

BỆNH ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠNH TÍNH

I. ĐẠI CƯƠNG

Bệnh ĐMV mạn biểu hiện dưới 1 trong 3 dạng: đau thắt ngực ổn định, đau thắt ngực thay đổi (Prinzmetal) và thiếu máu cơ tim yên lặng.

Nguyên nhân thường gặp nhất là do mảng xơ vữa làm nghẽn ĐMV.

II. CHẨN ĐOÁN

1. Lâm sàng

Bệnh sử cần khai thác 7 đặc điểm ở bệnh nhân có đau ngực: Vị trí: sau xương ức; Tính chất: đau thắt; Cường độ: nhẹ tới trung bình; Hướng lan: cổ, hàm dưới, vai và cánh tay trái; Thời gian: <15 phút; Hoàn cảnh khởi phát và làm giảm đau: cơn xuất hiện khi có tăng nhu cầu tiêu thụ oxy, giảm khi nghỉ ngơi và ngậm nitroglycerin. Cơn đau thắt ngực (CĐTN) có thể điển hình, không điển hình hay đau ngực không do tim:

1. Đau, tức sau xương ức với tính chất cơn đau và thời gian điển hình.
2. Xảy ra khi gắng sức hoặc stress tình cảm.
3. Giảm khi nghỉ hoặc sử dụng nitroglycerine.

* **CĐTN điển hình:** có 3 tiêu chuẩn trên.

* **CĐTN không điển hình:** chỉ có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên.

* **Đau ngực không do tim:** chỉ một hay không có tiêu chuẩn trên.

Mức độ nặng nhẹ về lâm sàng của CĐTN dựa vào bảng phân độ của Hội Tim mạch Canada được sử dụng nhiều nhất.

Bảng 1. Phân loại độ nặng CĐTN theo Hội Tim mạch Canada

Độ I	Hoạt động thông thường không làm CĐTN (đi bộ, lên cầu thang). CĐTN xảy ra khi gắng sức nhiều hoặc nhanh
Độ II	Hạn chế nhẹ hoạt động. CĐTN khi đi bộ hơn 2 khu nhà hoặc leo hơn 1 tầng lầu với tốc độ bình thường và trong điều kiện bình thường.
Độ III	Hạn chế nhiều hoạt động. CĐTN khi đi bộ 1-2 khu nhà hoặc leo lên một tầng lầu với tốc độ bình thường và trong điều kiện bình thường.
Độ IV	CĐTN với mọi hoạt động, có thể cả khi nghỉ.

2. Cận lâm sàng

2.1. Các xét nghiệm cơ bản

Các xét nghiệm cơ bản bao gồm hemoglobin, đường máu khi đói và lipid máu.

2.2. Điện tâm đồ

Trên 50% bệnh nhân CĐTN ổn định có ĐTD bình thường. Một số bất thường trên ĐTD góp phần tăng khả năng chẩn đoán và tiên lượng CĐTN: sóng Q của NMCT cũ, block phân nhánh trái trước và block nhánh trái.

2.3. Điện tâm đồ gắng sức

ĐTD gắng sức bằng xe đạp hay thẩn lặn là một trắc nghiệm phổ biến và an toàn. Độ nhạy cảm là 68% và độ chuyên biệt là 77%.

2.4. Siêu âm tim lúc nghỉ

Hai chỉ định chính của siêu âm tim lúc nghỉ đối với bệnh nhân nghi có CĐTN ổn định:

- Lượng giá độ nặng của TMCB cơ tim trong CĐTN hoặc trong vòng 30 phút sau cơn đau.
- Ở bệnh nhân có âm thổi tâm thu, nghi hẹp ĐMC hay bệnh cơ tim phì đại; Ở bệnh nhân có clic hay âm thổi nghi sa van 2 lá.

2.5. Siêu âm tim gắng sức và xạ ký gắng sức

Siêu âm tim gắng sức và xạ ký gắng sức bằng vận động (xe đạp, thẩn lặn) hoặc bằng thuốc (Dobutamine, Adenosine, Dipyridamole) có độ nhạy và độ chuyên >80%.

2.6. Holter điện tim

Có thể phát hiện những thời điểm xuất hiện TMCB trong ngày, rất có ý nghĩa ở những bệnh nhân bị co thắt ĐMV (hội chứng Prinzmetal) hoặc bệnh tim TMCB yên lặng. Ngoài ra, có thể phát hiện một số rối loạn nhịp tim.

2.7. Chụp động mạch vành

Chụp ĐMV là phương pháp thăm dò xâm nhập, là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán bệnh ĐMV.

III. ĐIỀU TRỊ

1. Thay đổi lối sống và điều chỉnh yếu tố nguy cơ

Ngưng thuốc lá.

Hoạt động thể lực: giảm 20-25% tử vong chung. Mức độ trung bình 30 phút, ít nhất 5 lần/tuần.

Giảm cân: BMI <25 kg/m² và vòng eo <90/80 (nam/nữ). Chế độ ăn giảm muối và mỡ bão hòa, thường xuyên ăn trái cây, rau và cá.

Điều trị rối loạn lipid máu: chỉ định statin ở tất cả bệnh nhân nhằm đạt LDL-C <100 mg/dL (2,5 mmol/L) hoặc <70 mg/dL (1,8 mmol/L) ở bệnh nhân nguy cơ cao.

Điều trị đái tháo đường: mục tiêu HbA_{1C} <7%.

Điều trị tăng huyết áp: mục tiêu HA <130/80 mmHg.

2. Điều trị bằng thuốc

Các thuốc có hiệu quả chống cơn đau thắt ngực bao gồm: chẹn beta, nitrate, chẹn kênh canxi (lược đồ). Các thuốc đã được nghiên cứu có khả năng kéo dài đời sống là aspirin, statin và UCMC.

2.1. Chống kết tập tiểu cầu

Aspirin 75-150 mg/ngày ở bệnh nhân không có chống chỉ định (xuất huyết tiêu hóa, dị ứng aspirin hoặc không dung nạp aspirin).

Clopidogrel 75 mg/ngày ở bệnh nhân CCD với aspirin.

2.2. Chẹn beta

Thuốc hàng đầu trong điều trị CĐTN ổn định, không chỉ giảm đau ngực mà còn giảm các biến cố tim mạch. Đặc biệt, chẹn beta rất có lợi ở bệnh nhân tiền sử NMCT và rối loạn chức năng thất trái.

Bảng 2. Một số thuốc chẹn beta thường dùng

Thuốc	Chọn lọc tim	Thời gian bán hủy	Liều dùng
Atenolol	Có	6-9	50-100mg
Bisoprolol	Có	13-14	5-20mg
Carvedilol	Không	6-7	3,125-50mg
Metoprolol	Có	3-7	50-100mg
Nebivolol	Có	21	5mg

2.3. Chẹn kênh canxi

Nếu chống chỉ định chẹn beta hoặc kết hợp với chẹn beta khi không cải thiện triệu chứng đau ngực.

Một số thuốc thường dùng như Diltiazem 60-120mg, Verapamil 80-120mg, Amlodipine 5-10mg.

2.4. Nitrate

Nhờ giảm tiền tải sẽ giảm sức căng thành cơ tim và giảm nhu cầu oxy cơ tim. Một số điều cần chú ý khi sử dụng nitrates trong điều trị CĐTN ổn định:

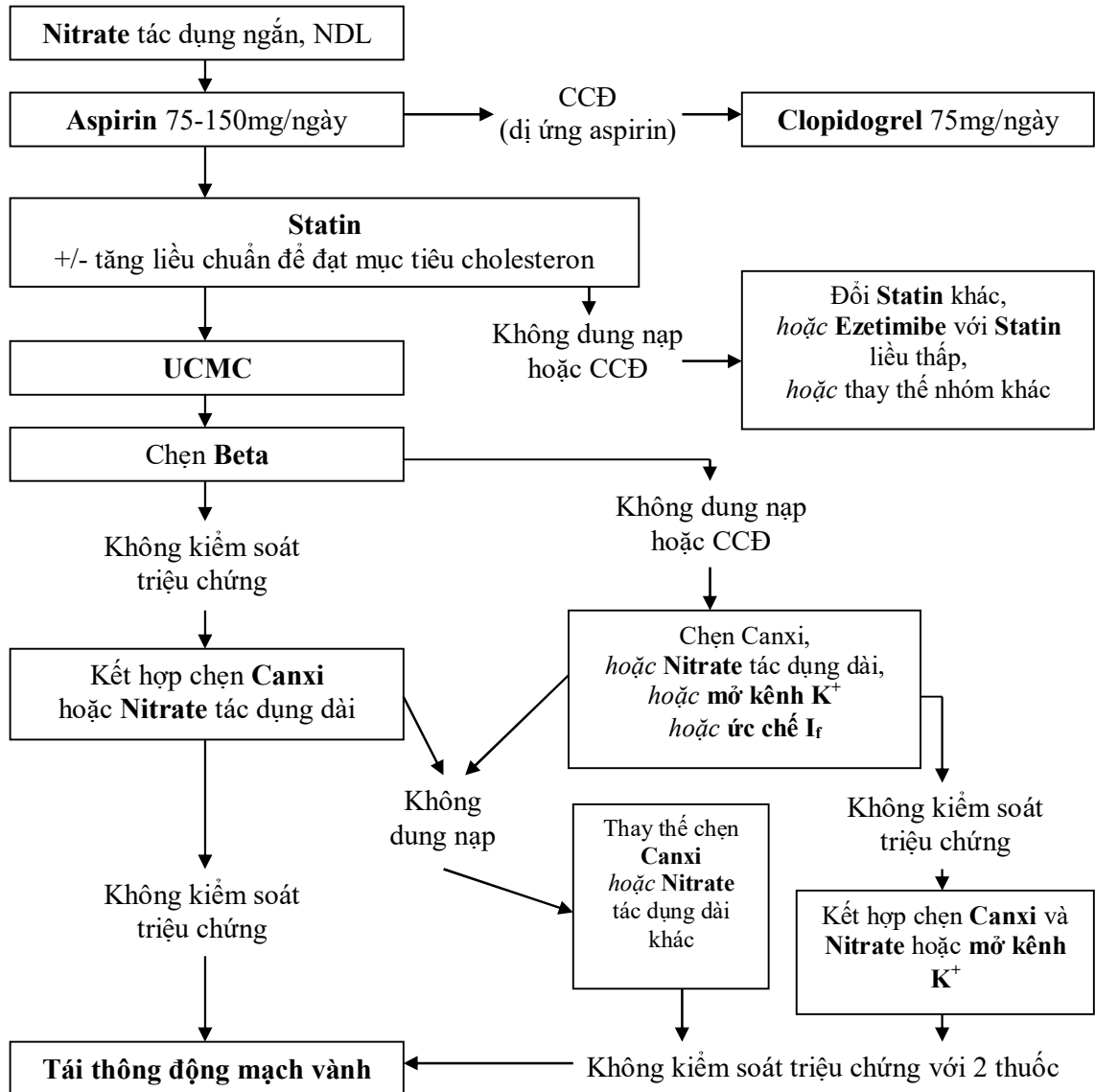
- Nên có khoảng trống không có thuốc nitrate (12-14 giờ) để tránh hiện tượng lờn thuốc.

- Liều đầu nên thấp để bớt nhức đầu, sau đó vài ngày có thể tăng liều.

- Ở bệnh nhân đang dùng nitrates liều cao, nếu ngưng đột ngột có thể làm tăng CDTN.

- Không sử dụng chung với Sildenafil, nguy cơ tụt HA nặng có thể tử vong.

- Isosorbide mononitrate có hiệu quả mạnh hơn isosorbide dinitrate.



Lược đồ. Điều trị đau thắt ngực ổn định

2.5. Ức chế men chuyển

Chỉ định ở bệnh nhân CDTN ổn định kèm tăng huyết áp, đái tháo đường, suy tim, rối loạn chức năng thất trái không triệu chứng hoặc tiền sử NMCT.

2.6. Thuốc khác

Thuốc mở kênh kali: Nicorandin.

Thuốc tác động nút xoang: Ivabradine (procoralan).

Thuốc trimetazidine.

3. Tái tưới máu cơ tim

	Can thiệp động mạch vành qua da	Nhóm	Mức
Tiền lượng	Hẹp thân chung >50%	I	A
	Hẹp đoạn gần LAD >50%	I	A
	Hẹp 2 hoặc 3 nhánh với chức năng thất trái giảm ≤35%	I	A
	Vùng thiếu máu cơ tim rộng bằng nghiệm pháp chức năng (>10% thất trái) hoặc lưu lượng dự trữ vành bất thường	I	B
	Hẹp một nhánh >50%	I	C
Triệu chứng	Động mạch hẹp có ý nghĩa biểu hiện bằng đau ngực khi gắng sức, tương đương đau thất ngực với đáp ứng kém điều trị nội khoa.	I	A

- Phẫu thuật bắc cầu động mạch vành.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Phạm Gia Khải và cs (2008), “Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính”, *Khuyến cáo về các bệnh lý tim mạch và chuyển hoá - Hội Tim mạch học Việt Nam*, Nhà xuất bản Y học, tr. 329-350.
2. Phạm Nguyễn Vinh và Nguyễn Mạnh Phan (2008), “Chẩn đoán và điều trị cơn đau thất ngực ổn định”, *Bệnh học Tim mạch - tập II*, Nhà xuất bản Y học, tr. 123-141.
3. Fox K, et al (2011), “Stable Angina Pectoris”, *ESC Guidelines Desk Reference*, Springer Healthcare, pp. 81-93.
4. Crea F, et al (2011), “Chronic Ischaemic Heart Disease”, *ESC Textbook of Cardiovascular Medicine 2nd*, Oxford University Press.
5. Bender JR, et al (2011), “Angina Pectoris”, *Oxford American Handbook of Cardiology*, Oxford University Press, pp. 86-88.
6. Thadani U (2010), “Chronic Stable Angina Pectoris”, *Cardiology 3rd*, Mosby Elsevier, pp. 283-299.