

# Tiếp cận một số hội chứng thường gặp trong cấp cứu tim mạch

**PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng**  
**Bộ Môn Tim Mạch - ĐHYHN**

# Những hội chứng thường gặp trong cấp cứu Tim mạch

- Ngừng tuần hoàn/trụy tim mạch
- Đau ngực cấp
- Khó thở
- Hồi hộp trống ngực
- Ngất

# Trụy Tim Mạch (Cardiovascular Collapse)

- Là tình trạng suy giảm nhanh/đột ngột chức năng tuần hoàn bao gồm cả:
  - Ngừng tuần hoàn
  - Shock mất bù hoặc Shock còn bù
- Tiếp cận điều trị theo các hướng dẫn đã có
- Chú ý:
  - Ưu tiên: Duy trì đường thở và cung cấp o xy đầy đủ; Đảm bảo đủ tưới máu duy trì cơ quan trọng yếu là Tim và Não
  - Khi ổn định được tình hình: nhanh chóng tìm và giải quyết sớm các nguyên nhân

# Đau ngực cấp !!!



# Nguyên nhân Đau ngực cấp?

## Những tình trạng nặng – đe dọa tính mạng?

- Hội chứng ĐMV cấp
- Tách thành ĐMC
- Nhồi máu phổi
- Tràn khí MP
- TDMT ép tim
- Bệnh lý trung thất (vd. vỡ thực quản...)

## Tình trạng thông thường

- Nguyên nhân từ tim/màng tim
- Nguyên nhân từ phổi/màng phổi
- Thành ngực/cơ/xương
- Tiêu hóa
- Nguyên nhân khác: herpes zoster; bệnh hệ thống; cận ung thư...

# Hỏi bệnh?

- Cách xuất hiện đau (đột ngột hay từ từ)
- Yếu tố khởi phát/kích thích (hoạt động thể lực, tư thế...)
- Mức độ, tính chất đau (thắt/bóp nghẹt, như dao đâm, rát bỏng, theo nhịp thở...)
- Hướng lan (vd, vai, cằm, tay, bụng, sau lưng...)
- Vị trí đau (sau xương ức; thành ngực; lan tỏa một vùng hay tại một điểm)
- Thời gian (thành cơn; đau nhói đau liên tục....)
- Kéo dài bao lâu?

# Không quên hỏi

- Các bệnh lý đi kèm: THA; ĐTĐ; Bệnh mạch ngoại vi; bệnh ác tính...
- Các biến cố mới xảy ra: chấn thương; thủ thuật/phẫu thuật mới; bất động lâu...
- Một số yếu tố khác: dùng cocaine các chất gây nghiện, thuốc lá...
- Tiền sử gia đình

# Thăm khám lâm sàng

- Đánh giá tình trạng các dấu hiệu sinh tồn: nhịp tim; huyết áp; nhịp thở...
- Các dấu hiệu tim mạch: tiếng tim; tiếng cọ màng tim; tiếng thổi bất thường... mất mạch; mạch yếu...
- Phổi: các tiếng rales bất thường; các dấu hiệu tràn khí, tràn dịch màng phổi...
- Các dấu hiệu bất thường thành ngực
- Các dấu hiệu thần kinh: liệt khu trú (tách thành ĐMC....)



# Các thăm dò cần chú ý tiếp cận chẩn đoán

- ĐTĐ 12 chuyển đạo
- Xét nghiệm máu:
  - Marker sinh học cơ tim (TnT; CK-MB...)
  - D-Dimer
  - BNP
- X-quang tim phổi
- Siêu âm tim cấp
- Chụp CT

# Chẩn đoán phân biệt 3 nguyên nhân gây đau ngực cấp thường gặp nhất trong tim mạch (triple rule out)

- Hội chứng mạch vành cấp
- Phình/Tách thành ĐMC (hội chứng ĐMC cấp)
- Nhồi máu phổi

# Hội chứng mạch vành cấp

- Đau thắt ngực kiểu ĐMV (bóp nghẹt sau xương ức; kéo dài > 20 phút; có tăng giảm (cơn); lan cổ, vai, tay trái...
- ĐTĐ: rất có giá trị: ST chênh lên; ST chênh xuống (cần làm nhắc lại)...
- TnT (CK-MB): tăng (làm nhắc lại sau 3 giờ)
- Siêu âm tim cấp
- Chụp ĐMV khi có chỉ định (để can thiệp)

# Phình/Tách thành ĐMC cấp

- Đau dữ dội, cảm giác như đâm/xé; đau đột ngột, lan sau lưng; đau kéo dài liên tục; có thể kèm dấu hiệu mạch; thần kinh (liệt)
- Khám: mạch ngoại vi bất thường; THA; liệt... có thể dấu hiệu bệnh Marphan
- Các xét nghiệm ĐTĐ; TnT; D-Dmer bình thường
- Cần chụp CT (MSCT) cấp

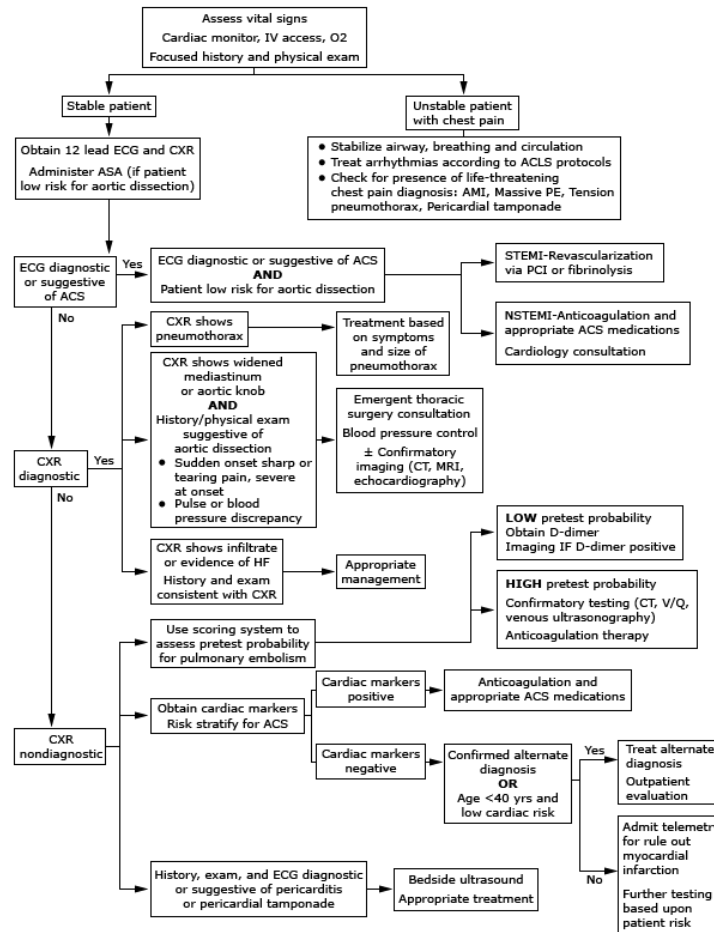
# Nhồi máu phổi cấp

- Đau ngực có thể kiểu màng phổi; có thể đau dữ dội; khu trú; theo nhịp thở; kèm thở gấp; ho máu hoặc tình trạng trụy tim mạch; có tiền sử bất động; rối loạn đông máu...
- Khám: tim nhanh; thở nhanh nông; tím tái; T2 mạnh; cọ màng phổi...
- X/N: D-Dimer tăng; thay đổi khí máu; chụp CT (MSCT)

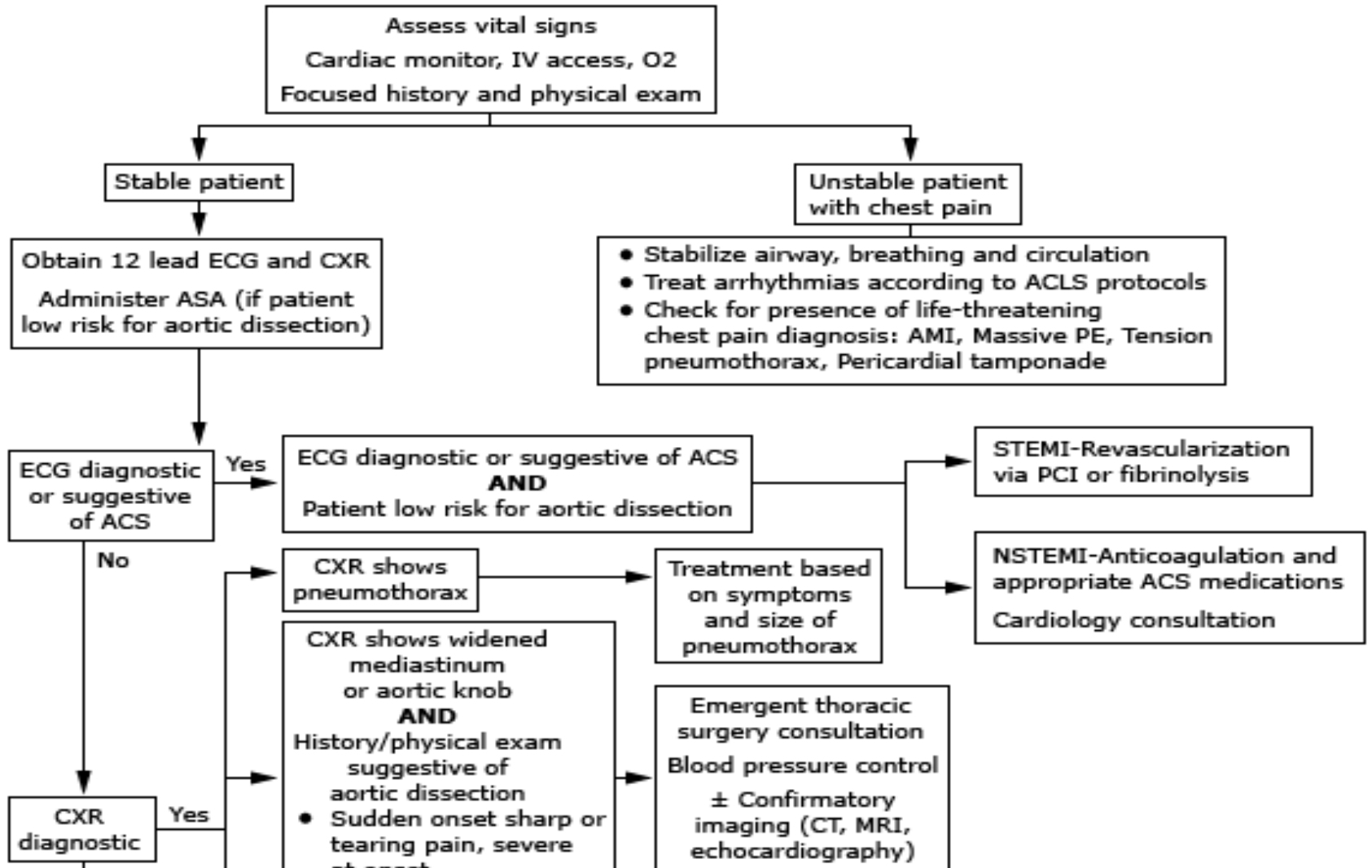
# Một số nguyên nhân cần chú ý khác

- Viêm màng tim cấp: đau rát, theo tư thế, nhịp thở...; tiếng cọ màng tim; ĐTĐ thay đổi ST chênh lên đồng hướng kiểu yên ngựa tất cả các chuyển đạo; siêu âm tim
- Hội chứng trào ngược dạ dày thực quản: thường liên quan ăn uống; về đêm; có thể nhầm với bệnh ĐMV (liên quan gắng sức, đỡ khi dùng nitrates...)

# Tiếp cận chẩn đoán và điều trị đau ngực cấp

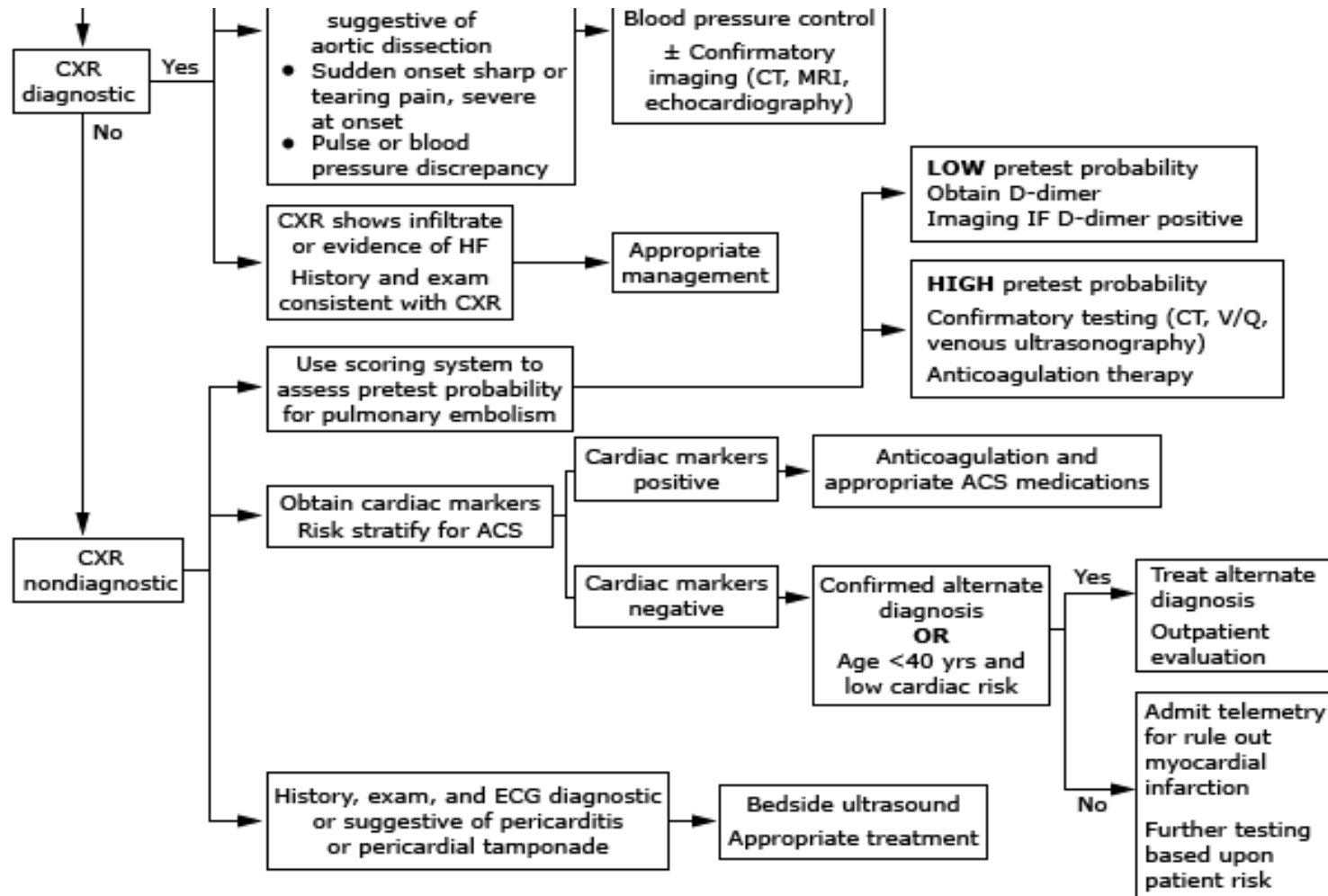


# Tiếp cận chẩn đoán và điều trị đau ngực cấp (1)





# Tiếp cận chẩn đoán và điều trị đau ngực cấp (2)



Khó thở cấp !!!



# Nguyên nhân khó thở cấp có thể đe dọa tính mạng

## Tim mạch

- Suy thất trái cấp/Phù phổi cấp huyết động
- Hội chứng mạch vành cấp
- Bệnh lý van tim nặng mất bù
- Rối loạn nhịp trầm trọng
- Bệnh màng tim cấp (ép tim)
- Bệnh cơ tim
- Nhồi máu phổi
- Tăng áp ĐMP (đợt cấp)..

## Không phải tim mạch

- Bệnh hệ hô hấp:
  - Đường hô hấp trên: dị vật; viêm thanh quản cấp...
  - Bệnh phổi: đợt cấp COPD; hen; viêm phổi; tràn khí/dịch màng phổi
- Bệnh hệ thần kinh: TBMN; liệt cơ; liệt tủy...
- Bệnh lý ngộ độc; bệnh lý chuyển hóa
- Một số nguyên nhân khác

# Khai thác bệnh sử

- Khởi phát khó thở: đột ngột/từ từ
- Tiền sử bệnh tật?
- Triệu chứng đi kèm?

# Khởi phát

Đột ngột	Nhồi máu phổi cấp; Rối loạn nhịp; Bệnh van tim cấp; dị vật; TKMP; phản vệ
Trong thời gian ngắn	HCMV cấp; Suy tim trái/Phù phổi cấp, Hen FQ
Trong vài giờ/ngày	Suy tim; TDMT; viêm phổi; đợt cấp COPD
Trong vài tuần/tháng	Bệnh cơ tim giãn/hạn chế; xơ hóa phổi; nhồi máu phổi mạn tính
Khó thở ngắt quãng	Suy tim trái; rối loạn nhịp; hen FQ

# Dấu hiệu đi kèm

Đau ngực	NMCT; Nhồi máu phổi cấp; bệnh màng ngoài tim; bệnh cơ/thành ngực
Tiếng rít	Hen FQ
Hồi hộp trống ngực	Rối loạn nhịp tim
Khó thở nằm/về đêm	Suy tim
Ho máu	Tùy tính chất (bọt hồng -> phù phổi cấp)
Lo lắng/kích thích	Cường giáp; rối loạn lo âu (trầm cảm)

# Thăm khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn (chú ý tần số thở)
- Lồng ngực/phổi
- Khám tim: tiếng thổi, cọ màng tim
- Các dấu hiệu toàn thân khác:
  - Tím tái
  - Ngón tay dùi trống...

# Thăm dò cận lâm sàng

- X quang tim phổi thẳng
- ĐTĐ 12 chuyển đạo
- Marker sinh học cơ tim (TnT)
- X/N: ProBNP => loại trừ nhanh khó thở do suy tim hay bệnh lý khác (phổi)
- Các X/N tùy theo khác: D-Dimer; khí máu; Siêu âm tim; Chụp CT..



# 3 nguyên tắc xử trí khó thở cấp

1. Cung cấp Oxygen đầy đủ, tối ưu
2. Chỉ định và sẵn sàng hỗ trợ hô hấp khi cần thiết (khống chế đường thở và thông khí nhân tạo)
3. Khẩn trương đánh giá nguyên nhân gây khó thở để có hướng giải quyết đặc hiệu

# Xử trí khó thở cấp

- Cung cấp Oxygen đầy đủ
- Thiết lập đường tĩnh mạch: truyền thuốc và xét nghiệm
- Theo dõi bão hòa oxy và các các thông số tim mạch
- Chuẩn bị các thiết bị kiểm soát đường thở
- Khẩn trương thăm khám và đánh giá tình trạng cũng như nguyên nhân có thể giải quyết nhanh được (ép tim cấp; TKMP; dị vật đường hô hấp trên...

# Chú ý nguyên nhân khó thở cấp có thể nguy hiểm tính mạng

- HCV cấp
- Suy tim cấp/phù phổi cấp
- Rối loạn nhịp nặng
- Ép tim cấp
- Nhồi máu phổi
- Các nguyên nhân ngoài tim:
  - Viêm phổi cấp
  - Đợt cấp COPD
  - Hen FQ
  - Phản vệ
  - Ngộ độc (vd, carbon monoxide)
  - Chấn thương (vd, TKMP)

Ngất !!!



# Loại trừ

- Động kinh
- Hạ calci máu
- Ngộ độc
- Yếu tố tâm lý...

# Nguyên nhân gây ngất có thể đe dọa tính mạng

- Ngất do tim mạch:
  - Rối loạn nhịp: Nhịp nhanh thất; Long QT syndrome; HC Brugada; Nhịp chậm: bloc nhĩ thất Mobitz II hoặc BAV 3; ngừng xoang > 3 giây
  - Bệnh Tim thiếu máu cục bộ: HCMV cấp; NMCT
  - Bệnh cấu trúc tim mạch: Van tim (HC; HHL); Bệnh cơ tim (phì đại, giãn); U nhày NT; Ép tim cấp; tách thành ĐMC...
  - Nhồi máu phổi
- Ngất không do Tim mạch:
  - Mất máu nhiều
  - Nhồi máu phổi
  - Xuất huyết dưới nhện

# Nguyên nhân gây ngất thường gặp

- N/N liên quan hệ thần kinh giao cảm:
  - Cường phế vị (vasovagal)
  - Ngất tình huống: ho; nuốt; đi tiểu (rặn đái)
  - H/C quá nhạy xoang cảnh
- Hạ huyết áp tư thế:
  - Suy nhược khả năng tự điều hòa: tiên phát; thứ phát (đái tháo đường)
  - Một số thuốc (hạ huyết áp)
  - Mất thể tích tuần hoàn

# Hỏi bệnh???

- 3 “P”
  - *Yếu tố gây khởi phát (Provocative factors)* (mất nước; lo lắng; đau đớn...)
  - *Tiền triệu (Prodromes): nôn; ra mồ hôi; đau bụng...*
  - *Tư thế (Postural components):* đứng; ngồi, nằm
- Hỏi người làm chứng khi ngắt
- Thời gian? Kéo dài?



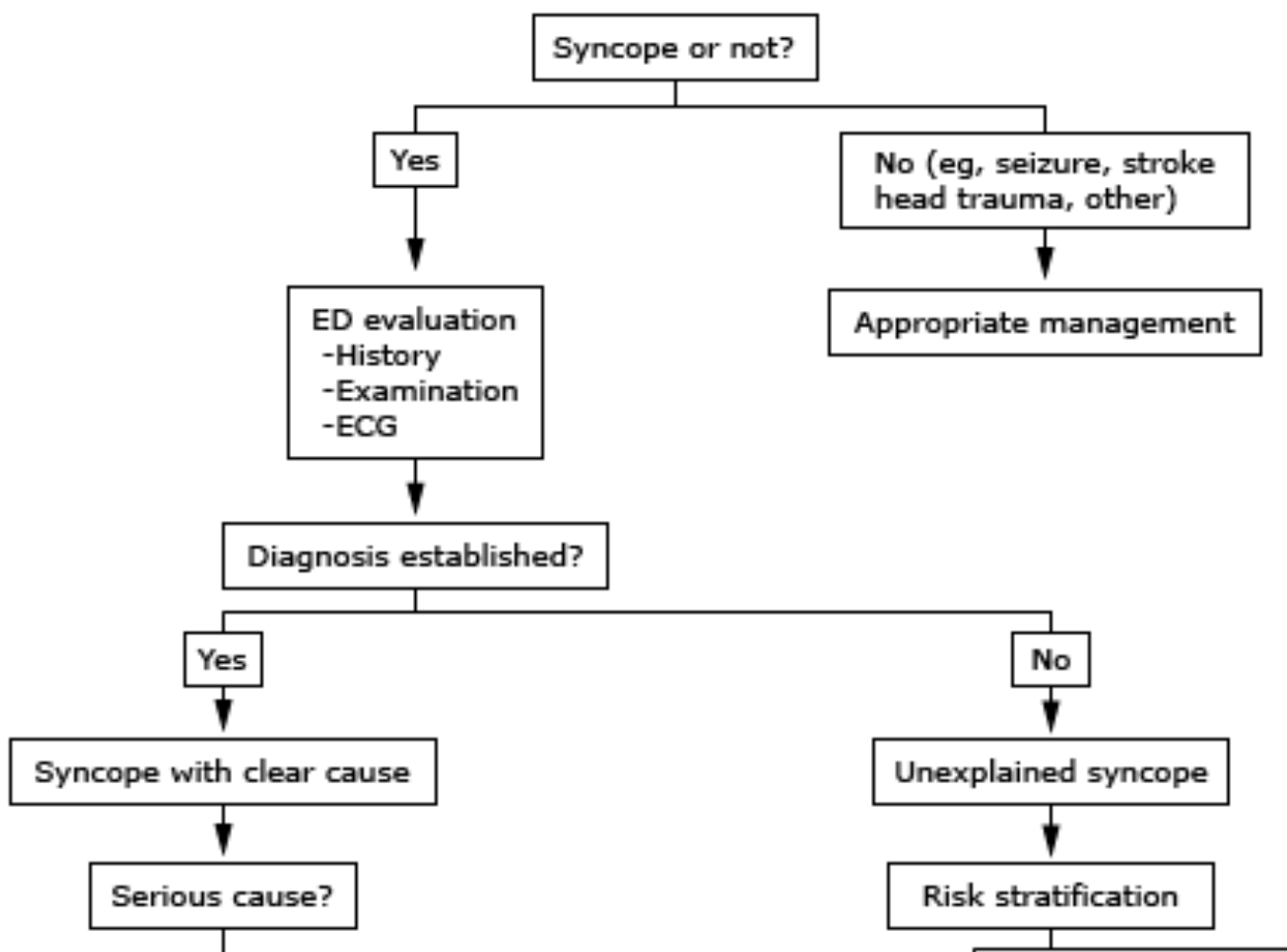
# Thăm khám lâm sàng

- Dấu hiệu sinh tồn
- Đo HA/nhịp tim tư thế đứng và ngồi
- Thăm khám các cơ quan:
  - Khám tim kỹ
  - Hệ TK
  - Phổi (suy tim?)
  - Các dấu hiệu chảy máu trong...

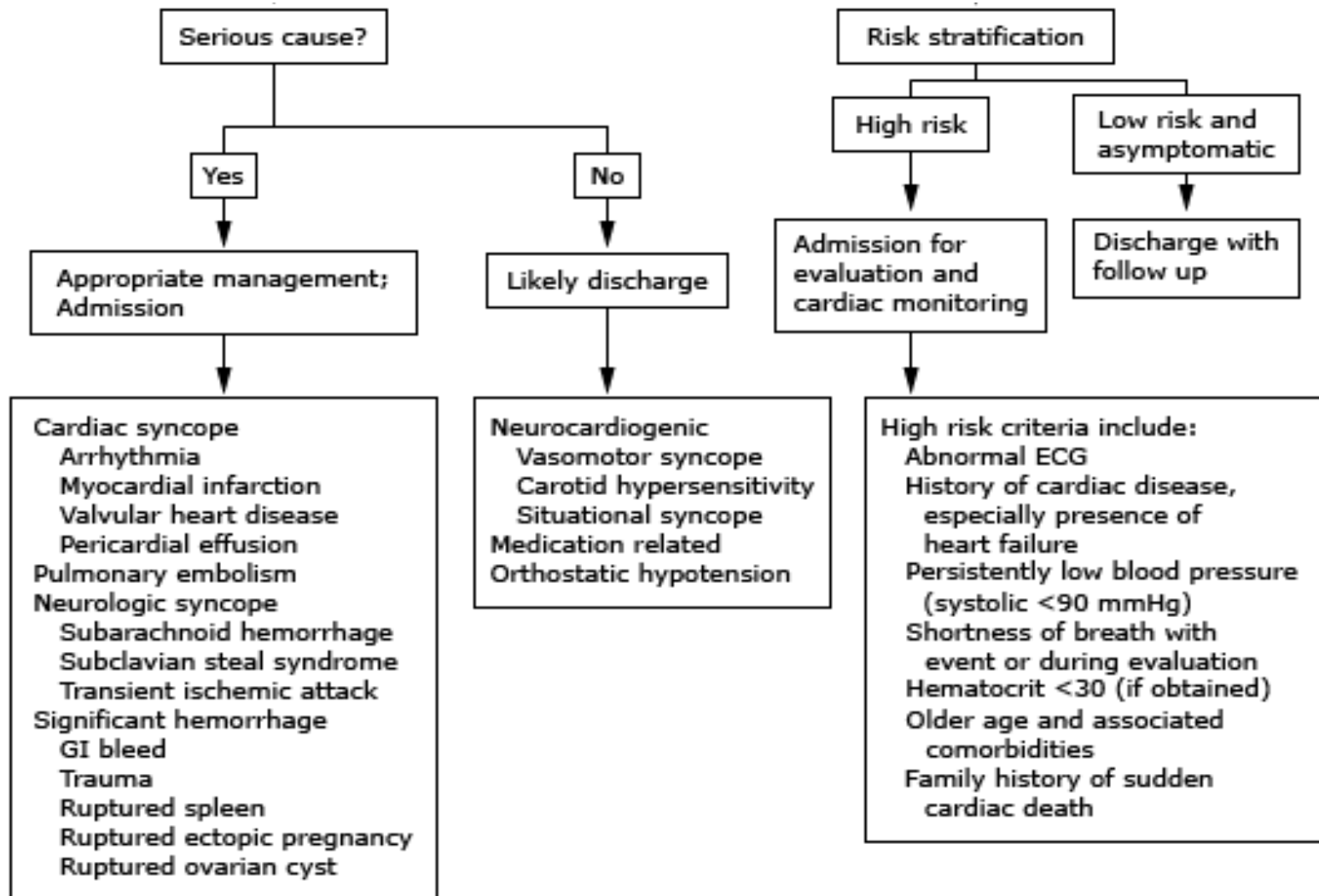
# Thăm dò cận lâm sàng

- ĐTĐ 12 chuyển đạo
- X/N sinh hóa máu
- Holter ĐTĐ
- Siêu âm tim
- Nghiệm pháp xoa xoang cảnh
- Nghiệm pháp bàn nghiêng
- Thăm dò ĐSL...

# Tiếp cận bệnh nhân ngất (1)



# Tiếp cận bệnh nhân ngất (2)



# Phân tầng nguy cơ cao ở BN ngất

- Bất thường ĐTĐ
- Tiền sử bệnh tim mạch; đặc biệt có suy tim
- Huyết áp thấp kéo dài (systolic <90 mmHg)
- Khó thở trong cơn ngất hoặc khi thăm khám
- Hematocrit <30
- Tuổi cao kèm nhiều bệnh đi cùng
- Tiền sử gia đình có đột tử

# Carotid sinus massage

- Used to diagnose carotid sinus hypersensitivity
- Perform with continuous ECG recording and (ideally) beat-to-beat BP monitoring since BP changes are rapid
- With the patient supine, pressure is applied to each carotid sinus in turn for 10–20 sec. If no abnormal response is elicited, the procedure can be repeated with the patient tilted upright
- Avoid in patients with a history of recent stroke (<3 months), carotid bruits, or known carotid vascular disease.

*Carotid sinus hypersensitivity* is defined as a ventricular pause of >3 sec or a drop in systolic pressure of >50mmHg.

*Carotid sinus syndrome* is the combination of syncope and carotid sinus hypersensitivity, in a patient in whom clinical evaluation and investigation has identified no other cause of syncope.

# Tilt table testing

- A provocation test for neurally-mediated syncope
- There are a number of protocols in use in clinical practice varying in the angle of tilt (typically 60–70 degrees head-up), the duration of tilt (20–45 min), and the use of additional provocation (sublingual GTN).
- Both false positives and false negatives can occur but the test compares favourably with other non-invasive cardiac investigations
- Tilt testing is very likely to be positive in those with obvious classical vasovagal episodes
- However, the diagnosis is rarely in doubt in such patients and tilt testing has a much more important role in investigating patients with recurrent unexplained syncopal episodes and in the investigation
- of patients with a broad range of disturbances of consciousness where the cause is unclear (e.g. is it really epilepsy?).

# Ngất do cường phế vị

- Mất ý thức thường <30 sec
- Thường không có bệnh lý tim mạch, có yếu tố gây khởi phát, có thể có tiền triệu hoặc vận động (xoay đầu)
- Ngất tình huống: nuốt; đi tiểu; ho
- Thăm dò: nghiệm pháp xoa xoang cảnh; NF bàn nghiêng
- Điều trị:



# Ngất do cường phế vị (2)

- Điều trị:
  - HC xoang cảnh: máy tạo nhịp 2 buồng
  - Ngất cường phế vị khác:
    - Thay đổi lối sống; tập luyện tư thế...
    - Tạo nhịp: còn bàn cãi
    - Một số thuốc: chẹn beta giao cảm; fludrocortisone, midodrine, and fluoxetine

# Ngất do hạ HA tư thế

- Định nghĩa: HATT giảm  $>20$  mmHg sau 3 phút khi đứng dậy hoặc giảm xuống  $< 90$  mmHg
- Điều trị:
  - Cắt các thuốc gây tụt HA; giáo dục sức khỏe; tập luyện
  - Fludrocortisone; Midodrone
  - Dừng café buổi sáng; erythropoietin...
  - NSAID

# Lưu ý một số nguyên nhân tim mạch quan trọng gây ngất

- *Suy thất trái cấp*: liên quan đến nhịp nhanh thất; nhịp nhanh nhĩ; tư thế hoặc do dùng thuốc gây tụt HA
- *Hẹp chủ khí*: ngất khi gắng sức báo hiệu đột tử
- *Bệnh cơ tim phì đại HOCM*: Ngất xuất hiện 25% báo hiệu xấu
- *Hội chứng QT dài*: có cơn nhanh thất đa dạng
- *Hội chứng Brugada*: có thể gây đột tử; ST chênh ở (V1–V3)

# Hồi hộp trống ngực



# Nguyên nhân

## Do tim mạch

- RL nhịp tim nhanh:
  - Rung nhĩ
  - Cuồng nhĩ
  - NNKPTT
  - Nhịp nhanh thất
- Ngoại tâm thu thất hoặc nhĩ

## Không phải tim mạch

- Nhịp nhanh xoang do: Đau, lo lắng quá, gắng sức, thiếu ô xy, nhiễm trùng, mất nước, thiếu máu...
- Cường giáp, ngộ độc giáp trạng
- Hội chứng trào ngược
- Lo lắng/xúc động
- Thuốc: café; cocain, ngừng chẹn beta đột ngột...

# Hỏi bệnh???

- Tính chất: đập nhanh liên hồi; hẫng hụt; nhanh không đều...
- Hoàn cảnh và cách xuất hiện: xảy ra và mất đi đột ngột; từ từ; khi gắng sức...
- Mức độ thường gặp: nhiều, dày
- Độ dài cơn tim nhanh
- Các triệu chứng đi kèm: ngất ( xỉu); khó thở; đau ngực
- Tiền sử bệnh tật

# Thăm dò cận lâm sàng

- ĐTĐ 12 chuyển đạo
- X/N máu: thiếu máu; tuyến giáp? RL điện giải
- Siêu âm tim
- Holter ĐTĐ; loop record; event record
- Các thăm dò đặc biệt khác: EP study

# Tiếp cận điều trị

- Nhận định rối loạn nhịp và xử trí/điều trị thích hợp (theo phác đồ) nhất là rối loạn nhịp nguy hiểm
- Đa số chỉ cần theo dõi điều trị ngoại trú
- Nhập viện điều trị nếu có triệu chứng và thay đổi ĐTĐ:
  - Đau ngực nhiều
  - Khó thở nhiều
  - Ngất/xỉu



# Những điểm cần chú ý khi tiếp cận bệnh nhân hội hộp trống ngực

- Nguyên nhân có nhiều nhưng thường do: Tim mạch hoặc Tâm Lý
- Đa số là lành tính, chú ý nguy cơ cao ở bệnh nhân có tiền sử bệnh tim mạch, triệu chứng đi kèm nặng
- Cần khai thác bệnh sử kỹ lưỡng, ĐTĐ 12 chuyển đạo, xét nghiệm cơ bản và hormon tuyến giáp, thiếu máu...
- Bệnh nhân có nhiều cơn, tái phát: các theo dõi chẩn đoán (holter ĐTĐ)
- Nếu triệu chứng tồn tại, dai dẳng, khó khống chế: nên thăm dò DSL
- Với trường hợp rối loạn nhịp thất hoặc trên thất dai dẳng cần được điều trị bởi các BS tim mạch chuyên về rối loạn nhịp (thuốc, qua đường ống thông)