

SUY MẠCH VÀNH

Mục tiêu

1. Nắm được nguyên nhân chính gây bệnh mạch vành.
2. Nắm được triệu chứng, cách chẩn đoán.
3. Nắm được các thể lâm sàng của cơn đau thắt ngực
4. Nắm vững nguyên tắc điều trị, các phương tiện nội ngoại khoa điều trị suy vành.

Nội dung

I. ĐẠI CƯƠNG

1.1. Đại cương:

Bệnh mạch vành là một bệnh rất thường gặp trong số các bệnh tim ở các nước phát triển. Cơ chế bệnh sinh của suy mạch vành là do lắng đọng mỡ ở lớp dưới nội mạc các động mạch vành. Tình trạng xơ vữa tiến triển dần dần làm hình thành cục máu đông gây thuyên tắc trong lòng mạch. Biểu chứng chủ yếu của bệnh mạch vành là gây cơn đau thắt ngực, nhồi máu cơ tim và đột tử.

1.2. Dịch tễ học của BMV:

Đau thắt ngực và nhồi máu cơ tim chiếm khoảng 6% đàn ông >50 tuổi. Ở châu Âu hàng năm có thêm khoảng 0,3-0,6 % người mắc bệnh. Về tỉ lệ tử vong thì mỗi năm có khoảng 120-250 người chết / 100.000 người dân ở các nước công nghiệp phát triển. Tỉ lệ này tăng lên với tuổi: 800 - 1000 người chết /100.000 ở lứa tuổi 65 - 74 đối với nam giới, 300/100.000 đối với phụ nữ ở cùng lứa tuổi (Vademecum clinique 1988).

Ở Việt nam chưa có thống kê toàn dân nhưng các thống kê tại các bệnh viện lớn cho thấy bệnh nhân bị bệnh mạch vành hầu hết ở tuổi 50 trở lên. Năm 1996 ở thành phố Hà nội có khoảng 200 bệnh nhân BMV nhập viện còn ở thành phố Hồ chí Minh có khoảng 400 bệnh nhân.

II. BỆNH NGUYÊN

2.1. *Bệnh mạch vành*: là nguyên nhân chủ yếu.

- Đa số là do xơ vữa mạch vành.
- Không phải do xơ vữa: co thắt mạch vành, viêm mạch (viêm nhiều động mạch dạng nút, lupus ban đỏ, bất thường bẩm sinh).

2. *Bệnh van tim*: Bệnh van động mạch chủ: hẹp, hở van động mạch chủ do xơ vữa và giang mai.

3. *Bệnh cơ tim phì đại*:

Hai nhóm nguyên nhân sau này có thể gây suy mạch vành cơ năng trong đó động mạch vành không có hẹp.

III. CƠ CHẾ BỆNH SINH

3.1. Cơ tim và oxy

Sự tiêu thụ oxy cơ tim: phụ thuộc vào:

- + Tần số tim
- + Sự co bóp cơ tim.
- + Sức căng trong thành tim: Sức căng này phụ thuộc vào áp lực trong buồng thất và thể tích tâm thất.

Sự gia tăng một trong các yếu tố trên sẽ làm gia tăng sự tiêu thụ oxy cơ tim. Nói cách khác sự tiêu thụ này tỉ lệ theo:

- Tần số tim x Áp lực động mạch tâm thu
- Tần số tim x Áp lực động mạch tâm thu x Thời gian tổng máu.

3.2. Dự trữ vành: gồm 2 thành phần: dự trữ vành và dòng máu vành.

- Dự trữ vành (reserve coronaire): Dự trữ vành được thực hiện bằng cách lấy oxy của cơ tim, hầu như tối đa ở trạng thái cơ bản. Dự trữ lưu lượng vành có khả năng gia tăng đến 300 - 400% trị số cơ bản. Sự thích nghi và gia tăng nhu cầu oxy thường kèm theo sự gia tăng song song của lưu lượng vành. Lưu lượng vành phụ thuộc vào: áp lực tưới máu và sức cản vành do khả năng dẫn mạch dưới ngoại tâm mạc.

- Dòng máu vành (flux coronaire): thường lấy máu tối đa ở kỳ tâm trương. Do khả năng dẫn các mạch máu nội tâm mạc rất yếu, vì vậy khi có giảm lưu lượng vành sự tưới máu sẽ xảy ra chủ yếu ở dưới nội mạc.

3.3. Khả năng vận mạch của động mạch vành: phụ thuộc vào

- Yếu tố co thắt mạch

- + Sức bóp kỳ tâm thu: quan trọng đối với thất trái hơn thất phải.
- + Cầu cơ bắt qua một động mạch vành thượng tâm mạc.
- + Kích thích thụ thể alpha, ức chế thụ thể beta với Dopamine liều trên 15mg/kg/ph qua trung gian noradrenaline, trải nghiệm lạnh, dẫn xuất cựa loã mạch - thromboxane A₂ - prostaglandine F - Neuropeptide Y.

- Yếu tố dẫn mạch

- + Các chất biến dưỡng do TMCT: adenoside, lactate, ion H⁺, CO₂, bradykinine.
- + Ức chế thụ thể alpha - kích thích thụ thể beta với dopamine liều dưới 5mg/kg/ph - các thụ thể đối giao cảm kích thích đối giao cảm qua trung gian acetylcholine, ức chế calci, dẫn xuất nitric - prostacycline - prostaglandine E, EDRF (yếu tố dẫn nội mạc) - VIP (peptid ruột dẫn mạch: vasodilatator intestinal peptid).

3.4. Tình trạng thiếu máu cơ tim (TMCT)

Xuất hiện khi có sự mất cân bằng giữa cung cấp oxy và nhu cầu oxy cơ tim.

- Cơ chế: có thể do hậu quả

+ Gia tăng nhu cầu oxy (thiếu máu thứ phát): khi gắng sức sự gia tăng tiêu thụ oxy cơ tim được thực hiện qua sự gia tăng tần số tim, HA tâm thu và sự co bóp cơ tim. Trong trường hợp hẹp ĐMV có ý nghĩa (>70% đường kính động mạch vành), lưu lượng vành không thể đáp ứng với sự gia tăng nhu cầu oxy sẽ đưa đến TMCT.

+ Sự giảm đột ngột lưu lượng vành (thiếu máu nguyên phát): tương ứng với sự co thắt mạch vành mà không có tổn thương mạch máu, tuy vậy cũng có thể xảy ra trên một động mạch vành đã bị hẹp từ trước.

Cơn đau thắt ngực xảy ra khi nhu cầu oxy của cơ tim vượt quá khả năng chu cấp của hệ thống mạch vành. Đau là biểu hiện trực tiếp của thiếu máu cục bộ cơ tim và sự tích lũy các chất chuyển hóa do thiếu oxy. Một khi cơ tim thiếu máu cục bộ, pH giảm trong xoang vành, mất kali tế bào, tăng sản xuất lactat, xuất hiện các bất thường ECG, chức năng thất xấu đi. Các yếu tố xác định tiêu thụ oxy cơ tim là nhịp tim, sự co bóp cơ tim, áp lực tâm thu. Khi có tăng một hoặc là nhiều yếu tố nói trên cộng với tình trạng dòng máu vành giảm thì sẽ tạo ra cơn đau thắt ngực.

3.5. Hậu quả TMCT:

- Về biến dưỡng: tiết lactate.
- Về huyết động: rối loạn sự thư giãn, giảm độ co dẫn thất và sau đó là giảm sự co bóp.
- Về ECG: xuất hiện rối loạn sự tái cực.

- Về lâm sàng: xuất hiện cơn đau thắt ngực.

III. GIẢI PHẪU BỆNH

Một hoặc nhiều động mạch vành bị hẹp do mảng xơ vữa. Có những vùng hoại tử và xơ trong cơ tim, thông thường khu trú trong lớp dưới nội tâm mạc. Thắt trái có thể phì đại.

IV. TRIỆU CHỨNG

4.1. Triệu chứng cơ năng: là cơn đau thắt ngực với đặc điểm sau:

Vị trí: sau xương ức.

Hướng lan: xuống mặt trong cánh tay, tận cùng ở ngón nhẫn và ngón út của tay trái, tuy nhiên nó có thể lan lên vai ra sau lưng, lên xương hàm dưới, lên cổ.

Tính chất đau: có thể mơ hồ kiểu như có gì chẹn ngực, co thắt hoặc như có vật gì nặng đè ép lên ngực không xác định chính xác vị trí đau. Lưu ý là những người mô tả điểm đau chính xác ở vùng mỏm tim, đau nhói nóng thoáng qua thì thường không phải là đau thắt ngực do suy vành.

Thời gian: đau ngắn và kéo dài không quá vài phút.

Đau thường khởi phát sau gắng sức, giảm và mất khi nghỉ ngơi hoặc là dùng thuốc giãn vành. Lạnh cũng là yếu tố dễ gây khởi phát cơn đau.

4.2. Triệu chứng thực thể

Trong cơn có thể chẳng có gì tuy nhiên có thể có tăng tần số tim và trị số huyết áp, nghe có thể có thổi tâm thu giữa và cuối tâm thu do loạn chức năng cơ nhú vì thiếu máu cục bộ.

4.3. Triệu chứng ECG:

Điện tâm đồ trong cơn đau ngực có ích cho chẩn đoán, cho thấy các biến đổi xảy ra trong cơn suy vành như ST chênh xuống là điển hình, ngoài ra đôi khi thấy ST chênh lên, rối loạn nhịp nhất là ngoại tâm thu thất. Ngoài cơn khi người bệnh nghỉ ngơi ECG thấy bình thường trong 30% trường hợp người bệnh có đau thắt ngực điển hình.

Bảng 4.1. Phân loại cơn ĐTN của Hội Tim mạch Canada (CSS)

Độ	Vận động khởi phát cơn ĐTN	Hạn chế hoạt động thường ngày
I	Gắng sức kéo dài	Không
II	Đi bộ > 2 khu nhà	Nhẹ
III	Đi bộ < 2 khu nhà	Nhiều
IV	Tối thiểu hoặc lúc nghỉ	Nặng

V. CHẨN ĐOÁN

5.1. Chẩn đoán xác định

5.1.1. Chẩn đoán lâm sàng:

Dựa trên bệnh cảnh đau ngực đặc trưng như đã mô tả ở trên xảy ra khi gắng sức và giảm bớt khi nghỉ ngơi. Có thể khẳng định chẩn đoán bằng theo dõi ECG thấy hồi phục trở về bình thường các biến đổi do thiếu máu cục bộ hoặc bằng dùng test điều trị thử với nitroglycerin dưới lưỡi thấy biến mất cơn đau trong vòng 1-3 phút. Nếu không thấy giảm đau nhanh với nitroglycerin có thể không phải đau thắt ngực do suy vành hoặc là dạng nặng nhất của suy vành đó là nhồi máu cơ tim.

5.1.2. Chẩn đoán cận lâm sàng

5.1.2. 1. Điện tim gắng sức: giúp chẩn đoán sớm, dự hậu và theo dõi điều trị.

- Kỹ thuật: dùng xe đạp lực kế hay thăm lặn, tăng dần công mỗi 30W đối với xe đạp hoặc dùng biểu đồ Bruce đối với thăm lặn. Cần có chuyên viên theo dõi ECG và HA liên tục khi tiến hành. Độ nhạy của phương pháp: 60% và độ đặc hiệu 80% trong phát hiện mạch vành. Tỷ lệ tử vong dưới 0,01%.

- Chỉ định:

+ Chẩn đoán cơn đau thắt ngực ổn định hay cơn đau ngực không điển hình.
+ Bilan ở người trẻ có nhiều nguy cơ bilan bị bệnh mạch vành ổn định có hay không điều trị.

+ Đánh giá hiệu quả của điều trị TMCT

+ Đánh giá kết quả phẫu thuật mạch vành hay sau nong mạch vành, bilan sau nhồi máu cơ tim vào ngày thứ 10-15.

+ Đánh giá chức năng của một số bệnh van tim (trừ hẹp van động mạch chủ).

+ Đánh giá chức năng của suy tim còn bù.

- Tiêu chuẩn đánh giá dựa vào nhiều yếu tố như: ST chênh xuống và nằm ngang trên 1mm hoặc đi xuống trên 0,08 mm sau phức bộ QRS; ST chênh lên (hiềm gặp); thời gian gắng sức; công tối đa đạt được; xuất hiện cơn ĐTB điển hình; Điện tâm đồ biến đổi trong hay sau gắng sức; huyết áp và tần số tim; mức đạt tần số tim theo lý thuyết; xuất hiện loạn nhịp khi làm test và/ hoặc có dấu suy tim trái.

Kết quả test gắng sức gắn liền với tuổi và giới người bệnh (khó kết luận ở phụ nữ <55 tuổi, dương giả >20% ở người < 40 tuổi trong khi giảm còn < 10% ở người > 60 tuổi).

5.1.2.2. Đo điện tim Holter trong 24 giờ: Giúp chẩn đoán bệnh mạch vành im lặng, chẩn đoán và theo dõi cơn ĐTN Prinzmetal hoặc sự gia tăng kích thích tâm thất.

5.1.2.3. Đồng vị phóng xạ

- Nguyên tắc: Khảo sát sự tưới máu cơ tim vùng bằng cách so sánh sự phân bố chất đồng vị phóng xạ Thallium 201 vào cơ tim khi đang gắng sức và sau một thời gian tái tưới máu khi nghỉ ngơi.

- Ích lợi và hạn chế: Nhạy hơn trắc nghiệm gắng sức (80%), đặc hiệu hơn (90%) cho phép xác định vùng bị thiếu máu, đánh giá chức năng cơ tim. Giới hạn của phương pháp: dương tính giả nếu có block nhánh trái, giá thành cao.

- Chụp buồng thất bằng phóng xạ: bơm tinh mạch chất Technium. Có thể đánh giá sự co bóp từng vùng và toàn bộ thất trái cũng như chức năng tim trái.

5.1.2.4. Siêu âm tim và Doppler

* *Siêu âm 2 chiều*: nhằm mục đích:

+ Phân tích sự hoạt động từng phần như giảm co bóp, không co bóp thậm chí rối loạn co bóp khu trú, tim bất thường ở thân chung của động mạch vành như calci hóa.

+ Tính chỉ số co hồi thất trái nhằm đánh giá chức năng thất trái toàn bộ.

+ Với Doppler giúp chẩn đoán hở van 2 lá do thiếu máu cơ tim, áp lực mạch phổi. Các biến đổi về sự làm đầy thất, đánh giá lưu lượng động mạch khi gắng sức và nghỉ ngơi.

* *Siêu âm tim gắng sức*: giúp chẩn đoán khi thấy bất thường vận động thành tim cho độ nhạy cảm chẩn đoán > 90% nếu hình ảnh tốt.

5.1.2.5. Chụp mạch vành:

Bơm chất cản quang chụp toàn bộ hệ mạch vành và buồng thất.

Đối với hệ mạch vành có giá trị để đánh giá mức độ, vị trí tổn thương mạch vành cũng như tình trạng tưới máu, phân bố mạch máu, calci hóa động mạch, các bất thường bẩm sinh.

Đối với buồng thất nhằm phân tích sự co bóp từng phần, chức năng thất trái, chỉ số tổng máu và hở 2 lá do thiếu máu cơ tim.

Chụp động mạch vành là phương tiện quyết định để đánh giá độ nặng của bệnh mạch vành cũng như để chẩn đoán khi các phương tiện thăm dò khác không cho phép xác định suy vành. Có thể nói chụp mạch vành là xét nghiệm không thể thiếu được đối với bệnh lý mạch vành đặc biệt khi cần thiết phải can thiệp ngoại khoa, tuy vậy đây là kỹ thuật tốn kém và đòi hỏi chuyên khoa có kinh nghiệm.

5.1.2.6. Chụp nhấp nháy cơ tim bằng Thallium 201 hoặc Technitium 99: có độ nhạy 70-90% và độ đặc hiệu 60-90% nhưng đắt tiền.

5.2. Chẩn đoán phân biệt

5.2.1. Đau vùng trước tim do rối loạn thần kinh thực vật: thường gặp trên thực tế lâm sàng nhất là ở tuổi trẻ. Đau thường ở mỏm tim, không có khởi phát khi gắng sức mà là khi nghỉ ngơi. Con đau có thể kéo dài hàng giờ, hàng ngày. Ngoài ra có thể kèm thêm các triệu chứng rối loạn thần kinh thực vật khác.

5.2.2. Đau do bệnh cột sống - xương sườn: viêm khớp, viêm thần kinh liên sườn. Khám ấn đau khu trú, đau không có lan.

5.2.3. Đau do bệnh đường tiêu hóa

- Đau do co thắt thực quản cũng ở sau xương ức, có kèm khó nuốt, ợ. Đôi khi lan ra hai cánh tay và cũng giảm bớt sau khi dùng nitroglycerin. Chụp thực quản cho phép chẩn đoán chính xác.

5.2.4. Hội chứng trào ngược dạ dày - thực quản: gây cảm giác nóng sau xương ức, nặng lên khi nằm ngửa, dịu bớt sau khi dùng các thuốc kháng acide.

VI. CÁC THỂ LÂM SÀNG CƠN ĐAU THẮT NGỰC:

6.1. Đau thắt ngực ổn định: cơn đau xảy ra khi gắng sức.

6.2. Đau thắt ngực không ổn định

- Mới khởi phát cơn đau thắt ngực nặng (< 2 tháng) và/hoặc xảy ra 3 cơn/ngày.
- Đau khi nghỉ ngơi hoặc là chỉ khi hoạt động rất nhẹ nhàng.
- Cơn đau thắt ngực tăng tiến: thuộc loại ổn định nhưng gần đây nặng hơn, đau kéo dài hơn, hay xảy ra hơn và xảy ra với gắng sức nhẹ hơn trước.

Bệnh nhân có một trong 3 tiêu chuẩn trên được gọi là có cơn đau thắt ngực không ổn định (Harrison 2005).

6.3. Co thắt vành: còn được gọi cơn đau thắt ngực Prinzmetal. Xảy ra trên mạch vành hoàn toàn bình thường hoặc là có mảng xơ vữa gây hẹp gần vị trí của co thắt. Đau thắt ngực đặc tính tương tự nhưng mà trầm trọng hơn và xảy ra điển hình khi nghỉ ngơi cùng với hình ảnh đoạn ST chênh lên rất cao trên ECG. Lưu ý là co thắt vành có thể gây nên nhồi máu cơ tim cũng như các rối loạn nhịp ác tính. Chẩn đoán xác định dựa trên chụp động mạch vành có tiêm TM Methergin (ergonovine).

6.4. Thiếu máu cục bộ cơ tim yên lặng: được phát hiện bởi ghi Holter hoặc là trắc nghiệm ECG gắng sức chủ yếu xảy ra ở những người có thiếu máu cục bộ cơ tim có triệu chứng. Ghi nhận có biến đổi ST-T nhưng vô triệu chứng mặc dù có bệnh mạch vành.

6.5. Nhồi máu cơ tim: Xảy ra khi tắc một hoặc nhiều nhánh của mạch vành. Nhồi máu cơ tim (NMCT) là sự hoại tử thiếu máu nặng và hệ thống cơ tim với diện tích tổn thương $\geq 2\text{cm}^2$.

6.5.1. Triệu chứng lâm sàng: đau ngực tương tự như là cơn đau thắt ngực tuy nhiên cường độ mạnh hơn nhiều và kéo dài hơn (> 30 phút), ít thuyên giảm khi nghỉ ngơi và khi dùng nitroglycerine. Tuy nhiên có 25% nhồi máu cơ tim im lặng về mặt lâm sàng.

6.5.2. Triệu chứng cận lâm sàng:

6.5.2.1. Điện tâm đồ thông thường

Nhồi máu có sóng Q: ST chênh lên, T đảo ngược, sóng Q hoại tử.

Nhồi máu không có sóng Q: ST chênh xuống, biến đổi dai dẳng ST-T mà không có xuất hiện sóng Q.

6.5.2.2. Men: tăng CPK, CPK-MB, GOT, LDH, Troponin T.

6.5.3. Chẩn đoán NMCT

Theo Tổ chức Y tế thế giới NMCT được chẩn đoán xác định khi có hai trong 3 dấu hiệu sau: cơn đau thắt ngực biến đổi, thay đổi ECG theo tiến triển của bệnh và sự gia tăng men tim.

Một số trường hợp không thể chẩn đoán xác định NMCT mà chỉ có thể có NMCT. Thường thì có triệu chứng lâm sàng điển hình rất gợi ý nhưng mà thiếu bằng chứng khách quan trên ECG và men. Nếu lâm sàng nghi ngờ nhiều thì có thể là NMCT nhỏ. Trước một bệnh nhân nam giới >35 tuổi, nữ giới >50 tuổi có đau ngực thì phải xem xét có NMCT hay không. Phải chẩn đoán phân biệt với đau do viêm phổi, tắc động mạch phổi, viêm màng ngoài tim, gãy xương sườn, co thắt thực quản, phình tách động mạch chủ và những tình huống gây bệnh cảnh đau bụng cấp tính do bệnh trong ổ bụng.

6.5.4. Biến chứng

6.5.4.1. Rối loạn nhịp: ngoại tâm thu, rung thất, nhịp nhanh thất, bloc nhĩ thất...

6.5.4.2. Suy tim: có choáng hoặc không.

6.5.4.3. Phình thành tim.

VII. ĐIỀU TRỊ

7.1. Nguyên tắc điều trị

7.1.1 Cải thiện các yếu tố nguy cơ

Đây là biện pháp hàng đầu có giá trị vì ít tốn kém, áp dụng được cho các đối tượng giàu/nghèo nhưng đòi hỏi sự quyết tâm và cộng tác của bệnh nhân. Cụ thể như thay đổi lối sống, chế độ ăn uống giảm mỡ, tập luyện thể dục như: đi bộ, bơi lội, đi xe đạp, tránh stress. Theo dõi, khám bệnh, xét nghiệm lipid đều đặn, làm trắc nghiệm gắng sức hằng năm.

7.1.2. Điều trị căn nguyên

Nếu biết được. Ví dụ: điều trị xơ vữa động mạch bằng các thuốc giảm mỡ, điều trị phẫu thuật với các tổn thương van tim bẩm sinh hay mắc phải.

7.2. Phương tiện

7.2.1. Điều trị nội khoa

Bằng các thuốc như: dẫn xuất nitrés, molsidomine, chẹn bêta, ức chế calci, ức chế kênh kali, chống ngưng tập.

7.2.2. Nong động mạch vành qua da (Angioplastie coronaire transluminale percutanée) (PTCA)

Xử dụng một catheter đưa vào ĐM vành qua da để xác định mức độ hẹp mạch vành, sau đó sẽ xử dụng một bong bóng nhỏ, đường kính 2-4mm bơm lên ở vị trí bị hẹp, được xem kết quả khi nong được trên 50% so với khẩu kính trước, tỉ lệ thành công thường đạt đến 90-95% trong giai đoạn đầu tiên.

7.2.3. Phương pháp phẫu thuật cầu nối chủ - vành (Pontage aorto-coronaire)

Phương pháp được thực hiện bằng cách ghép tĩnh mạch hiển trong hoặc động mạch vú trong vào vị trí mạch vành bị tổn thương. Tử vong phẫu thuật khoảng 1-4%, phương pháp này đã cải thiện dự hậu và triệu chứng của bệnh nhồi máu cơ tim.

7.3. Điều trị cụ thể:

7.3.1. Điều trị cơn đau thắt ngực gắng sức

7.3.1.1.Điều trị cắt cơn đau thắt ngực gắng sức

- Nên áp dụng ngay trước khi vào viện và áp dụng càng sớm sẽ có tác dụng ngăn ngừa biến chứng xấu xảy ra.

- Nghi ngơi, tránh gắng sức.

- Dùng các dẫn xuất Nitrés ngậm dưới lưỡi (Natirose viên 0,75mg) có thể lập lại sau 5 phút hay bơm Natispray liều 0,4mg lập lại sau 5 phút nếu cần, nếu không giảm sau 15 phút cần phải xem xét có phải cơn đau thắt ngực không ổn định hoặc nhồi máu cơ tim không.

7.3.1.2.Điều trị lâu dài cơn đau thắt ngực gắng sức:

**Các loại chẹn beta*

Trừ khi có chống chỉ định, đây là thuốc điều trị chọn lọc cơn đau thắt ngực gắng sức, điều trị hữu hiệu khi nhịp tim nghỉ ngơi từ 50-60/ph và khi gắng sức dưới 100/phút. Khởi đầu bằng liều thấp, tăng dần liều lên khi không có biến chứng. Cụ thể:

- Propranolol (Avlocardyl viên 40mg) loại không chọn lọc, không có hoạt tính giao cảm nội tại, liều 2-4 viên chia 2 lần mỗi ngày.

- Atenolol (Tenormine) viên 50-100mg, loại chọn lọc lên tim nhưng có hoạt tính giao cảm nội tại, liều 50-100mg, ngày 1 lần.

- Metoprolol (Lopressor) viên 100mg hay Seloken viên 100-200mg, chọn lọc lên tim, không có hoạt tính giao cảm nội tại, liều 50-100mg/ngày 1 lần.

- Acebutolol (Sectral) viên 200-400mg, chọn lọc lên tim, có hoạt tính giao cảm nội tại, liều 400mg/ngày chỉ dùng 1 hay 2 lần (khởi đầu 200mg/ngày chia 2 lần).

Nếu không đáp ứng cần xem có cơ chế co thắt động mạch vành trong cơn, chú ý là không bao giờ ngừng đột ngột điều trị chẹn beta vì dễ có nguy cơ rối loạn nhịp, nhồi máu cơ tim và đột tử.

**Các dẫn xuất Nitrat*

Thường được sử dụng đầu tiên và phối hợp với 1 loại thuốc khác (như chẹn beta và hay chẹn calci) gồm:

- Nitroglycerine (viên hay bơm xịt) rất ít chống chỉ định (ngoại trừ bệnh cơ tim tắc nghẽn) và ít tác dụng phụ (thường gặp là hạ huyết áp, nhức đầu).

- Các dẫn xuất Nitrat đơn, đôi hoặc Nitrat dạng viên hay dạng dán.

Hiện tượng dung nạp (tolerance) với các dẫn xuất Nitrés hay gặp với liều cao, kéo dài. Hiện tượng giảm đi, nếu tôn trọng khoảng trống Nitrat, nghĩa là không uống Nitrat sau 18h và không dán từ 20 giờ và 8 giờ sáng, điều này giải thích sự quan trọng phối hợp với chẹn beta hoặc ức chế calci đặc biệt ở bệnh nhân có cơn đau thắt ngực ban đêm.

Cụ thể:

- Đường uống:

+Trinitrine (Lénitral) nang 2,5 mg và 7,5mg liều: 2 nang/ngày chia 2 lần.

+Isosorbide dinitrate như: Langoran nang 20-40mg hay 80mg LP. Liều 40-80mg/ngày. Risordan viên 10-20mg liều 40mg/ngày chia 2,3 lần. Risordan LP viên 20-40mg liều 40mg/ngày.

+ Hay 5- isosorbide mononitrate như: Monicor LP 20mg ngày uống 2 nang.

+ Molsidomine (Corvasal) không phải là dẫn xuất Nitrés nhưng có tác dụng tương tự, ngoài ra còn có tác dụng chống ngưng tập tiểu cầu. Biệt dược: Corvasal viên 2-4mg, liều 1/2 - 1viên. Ích lợi của nhóm này là không có hiện tượng dung nạp.

- Đường dán: như Cordipath liều 5mg, dán vào buổi sáng và bên ngực, nên dán ngắt quãng, chỉ dán vào ban ngày.

**Thuốc ức chế canxi*

Nếu chống chỉ định chẹn beta (như suy tim mất bù, rối loạn dẫn truyền nhĩ- thất, hen phế quản, hội chứng Raynaud) thì ngoài các dẫn xuất Nitrat và Molsidomine, việc sử dụng các loại ức chế calci là thuốc lựa chọn nhất là trong cơn đau thắt ngực hỗn hợp hay co thắt mạch vành.

Cụ thể:

- Diltiazem (Tildiem) viên 60mg hay Bi-Tildiem viên 90-120mg liều 2 viên/ngày trước khi ăn hay viên 90mg chia 2 lần/ngày.

Ở thể nặng: 180mg/ngày chia 3-4 lần, chống chỉ định: suy nút xoang, bloc nhĩ thất độ 2, độ 3 không đặt máy tạo nhịp, suy tim trái, có thai. Tác dụng phụ: nhịp chậm xoang, bloc nhĩ thất, phù chi dưới, suy nhược, buồn ngủ, rối loạn tiêu hoá.

- Nifedipine (Adalate) viên 10mg. Liều 2 nang mỗi ngày khi ăn, thể nặng có thể dùng 3-4 nang ngày. Chống chỉ định: có thai, tác dụng phụ, phù mắt, nhức đầu, phù chân, đau bụng, hạ huyết áp, nhịp nhanh.

- Có thể phối hợp cả 2 loại trong thể nặng hoặc không nong mạch vành được như:

+ Tenormine 80-100mg/ngày + Adalate 3 nang/ngày hay Monicor LP 1 nang/ngày. Khi phối hợp chẹn beta và Diltazem cần theo dõi tần số tim và rối loạn nhịp xoang.

+ Hoặc Seloken 100-200mg/ngày + Corvasal 4mg 3 lần/ngày + Adalate 1 nang 4 lần/ngày. Nitriderm TTS. 5mg dán từ 20 giờ đến 8giờ.

+ Hoặc ngoại lệ ở thể đề kháng: Pexid viên 100mg 1 viên/ngày trong 3ngày + sau đó 2 viên/ngày cần theo dõi chặt chẽ vì tác dụng phụ nhiều như: xoàng, tổn thương gan, thần kinh.

**Các thuốc khác*

- Thuốc hoạt hoá kênh kali (Nicorandil) tác dụng dẫn động mạch và tĩnh mạch vành và cả ngoại biên. Không giảm co bóp tim và không có hiện tượng kháng trị.

- Amiodarone tác dụng chống loạn nhịp và chống thiếu máu cục bộ. Lưu ý tác dụng phụ.

- Trimetazidine.

- Giảm đau và an thần.

7.3.1.3. Phương pháp can thiệp

-Nong và đặt stent (giá đỡ): dựa vào kết quả chụp mạch và được chứng minh có sự thiếu máu bằng nghiệm pháp gắng sức thallium. Chống chỉ định không nhiều ngoại trừ hẹp thân chung động mạch vành trái hoặc động mạch vành vôi hoá.

-Bắc cầu nối động mạch chủ - vành: khi bệnh nhân có triệu chứng lâm sàng, nong vành thất bại kèm hẹp tái phát, tổn thương nhiều nhánh nhất là thân chung vành trái kèm suy chức năng cơ tim nặng.

7.3.2. Điều trị cơn ĐTN Prinzmetal

- Trong cơn: Nitroglycerine hay 1 nang Adalate ngậm từ từ khi nằm.

- Tiếp theo cần phải điều trị bằng ức chế calci, heparine, dẫn xuất nitrate liều cao, không dùng ức chế beta.

Chú ý: Chống chỉ định phối hợp Tildiem với Cordium hay Tildiem với Isoptine.

7.3.3. Điều trị cơn đau thắt ngực không ổn định

Cần nằm tại trung tâm hồi sức tim mạch. Nếu

- Nếu do co thắt (ban đêm, nghỉ ngơi) cần cho Nitrat và ức chế calci.

- Nếu do cơn ĐTN gắng sức tăng dần hay nặng lên: cho chẹn beta, Nitrat và/hay ức chế canxi.

Cụ thể:

- Nghỉ ngơi, monitoring, Oxy.
- Theo dõi lâm sàng, điện tâm đồ và sinh hóa (CPK).
- An thần: Tranxene 15-30mg/ngày.
- Chống đau: Morphine 1/2 -1ctg dưới da hoặc tĩnh mạch nếu dẫn xuất Nitrés không đáp ứng.
- Dẫn xuất Nitrat: chuyển liên tục bằng bơm điện như Risordan liều 2-5mg/giờ hay Lenitral liều 1mg/giờ hay Corvasal, không nên chuyển quá 48 giờ.
- Ức chế calci: Tildiem 3-4 viên/ngày.
- Chẹn beta: nếu không do cơ chế co thắt mạch vành có thể cho Acebutolol 200-400mg/ngày hoặc Tenormine 80-100ng/ngày.
- Heparine chuyển liên tục 400-800 đv/kg hoặc heparin trọng lượng phân tử thấp (Enoxaparin 1mg/kg tiêm dưới da 2 lần/ngày).
- Aspirine 250-300mg/ngày.

Nếu không đáp ứng dù đã điều trị phối hợp nitres + ức chế bêta + ức chế canxi thì can thiệp mạch vành cấp.

7.3.4. Điều trị thiếu máu cơ tim im lặng

- Cần tăng cường điều trị chống đau thắt ngực.
- Lập bilan mạch vành.

7.3.5. Điều trị nhồi máu cơ tim

Nhồi máu cơ tim là một biến chứng trầm trọng của suy mạch vành hoặc thiếu máu cơ tim. Việc điều trị phải thực hiện tại trung tâm hồi sức tim mạch.

Mục đích điều trị là giảm đau, hạn chế tối đa sự lan rộng vùng nhồi máu, phòng ngừa và điều trị rối loạn nhịp và các biến chứng cơ học.

Cụ thể:

- Nhập viện tại trung tâm sẵn sóc tăng cường tim mạch để theo dõi liên tục.
- Đặt một đường truyền tĩnh mạch cấp cứu để xử trí thuốc.
- Điều trị tiêu sợi huyết sớm với streptokinase, APSAC, hay chất hoạt hóa plasminogene mô (tPA) có thể giảm thiểu diện tích nhồi máu và tử vong, hạn chế rối loạn chức năng thất trái. Ở những đối tượng thích hợp, tiêu sợi huyết cần cho càng sớm càng tốt tại các đơn vị tăng cường hoặc trung tâm chăm sóc mạch vành. Bệnh nhân được chỉ định cho trong vòng 3 giờ sau khi xuất hiện triệu chứng thì kết quả tốt hơn cả, tuy nhiên cho phép sử dụng thuốc <12 giờ sau nhồi máu. Biến chứng bao gồm xuất huyết, rối loạn nhịp do tái tưới máu, và trong trường hợp xử dụng với streptokinase có thể có dị ứng. Thuốc chống đông (aspirine và heparine) bắt đầu cùng lúc với thuốc tiêu sợi huyết. Chụp mạch vành tiếp theo thường chỉ định cho những bệnh nhân bị đau ngực tái diễn hoặc trầm trọng gắng sức dương tính trước khi ra viện. Ở bệnh nhân chống chỉ định tiêu sợi huyết, cần thực hiện nong mạch vành sớm để đảm bảo lưu lượng vành. Ở các trung tâm có can thiệp mạch vành thì nong mạch vành thường được ưu chuộng hơn tiêu sợi huyết.

- Kiểm soát cơn đau: Morphine sulfate 2-4 mg TM mỗi 5-10 phút cho đến khi hết đau (nếu các triệu chứng phụ xuất hiện thì thuốc đối kháng là naloxone 0.4-1.2mg TM); hạ huyết áp (nếu nhịp tim chậm xử trí bằng atropine 0.5mg TM, nếu không có thể cân nhắc chuyển dịch).

- Nitroglycerine 0.3 mg ngậm dưới lưỡi nếu HA tâm thu trên 100mmHg; nếu vẫn còn đau ngực cần cho TM nitroglycerine (bắt đầu với 10microgam/phút, tăng dần đến mức tối đa 200 microgam/phút, theo dõi chặt chẽ bằng monitor).

- Oxygen 2-4 lít/phút bằng xông mũi, nhằm duy trì nồng độ bão hòa O₂ >90%.

- An thần nhẹ (Ví dụ: Diazepam 5 mg uống x 4lần / ngày).

- Ăn nhẹ chống táo bón: Dùng các chất nhão phân Vd. docusate sodium 100-200mg/ngày)

- Chẹn beta: có tác dụng giảm tiêu thụ O₂ cơ tim, hạn chế diện tích nhồi máu, giảm tỉ lệ tử vong. Thuốc có tác dụng tốt trong trường hợp tăng huyết áp, nhịp tim nhanh, đau thắt ngực tồn tại. Lưu ý chống chỉ định khi suy tim, HA tâm thu <95 mmHg, nhịp tim < 50 lần/phút, bloc nhĩ thất hoặc tiền sử hen phế quản. Cho TM ví dụ metoprolol 5mg / 5-10 phút cho đến liều tổng cộng 15mg sau đó cho đường uống metoprolol 25-100mg x 2 lần/ ngày.

- Thuốc chống đông/ thuốc chống ngưng tập tiểu cầu:

Bệnh nhân sau khi được dùng tiêu sợi huyết thường được tiếp nối chống đông bằng aspirine và heparine, thời gian bắt đầu tùy thuộc loại tiêu sợi huyết. Trong trường hợp không thể dùng tiêu sợi huyết có thể cho aspirin 80-325mg/ngày và liều thấp Heparin 5000 đv tiêm dưới da hoặc tiêm tĩnh mạch / 12 giờ. Liều heparin hữu hiệu (thời gian PTT gấp đôi thời gian chứng) sau đó duy trì bằng thuốc chống đông uống được khuyến cáo xử dụng ở những bệnh nhân suy tim nặng, có cục máu đông tâm thất chẩn đoán bằng siêu âm, hoặc có vùng rối loạn vận động lớn do NMCT trước.

- Các thuốc ức chế men chuyển: giảm tử vong ở những bệnh nhân rối loạn chức năng thất trái không có triệu chứng sau NMCT (chỉ số tổng máu dưới 40%) và có thể cho ở những bệnh nhân huyết động ổn định. Vd: captopril 6.25mg liều tet đầu tiên sau đó tăng lên 50mg uống 3lần / ngày.

VIII. DỰ PHÒNG

Gồm các bước tiến hành một cách có hệ thống:

8.1. Xác định yếu tố nguy cơ

Thu thập đồng thời các thông tin về các yếu tố nguy cơ phối hợp cho phép đánh giá toàn bộ mức độ rộng nguy cơ mang tính cá thể của động mạch vành để có lời khuyên đặc hiệu.

8.2. Lời khuyên đặc hiệu

Dành cho cả người chưa bị và cả người đã bị rồi

- Hút thuốc: bỏ hoàn toàn thuốc lá. Nguy cơ hút thuốc lại lớn hơn khi có nhiều yếu tố phối hợp. Việc dự phòng cần chú ý đặc biệt nếu là nam giới.

- Huyết áp: cần có chế độ điều trị theo dõi chặt chẽ những trường hợp mắc bệnh dù chỉ mới ở giai đoạn đầu tiên hoặc chỉ tăng huyết áp giới hạn.

- Tăng cholesterol máu: cần chú ý khi cholesterol máu tăng trên 220 mg% với sự khuyến dùng chế độ ăn đặc biệt cũng như cần phải được khám xét và điều trị thuốc khi tăng trên 260mg%.

- Tăng cường luyện tập và hoạt động thể lực nhiều hơn. Việc giảm cân sẽ làm giảm rõ các yếu tố nguy cơ.

- Đái tháo đường: điều trị liên tục, có theo dõi chặt chẽ ở một trung tâm chuyên khoa là sự chọn lựa thích hợp cho bệnh nhân.

- Thuốc ngừa thai đường uống: hạn chế xử dụng.