1. **ĐẠI CƯƠNG**
2. **NGUYÊN NHÂN**
3. **CHẨN ĐOÁN**

**3.1. Xác định cơn đau thắt ngực ổn định**

Cơn đau thắt ngực điển hình gồm 3 triệu chứng : Đau chẹn sau xương ức xuất hiện khi gắng sức, giảm đau khi nghỉ tĩnh hoặc ngậm nitrat.

**3.2 .Phân mức độ đau thắt ngực ổn định**

Phân độ đau thắt ngực ( Theo hiệp hội tim mạch Canada – CCS )

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Độ** | Đặc điểm | Chú thích |
| I | Những hoạt động thể lực bình thường khong đau 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 gác thông thường bằng cầu thang hoặc đi bộ dài hơn 2 dãy nhà  |
| III | Hạn chế đáng kể hoạt động thể lực thông thường  | Đau thắt ngực khi đi bộ dài từ 1-2 dãy nhà hoặc leo cao 1 tầng gác |
| IV | Các hoạt động thể lực bình thường đều gây đau thắt ngực  | Đau thắt ngực khi làm việc nhẹ, khi gắng sức |

**3.3. Cận lâm sàng**

**3.3.1. Các xét nghiệm máu cơ bản:** Đường huyết, Bilan lipid máu, BUN, creatinin…

**3.3.2. ECG:**

 ECG bình thường trong 50% các trường hợp CĐTNOĐ.

 Nếu có bất thường thì rất có giá trị : thay đổi ST-T.

**3.3.3. ECG gắng sức :**

Có độ nhạy 68% và độ đặc hiệu 77%.

Gía trị chẩn đoán giảm khi có block nhánh, ST-T thay đổi trước đó, dày thất trái

**3.3.4. Siêu âm tim lúc nghỉ:**

 Để đánh giá chức năng tâm thu tâm trương. Phát hiện các hình ảnh rối loạn vận động vùng và đánh giá độ rộng của nó, giúp chẩn đoán và đánh giá độ nặng của bệnh.

**3.3.5. Xạ hình đề đánh giá sự tưới máu cơ tim:**

 Áp dụng cho những trường hợp không là ECG gắng sức được.

**3.3.6. Siêu âm tim gắng sức:**

 Có độ nhạy và độ đặc hiệu cao hơn ECG gắng sức, tương đương với xạ hình tim.

**3.3.7.Chụp MSCT hệ thống động mạch vành:**

 Đây là phương tiện chẩn đoán hình nảh được ứng dụng rộng rãi trong những năm gần đây. Phương pháp này cho phép chẩn đoán hình ảnh với khả năng chẩn đoán tốt tổn thương và mức độ hẹp động mạch vành.

**3.3.8. Chụp động mạch vành:** là tiêu chuẩn vàng trong chẩn đoán mạch vành

1. **ĐIỀU TRỊ**
	1. **Điều trị nội khoa**

Mục tiêu của điều trị nội khoa là ngăn ngừa các biến cố tim mạch cấp như NMCT hoặc đột tử và để cải thiện chất lượng cuộc sống ( triệu chứng)

**Các khuyến cáo cho điều trị nội khoa là:**

Mức I : có chỉ định điều trị

* Vận dụng tích cực các biện pháp không dùng thuốc là bắt buộc cho mọi BN bên cạnh thuốc men điều trị
* Aspirin cho thường quy nếu không có chống chỉ định
* Chẹn beta giao cảm nếu không có chống chỉ định
* Thuốc ức chế men chuyển dạng cho mọi BN bị bệnh ĐMV có kèm theo tiểu đường và / hoặc rối loạn chức năng thất trái
* Các thuốc hạ lipid máu để hạ LDL-C cho những BN có bệnh ĐMV hoặc nghi ngờ mà có LDL-C tăng cao > 100 mg/dl, với mục tiêu hạ < 100 mg/dl ( tối ưu là < 70 mg/dl )
* Thuốc Nitroglycerin ngậm dưới lưỡi hoặc dạng xịt dưới lưỡi để giảm các cơn đau
* Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả 2 loại cho những BN mà có chống chỉ định với chẹn beta giao cảm
* Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp với chẹn beta giao cảm cho những BN mà đáp ứng kém với chẹn beta giao cảm
* Thuốc chẹn kênh calci hoặc loại nitrates có tác dụng kéo dài hoặc phối hợp cả 2 loại thay thế cho những BN mà do đã dùng chẹn beta giao cảm phải ngừng vì các tác dụng phụ
* Thuốc ức chế men chuyển cho BN có rối loạn chức năng thất trái , đái tháo đường , tăng huyết áp .

Mức II: chỉ định cần cân nhắc

* Clopidogrel khi có chống chỉ định tuyệt đối với aspirin
* Chẹn kênh calci được lựa chọn như thuốc đầu tiên thay vì chọn chẹn beta giao cảm
* Thuốc ức chế men chuyển là lựa chọn cho mọi BN
* Thuốc hạ lipid máu để hạ LDL-C trong giới hạn 100 – 129 mg/dl trong khi cần phải áp dụng các biện pháp khác trong điều chỉnh lối sống
* Thuốc chống đông đường uống kháng vitamin K
* Các thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào tim ( Trimetazidine): dùng đơn độc hoặc phối hợp
* Thuốc mở kênh K+ : Nicorandil
* Thuốc tác động nút xoang : Ivabradine

Mức III: không có chỉ định

* Dipyridamol
* Điều trị vật lý trị liệu

**4.1.1 Các biện pháp chung**

**-** Khống chế các yếu tố nguy cơ

**-** Tập thể lực đều đặn40-60 phút/ngày , tất cả các ngày. Mức độ tập dựa trên khả năng gắng sức của từng BN

**-** Bỏ ngay hút thuốc lá

**-** Chế độ ăn uống hợp lý : giảm mỡ, mặn , nhiều tinh bột quá , khuyến khích ăn nhiều rau quả, cá ,thịt nạc cân đối…

- Tránh căng thẳng

- Khống chế tốt huyết áp , đái tháo đường , rối loạn lipid máu

- Vấn đề sinh hoạt tình dục có thể gây cơn đau ngực, có thể dùng thuốc bằng các thuốc nitrates. Cần chú ý khi dùng thuốc nitroglycerin, không được phối hợp với các thuốc sildenafil

- Tránh dùng các thuốc NSAID loại anti COX2 vì có nguy cơ cao hơn với bệnh tim mạch

**4.1.2. Chống kết dính tiểu cầu:**

**-** Aspirin:liều 80-325mg/ ngày uống dùng lâu dài

- Clopidogrel khi có chống chỉ định aspirin

Trong trường hợp có chỉ định cần chụp ĐMV mà có can thiệp đặt stent thì cần dùng phối hợp thuốc này với aspirin và dùng cho BN ít nhất trước 2 ngày can thiệp. Sau can thiệp ĐMV thuốc này cùng với aspirin phải được dùng thêm ít nhất 1 tháng đối với các stent thông thường và ít nhất 12 tháng với BN đặt stent bọc thuốc, sau đó chỉ cần dùng aspirin kéo dài.

**2.1.3 Điều chỉnh rối loạn lipid máu**

Các nhóm thuốc thường dùng trên lâm sàng

 Nhóm statin hay thuốc ức chế HMG- CoA: Simvastatin(Zocor), Atorvastatin (Lipitor) , Rosuvastatin( Crestor) dẫn xuất Fibrat: Gemfibrozil (Lopid), Fenofibrat(Lipanthyl). Mục tiêu là giảm LDL-C < 100mg/dl

**4.1.4 Các dẫn xuất nitrates :**

- Dạng tác dụng nhanh : Risordan 5mg ngậm dưới lưỡi giảm triệu chứng trong 1-5 phút , hay nitroglycerin 0,4mg /1 nhát xịt dưới lưỡi khi đau ngực.

- Dạng tác dụng kéo dài :

* Nitromint 2,6mg 1v x 2 lần/ ngày uống ;
* Lenitral 2,5mg 1v x 2 lần/ ngày uống ;
* ISDN 20 – 30mg 1v x 2lần/ ngày uống ;
* ISMN 30-60mg 1 v /ngày uống ;
* Dạng dán ngoài da

**4.1.5 Các thuốc chẹn β giao cảm**

**- Chọn lọc β1**

* Bisoprolol ( Concor, Concor Cor) : viên 5 hoặc 2,5 mg , dùng 5 - 10 mg, 1 lần/ngày
* Metoprolol ( Betaloc, Lopressor): viên 50, 100mg dùng 50- 200 mg/ngày
* Atenolol ( Tenormin): 25 – 200 mg/ngày
* Acebutolol (Sectral): 200 – 600mg.
* Nebivolol 5mg 1-2v ngày
* **Chẹn cả β và α**
* Carvedilol viên 12,5mg liều 6,25- 25mg/ ngày.
* Labetalol ít sử dụng

**4.1.6 Các thuốc chẹn dòng canxi**

**Các nhóm thuốc :**

* Dihydropyridines: ( Nifedipine, Amlodipine, Felodipine, Isradipine): ít tác dụng lên ĐMV . Nifedipine và Amlodipine có thể dùng trong 1 số trường hợp , đặc biệt khi có THA và có yếu tố co thắt kèm theo.
* Benzothiazepines: Diltiazem( Tildiem) viên 60mg , 30 – 90mg x 3lần/ngày. Không dùng ở những BN có giảm chức năng co bóp thất trái, nhịp chậm.
* Phenylalkylamine: Verapamil (Isoptine): 120-240mg x 2 lần/ngày. Có thể làm giảm chức năng co bóp thất trái và làm chậm nhịp tim. Không dùng các thuốc này ở BN suy tim.

 Thuốc chẹn kênh calci không phải là thuốc được lựa chọn hàng đầu ở bệnh nhân ĐTNKÔĐ 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 nondihydropyridin.

* + 1. **Thuốc ức chế men chuyển :**

Chỉ định khi có kèm Đái tháo đường, sau nhồi máu cơ tim hay rối loạn chức năng thất trái.

* Perindopril 5mg -10mg / ngày
* Lisinopril 5-20mg / ngày
* Captopril 12,5- 50mg x 3 lần / ngày
* Enalapril 5-10mg x 2 lần ngày
* Nếu không dung nạp, có thể dùng nhóm ưc chế thụ thể : Telmisartan, valsartan, Losartan, Irbesartan, Candesartan…
	+ 1. **Các thuốc mới trong điều trị ĐTNÔĐ**
* Các thuốc mở kênh kali: Nicorandil có tác dụng kép vừa mở kênh kali vừa dãn mạch giống như nitrates nên có khả năng điều trị cơn đau ngực.

viên 5, 10mg , liều dùng 1v x 2 lần ngày.

* Thuốc tác động lên chuyển hóa tế bào cơ tim thông qua ức chế men beta oxy hóa acid béo làm tăng khả năng chuyển hóa theo con đường glucose khiến tế bào cơ tim hoạt động hiệu quả hơn trong tình trạng thiếu ô xy. Thuốc thường được nhắc đến là trimetazidine, liều viên 20mg 1v x 3 lần ngày, viên 35mg 1v x 2 lần ngày.
* Thuốc tác động lên nhịp tim tại nút xoang theo cơ chế ức chế kênh f và có khả năng giảm cơn đau ngực của BN với đại diện là ivabradine.

viên 5mg , 7,5mg, dùng ½ v x 2 lần ngày.

* 1. **Điều trị tái tạo mạch( can thiệp động mạch vành qua da hoặc phẫu thuật làm cầu nối ĐMV )** Bệnh viện Q8 chưa thực hiện.
1. **TIÊU CHUẨN NHẬP VIỆN**
2. **TIÊN LƯỢNG BIẾN CHỨNG**
3. **PHÒNG BỆNH**
4. **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

Tài liệu tham khảo :

1. Phác đồ điều trị Bệnh viện Nguyễn Trãi
2. Phác đồ điều trị Bệnh viện Cấp Cứu Trưng Vương
3. Phác đồ điều trị Viện Tim
4. The Washington Manual of Medical Therapeutics, 33rd Edition, 2010.