

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ BỆNH TIM THIẾU MÁU CỤC BỘ MẠN TÍNH (ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH)

TS .Tô Thanh Lịch

Viện Tim Mạch Việt Nam

1. Định nghĩa: Đau thắt ngực ổn định (chronic stable angina pectoris) còn được gọi là bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính hoặc một cách gọi khá phổ biến ở Việt Nam là suy vành. Về góc độ sinh lý bệnh học của cơn đau thắt ngực ổn định (ĐTNOĐ) xuất hiện do mất cân bằng giữa khả năng cung cấp máu và nhu cầu tiêu thụ ô xy của cơ tim mà đa số vì hẹp >70% đường kính cắt ngang lòng động mạch vành.

Khuyến cáo của Hội tim mạch học Việt Nam năm 2008 đã phân định mức độ cơn đau thắt ngực ổn định (ĐTNOĐ) thành 3 mức độ như sau:

Mức I: Có chỉ định, tức là có các bằng chứng và/hoặc nhất trí chung cho rằng biện pháp áp dụng thủ thuật hoặc điều trị là có lợi và có hiệu quả.

Mức II: Chỉ định cần cân nhắc tới hoàn cảnh thực tế, tức là tình trạng trong đó có các bằng chứng đối lập và /hoặc ý kiến phải được thoả thuận về lợi ích/hiệu quả của thủ thuật hoặc điều trị.

Mức III: Không có chỉ định, tức là tình huống trong đó có các bằng chứng và/hoặc ý kiến chung cho rằng thủ thuật/điều trị không có lợi ích và hiệu quả, thậm chí trong một vài trường hợp có thể có hại.

2. Chẩn đoán

2.1. Xác định cơn ĐTNOĐ

- Vị trí: Đau ở một vùng sau xương ức, đau có thể lan lên cổ, vai, tay, hàm, thượng vị, sau lưng. Gặp nhiều nhất là đau lan lên vai trái đau xuống mặt trong cánh tay rồi xuyên xuống tận các ngón tay 4,5.

- Hoàn cảnh xuất hiện: Cơn đau thường xuất hiện ban ngày, lúc gắng sức, đang ăn, sau bữa ăn quá nhiều, hút thuốc lá, gặp lạnh, cảm xúc mạnh. Cơn đau

có khi xuất hiện về đêm, khi thay đổi tư thế, thời gian cơn đau kéo dài từ 10 đến 15 phút, hiếm khi đến 30 phút.

- Tính chất: Đau như bóp chẹt ngực, thắt lại, nghẹt, rát, mặt bệnh nhân thường tái và vã mồ hôi khi xuất hiện cơn đau. Một số bệnh nhân thấy rất mệt, khó thở, kiệt sức khi gắng sức hoặc đau đầu, buồn nôn, vã mồ hôi.

- Đau thắt ngực điển hình: Bao gồm 3 yếu tố (1) đau thắt chẹn sau xương ức với tính chất và thời gian điển hình (2) xuất hiện khi gắng sức hoặc xúc cảm, (3) đỡ đau khi nghỉ hoặc dùng Nitrates.

- Đau thắt ngực không điển hình: Chỉ gồm 2 trong 3 yếu tố trên.

- Không phải đau thắt ngực: Chỉ có 1 hoặc không có các yếu tố trên.

2.2. Phân mức độ đau thắt ngực ổn định

Phân mức độ đau ngực theo Hiệp hội tim mạch Canada (bảng 1)

**Bảng 1: Phân độ đau thắt ngực
(Theo Hiệp hội Tim mạch Canada – CCS)**

Độ	Đặc điểm	Chú thích
I	Hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực	Cơn đau chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực cường độ mạnh
II	Mức độ hoạt động thể lực bị hạn chế nhẹ hơn so với thông thường	Đau ngực khi leo cao > 1 tầng gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ hơn 2 dãy nhà
III	Hạn chế nhiều hoạt động thể lực	Đau ngực khi leo 1 tầng gác hoặc đi bộ 1-2 dãy nhà
IV	Cơn đau xuất hiện với mỗi hoạt động, có thể cả khi ngủ	Đau khi làm việc nhẹ, gắng sức nhẹ

2.3. Khám lâm sàng

Khám thực thể có thể phát hiện các nguyên nhân tim mạch hoặc nguyên nhân ngoài tim: Bệnh lý ở phổi, dạ dày ruột, thành ngực, hoặc tâm thần, viêm màng tim...

- Phát hiện các yếu tố nguy cơ cao như: tăng huyết áp, mảng xantheplasma, biến đổi đáy mắt, bệnh động mạch ngoại vi.

2.4. Thăm dò cận lâm sàng

a. Các xét nghiệm cơ bản: Hemoglobine, đường máu lúc đói, cholesterol toàn phần, LDL –C, HDL- C, triglycerid có thể cho làm các xét nghiệm thăm dò: chức năng tuyến giáp, ma túy, cường giao cảm, nhịp tim quá nhanh hoặc quá chậm...

b. Xét nghiệm điện tâm đồ (ĐTĐ) thường quy, có tới >60% số bệnh nhân ĐNOĐ có ĐTĐ bình thường, ĐTĐ trong cơn đau có thể thấy sự thay đổi sóng Trong (ST chênh xuống, sóng T âm). Một số có trường hợp có sóng Q (NMCT cũ) một số khác có ST chênh xuống, thẳng đuốn. ĐTĐ còn giúp phát hiện ra các tổn thương khác. Nếu ĐTĐ bình thường cũng có thể không loại trừ được chẩn đoán bệnh tim thiếu máu cục bộ.

c. Chụp Xquang tim phổi, chụp cắt lớp vi tính

d. Nghiệm pháp gắng sức với ĐTĐ (NPGS)

- Chỉ định: Các bệnh nhân ĐTNOĐ nhưng vẫn còn nghi ngờ dựa trên tuổi, giới, triệu chứng, block nhánh phải, ST chênh xuống > < 1mm lúc nghỉ.

- Chỉ định cân nhắc: - Không chỉ định các bệnh nhân có nhiều khả năng ĐTNOĐ, co thắt động mạch vành (ĐMV), đang dùng Digoxin, dày thất trái và ST chênh xuống <1mm. Các bệnh nhân có hội chứng WPW, đang đặt máy tạo nhịp tim, ST chênh xuống >1mm lúc nghỉ, block nhánh trái hoàn toàn.

e. Siêu âm tim thường quy đánh giá chức năng tim, tình trạng vận động của cơ tim, thăm dò khác được áp dụng dựa trên tình trạng thực tế cần thiết hay không, như siêu âm tim gắng sức, phóng xạ đồ tưới máu cơ tim, Holter ĐTĐ, MSCT động mạch vành.

f. Chụp động mạch vành: Là phương pháp rất quan trọng để chẩn đoán xác định ĐMV có bị hẹp hay không, mức độ tổn thương, số nhánh bị hẹp và vị trí hẹp giúp ích khi có chỉ định can thiệp ĐMV qua da hoặc phẫu thuật bắc cầu nối chủ –vành.

Trước khi có chỉ định chụp động mạch vành cần áp dụng phân tầng nguy cơ cho các bệnh nhân ĐTNOĐ theo 3 nhóm: nguy cơ cao, nguy cơ vừa và nguy cơ thấp.

Áp dụng thực tế cho 3 mức độ đã được Hội tim mạch Việt Nam phân định:

Mức I: Có chỉ định chụp động mạch vành (gồm các bệnh nhân có phân độ CCS III-IV điều trị nội khoa thất bại, sống sót sau cấp cứu ngừng tuần hoàn hoặc có rối loạn nhịp tim trầm trọng, đau ngực kèm suy tim, chuẩn bị phẫu thuật mạch máu lớn, đau ngực ở các phi công, bộ đội, vận động viên....

Mức II: Chỉ định cần phải cân nhắc (gồm các bệnh nhân có đau ngực nhẹ phân độ CCS I-II, có rối loạn chức năng thất trái, bệnh nhân có đau ngực rõ CCSIII –IV nhưng đáp ứng tốt với điều trị nội khoa, bệnh nhân đau ngực nhẹ CCSI –II nhưng đáp ứng kém với điều trị nội khoa.

Mức III: Thường không có chỉ định (Bệnh nhân đau ngực nhẹ CCS I-II đáp ứng tốt với điều trị nội khoa)

3. Điều trị

Mục tiêu của điều trị là để cải thiện tiên lượng bệnh (Ngăn ngừa tử vong và nhồi máu cơ tim, và cải thiện triệu chứng cho người bệnh.

Có 3 phương pháp điều trị hiện nay gồm: Điều trị nội khoa, can thiệp động mạch vành qua da, mổ bắc cầu nối chủ vành cùng với việc kiểm soát các yếu tố nguy cơ và luyện tập thể lực.

3.1. Điều trị nội khoa

Mức 1: Có chỉ định điều trị

- _ Aspirin cho thường qui nếu không có chống chỉ định.
- _ Chọn Beta giao cảm nếu không có chống chỉ định.
- _ Thuốc ức chế men chuyển dạng angiotensin II.
- _ Các thuốc hạ Lipit máu để hạ LDL cho những bệnh nhân bị bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ có LDL-C tăng cao > 100 mg/dl, mục tiêu hạ < 100mg/ dl(tối ưu < 70 mg/dl).
- _ Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc loại xịt để giảm cơn đau.
- _ Thuốc chẹn kênh Calci hoặc loại Nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả 2 loại cho những bệnh nhân có chống chỉ định hoặc đáp ứng kém với chẹn Beta giao cảm hoặc phải ngừng vì tác dụng phụ.

Mức II: Chỉ định cần cân nhắc

- _ Clopidogrel nếu có chống chỉ định tuyệt đối với Aspirin
- _ Chẹn kênh Calci thay cho Beta giao cảm.
- _ Hạ LDL – C trong giới hạn 100-129 mg/dl
- _ Thuốc chống đông đường uống kháng vitamin K.
- _ Trimetazidine, Nicorandil, Ivabradine.

Mức III: Không có chỉ định

- Aspirin cho thường quy nếu không có chống chỉ định, liều dùng trung bình của Aspirin từ 75-325mg/ngày.

- Clopidogrel (plavix) 75mg/ngày áp dụng thay thế cho Aspirin ở các trường hợp không thể dung nạp với Aspirin,

Trong trường hợp cần phải chụp và can thiệp động mạch vành thì cần phối hợp sử dụng Aspirin và plavix 2 ngày trước khi can thiệp ĐMV. Sau can thiệp tiếp tục kết hợp Plavix dùng thêm 1 tháng với Aspirin nếu đặt Stent thường và là 12 tháng nếu đặt Stent phủ thuốc. Sau đó chỉ cần dùng Aspirin kéo dài.

- Chẹn be ta giao cảm: Nếu không có chống chỉ định (bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính, nhịp chậm, các block nhĩ/thất, suy tim nặng, bệnh mạch máu ngoại vi; chống chỉ định tương đối, đái tháo đường, rối loạn mỡ máu).

* Chọn lọc β_1

- + Metoprolol (Betaloc, lopressor): 20-200mg/ngày
- + Atenolol (Tenormin) : 25-200mg/ngày
- + Acebutolol (Sectral) : 200-600mg/ngày
- + Betaxolol: 20 - 40mg/ngày

* Không chọn lọc (chẹn cả β_1 , β_2)

- + Propranolol (Inderal): 40-320mg/ngày
- + Nadolol, Timolol, Pindolol (visken): 5-30mg/ngày

* Chẹn cả β và α

- + Labetalol: 200-600mg/ngày

+ Carvedilol: 50-100mg/ngày

Các dẫn xuất Nitrates

- Cơ chế: Làm giảm nhu cầu ô xy cơ tim do gây giãn mạch làm giảm tiền gánh và một phần hậu gánh của thất trái. Có thể làm tăng dòng máu của ĐMV do làm giảm áp lực cuối tâm trương của thất trái và làm giãn ĐMV. Ngoài ra còn có một phần tác dụng ức chế ngưng kết tiểu cầu.

- Lựa chọn thuốc (Bảng 2)

Bảng 2: Các loại Nitrates

Tên thuốc	Đường dùng	Liều	Số lần/ngày
* Nitroglycerin (Glycerin trinitrate Nitro-bid, Nitrostat, Nitro-dur, Natispray, Nitromit...)	Viên ngậm dưới lưỡi Dạng xịt Viên giải phóng chậm Mỡ bôi Miếng dán Dạng tiêm truyền TM	0.15-0.6mg 0.4mg 2.5-9.0mg 0.5-2'' (1.25-5cm) 2.5-15mg 5.-400µg/phút	Theo nhu cầu Theo nhu cầu Mỗi 6-12 giờ Mỗi 4-8 giờ Mỗi 24 giờ
* Isosorbide Dinitrate (Isosorbid, Lenitral Sorbitrate)	Viên Viên dưới lưỡi Viên nhai Viên chêm	1mg 2.5-10mg 5-10mg 40-80mg	Mỗi 3-5 giờ Mỗi 2-3 giờ Mỗi 2-3 giờ Mỗi 8-12 giờ
* Isosorbid 5- Mononitrate (Imdur, Ismo)	Viên ngậm dưới lưỡi Viên chêm	10-40mg 60mg	Mỗi 12 giờ Mỗi 24 giờ
* Erythrityl Tetranitrate (Cardilate)	Viên ngậm Viên uống	5-10mg 10mg	Nhu cầu Mỗi 8 giờ

- Tác dụng phụ thường gặp là: đau đầu là do giãn mạch não, có thể giảm bớt liều khi có triệu chứng này. Ngoài ra có thể gặp bừng mặt, chóng mặt, hạ HA. Cần thận khi uống với các thuốc giãn mạch khác. Chống chỉ định dùng cùng với Sildenafil (Viagra).

- Chú ý là thường có sự quen thuốc khi dùng Nitrates liên tục kéo dài, do đó cần dùng ngắt quãng (không nên dùng liên tục).

* Các thuốc chẹn dòng Calci: Thuốc chẹn bệnh Cali không phải là thuốc nên lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân ĐTNOD mà là lựa chọn thay thế hoặc kết hợp khi các thuốc hàng đầu như chẹn Beta giao cảm có chống chỉ định hoặc ít tác dụng. Các thuốc nên lựa chọn là loại có tác dụng kéo dài hoặc nhóm nondihdropyridines.

Các nhóm thuốc

+ Dihdropyridines:

Nifedipin phóng thích chậm: 30-180mg/ngày

Amlodipin có thời gian tác dụng kéo dài: 5-10mg/ngày

Felodipine có thời gian tác dụng kéo dài: 5-10mg/ngày

Isadipin có thời gian tác dụng trung bình: 2.5-10mg/ngày

+ Nondihydro pyridines:

Diltiazem SR (Tildiem) viên 60mg: 30-90mgx3 lần/ngày

Verapamil SR (Isoptine): 120-240mg/ngày

Tác dụng phụ: hạ huyết áp, bừng mặt, chóng mặt, đau đầu gây giảm sức bóp cơ tim, nhịp chậm, nên thuốc được coi là chống chỉ định ở bệnh nhân có suy tim hoặc nhịp chậm.

- Thuốc ức chế men chuyển: Được chứng minh có lợi ích rõ rệt ở những bệnh nhân ĐTNOD không phải NMCT mà có kèm theo nhiều nguy cơ cao khác hoặc thậm chí có kèm theo bệnh mạch máu mà chưa có suy tim. Nên khởi đầu bằng liều thấp để tránh tụt huyết áp, suy thận.

- Điều chỉnh rối loạn Lipid máu: Biện pháp này được chứng minh là có khả năng phòng ngừa cả tiên phát lẫn thứ phát bệnh ĐMV, gồm các nhóm:

* Nhóm Statin hay thuốc ức chế HMG-CoA

* Dẫn xuất Fibrat

* Nicotinic acid

* Các loại Resins gắn acid mật:

Các thuốc hạ lipid máu để hạ LDL – C cho các bệnh nhân có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có LDL – C tăng cao >130 mg/dl, với mục tiêu hạ <100mg/dl.

- Các thuốc mới trong điều trị ĐTNOD

Các thuốc mở kênh Kali: Nicorandil có tác dụng kép vừa mở kênh kali vừa giãn mạch giống các Nitrates, có thể dùng dạng dung dịch truyền tĩnh mạch hoặc viên để cắt cơn đau.

* Thuốc tác động lên chuyển hoá tế bào cơ tim như Trimetazidine và ranolazine.

* Thuốc tác động lên nhịp tim tại nút xoang theo cơ chế ức chế kênh f như Ivabradine.

3.2. Điều trị tái tạo mạch máu: Bằng can thiệp động mạch vành qua da hoặc phẫu thuật bắc cầu nối ĐMV.

Điều trị tái tạo mạch (can thiệp ĐMV qua da hoặc mổ Bypass)

Mức I: có chỉ định điều trị

_ Mổ bắc cầu nối ĐMV khi có hẹp nhiều thân chung ĐMV(left main), hẹp 3 nhánh chính ĐMV, tái hẹp hoặc các trường hợp không đáp ứng điều trị nội khoa và chấp nhận nguy cơ cao.

_ Can thiệp ĐMV qua da có thể áp dụng cho các trường hợp có tổn thương hẹp 1 hoặc nhiều nhánh ĐMV nhưng phải có sự lựa chọn các tổn thương có hình thái thích hợp để nong và đặt stent, phù hợp với tình trạng cơ tim phải còn sống.

Mức II: Chỉ định cân nhắc

_ Mổ làm cầu nối cho BN bị tái hẹp cầu nối bằng tĩnh mạch, đặc biệt là cầu nối LAD.

_ Đặt stent cho các trường hợp hẹp nhiều thân chung mà không muốn phẫu thuật hoặc nguy cơ cao.

Mức III: Thường không chỉ định

Các trường hợp mức độ hẹp vừa từ 50 %-60% và bệnh nhân có triệu chứng nhẹ, chưa được điều trị tốt về nội khoa.

3.3. Điều chỉnh các yếu tố nguy cơ

- Điều trị, khống chế tốt tăng huyết áp
- Bỏ hút thuốc lá
- Điều trị tốt đái tháo đường
- Giảm cân ở bệnh nhân có THA, rối loạn lipil máu, đái tháo đường

- Thay đổi lối sống, thư giãn, luyện tập thường xuyên.

Tài liệu tham khảo

1. Phạm Gia Khải và cộng sự: Khuyến cáo 2008 của Hội Tim Mạch Học Việt nam về xử trí bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính (đau thắt ngực ổn định). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa 2008 .324 – 348.
2. Nguyễn Lâm Việt: Bệnh tim thiếu máu cục bộ mạn tính. Thực hành bệnh tim mạch 2007.37-65
3. Phạm Nguyễn Vinh: Chẩn đoán và điều trị cơn đau thắt ngực ổn định. Bệnh học tim mạch, vol 2.122-138.
4. Thạch Nguyễn và cộng sự: Hội chứng động mạch vành cấp. Một số vấn đề cập nhật trong chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch 2007.2-23.
5. Đào văn Phan: Thuốc chữa cơn đau thắt ngực, Dược lý học lâm sàng 2003.379 – 402.
6. Atman et al.: STEMI focussed update. JACC vol.51, No.2, 2008 Jan 15 ,2008 : 8-28.
7. Andrew Kate et al.: Chronic stable angina. The washington manual of therapeuties 2007, 125 - 129.
8. ACC/AHA/ACP-ASIM: Guidelines for management of patients with choronic stable angina. J Am Coll Cardiol, 33,7, 2002.
9. Spencer B, King III and Alanc Yeung: Coronary stenting. Interventional Cardiology 2007; 325 – 332.
- 10.Thomas M. Bashore et al.: Chronic stable angina pectoris. Current Medical Diagnosis and Treatment 2009.308 – 315.