi HATT < 100mmHg
 - Captopril: 6,25-12,5mg x 3/ng uống. liều tối đa 50mg x 3/ng
 - Lisinopril: 5mg/ng uống. liều tối đa 40mg
- **Thuốc đối kháng thụ thể angiotensin II:** khi không dùng được thuốc ức chế men chuyển và có suy tim hay EF ≤ 40%
 - Losartan: liều đích 50mg/ng uống
 - Valsartan: liều đích 160mg x 2/ng uống
- **Statine:** giữ LDL-Cho <70mg/dl, Tg < 200mg/dl
- **Điều trị THA:** giữ HATT <140/90mmHg
- **Điều trị ĐTD:** giữ HbA1C <7%