

ĐAU NGỰC

ThS. BS. Nguyễn Xuân Trung Dũng

Bộ môn Y học Gia đình

Đại học y khoa Phạm Ngọc Thạch

- Mục tiêu
- Sinh lý đau
- Nguyên nhân
- Tiếp cận bệnh nhân bị đau ngực
- Con đau thắt ngực ổn định (CĐTNOĐ)
 - ✓ Chẩn đoán
 - ✓ Điều trị
- Kết luận

MỤC TIÊU

1. Thuộc những nguyên nhân gây đau ngực.
2. Biết các bước tiếp cận ban đầu đối với bệnh nhân đến khám vì đau ngực.
3. Chẩn đoán được các bệnh cấp tính gây đau ngực cần nhập viện.
4. Chẩn đoán và điều trị cơn đau thắt ngực ổn định.

SINH LÝ ĐAU

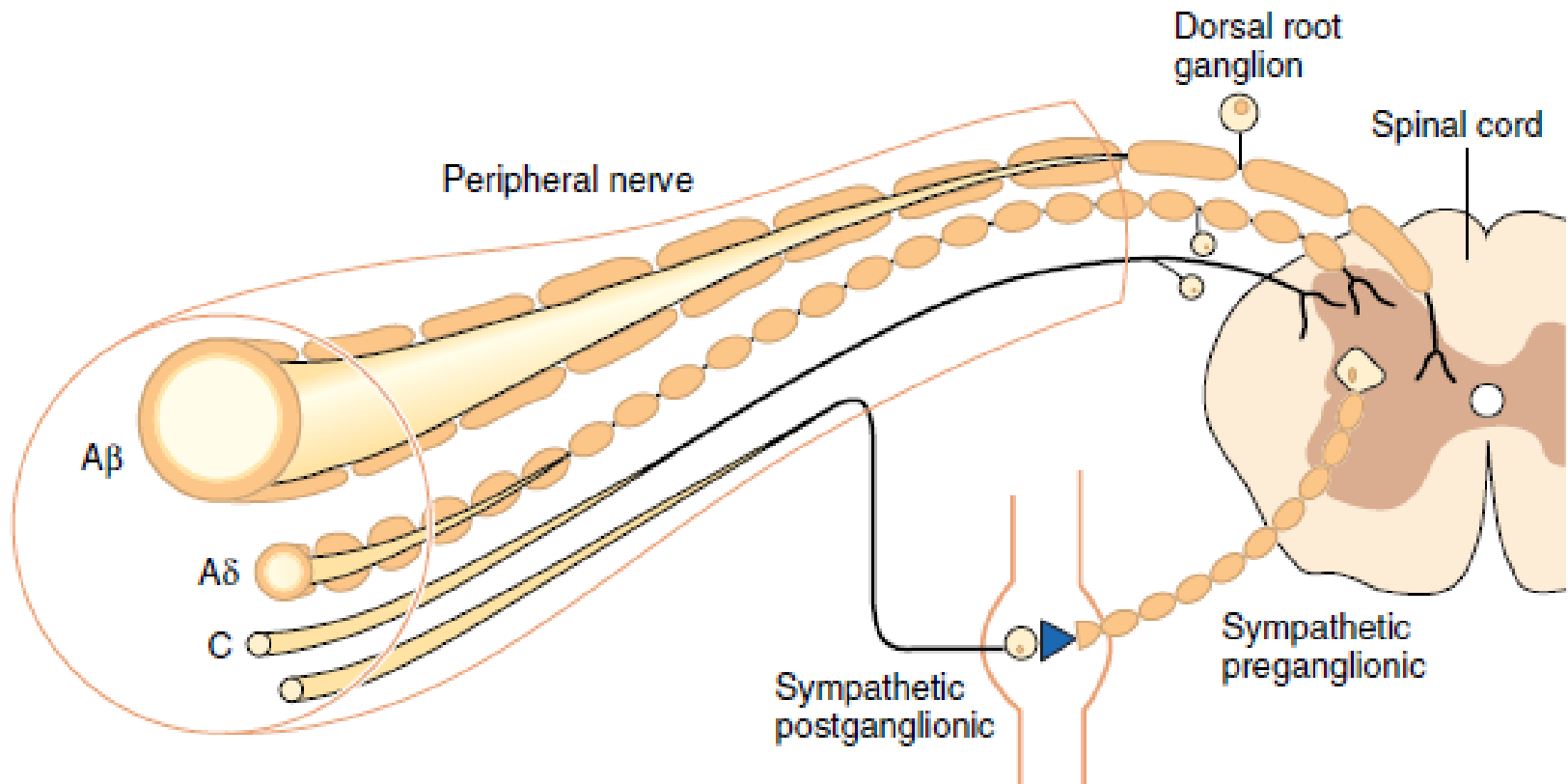


FIGURE 11-1 Components of a typical cutaneous nerve. There are two distinct functional categories of axons: primary afferents with cell bodies in the dorsal root ganglion, and sympathetic postganglionic fibers with cell bodies in the sympathetic ganglion. Primary afferents include those with large-diameter myelinated ($A\beta$), small-diameter myelinated ($A\delta$), and unmyelinated (C) axons. All sympathetic postganglionic fibers are unmyelinated.

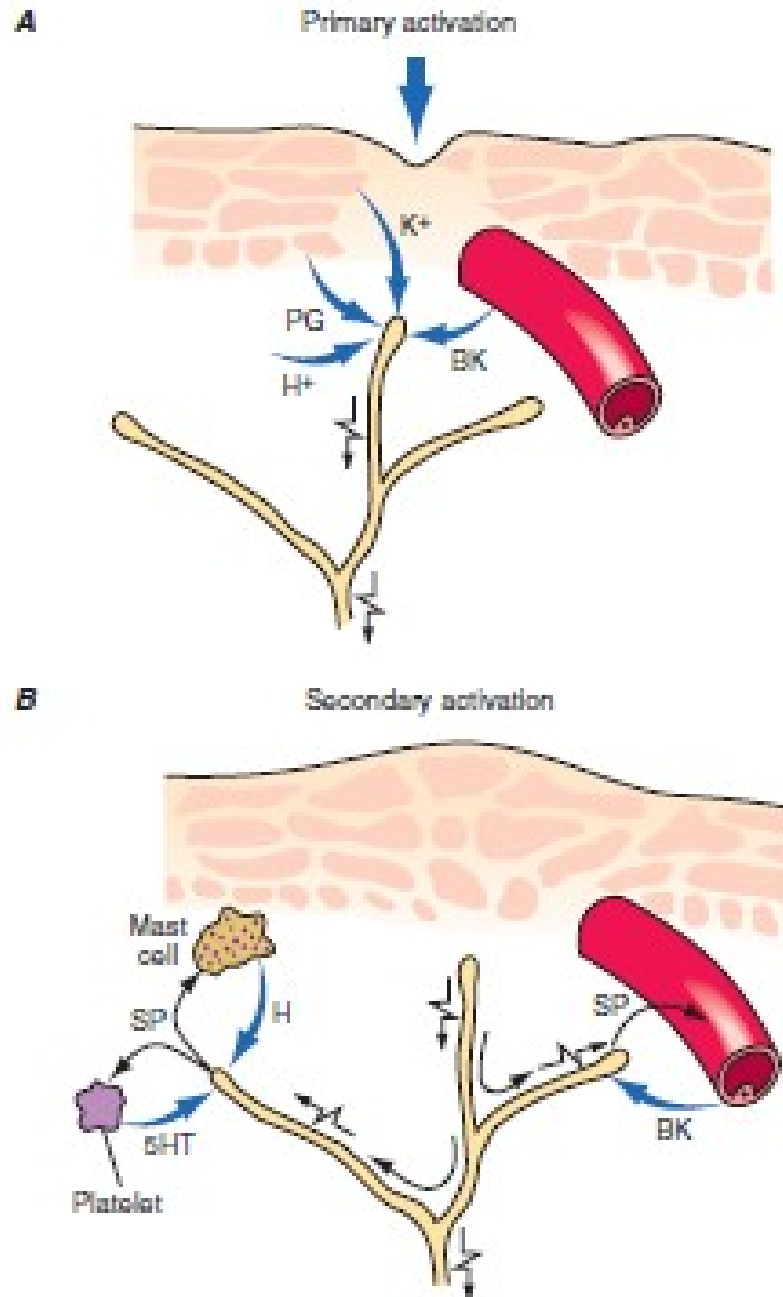
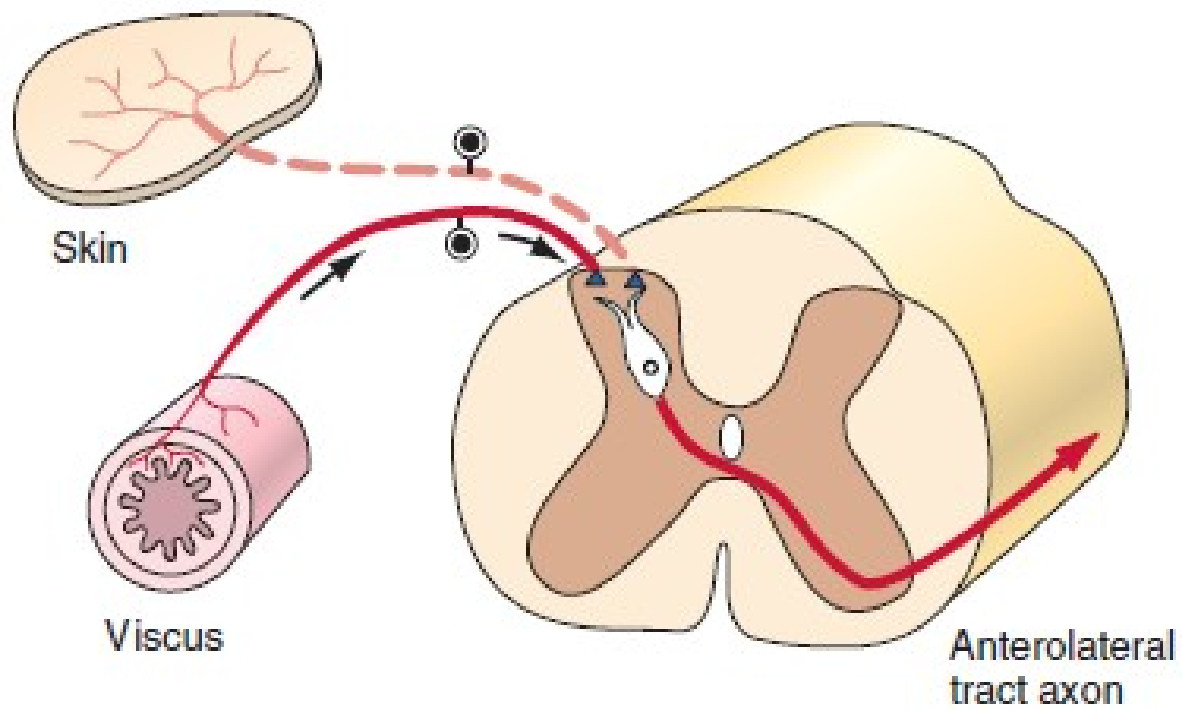


FIGURE 11-2 Events leading to activation, sensitization, and spread of sensitization of primary afferent nociceptor terminals. **A.** Direct activation by intense pressure and consequent cell damage. Cell damage induces lower pH (H^+) and leads to release of potassium (K^+) and to synthesis of prostaglandins (PG) and bradykinin (BK). Prostaglandins increase the sensitivity of the terminal to bradykinin and other pain-producing substances. **B.** Secondary activation. Impulses generated in the stimulated terminal propagate not only to the spinal cord but also into other terminal branches where they induce the release of peptides, including substance P (SP). Substance P causes vasodilation and neurogenic edema with further accumulation of bradykinin. Substance P also causes the release of histamine (H) from mast cells and serotonin (5HT) from platelets.



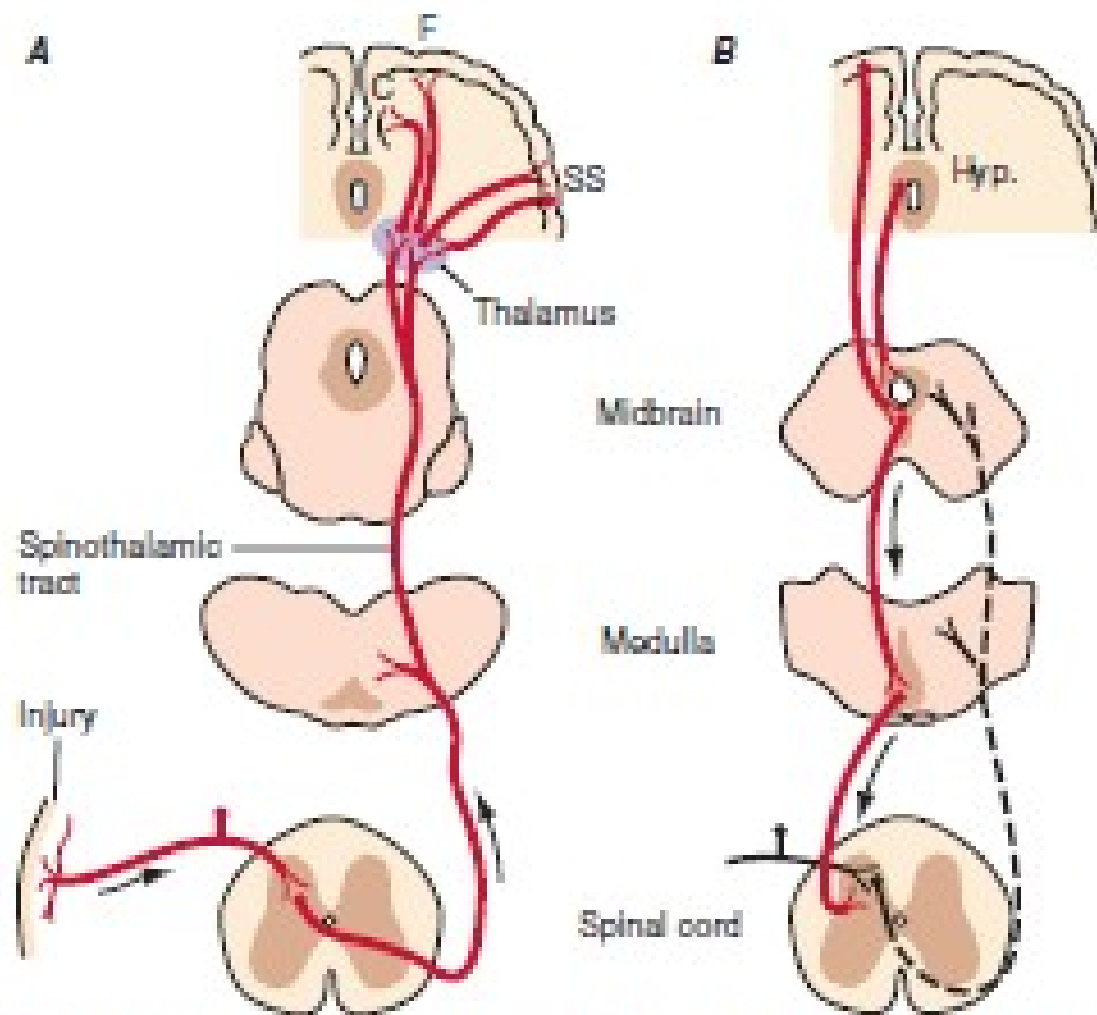


FIGURE 11-4 A. Transmission system for nociceptive messages. Noxious stimuli activate the sensitive peripheral ending of the primary afferent nociceptor by the process of transduction. The message is then transmitted over the peripheral nerve to the spinal cord, where it synapses with cells of origin of the major ascending pain pathway, the spinothalamic tract. The message is relayed in the thalamus to the anterior cingulate (C), frontal insular (F), and somatosensory cortex (SS). B. Pain-modulation network. Inputs from frontal cortex and hypothalamus (Hyp.) activate cells in the midbrain that control spinal pain-transmission cells via cells in the medulla.

Generic Name	Dose, mg	Interval	Comments
NONNARCOTIC ANALGESICS: USUAL DOSES AND INTERVALS			
Acetylsalicylic acid	650 PO	q 4 h	Enteric-coated preparations available
Acetaminophen	650 PO	q 4 h	Side effects uncommon
Ibuprofen	400 PO	q 4–6 h	Available without prescription
Naproxen	250–500 PO	q 12 h	Delayed effects may be due to long half-life
Fenoprofen	200 PO	q 4–6 h	Contraindicated in renal disease
Indomethacin	25–50 PO	q 8 h	Gastrointestinal side effects common
Ketorolac	15–60 IM	q 4–6 h	Available for parenteral use (IM)
Celecoxib	100–200 PO	q 12–24 h	Useful for arthritis

Generic Name	Parenteral Dose, mg	PO Dose, mg	Comments
NARCOTIC ANALGESICS: USUAL DOSES AND INTERVALS			
Codeine	30–60 q 4 h	30–60 q 4 h	Nausea common
Oxycodone	—	5–10 q 4–6 h	Usually available with acetaminophen or aspirin
Morphine	10 q 4 h	60 q 4 h	
Morphine sustained release	—	30–200 bid to tid	Oral slow-release preparation
Hydromorphone	1–2 q 4 h	2–4 q 4 h	Shorter acting than morphine sulfate
Levorphanol	2 q 6–8 h	4 q 6–8 h	Longer acting than morphine sulfate; absorbed well PO
Methadone	10 q 6–8 h	20 q 6–8 h	Delayed sedation due to long half-life
Meperidine	75–100 q 3–4 h	300 q 4 h	Poorly absorbed PO; normeperidine a toxic metabolite
Butorphanol	—	1–2 q 4 h	Intranasal spray
Fentanyl	25–100 µg/h	—	72 h Transdermal patch
Tramadol	—	50–100 q 4–6 h	Mixed opioid/adrenergic action

Generic Name	Uptake Blockade		Sedative Potency	Anticholinergic Potency	Orthostatic Hypotension	Cardiac Arrhythmia	Ave. Dose, mg/d	Range, mg/d
	5-HT	NE						
ANTIDEPRESSANTS^a								
Doxepin	++	+	High	Moderate	Moderate	Less	200	75–400
Amitriptyline	++++	++	High	Highest	Moderate	Yes	150	25–300
Imipramine	++++	++	Moderate	Moderate	High	Yes	200	75–400
Nortriptyline	+++	++	Moderate	Moderate	Low	Yes	100	40–150
Desipramine	+++	++++	Low	Low	Low	Yes	150	50–300
Venlafaxine	+++	++	Low	None	None	No	150	75–400

Generic Name	PO Dose, mg	Interval	Generic Name	PO Dose, mg	Interval
ANTICONVULSANTS AND ANTIARRHYTHMICS^a					
Phenytoin	300	daily/qhs	Clonazepam	1	q 6 h
Carbamazepine	200–300	q 6 h	Mexiletine	150–300	q 6–12 h
Oxcarbazepine	300	bid	Gabapentin ^b	600–1200	q 8 h

^a Antidepressants, anticonvulsants, and antiarrhythmics have not been approved by the U.S. Food and Drug Administration (FDA) for the treatment of pain.

^b Gabapentin in doses up to 1800 mg/d is FDA approved for postherpetic neuralgia.

Note: 5-HT, serotonin; NE, norepinephrine.

Nguyên nhân

1. Nguyên nhân trong lồng ngực
2. Nguyên nhân ở vùng cổ và thành ngực
3. Nguyên nhân ở các cơ quan nằm dưới cơ hoành
4. Đau ngực chức năng

1. Nguyên nhân trong lồng ngực

➤ Bệnh lý tim:

- ✓ Thiếu máu cơ tim
- ✓ Nhồi máu cơ tim
- ✓ Bệnh lý mạch vành bẩm sinh
- ✓ Bệnh Kawasaki
- ✓ Viêm cơ tim
- ✓ Rối loạn nhịp tim
- ✓ Viêm màng ngoài tim
- ✓ Sa van 2 lá
- ✓ Tắc nghẽn đường ra thất trái

1. Nguyên nhân trong lồng ngực

➤ Bệnh lý ngoài tim:

- ✓ Bệnh lý dạ dày, thực quản
- ✓ Viêm phổi, viêm màng phổi, tràn khí màng phổi.
- ✓ Thuyên tắc phổi
- ✓ Cao áp phổi
- ✓ Phình, bóc tách động mạch chủ

2. Nguyên nhân ở vùng cổ và thành ngực

- Viêm cơ
- Viêm sụn sườn
- Herpes zoster ở thành ngực
- Chấn thương ngực
- Hội chứng thành ngực
- Hội chứng lối ra lồng ngực
- Hội chứng đĩa đệm cột sống cổ

3. Nguyên nhân ở các cơ quan nằm dưới cơ hoành

- Viêm loét dạ dày, tá tràng
- Túi dạ dày
- Thoát vị hoành
- Viêm tụy
- Bệnh lý túi mật

4.Đau ngực chức năng

- Tăng thông khí
- Lo lắng, buồn rầu
- Hội chứng Da Costa
- Rối loạn thần kinh tim

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

1. Đau ngực có phải là tình trạng cấp tính không? Có thể đe dọa sự sống còn không => đánh giá nhanh => nhập viện ngay:

- Bệnh thiếu máu cơ tim cấp?
- Thuyên tắc phổi?
- Bóc tách động mạch chủ?
- Tràn khí màng phổi đột ngột?
- Thủng dạ dày?
- Viêm cơ tim?

Nếu không có, => bước 2

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

1. Đau ngực có phải là tình trạng cấp tính không? Có thể đe dọa sự sống còn không => đánh giá nhanh => nhập viện ngay
2. Nếu không, đau ngực có thể do tình trạng bệnh mãn tính mà có biến chứng nặng:
 - Đau thắt ngực ổn định
 - Hẹp động mạch chủ
 - Tăng áp phổi

Nếu không => bước 3

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

1. Đau ngực có phải là tình trạng cấp tính không?
2. Nếu không, đau ngực có thể do tình trạng bệnh mãn tính mà có biến chứng nặng:
3. Nếu không, do bệnh cấp tính cần phương pháp điều trị đặc biệt:
 - Viêm màng ngoài tim
 - Viêm màng phổi, viêm phổi
 - Herpes zoster

Nếu không => bước 4

TIẾP CẬN BỆNH NHÂN ĐAU NGỰC

4. Do các nguyên nhân khác có thể điều trị được:

- Trào ngược dạ dày thực quản
- Co thắt thực quản
- Loét dạ dày tá tràng
- Bệnh lý túi mật
- Thoát vị đĩa đệm cột sống cổ
- Viêm khớp vai hoặc gai
- Viêm sụn sườn
- Tình trạng lo âu hay rối loạn cơ xương khớp khác

Cơn đau thắt ngực ổn định

1. Định nghĩa:

- Khi đặc điểm của cơn đau không thay đổi trong 60 ngày:
 - ✓ Tần suất
 - ✓ Độ nặng
 - ✓ Thời gian đau
 - ✓ Giờ xuất hiện
 - ✓ Yếu tố làm nặng

Phân loại CĐT_N

1. CĐT_N điển hình:

- ✓ Đau, tức sau xương ức + tính chất, thời gian
- ✓ Xảy ra khi gắng sức hoặc stress tình cảm
- ✓ Giảm khi nghỉ hoặc sử dụng nitroglycerine

2. CĐT_N không điển hình:

- ✓ Chỉ có 2 trong 3 tiêu chuẩn trên

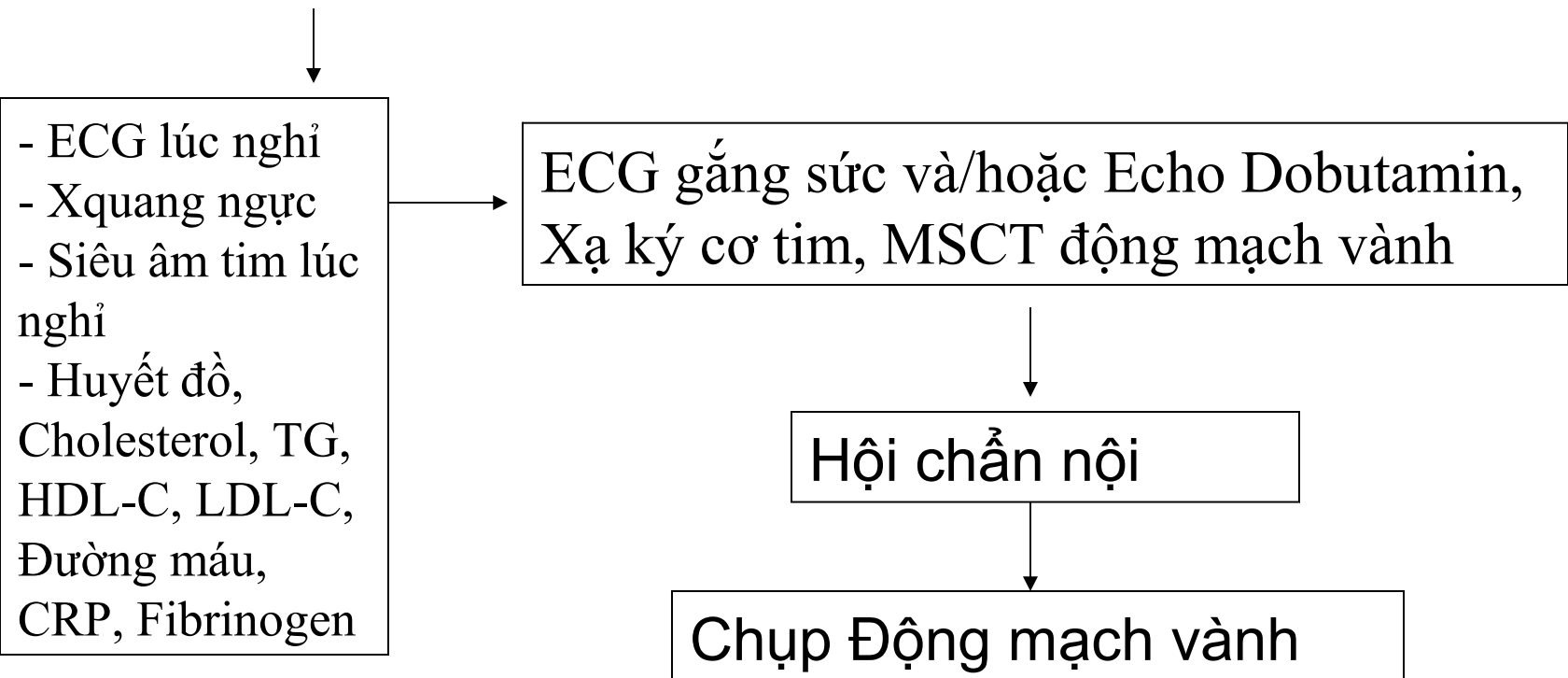
3. ĐN không do tim:

- ✓ Chỉ có 1 (hoặc không) trong 3 tiêu chuẩn trên

Quy trình chẩn đoán BĐMV

LS:

- Triệu chứng cơ năng và thực thể
- Tiền sử bản thân và gia đình
- Yếu tố nguy cơ



ECG lúc nghỉ

- ✓ Bình thường $\geq 50\%$
- ✓ Có sự bình thường trở lại trong cơn đau trên bn đã có ST-T sụp hoặc T đảo trước đó.
- ✓ Loạn nhịp nhanh, bloc NT, b lóc nhánh hay bán nhánh trái trước trong cơn đau => chụp MV

X-quang ngực

- Vôùi hóa ĐMV:
 - Độ nhạy 40%
 - Độ chuyên biệt 94%

Siêu âm tim

Loại I

1. Nghe tim thấy bất thường, nghi có bệnh van tim hoặc bệnh cơ tim phì đại (mức chèn ép C) B)
2. Nghi có suy tim (mức chèn ép C) B)
3. Có tiền sử NMCT (mức chèn ép C) B)
4. Có block nhánh trái, có sóng Q hoặc có biến đổi bất thường ECG bao gồm block phân nhánh trái trước (C)

Holter ECG

- Loại I
 - 1. Đau thắt ngực trên bệnh nhân nghi có loạn nhịp tim (mức chứng cứ B)
- Loại IIa
 - 1. Nghi đau thắt ngực do co mạch (mức chứng cứ C)

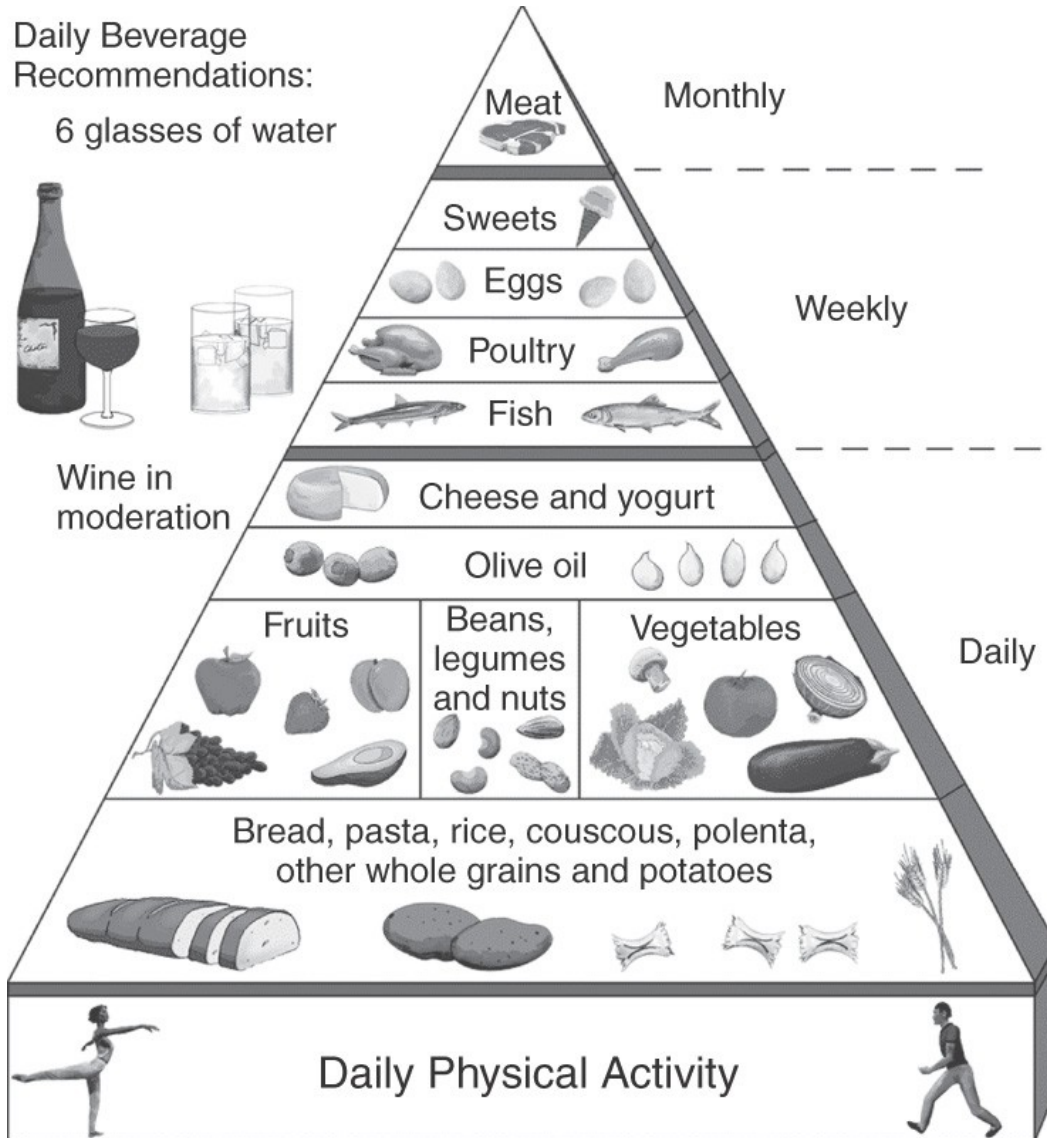
Chụp MV

- Loại I
- Đau thắt ngực ổn định, nặng ($CCS \geq 3$) kèm khả năng bệnh ĐMV cao; đặc biệt khi điều trị nội không kiểm soát được triệu chứng (chứng cứ B)
- Sốt sau đột tử (chứng cứ B)
- Loạn nhịp thất nặng (chứng cứ C)
- Bệnh nhân có tiền sử tái lưu thông ĐMV (PCI, BCĐMV), có xuất hiện đau thắt ngực nặng hay vừa (C)

ĐIỀU TRỊ CĐT_N ỔN ĐỊNH : ĐIỀU TRỊ KHÔNG THUỐC

- Giảm mỡ
- Thuốc lá : ngưng
- Rượu : vừa phải
- Vận động thể lực +++
- Bớt stress tình cảm
- Hạn chế muối Natri / THA
- Giảm cân nặng

Chế độ dinh dưỡng dựa theo Mediterranean diet



Khuyến cáo sử dụng thuốc điều trị nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (1)

Loại I

- Aspirin 75mg/ngày trừ phi có CCD (chứng cứ A)
- Statin: tất cả bệnh nhân (chứng cứ A)
- UCMC: b/n có kèm THA, suy tim, rối loạn chức năng TT, tiền sử NMCT kèm RLCN TT hoặc ĐTĐ (chứng cứ A)
- Chẹn beta: b/n sau NMCT hoặc kèm suy tim (chứng cứ A)

Khuyến cáo sử dụng thuốc điều trị nhằm cải thiện tiên lượng bệnh nhân đau thắt ngực ổn định (2)

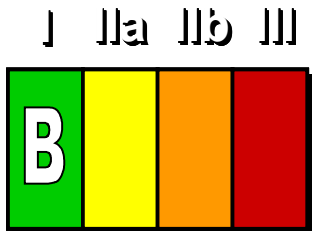
Loại IIa

- UCMC: tất cả b/n đau thắt ngực do BĐMV (chứng có B)
- Clopidogrel: b/n không dung nạp aspirin (chứng có B)

Loại IIb

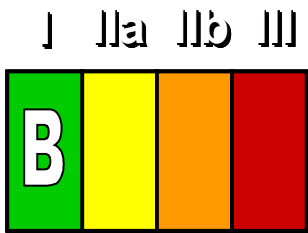
- 1. Fibrates/ b/n TG ↑ và HDL – C thấp kèm ĐTĐ hoặc HCCH (chứng có B)

Thuốc lá

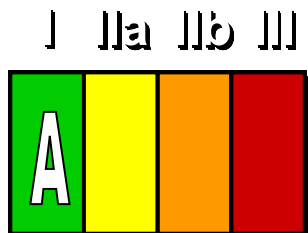


- Ngưng thuốc lá. Tránh ở nơi có hút thuốc
- Chương trình cai thuốc lá
- Chiến lược từng bước 5A (Ask, Advise, Assess, Assist, Arrange)

Kiểm soát huyết áp

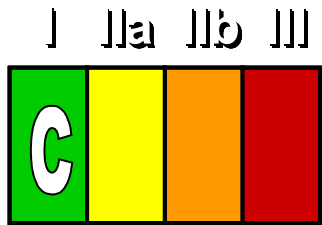


- Thay đổi lối sống: giảm cân, giảm muối natri, chế độ ăn nhiều trái cây, rau, sản phẩm sữa ít béo.



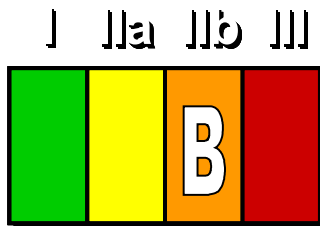
- Mức huyết áp < 140/90 mmHg (< 130/80 mmHg nếu có kèm ĐTĐ hoặc bệnh thận mạn)

Kiểm soát huyết áp

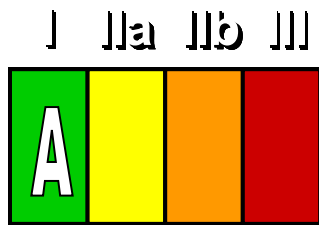


- THA kèm BĐMV: khởi đầu bằng chẹn beta và/hoặc UCMC

Kiểm soát lipid

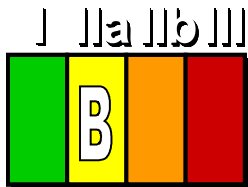


- Sử dụng omega – 3 1g/ngày từ viên nang hoặc từ cá.

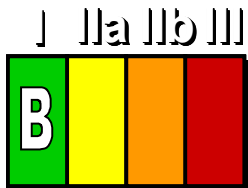


- Liều omega – 3 cao hơn nếu b/n có tăng triglyceride máu

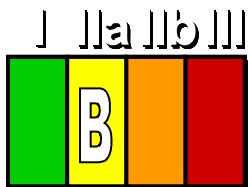
Kiểm soát lipid



- LDL – C trước điều trị 70 – 100mg/dL: cần giảm LDL – C < 70mg/dL



- Nếu TG ∈ [200 – 499 mg/dL giảm không HDL – C (non- HDL-C) < 130 mg/dL



- Nếu TG > 499 mg/dL, giảm non-HDL-C < 100mg/dL

(Non HDL – C = CT total – HDL – C)

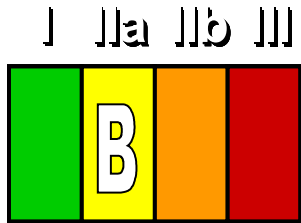
TL : Fraker TD, Fihn SD et al. JACC 2007, 23 : 2264-2274

Non HDL-C bao gồm= LDL-C; IDL-C; VLDL-C; Chylomicron; Lp (a)

Kiểm soát lipid

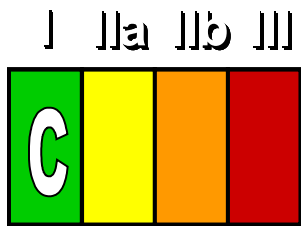
Các lựa chọn giảm non- HDL-C:

- Niacin
- Fibrate
- Statins

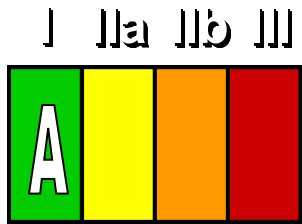


Nếu TG \geq 500 mg/dL:

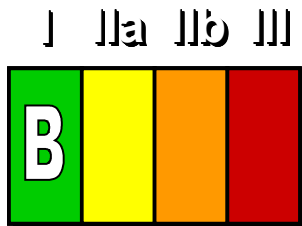
- Giảm TG trước bằng fibrates hoặc niacin; sau đó statins
- Mục tiêu: non – HDL – C < 100mg/dL



Chẹn hệ thống Renin-Angiotensin-Aldosterone

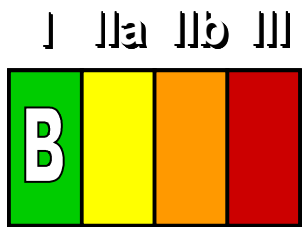


UCMC : tất cả bệnh nhân PXTM $\leq 40\%$ và ở bệnh nhân ĐTĐ, bệnh thận mạn



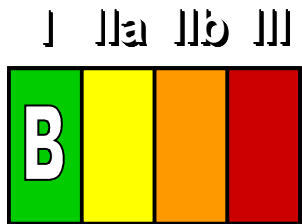
UCMC : tất cả bệnh nhân ở nhóm nguy cơ thấp (nguy cơ thấp : PXTM bình thường, YTNC kiểm soát tốt và đã tái lưu thông ĐMV)

Điều trị Đái tháo đường



Thay đổi lối sống

Điều trị bằng thuốc, giữ HbA_{1c}# bình thường



Cải thiện tích cực các YTNC (TD : vận động, cân nặng, huyết áp, cholesterol)

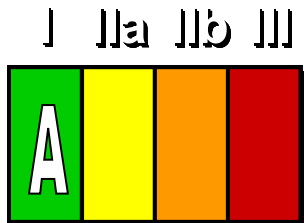
Aspirin, các ức chế cyclooxygenase (COX)-2, và các kháng viêm không steroid (NSAID'S)

- Aspirin:
 - Ức chế COX-1 tiểu cầu, do đó ức chế thromboxane A₂
 - Liều hiệu quả: 75- 150 mg
 - Điều trị lâu dài : liều thấp
- Ức chế COX-2: giảm prostacycline (dãn mạch và ức chế kết tập tiểu cầu)
- Không dùng NSAIDs chung với aspirin, ngoại trừ diclofenac

Điều trị chống kết tập tiểu cầu trên bệnh nhân có triệu chứng tiêu hoá do aspirin

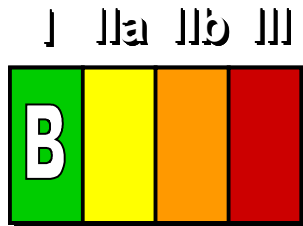
- Thay bằng clopidogrel
- Trường hợp cần kết hợp aspirin và clopidogrel:
 - Thuốc ức chế tiết acid dạ dày:
TD: Pantoprazole hoặc Ranitidine
 - Diệt Helicobacter Pylori
 - Liều thấp aspirin 75-81 mg/ngày

Chẹn beta



Chẹn beta : tất cả bệnh nhân NMCT, hc/ĐMV cấp hoặc RLCN TT có hay không triệu chứng cơ năng

Phòng ngừa cúm



Thực hiện hằng năm trên tất cả bệnh nhân tim mạch

Kết luận

- Có rất nhiều nguyên nhân gây đau ngực
- Nhận biết nhanh các trường hợp cần nhập viện ngay lập tức
- Điều trị ĐTNỔĐ cần phối hợp điều trị thuốc và thay đổi lối sống.
- Thuốc: ASA, statin, chẹn beta, ức chế canxi.

CHÂN THÀNH CẢM ƠN