

ĐAU THẮT NGỰC ỔN ĐỊNH

ThS BS Nguyễn Thiên Hà
Khoa Tim mạch

Đau thắt ngực ổn định là hội chứng lâm sàng đặc trưng bởi khó chịu ở ngực, quai hàm, vai, cánh tay, hoặc lưng, thường khởi phát khi gắng sức và cải thiện khi nghỉ ngơi hoặc ngậm dưới lưỡi nitroglycerin (NTG). Đau thắt ngực ổn định là hậu quả của tắc nghẽn động mạch vành. Chiến lược điều trị hiện nay tập trung vào điều trị nội khoa để cải thiện sống còn và ngăn ngừa nhồi máu cơ tim, và điều trị nội khoa kèm hoặc không kèm tái thông động mạch vành nhằm điều trị triệu chứng đau thắt ngực.

1. NGUYÊN NHÂN

- Thiếu máu cục bộ vùng cơ tim, thường do mảng xơ vữa gây tắc nghẽn một hoặc nhiều nhánh động mạch vành thượng mạc.
- Ít gặp hơn là do bệnh cơ tim phì đại, hẹp động mạch chủ, co mạch, viêm động mạch vành, cầu cơ, ma túy, động mạch vành xuất phát bất thường (lên đến 6,6%) hoặc các bệnh lý hiếm gặp khác.
- Do gia tăng nhu cầu oxy cơ tim ("đau thắt ngực do tăng cầu") hoặc giảm cung cấp oxy thoáng qua ("đau thắt ngực do giảm cung").

2. BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

Dựa vào đặc điểm bệnh sử có thể phân loại như sau:

- Đau thắt ngực điển hình:
 - Khó chịu có đặc điểm phù hợp tính chất và thời gian (Bảng 1)
 - Khởi phát khi gắng sức hoặc do cảm xúc
 - Giảm khi nghỉ ngơi hoặc nitroglycerin (NTG)
- Đau thắt ngực không điển hình:
 - Khó chịu không đáp ứng tiêu chuẩn của đau thắt ngực điển hình
- Không do tim:
 - Bao gồm co thắt thực quản, bệnh lý lồng ngực và phổi.
- Đau thắt ngực không ổn định.

Bảng 1: Triệu chứng đau thắt ngực	
Điển hình	Không điển hình, không do tim
Khó chịu mô tả như bóp chặt, thắt nghẹt, đè nặng trước ngực	Khó chịu mô tả kiểu màng phổi, đau buốt, kim chích, dao đâm, mạch đập, nghẹt thở
Hướng lan ra vai, cổ, hàm, mặt trong cánh tay (thường ở bên trái), hoặc vùng thượng vị (ít gặp)	Liên quan đến thành ngực; có vị trí, sờ nắn đau; hướng lan thay đổi
Khởi phát có thể tiên đoán được, thường liên quan với gắng sức, xảy ra vào buổi sáng, sau bữa ăn giàu carbohydrate, lạnh	Khởi phát ngẫu nhiên
Kéo dài 3-15 phút	Kéo dài vài giây, vài giờ, hoặc cả ngày
Giảm khi nghỉ ngơi hoặc NTG	Đáp ứng với NTG thay đổi

3. CHẨN ĐOÁN

3.1. Bệnh sử:

- Các triệu chứng đặc trưng (bảng 1 và 2)
- Các yếu tố nguy cơ gây bệnh động mạch vành (tuổi, thuốc lá, tăng cholesterol máu, đái tháo đường, tăng huyết áp, tiền sử gia đình bị bệnh mạch vành sớm, tai biến mạch máu não hoặc bệnh động mạch ngoại biên)
- Tiên đoán bệnh nhiều nhánh hoặc bệnh động mạch vành trái chính (LM):
- Triệu chứng điển hình
- Tiền căn NMCT
- Đái tháo đường (ĐTĐ).

Bảng 2

Độ	Đặc tính	Chú thích
I	Hoạt động thể lực bình thường không gây đau thắt ngực	Đau thắt ngực chỉ xuất hiện khi hoạt động thể lực rất mạnh
II	Hạn chế nhẹ hoạt động thể lực bình thường	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao > 1 tầng lầu hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà
III	Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường	Đau thắt ngực xuất hiện khi leo cao 1 tầng lầu hoặc đi bộ dài từ 1- 2 dãy nhà
IV	Hoạt động thể lực thông thường đều gây đau thắt ngực	Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức nhẹ

3.2. Khám lâm sàng:

- Tiếng T3, T4 (do thất trái suy, cứng và phì đại thành thất trái), hoặc cọ màng tim (do viêm màng ngoài tim)
- Hở van hai lá hoặc tiếng thổi tâm thu ở mỏm tim (hở van 2 lá có thể là do thiếu máu cục bộ cơ nhú)
- Tiếng T2 tách đôi nghịch thường (bằng chứng của block nhánh trái)
- ran phổi (suy tim do bệnh lý mạch vành)
- Bằng chứng bệnh lý mạch máu (âm thổi động mạch cảnh, phình động mạch chủ bụng)
- Đau khi sờ ấn thành ngực (đau ngực không do tim).

3.3. Xét nghiệm:

- Công thức máu, creatinin, đường huyết lúc đói, dung mạo lipid lúc đói
- Xem xét CRP, Lp (a), BNP.
- ECG lúc nghỉ (bình thường > 50%):
- Có thể đo trong lần thăm khám đầu tiên và bất kỳ khi có cơn đau thắt ngực
- Theo dõi điện tâm đồ liên tục nếu nghi ngờ đau thắt ngực do co thắt mạch vành.
- Chụp X- quang:
- Khi nghi ngờ suy tim, bệnh van tim, bệnh màng ngoài tim...
- Khi nghi ngờ bệnh phổi.
- Siêu âm tim:

- Nếu nghi ngờ do bệnh lý van tim hoặc rối loạn chức năng thất trái.
- Đánh giá bất thường vận động vùng.

• Hình ảnh không xâm lấn:

+ *Canxi hóa động mạch vành:*

- Xét nghiệm âm tính có thể hữu ích để loại trừ bệnh động mạch vành.
- Theo dõi tiến triển của bệnh mạch vành đã được chẩn đoán.

+ *MSCT động mạch vành:*

- Tuyệt vời để chẩn đoán bất thường động mạch vành
- Test âm tính giúp loại trừ bệnh động mạch vành
- Hữu ích để đánh giá cầu nối động mạch vành (CABG)
- Hạn chế: nhiễu chuyển động (sử dụng ức chế beta để làm chậm nhịp tim);

hiều canxi, không cung cấp thông tin chức năng (chẩn hạn như contrast run - off hoặc tuần hoàn bàng hệ); sử dụng contrast.

+ *Stress test:*

- ECG gắng sức:

- Xem xét chẩn đoán ở bệnh nhân có pretest nguy cơ trung bình - cao

- Ít chính xác ở phụ nữ

- Không sử dụng để chẩn đoán bệnh động mạch vành nếu bệnh động mạch vành đã được chẩn đoán; bất thường trên ECG cơ bản (nhịp máy tạo nhịp, block nhánh trái, Wolff - Parkinson - white, ST chênh xuống có ý nghĩa, đang điều trị digoxin); bệnh nhân không có triệu chứng (ngưng beta - blocker nếu có thể trừ khi mục đích thử nghiệm là để đánh giá đáp ứng điều trị nội khoa)

- Stress hình ảnh (echo, hạt nhân, cộng hưởng từ):

- Stress gắng sức hoặc thuốc

- Sử dụng chẩn đoán đối với bệnh nhân có pretest nguy cơ trung bình - cao; tiền căn CABG hoặc PCI, bất thường ECG cơ bản hoặc digoxin (ở trên)

- Hình ảnh tưới máu cơ tim thích hợp nếu có block nhánh trái hoặc nhịp máy tạo nhịp

- Hình ảnh tưới máu cơ tim là kém chính xác ở phụ nữ.

+ Chụp động mạch vành xâm lấn:

• Bệnh động mạch vành đã được chẩn đoán hoặc nghi ngờ ở bệnh nhân sống sót sau đột tử do tim (SCD) hoặc loạn nhịp thất nghiêm trọng

• Chẩn đoán không chắc chắn sau khi làm test không xâm lấn

• Ở những bệnh nhân không thể làm không xâm lấn do bệnh tật, tàn tật hoặc béo phì

• Nghề nghiệp cần phải chẩn đoán xác định

• Nghi ngờ do nguyên nhân không phải do mảng xơ vữa:

- Co thắt, Kawasaki, bệnh lý mạch máu do phóng xạ

- Khả năng cao bệnh động mạch vành trái chính hoặc ba nhánh

- Đau thắt ngực do suy tim hoặc rối loạn chức năng thất trái

- Test không xâm lấn xác định nguy cơ cao (xem bảng 1)
- Không đáp ứng với điều trị nội khoa tối ưu.

4. PHÂN LOẠI NGUY CƠ

4.1. Điện tâm đồ gắng sức:

- Dấu hiệu tiên lượng mạnh nhất là khả năng gắng sức tối đa
- Đo bằng METs, công tải tối đa
- Thay đổi ST có ý nghĩa do gắng sức
- Có thể lượng giá nguy cơ với chỉ số Duke

4.2. Stress hình ảnh:

- Được ưa chuộng sau PCI hoặc CABG.

5. ĐIỀU TRỊ

5.1. Cải thiện tiên lượng:

- *Điều trị nội khoa:*
 - Thuốc chống kết tập tiểu cầu: Aspirin (ASA) 75-325 mg là chọn lựa đầu tay, Clopidogrel (liều nạp 300 – 600 mg sau đó 75 mg / ngày) nếu ASA không dung nạp. Điều trị kháng tiểu cầu kép có thể hữu ích đối với phòng ngừa thứ phát (tránh sử dụng COX-2, nếu cần sử dụng NSAID; dipyridamole không được khuyến cáo)
 - Statin cho tất cả các bệnh nhân bệnh động mạch vành với mục tiêu LDL < 70 mg/ dL (vd Atorvastatin 10- 80 mg/ngày, Rosuvastatin 5– 40mg/ngày)
 - Ức chế beta là nền tảng trong điều trị CĐTNỔĐ, giảm tử vong sau NMCT hoặc suy tim (vd Bisoprolol 5- 10mg/ngày, Carvedilol 25- 50 mg/ngày, metoprolol 50 – 200 mg, 2 lần ngày ...)
 - UCMC nếu có suy tim hoặc đái tháo đường (Lisinopril 20- 40 mg/ngày, Valsartan 160 mg/ngày...)
 - Không có lợi ích và có thể có hại: khởi đầu liệu pháp hormon thay thế (HRT), vitamin C và E; chelation therapy, châm cứu, coenzyme Q10
 - Xác định và điều trị các yếu tố nguy cơ: Tăng huyết áp - nguy cơ của bệnh mạch vành tăng gấp đôi cho mỗi 20 mmHg tăng thêm; LDL cao hoặc HDL thấp; thuốc lá; đái tháo đường; trầm cảm
 - Hoạt động thể dục 30 phút 5-7/ tuần.

- *Tái thông mạch máu:*

- Hẹp động mạch vành trái chính có ý nghĩa
- Bệnh 3 nhánh động mạch vành và có một trong những điều sau đây: bằng chứng khách quan vùng thiếu máu cục bộ lớn, rối loạn chức năng thất trái, hẹp nặng đoạn gần động mạch liên thất trước

5.2. Giảm thiểu hoặc loại bỏ triệu chứng:

- *Điều trị nội khoa:*
 - Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi (0.3 – 0.6 mg)
 - Nitrat tác dụng kéo dài (30 – 240 mg/ ngày)
 - Ức chế beta (ngoại trừ đau thắt ngực do co thắt)
 - Ức chế canxi
 - Ranolazine (750-1000 mg 2 lần ngày)
 - Có thể phối hợp nhiều loại thuốc khác nhau.

- *Tái thông mạch máu:*

- PCI: Ưu thế hơn điều trị nội khoa về vấn đề giảm đau thắt ngực, nhưng an toàn khi trì hoãn ngay cả ở những bệnh nhân bị bệnh nhiều nhánh và có bằng chứng khách quan về thiếu máu cục bộ (thử nghiệm COURAGE); thủ thuật thành công > 90%, tỷ lệ tử vong xung quanh thủ thuật < 1%, không cải thiện tử vong hoặc nhồi máu cơ tim.

- CABG: lợi ích rõ rệt ở bệnh nhân có EF thấp và vùng thiếu máu cục bộ lớn; giảm tỷ lệ phải tái tái thông mạch máu; tỷ lệ đột quỵ cao khi so sánh với PCI.