

BỆNH VIỆN NGUYỄN TRI PHƯƠNG

KHOA NỘI TIM MẠCH



PHÁC ĐỒ

**CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ
BỆNH TIM MẠCH THƯỜNG GẶP**

2015

Tài liệu lưu hành nội bộ

MỤC LỤC

	Trang
1. Mục lục	1
2. Tăng Huyết áp	2
3. Điều trị Tăng Clolesterol máu	4
4. Suy Tim Mạn	6
5. Suy Tim với Chức năng Tâm thu Thất trái Bảo tồn	8
6. Viêm Màng Ngoài Tim Cấp và Viêm Màng Ngoài Tim Tái hồi	9
7. Dự phòng Viêm Nội Tâm Mạc Nhiễm Khuẩn	11
8. Viêm Nội Tâm Mạc Nhiễm Khuẩn	12
9. Viêm Cơ Tim cấp và Viêm Cơ Tim Tối cấp	15
10. Ngất	17
11. Thấp tim	19
12. Đánh giá nguy cơ tim mạch chu phẫu ngoài tim	22

TĂNG HUYẾT ÁP

Chẩn đoán:

Huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg

Huyết áp được đo sau khi ngồi/nằm nghỉ 10ph.

Cần lưu ý đến tuổi, giới tính, bệnh kèm theo và các yếu tố khác

Điều trị: HA đích và thuốc sử dụng tùy thuộc nhiều yếu tố:

- **Khi nào khởi sự điều trị và HA đích cần đạt:**
 - BN ≥ 60 T, khởi sự điều trị bằng thuốc khi HATT ≥ 150 mmHg hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, và đạt HA đích là HATT < 150 mmHg và HATTr < 90 mmHg (A)
 - BN < 60 T, khởi sự điều trị bằng thuốc khi HATTr > 90 mmHg và đạt HA đích là < 90 mmHg (30-59T (A), 18-29T (E))
 - BN < 60 T, khởi sự điều trị bằng thuốc khi HATT ≥ 140 mmHg và đạt HATT đích là < 140 mmHg (E)
 - BN ≥ 18 T bị bệnh thận mạn, khởi sự điều trị bằng thuốc khi HATT ≥ 140 mmHg hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, và đạt HA đích là HATT < 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg (E)
 - BN ≥ 18 T bị ĐTD, khởi sự điều trị khi HATT ≥ 140 mmHg hoặc HATTr ≥ 90 mmHg, và đạt HA đích là HATT < 140 mmHg và HATTr < 90 mmHg (E)
- **Thuốc được chọn:** tùy thuộc nhiều yếu tố: chủng tộc, bệnh lý nền, bệnh lý kèm theo...
 - BN không phải người gốc Phi, kể cả có ĐTD: khởi đầu với thuốc lợi tiểu thiazide, thuốc chẹn kênh calci, thuốc UCMC, thuốc kháng TTAT (B)
 - BN người gốc Phi, kể cả có ĐTD: khởi đầu với thuốc lợi tiểu thiazide, thuốc chẹn kênh calci
 - BN ≥ 18 T bị bệnh thận mạn: điều trị cần có thuốc UCMC hoặc kháng TTAT
- **Theo dõi và đánh giá trị liệu:** Mục tiêu là đạt được và duy trì được HA đích:
 - Cần có thời gian để thuốc có đủ tác dụng (2-3t)
 - Nếu chưa đạt được HA đích:
 - Tăng liều thuốc đối với đơn trị liệu
 - Thêm 1 thuốc thứ hai, và thứ 3 nếu cần,
 - Nếu các thuốc được khuyến cáo (thiazide, UCMC, chẹn kênh calci, KTTAT) có CCD hoặc có TD phụ, hoặc phải cần hơn 3 thuốc, có thể thêm 1 thuốc nhóm khác
- **Chiến lược điều trị:** 3 chiến lược:
 - Tối đa liều thuốc đầu tiên trong đơn trị liệu trước khi thêm thuốc thứ hai
 - Thêm thuốc thứ hai trước khi thuốc thứ nhất đạt liều tối đa
 - Khởi đầu cùng lúc 2 thuốc riêng rẽ hoặc dùng viên kết hợp (viên kết hợp được ưa chuộng hơn)
- **Các nhóm thuốc được khuyến cáo sử dụng trong điều trị THA:**
 - **Nhóm thuốc lợi tiểu:** thiazide, indapamide...
 - **Nhóm thuốc ức chế men chuyển:** như Captopril, Enalapril, Lisinopril, Ramipril, Perindopril, benazepril, Imidapril...
 - **Nhóm thuốc kháng thụ thể angiotensin:** như Losartan, Valsartan, Candesartan, Telmisartan, Irbesartan...
 - **Nhóm thuốc chẹn kênh calci:** như Amlodipin, Nifedipine LA/LP, Diltiazem SR/LP, Clinidipin...
 - **Nhóm thuốc chẹn beta:** hiện không được khuyến cáo là thuốc hàng đầu trong điều trị THA

đơn thuần. Tuy nhiên vẫn là thuốc được chọn trong một số bệnh cảnh như suy tim, bệnh mạch vành, hội chứng cường giao cảm, cường giáp... Những thuốc thường dùng như Carvedilol, Metoprolol, Bisoprolol, Atenolol, Propranolol...

- **Nhóm thuốc khác:** như Methyl dopa, Rilmenidine, Hydralazine...
- **Viên kết hợp:** những kết hợp thường dùng: UCMC + chẹn kênh canxi như Perindopril/Amlodipin, Lisinopril/Amlodipin, Enalapril/Diliazem...; UCMC + lợi tiểu như Lisinopril/thiazide, Quinapril/thiazide...; KTTAT + chẹn kênh canxi như Losartan/Amlodipin, telmisartan/amlodipin, valsartan/amlodipin...; KTTAT + lợi tiểu như losartan/thiazide, Telmisartan/thiazide...; KTTAT + chẹn kênh canxi + Lợi tiểu như Vasartan/amlodipin/thiazide

1. Paul A. James, MD et al. 2014 Evidence-Based Guideline for the Management of High Blood Pressure in Adults Report From the Panel Members Appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014;311(5):507-520.
2. Lawrence R. Krakoff, MD, Robert L. Gillespie, MD, Keith C. Ferdinand, MD, Icilma V. Ferg, MD, Ola Akinboboye, MD, MBA, Kim A. William, MD, C. Noel Bairey Merz, MD, Carl J. Pepine, MD. 2014 Hypertension Recommendations From the Eighth Joint National Committee Panel Members Raise Concerns for Elderly Black and Female Populations. JACC. VOL. 64, NO. 4, 2014.

ĐIỀU TRỊ TĂNG CHOLESTEROL MÁU NHẪM LÀM GIẢM NGUY CƠ TIM MẠCH¹⁻³

Đánh giá nguy cơ: dựa vào Thang điểm mới của AHA (tham khảo thêm trên trang web của AHA/ACC <http://my.americanheart.org/cvriskcalculator>), bao gồm các yếu tố:

Giới tính (nam/nữ)

Tuổi

Chủng tộc (Mỹ gốc Phi/Da trắng/chủng tộc khác)

Cholesterol toàn phần (mg/dL)

HDL-C (mg/dL)

HATT (mmHg)

Điều trị THA (có/không)

ĐTĐ (có/không)

Thuốc lá (có/không)

Thang điểm cho phép tính được nguy cơ tim mạch trong 10 năm: <7.5% = thấp; ≥ 7.5% = cao

Điều trị:

- Trị liệu Statin cho thấy làm giảm các biến cố bệnh tim mạch do xơ vữa (BTMXV) ở những bn có LDL-C ≥ 70mg/dL
- **Trị liệu Statin cường độ trung bình** (làm giảm LDL-C 30-50%) hay **trị liệu Statin cường độ mạnh** (làm giảm LDL-C ≥ 50%) là điều tối hậu trong việc làm giảm nguy cơ BTMXV.
- 4 nhóm bệnh nhân mà lợi ích của việc làm giảm nguy cơ BTMXV lớn hơn nguy cơ tác dụng phụ của thuốc:
 1. Có BTMXV về lâm sàng (tiền sử có BTTMCB hay TBMMN).
 2. Có LDL-C ≥ 190mg/dL.
 3. Có ĐTĐ, tuổi 40-75T với LDL-C 70-189mg/dL và không có BTMXV.
 4. Không có BTMXV về lâm sàng hoặc ĐTĐ với LDL-C 70-189mg/dL và nguy cơ BTMXV 10 năm ≥ 7.5%.
- Trị liệu Statin cường độ mạnh cho những bn nhóm 1 và 2
- Trị liệu Statin cường độ trung bình cho những bn nhóm 3 và 4
- Các Statin và liều lượng được khuyến cáo: các Statin và liều lượng được in đậm đã được công nhận qua các RCT, các Statin được in nghiêng được USFDA công nhận nhưng chưa được kiểm chứng qua các RCT.
 - **Trị liệu statin cường độ mạnh:**
 - **Atorvastatin 40-80mg/ng:** liều 40mg khi không dung nạp được liều 80mg/ng
 - **Rosuvastatin 20 (40)mg/ng**
 - **Trị liệu statin cường độ trung bình:**
 - **Atorvastatin 10 (20)mg/ng**
 - **Rosuvastatin (5) 10mg/ng**
 - **Simvastatin 20-40mg/ng**
 - **Pravastatin 40 (80)mg/ng**
 - **Lovastatin 40mg/ng**
 - *Fluvastatin XL 80mg/ng*
 - **Fluvastatin 40mg x 2/ng**
 - *Pitavastatin 2-3mg/ng*

- **Trị liệu cường độ nhẹ:**
 - *Simvastatin 10 mg/ng*
 - **Pravastatin 10– 20 mg/ng**
 - **Lovastatin 20 mg/ng**
 - *Fluvastatin 20 – 40 mg/ng*
 - *Pitavastatin 1 mg/n*

1. Stone NJ, et al. 2013 ACC/AHA Blood Cholesterol Guideline. *Circulation*. 2013;00:000–000.
2. Kevin M. Johnson, MD, David A. Dowe, MD. Accuracy of Statin Assignment Using the 2013 AHA/ACC Cholesterol Guideline Versus the 2001 NCEP ATP III Guideline. *JACC*. VOL. 64, NO. 9, 2014
3. David C. Goff, Jr, et al. 2013 ACC/AHA Guideline on the Assessment of Cardiovascular Risk. *Circulation*. 2013; 00:000 – 000.

SUY TIM MẠN¹⁻⁷

Phân loại mới về suy tim của ACCF/AHA:

- GD A: BN có nguy cơ cao bị suy tim nhưng ko có bằng chứng có bệnh tim thực thể
- GD B: BN có bệnh tim thực thể nhưng ko có những dấu chứng hay triệu chứng của suy tim.
- GD C: BN có những dấu chứng hay triệu chứng trước đó hay hiện tại của suy tim.
- GD D: BN suy tim trợ cần những can thiệp đặc biệt.

Xử trí suy tim GD A và B:

- Cần phát hiện sớm BN ở GD A và B để can thiệp sớm nhằm làm giảm bệnh suất và tử suất về lâu dài của suy tim
- Bệnh mạch vành, THA và ĐTĐ là 3 YTNC chính gây suy tim (tham khảo phác đồ xử trí các bệnh trên).
- Thuốc ức chế men chuyển và thuốc chẹn beta là trị liệu nền tảng đối với BN ở GD B.

Xử trí suy tim GD C:

- **Trị liệu không bằng thuốc:** Giáo dục BN là một trong những biện pháp quan trọng nhất trong xử trí suy tim: BN phải hiểu rõ vai trò của việc tuân thủ điều trị thuốc, hạn chế muối (<3g/ng), hoạt động thể lực, thực hiện nếp sống lành mạnh, giảm cân.
- **Trị liệu bằng thuốc:**
 - **Thuốc ức chế men chuyển: Làm giảm hậu tải và tiền tải.** Dùng cho mọi BN suy tim. Làm giảm tỷ lệ tử vong và nhập viện ở BN suy tim với CNTTTT giảm.
 - Captopril: khởi đầu 6.25mg x 3/ng. Liều đích 50mg x 3/ng hoặc
 - Lisinopril: Khởi đầu 2.5-5mg/ng. Liều đích 20-40mg/ng hoặc
 - Enalapril: Khởi đầu 2.5mg x 2/ng. Liều đích 10-20mg x 2/ng hoặc
 - Ramipril: liều đích 5-10mg/ng hoặc
 - các thuốc khác cùng nhóm có chỉ định trong điều trị suy tim.
 - **Thuốc chẹn beta: Nhiều cơ chế tác dụng.** Dùng cho mọi BN. Cải thiện triệu chứng và làm giảm tỷ lệ tử vong ở BN suy tim với CNTTTT giảm. Các thuốc đã được công nhận:
 - Carvedilol: Khởi đầu 3.125mg x 2/ng. Liều đích 25mg x 2/ng hoặc
 - Metoprolol succinate: khởi đầu 12.25mg/ng. Liều đích 200mg/ng hoặc
 - Bisoprolol: khởi đầu 1.25mg/ng. Liều đích 10mg/ng hoặc
 - Nebivolol: 5-10mg/ng. Mặc dù có một số tác dụng thuận lợi trong suy tim nhưng không thể được coi là tương đương với các thuốc chẹn beta điều trị suy tim hiện hành, và chưa được FDA công nhận.
 - **Thuốc kháng thụ thể Angiotensin: Làm giảm hậu tải và tiền tải tương tự ức chế men chuyển..** Chỉ sử dụng khi ko dung nạp được thuốc ức chế men chuyển. Một số thuốc đã được chứng minh làm cải thiện tử vong:
 - Candesartan: liều khởi đầu 4-8mg/ng. Liều đích 32mg/ng.
 - Valsartan: 20-40mg x 2/ng. Liều đích 160mg x2/ng.
 - Losartan: liều khởi đầu 25-50mg/ng. Liều được chứng minh làm giảm tỷ lệ tử vong 150mg/ng.
 - **Thuốc kháng Aldosterol: Làm giảm xơ hóa cơ tim, lợi tiểu, giữ kali....**Dùng cho mọi BN. Làm giảm tỷ lệ tử vong và tỷ lệ nhập viện.
 - Spironolacton: Khởi đầu 15-25mg/ng. Có thể tăng đến 50mg/ng.
 - ...
 - **Thuốc lợi tiểu quai: Làm tăng thải nước và Na, làm giảm tiền tải (?).** không làm giảm bệnh suất và tử suất nhưng có thể làm giảm triệu chứng ở BN suy tim, đặc biệt ở BN có biểu hiện ứ huyết.
 - Furosemide: 20-40mg chia 2 lần/ng. Có thể đến 600mg/ng.
 - Một số thuốc lợi tiểu khác...
 - **Thuốc giãn tĩnh mạch:** Các dẫn xuất Nitrate: làm giảm tiền tải và một phần hậu tải. Không làm giảm tỷ lệ tử vong. Dùng để làm giảm triệu chứng ứ huyết phổi.
 - Isosorbide dinitrate: liều đích 80mg SR x 3/ng.
 - Isosorbide mononitrate: liều đích 120-240mg/ng.

- **Digoxin:** theo một số nghiên cứu gần đây, digoxin có thể làm tăng tỷ lệ tử vong ở BN suy tim, kể cả ở BN rung nhĩ.
 - **Phối hợp Hydralazine-Nitrate:** cho thấy làm cải thiện triệu chứng và giảm tỷ lệ tử vong ở người Mỹ gốc Phi.
1. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs104
 2. Anna Maria Rusconi,•Elisa Ceriani, Gruppo di Autoformazione Metodologica (GrAM). Ivabradine added to guidelines-based therapy in systolic heart failure patients. Intern Emerg Med (2011) 6:259–260
 3. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation 2013;128:e240-e327
 4. Faiz Subzposh, MD, Ashwani Gupta, MBBS, Shelley R. Hankins,MD, Howard J. Eisen,MD, FACC, FAHA, FACP. Management of ACCF/AHA Stage A and B Patients. Cardiol Clin 32 (2014) 63–71.
 5. Sasikanth Adigopula, MD, Rey P. Vivo, MD, Eugene C. DePasquale, MD, Ali Nsair, MD, Mario C. Deng, MD, FESC. Management of ACCF/AHA Stage C Heart Failure. Cardiol Clin 32 (2014) 73–93.
 6. Inger Ekman, Olivier Chassany, Michel Komajda, Michael Bo, Jeffrey S. Borer, Ian Ford, Luigi Tavazzi, and Karl Swedberg. Heart rate reduction with ivabradine and health related quality of life in patients with chronic heart failure: results from the SHIFT study. European Heart Journal (2011) 32, 2395–2404
 7. Mitesh Shah, MBBS, MSc et al. Relation of DigoxinUse in Atrial Fibrillation and the Risk of All-Cause Mortality in Patients ≥ 65 Years of Age With Versus Without Heart Failure. Am J Cardiol 2014;114:401-406

SUY TIM VỚI CHỨC NĂNG TÂM THU THẤT TRÁI BẢO TỒN¹⁻⁷

Chẩn đoán:

- LS: có triệu chứng suy tim (khó thở...) thường xảy ra sau gắng sức hoặc quá tải dịch, cơn THA nặng, TMCT cấp... Cũng có thể xảy ra lúc nghỉ khi bệnh tiến triển.
- CLS: có bằng chứng CN tâm thu thất trái bảo tồn hoặc bình thường ($EF \geq 50\%$) và CN tâm trương thất trái bị rối loạn dựa trên siêu âm hoặc thông tim.

Điều trị:

- Tỷ lệ tái nhập viện ở bn ST với CNTTTT bảo tồn và ST với CNTTTT giảm là như nhau. Những trị liệu ở bệnh nhân ST với CNTTTT bảo tồn cho đến hiện nay chưa cho thấy cải thiện tỉ lệ tử vong, chủ yếu là giảm triệu chứng và nâng cao chất lượng cuộc sống.
- Mục tiêu điều trị bao gồm:
 - Giảm quá tải dịch với thuốc lợi tiểu. Dùng đường TM hoặc uống tùy độ nặng triệu chứng LS.
 - Kiểm soát HA
 - Kiểm soát tần số tim:
 - Ở bn nhịp xoang: giữ TS tim < 70/ph: UC beta, UC canxi, Ivabradine
 - Ở bn rung nhĩ: giữ TS thất # 80-110/ph với UC beta, UC canxi, digoxin hoặc chuyển nhịp bằng thuốc (amiodarone, dronedarone) hoặc sốc điện.
 - Tầm soát và tối ưu hóa điều trị bệnh nền như: Tăng huyết áp, Thiếu máu cơ tim, ĐTD, Bệnh thận mạn, BPTNM, Thiếu máu thiếu sắt, Hội chứng ngưng thở khi ngủ.
 - Các thuốc như UCMC, UCTT, UC canxi, UC beta không được khuyến cáo như là trị liệu chính ở bn ST với CNTTTT bảo tồn mà chỉ có vai trò trong việc tối ưu hóa điều trị bệnh nền.
 - Thuốc kháng aldosteron (spironolacton 25 mg/ngày) ở bn ST với CNTTTT bảo tồn có thể làm giảm tỉ lệ tái nhập viện (theo NC TOPCAT)
 - Thuốc ức chế kênh If (Ivabradine 5mg x2/ngày) cho thấy có cải thiện áp lực đổ đầy thất trái và khả năng gắng sức.
 - Thuốc ức chế phosphodiesterase-5 (Sildenafil) có hiệu quả ở bn ST với CNTTTT bảo tồn **có tăng áp phổi.**
 - LCZ696 là một trị liệu hứa hẹn trong tương lai. (NC PARAMOUNT...)
 - Ngoài ra cần thay đổi lối sống: hạn chế muối, giảm cân, hoạt động thể lực có kiểm soát.

1. Management strategies for heart failure with Preserved Ejection Fraction, Heart Failure Clin 10 2014, 591-598
2. Current Therapeutic Approach in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, Heart Failure Clin 10 2014, 525-538
3. Effect of If channel Inhibition on Hemodynamic status and exercise tolerance in Heart Failure with Preserved Ejection Fraction, a randomized trial, JACC, vol.62, No. 15, 2013.
4. ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure 2012. European Heart Journal doi:10.1093/eurheartj/ehs104
5. 2013 ACCF/AHA Guideline for the Management of Heart Failure. Circulation 2013;128:e240-e327.
6. Bertram Pitt, M.D et al. Spironolacton for Heart Failure with Preserved Ejection Fraction. N Engl J Med 2014; 370:1383-1392.
7. Solomon SD et al. The Angiotensin Receptor Neprilysin Inhibitor LCZ696 in Heart Failure with Preserved EF: A Phase 2 double-blind Randomised Controlled Trial. The Lancet, Volume 380, Issue 9851, Pages 1387 - 1395, 20 October 2012.

VIÊM MÀNG NGOÀI TIM CẤP VÀ VIÊM MÀNG NGOÀI TIM TÁI HỒI

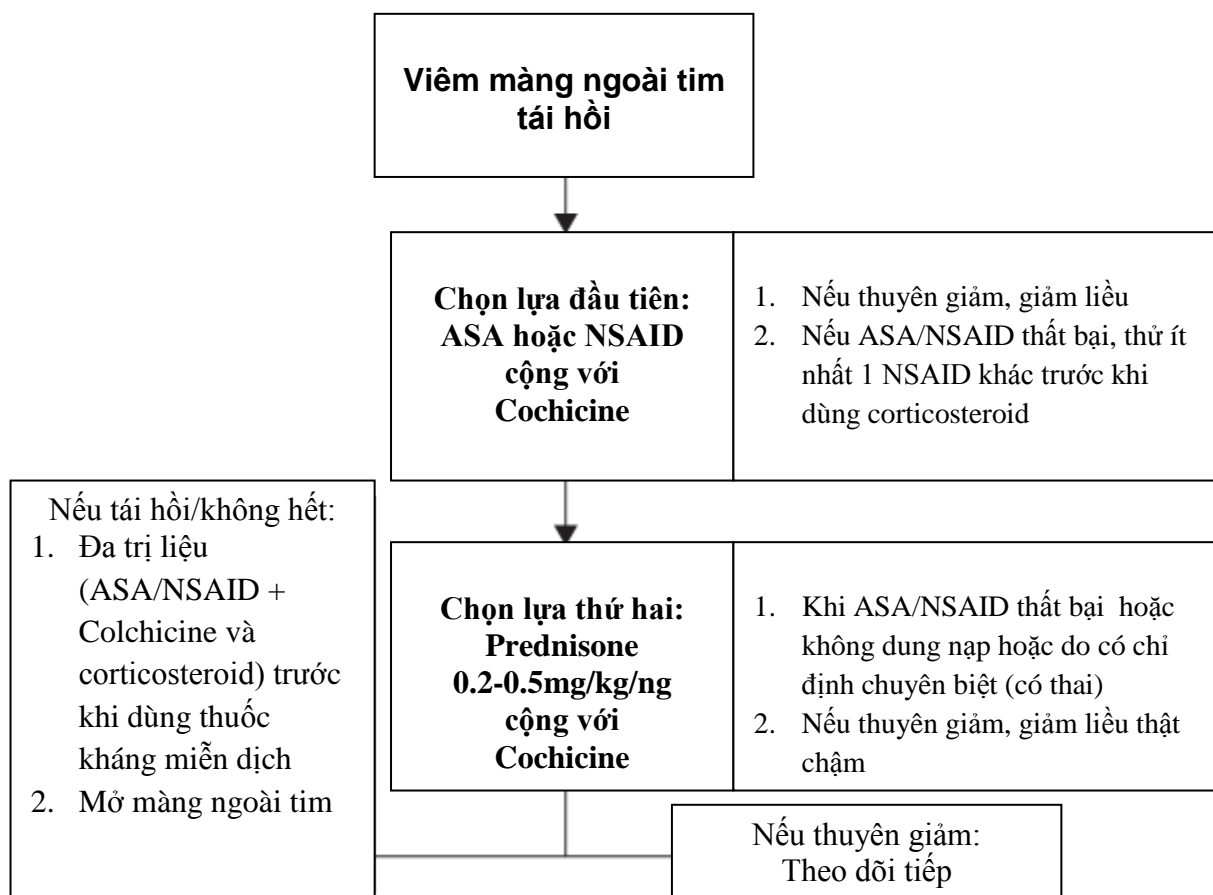
Chẩn đoán:

- Lâm sàng: Đau ngực vùng trước tim hoặc sau xương ức, có thể lan đến các vùng kế cận. Thường kèm theo sốt nhẹ, thở nhanh, khó thở, ho... Nghe tim có thể TS tim nhanh, tiếng cơ màng tim. Huyết động học có thể ổn, hoặc có thể bất ổn khi có chèn ép tim (HA thấp/kẹp, mạch nghịch...)
- Cận lâm sàng:
 - ECG có ST chênh lên tất cả các đạo trình...
 - Siêu âm tim có thể thấy dịch màng tim, dấu hiệu chèn ép tim...
 - X-quang ngực trong trường hợp dịch màng tim >250mL có thể thấy bóng tim to...
 - Xét nghiệm: HB, creatinine máu, ion đồ, CRP, men tim, men gan,,,

Điều trị:

- Điều trị nguyên nhân: là điều trị chính
- Điều trị làm giảm triệu chứng: điều trị bằng thuốc:
 - Aspirin dùng cho những bn đang dùng aspirin như thuốc chống KTTC:
 - Aspirin: 1000mg x 3/ng, giảm 500mg sau mỗi tuần, rồi ngưng,hoặc
 - Thuốc kháng viêm không steroid, làm giảm đau ngực 85-90% trường hợp, dùng trong 7-14ng
 - Ibuprofen: 600mg x 3/ng, giảm 200mg sau mỗi 1t, rồi ngưng, hoặc
 - Indomethacine: 50mg x 3/ng, giảm liều 25mg mỗi 1t, rồi ngưng, hoặc
 - Naproxen: 550mg x 2, giảm liều dần rồi ngưng
 - Colchicine dùng đơn thuần hay kết hợp với NSAIDS, nhất là trong VMNT tái hồi. Dùng 3th với VMNT cấp hoặc 6-12th với VMNT tái hồi:
 - <70Kg: 0.5mg/ng
 - >70Kg: 0.5mg x 2/ng
 - Suy giảm CN thận: 0.25-0.3mg/ng hoặc 0.5-0.6mg/2-3ng
 - Tránh dùng trong bệnh lý gan mật nặng
 - Corticosteroid: không nên dùng (vì có thể dẫn tới VMNT tái hồi). Ngoại trừ cho những nguyên nhân chuyên biệt, hoặc không đáp ứng, hoặc có chống chỉ định với NSAIDS và/hoặc colchicine
 - Prednisone: 0.2-0.5mg/Kg/ng và giảm liều dần
- Chọc dẫn lưu dịch màng tim: trong trường hợp chèn ép tim và/hoặc lấy dịch làm xét nghiệm chẩn đoán nguyên nhân.
- Azathioprine và các thuốc ức chế miễn dịch khác: có thể dùng cho những trường hợp "kháng trị"
 - Azathioprine: 2mg/Kg/ng
 - Những thuốc khác như: cyclophosphamide, cyclosporine, methotrexate, hydroxychloroquine, immunoglobulin, anakinra...
- Điều trị ngoại khoa: Cắt bỏ màng tim (Pericardiectomy): trong trường hợp TDMT lượng lớn, VMNT co thắt, TDMT tái hồi thường xuyên...

- Lưu đồ xử trí cho VMNT tái hồi



1. Massimo Imazio. Treatment of Recurrent Pericarditis Tratamiento de la pericarditis recurrente. *Rev Esp Cardiol.* 2014; 67(5):345–348.
2. Sean Spangler, MD; Chief Editor: Richard A Lange, MD. Acute Pericarditis. *emedicine.medscape* Updated: Oct 6, 2014
3. Massimo Imazio, Enrico Cecchi, Salvatore Ierna and Rita Trincherio, on behalf of the CORP Investigators. CORP (COLchicine for Recurrent Pericarditis) and CORP-2 trials – two randomized placebo-controlled trials evaluating the clinical benefits of colchicine as adjunct to conventional therapy in the treatment and prevention of recurrent pericarditis: study design and rationale. *Journal of Cardiovascular Medicine* 2007, 8 :830–834.
4. Lilly LS. Treatment of acute and recurrent idiopathic pericarditis. *Circulation.* 2013;127:1723–6.
5. Imazio M. Treatment of recurrent pericarditis. *Expert Rev Cardiovasc Ther.* 2012;10:1165–72.
6. Bhardwaj R, Berzinger C, Miller C, Hobbs G, Gharib W, Beto RJ, et al. Differential diagnosis of acute pericarditis from normal variant early repolarization and left ventricular hypertrophy with early repolarization: an electrocardiographic study. *Am J Med Sci.* Jan 2013;345(1):28-32.
7. Markel G, Imazio M, Brucato A, et al. Prevention of recurrent pericarditis with colchicine in 2012. *Clin Cardiol.* Mar 2013;36(3):125-8.
8. Alabed S, Cabello JB, Irving GJ, et al. Colchicine for pericarditis. *Cochrane Database Syst Rev.* Aug 28 2014;8:CD010652.
9. Imazio M, Brucato A, Cemin R, et al. Colchicine for Recurrent Pericarditis (CORP) A Randomized Trial. *Ann Intern Med.* Oct 4 2011;155(7):409-414
10. Imazio M, Trincherio R, Brucato A, Rovere ME, Gandino A, Cemin R, et al. COLchicine for the Prevention of the Post-pericardiotomy Syndrome (COPPS): a multicentre, randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Eur Heart J.* Nov 2010;31(22):2749-54.

DỰ PHÒNG VIÊM NỘI TÂM MẠC

Thể loại viêm nội tâm mạc nhiễm trùng:

- VNTMNT trên van người tim trái
- VNTMNT trên van nhân tạo tim trái
- VNTMNT trên van tim phải
- VNTMNT trên dụng cụ (điện cực tạo nhịp/phá rung, có hay không có bệnh van tim)

Chỉ định điều trị dự phòng VNTMNT:

1. Bệnh nhân có nguy cơ cao nhất bị VNTMNT: 3 nhóm:
 - BN có nguy cơ cao nhất: van tim/dụng cụ nhân tạo
 - BN có tiền sử VNTMNT
 - BN bị bệnh tim bẩm sinh, nhất là BTBC phức tạp
2. Thủ thuật có nguy cơ cao nhất:
 - Thủ thuật răng có nguy cơ: như thủ thuật vùng nướu răng, quanh chóp răng... và ở những bn thuộc nhóm BN có nguy cơ cao nhất: 1 liều duy nhất 30-60ph trước thủ thuật:
 - Amoxicillin hoặc Ampicillin 2g uống/TM (50mg/Kg ở trẻ em)
 - Cefazolin hoặc ceftriaxone 1g TB/TM (50mg/Kg ở trẻ em)
 - Clindamycin nếu dị ứng với penicillin: 600mg uống/TM (20mg/Kg ở trẻ em)
 - Azithromycin nếu dị ứng với penicillin: 500mg uống (15mg/Kg ở trẻ em)
 - Những thủ thuật có nguy cơ khác: không có bằng chứng huyết nhiễm (bacteremia) từ các thủ thuật đường hô hấp, tiêu hóa, niệu dục, da hoặc cơ gây ra VNTMNT, vì thế không khuyến cáo điều trị dự phòng.
4. ESC Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). European Heart Journal (2009) 30, 2369–2413).
5. ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease. Circulation. 2008;118:887-896.

VIÊM NỘI TÂM MẠC NHIỄM TRÙNG¹⁻⁴

Là một tình trạng nhiễm khuẩn của nội tâm mạc hoặc lớp viên bên trong của tim.

Chẩn đoán:

1. Chẩn đoán theo tiêu chuẩn Duke cải biên:

- Viêm nội tâm mạc xác định:
 - Tiêu chuẩn Bệnh lý học:
 - Vi khuẩn được tìm thấy trong cấy máu hoặc trong mô học của một nốt sùi, một sùi gây thuyên tắc, hoặc mẫu áp xe trong tim; hoặc
 - Các tổn thương mô học, nốt sùi hoặc áp xe trong tim xác định bởi xét nghiệm mô học cho thấy là viêm nội tâm mạc đang hoạt động
 - Tiêu chuẩn lâm sàng:
 - 2 tiêu chuẩn chính; hoặc
 - 1 tiêu chuẩn chính và 3 tiêu chuẩn phụ; hoặc
 - 5 tiêu chuẩn phụ
- Viêm nội tâm mạc có thể:
 - 1 tiêu chuẩn chính và 1 tiêu chuẩn phụ; hoặc
 - 3 tiêu chuẩn phụ
- Viêm nội tâm mạc loại trừ:
 - Có chẩn đoán khác giải thích chắc chắn cho biểu hiện nghi ngờ VNTMNK; hoặc
 - Mất hội chứng VNTMNK với kháng sinh ≤ 4 ng; hoặc
 - Không có bằng chứng về bệnh lý học của VNTMNK của phẫu thuật hoặc sinh thiết, với kháng sinh trị liệu < 4 ng; hoặc
 - Không có tiêu chuẩn có thể nào kể trên

2. Tiêu chuẩn Duke cải biên:

- Tiêu chuẩn chính:
 - Cấy máu dương tính cho VNTMNK:
 - Những vi khuẩn điển hình của VNTMNK từ 2 mẫu cách nhau: Viridans streptococci, *Streptococcus bovis*, Nhóm vi khuẩn HACEK (*Haemophilus aphrophilus*, *Actinobacillus actinomycetemcomitans*, *Cardiobacterium hominis*, *Eikenella corrodens*, *Kingella kingae*), **Staphylococcus aureus**; hoặc enterococci mắc phải cộng đồng mà không có ổ NK nguyên phát; hoặc
 - Những vi khuẩn của VNTMNK từ những mẫu cấy máu dương tính tồn tại: ít nhất có 2 mẫu cấy máu dương tính lấy cách nhau > 12 giờ; hoặc tất cả 3 mẫu hoặc phần lớn của ≥ 4 mẫu lấy cách nhau (mẫu thứ nhất và mẫu cuối cách nhau ít nhất 1 giờ)
 - **1 mẫu duy nhất (+) với *Coxiella burnetii* hoặc anti-phase 1 IgG $> 1:800$**
 - Bằng chứng của tổn thương VNTMNK:
 - Siêu âm tim (+): khối di động trên van tim hoặc tổ chức dưới van trong đường đi của dòng hở, hoặc trên dụng cụ cấy ghép, hoặc áp xe, hoặc hở quanh van một phần mới xuất hiện của van nhân tạo, hoặc hở van mới xuất hiện
- Tiêu chuẩn phụ:
 - Bệnh lý tim có sẵn
 - Có đường truyền TM
 - $T^0 > 38^0$
 - CRP/VS tăng
 - Những hiện tượng ở mạch máu: thuyên tắc nặng ĐM, nhồi máu phổi nhiễm khuẩn, phình mạch do VNTM, XH nội sọ, XH kết mạc, tổn thương Janeway.
 - Những hiện tượng về miễn dịch: viêm đài bể thận, nốt Osler, đốm Roth, và yếu tố thấp
 - Bằng chứng về vi sinh: cấy máu (+) nhưng không đạt tiêu chuẩn hoặc bằng chứng về huyết thanh học của một nhiễm khuẩn đang hoạt động với vi khuẩn của VNTM
 - Tiêu chuẩn về siêu âm tim không phù hợp với tiêu chuẩn chính

Điều trị: Chỉ nêu một số tình huống thường gặp:

1. Streptococci đường răng miệng và Streptococci nhóm D:

a. Nhạy cảm với Penicillin (MIC < 0.125mg/L)

i. Trị liệu cơ bản:

1. Penicillin G: 12-18Tđv/ng (TE 200.000đv/Kg/ng) TM chia 6l x 4 tuần; hoặc
2. Amoxicillin: 100-200mg/Kg/ng (TE 300mg/Kg/ng) TM chia 4-6l x 4 tuần; hoặc
3. Ceftriaxone: 2g/ng (TE 100mg/Kg/ng) TM x 4 tuần

ii. Trị liệu ngắn hạn 2 tuần: khi VNTMNK trên van tự nhiên không biến chứng:

1. Penicillin G: 12-18Tđv/ng (TE 200.000đv/Kg/ng) TM chia 6l x 2 tuần; hoặc
2. Amoxicillin: 100-200mg/Kg/ng (TE 300mg/Kg/ng) TM chia 4-6l x 2 tuần; hoặc
3. Ceftriaxone: 2g/ng (TE 100mg/Kg/ng) TM

cộng với

Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB hoặc Netilmicin 4-5mg/Kg/ng TM x 2 tuần

iii. Dị ứng với betalactam:

1. Vancomycin: 30mg/Kg/ng (TE 30-40mg/Kg/ng chia 2-3l/ng) TM chia 2l/ng x 4 tuần

b. Kháng tương đối với Penicillin (MIC 0.125-2mg/L)

i. Trị liệu cơ bản:

1. Penicilline G: 24Tđv/ng TM chia 6l/ng x 4 tuần; hoặc
2. Amoxicillin 200mg/Kg/ng TM chia 4-6l/ng x 4 tuần

cộng với

Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB x 2 tuần

ii. Dị ứng với betalactam:

1. Vancomycin 30mg/Kg/ng TM chia 2l/ng x 4 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB x 2 tuần

2. Staphylococcus:

a. Van tự nhiên:

i. Nhạy cảm methicillin:

1. (Flu)cloxacillin hoặc Oxacillin 12g/ng (TE 200mg/Kg/ng) TM chia 4-6l/ng x 4-6 tuần + Gentamicin 3mg/Kg/ng (TE 3mg/Kg/ng) chia 2-3l/ng x 3-5 ngày.

ii. Dị ứng Penicillin hoặc kháng methicillin:

1. Vancomycin 30mg/Kg/ng TM chia 2l/ng x 4-6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng chia 2-3l/ng x 3-5 ngày.

b. Van nhân tạo:

i. Nhạy cảm methicillin:

1. (Flu)cloxacillin hoặc Oxacillin 12g/ng (TE 200mg/Kg/ng) TM chia 4-6l/ng x ≥ 6 tuần + Rifampicin 1200mg/ng TM/uống chia 2l/ng (TE 20mg/Kg/ng chia 3l/ng) x ≥ 6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng chia 2-3l/ng x 2 tuần

ii. Dị ứng penicillin và kháng methicillin:

1. Vancomycin 30mg/Kg/ng TM chia 2l/ng x ≥ 6 tuần + Rifampicin 1200mg/ng TM/uống chia 2l/ng x ≥ 6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng chia 2-3l/ng x 2 tuần

3. Enterococcus spp:

- a. Nhạy với beta-lactam và gentamycin:
 - i. Amoxicillin 200mg/Kg/ng (TE 300mg/Kg/ng) TM chia 4-6l/ng x 4-6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB chia 2-3l/ng (TE 3mg/Kg/ng chia 3l/ng) x 4-6 tuần; hoặc
 - ii. Ampicillin 200mg/Kg/ng (TE 300mg/Kg/ng) TM chia 4-6l/ng x 4-6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB chia 2-3l/ng (TE 3mg/Kg/ng chia 3l/ng) x 4-6 tuần; hoặc
 - iii. Vancomycin 30mg/Kg/ng TM chia 2l/ng (TE 40mg/Kg/ng chia 2-3l/ng) x 6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB chia 2-3l/ng

4. Điều trị theo kinh nghiệm trước khi có, hoặc không xác định được bệnh nguyên:

- a. Van tự nhiên:
 - i. Ampicillin-Sulbactam 12g/ng chia 4-6l/ng x 4-6 tuần hoặc Amocicilli-Clavulanate 12g/ng chia 4-6l/ng X 4-6 tuần + Gentamycin 3mg/Kg/ng TM/TB chia 2-3l/ng; hoặc
 - ii. Vancomycin + Gentamycin + Ciprofloxacin 1000mg/ng uống chia 2l/ng hoặc 800mg/ng TM chia 2l/ng (không dung nạp beta-lactam)
- b. Van nhân tạo < 12 th sau phẫu thuật:
 - i. Vancomycin x 6 tuần + Gentamicin x 2 tuần + Rifampicin x 6 tuần
- c. Van nhân tạo > 12 sau phẫu thuật: điều trị như van tự nhiên

1. ESC Guidelines on the prevention, diagnosis, and treatment of infective endocarditis (new version 2009). European Heart Journal (2009) 30, 2369–2413).
2. ACC/AHA 2008 Guideline Update on Valvular Heart Disease. Circulation. 2008;118:887-896.
3. Gould FK, Denning DW, Elliott, et al. Guidelines for the diagnosis and antibiotic treatment of endocarditis in adults: a report of the Working Party of the British Society for Antimicrobial Chemotherapy. The Journal of antimicrobial chemotherapy. 2012;67(2):269–89.
4. Andrew Wang, MD. Recent Progress in the Understanding of Infective Endocarditis. Curr Treat Opt CV Med. 2011; DOI 10.1007/s11936-011-0146-5.

VIÊM CƠ TIM CẤP VÀ VIÊM CƠ TIM TỐI CẤP¹⁻⁴

Chẩn đoán:

- **Lâm sàng:** có thể biểu hiện với nhiều bệnh cảnh:
 - Bệnh cảnh của một nhiễm siêu vi (hô hấp, tiêu hóa...) đơn thuần
 - HCVC với mạch vành đồ bình thường. Thời gian vài giờ đến vài ngày
 - Suy tim với kích thước tim bình thường hoặc thất trái giãn và RL HDH < 2t
 - Suy tim với thất trái giãn và có các RL nhịp thất mới xuất hiện, bloc NT độ cao, hoặc không đáp ứng với trị liệu thông thường trong vòng 1-2 tuần, xảy ra trong vài tuần/tháng
 - Suy tim với thất trái giãn mà không có các RL nhịp thất hay bloc NT độ cao mới có, trong vài tuần/tháng
 - Suy tim với tăng bạch cầu ái toan, bất kể thời gian
 - Suy tim với thất trái giãn và có các RL nhịp thất, bloc NT độ cao mới xuất hiện, hoặc không đáp ứng với trị liệu thông thường trong vòng 1-2 tuần. Thời gian trong nhiều tháng
 - Suy tim với thất trái giãn mà không có các RL nhịp thất hay bloc NT độ cao mới xuất hiện. Thời gian trong nhiều tháng
 - Viêm cơ tim tối cấp nói lên tính chất của diễn tiến lâm sàng hơn là nói về bệnh nguyên. Viêm cơ tim tối cấp có thể dẫn tới tử vong nhanh chóng hoặc hồi phục hoàn toàn

- **Cận lâm sàng:**
 - Men tim tăng trong một số ít bn nhưng có thể giúp xác định chẩn đoán Troponin I có độ chuyên cao, 89% nhưng độ nhạy thấp 34%. Troponin I tăng thường gặp hơn CK-MB trong VCT cấp.
 - ECG: nhịp xoang nhanh với bất thường không đặc hiệu ST-T. Có khi có ST chênh lên, ST chênh xuống, Q bệnh lý và bloc nhánh trái
 - Siêu âm tim: Tăng thể tích và biến dạng hình cầu thất trái, RL co bóp vùng/toàn bộ, biểu hiện của các bệnh cơ tim giãn, phì đại, hạn chế. VCT tối cấp có thể phân biệt với VCT cấp ở buồng thất trái nhỏ hơn và bề dày thành tim cao hơn
 - MRI tim: giúp chẩn đoán với độ chính xác cao
 - Sinh thiết nội tâm mạc: độ chính xác trong chẩn đoán cao nhưng ít có ứng dụng lâm sàng
 - Không khuyến cáo xét nghiệm phát hiện virus một cách thường quy

Điều trị: chủ yếu là điều trị triệu chứng và nâng đỡ

- Suy tim:
 - Nếu có suy CNTT: điều trị với UC men chuyển, chẹn beta, spironolacton, lợi tiểu...
 - Nếu EF ≤ 35% kéo dài, một số tác giả khuyến cáo đặt máy TN/PR ngay, và nếu có kết hợp với bloc nhánh trái thì điều trị tái đồng bộ tim
 - Nếu HDH không ổn hoặc sốc tim:
 - Điều trị với thuốc vận mạch/tăng co. Nên phối hợp dobutamin và noradrenalin, và nên dùng sớm khi có những triệu chứng của tiền sốc
 - Đặt bóng nội ĐMC (IABP), Percutaneous extracorporeal membrane oxygenation, dụng cụ hỗ trợ tâm thất (VAD)... là những biện pháp nhằm hỗ trợ tuần hoàn tạm thời trong giai đoạn cấp
- Hỗ trợ hô hấp trong trường hợp suy hô hấp-tuần hoàn
- Đặt máy tạo nhịp tạm thời trong trường hợp có bloc tim
- Amiodaron trong trường hợp có các RLNT có triệu chứng hay Nhịp nhanh thất kéo dài
- Hạn chế hoạt động thể lực trong GD cấp và trong vài tháng sau đó
- Trị liệu kháng virus: không được khuyến cáo vì không đủ dữ liệu
- Thuốc kháng viêm không steroid: không được khuyến cáo, và có thể có hại

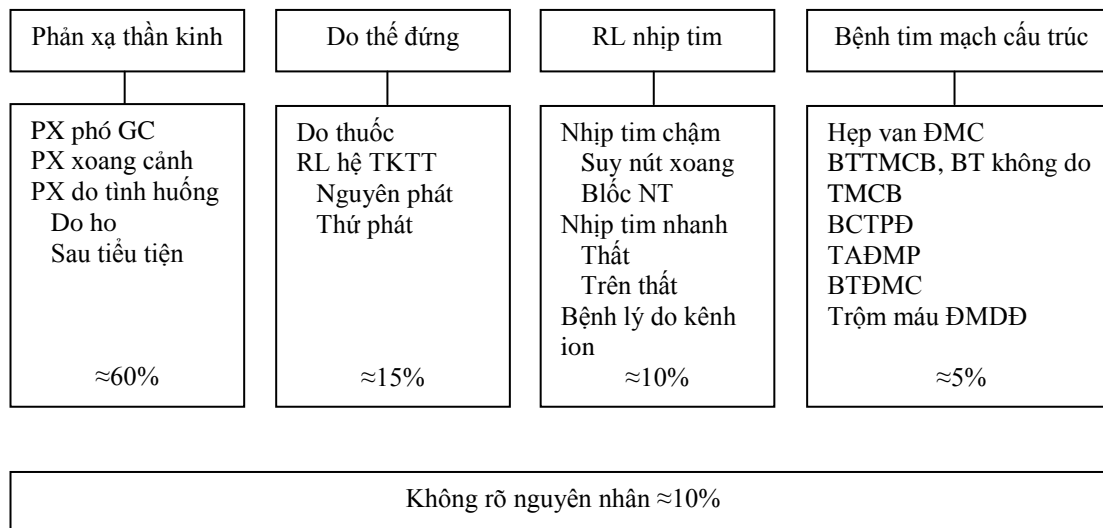
- Thuốc ức chế miễn dịch: không đủ bằng chứng để khuyến cáo sử dụng corticosteroid hay các thuốc UCMD khác. Theo kinh nghiệm, 1 bệnh cảnh duy nhất có thể cho phép sử dụng corticosteroid (1mg/Kg/ng trong 4t và giảm liều trong 5th) + azathioprin trong 6th là viêm cơ tim tối cấp với suy CNTT nặng và RL HĐH.

1. Leslie T. Cooper, Jr., M.D. Myocarditis. *N Engl J Med* 2009;360:1526-38.
2. Bernhard Maisch & Volker Ruppert & Sabine Pankuweit. Management of fulminant myocarditis: A diagnosis in search of its etiology but with therapeutic options. *Curr Heart Fail Rep* (2014) 11:166–177.
3. Maya Guglin, MD, PhD, Leel akrishna Nallamshetty, MD. Myocarditis: Diagnosis and Treatment. *Curr Treat Options CV Med* 2012. DOI 10.1007/s11936-012-0204-7.
4. Frustaci A, Russo M A, Chim enti C. Randomized study on the efficacy of immuno suppressive therapy in patients with virus-negative inflammatory cardiomyopathy: the TIMIC study. *Eur Heart J*. 2009; 30:1995– 2002.

NGẤT - TIẾP CẬN BỆNH NHÂN TẠI PHÒNG CẤP CỨU¹⁻³

Ngất là tình trạng mất ý thức tạm thời (T-LoC) do giảm lưu lượng máu não cấp thời. Do nhiều nguyên nhân gây ra với những nguy cơ khác nhau.

PHÂN LOẠI VÀ NHỮNG NGUYÊN NHÂN CHÍNH



PHÂN TẦNG NGUY CƠ TẠI PHÒNG CẤP CỨU

1. Bước 1: Xác định bệnh nhân bị ngất: 3 yếu tố cần xác định:

1. Phân biệt Ngất với những bn bị mất ý thức tạm thời không phải ngất
2. Phân biệt Ngất với những bn bị té ngã (falls)
3. Xác định biện pháp xử trí đối với bn gần ngất (near syncope)

2. Bước 2: Loại trừ những nguyên nhân có thể dẫn tới tình trạng LS xấu đi nhanh chóng

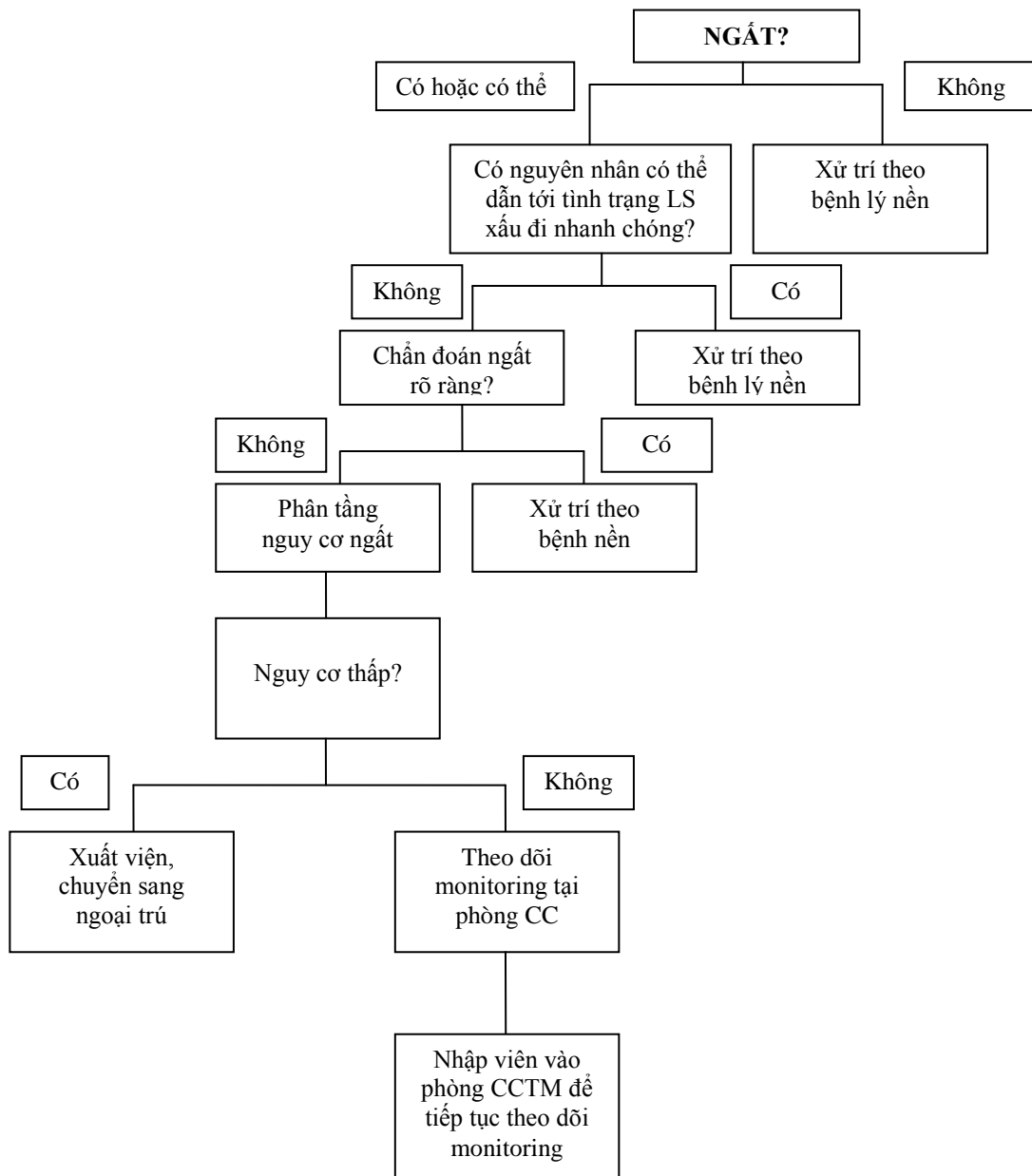
1. Tim mạch: RLNT (nhịp nhanh thất, blocs NT, QT dài, Brugada), Thiếu máu cơ tim, bệnh van tim, bóc tách ĐMC, chèn ép tim...
2. Xuất huyết nặng: chấn thương, tiêu hóa, ..
3. Thuyên tắc phổi
4. Xuất huyết dưới màng nhện

3. Bước 3: Phân tầng bn ngất theo nguy cơ: Ngất không rõ nguyên nhân thường gặp vì vậy cần phải cố gắng tìm nguyên nhân và phân tầng nguy cơ. Dựa vào bệnh sử và đặc tính của ngất. Phân tầng nguy cơ có thể đạt được với kinh nghiệm lâm sàng hoặc bằng cách sử dụng các quy tắc hoặc các thang điểm nguy cơ phù hợp

1. Quy tắc SFSR (San Francisco Syncope Rule) là quy tắc duy nhất đã được phê chuẩn. Dựa vào 5 yếu tố, có 1 trong các yếu tố này là có nguy cơ cao (độ nhạy 98% và độ chuyên 56% đối với các biến cố bất lợi trong 30ng):
 - Tiền sử suy tim ứ huyết
 - Hematocrit <30%
 - ECG bất thường hoặc thay đổi so với trước
 - Thở nhanh nông
 - HATT <90mmHg

2. Quy tắc và thang điểm OESIL (Osservatorio Epidemiologico sulla Sincope del Lazio). Mỗi yếu tố 1đ, ≤ 1 đ=nguy cơ thấp, >1 đ=nguy cơ cao:
- Tiền sử bệnh tim mạch
 - ECG bất thường
 - Tuổi >65
 - Không có các tiền triệu

LƯU ĐỒ CHẨN ĐOÁN NGẤT VÀ PHÂN TẦNG NGUY CƠ



1. Giorgio Costantino, MD et al. Syncope Risk Stratification in the Emergency Department. *Cardiol Clin* 31 (2013) 27–38.
2. David G. Benditt, MD et al. Approach to the Patient with Syncope Venues, Presentations, Diagnoses. *Cardiol Clin* 31 (2013) 9–25.
3. Angel Moya et al. Guidelines for the diagnosis and management of syncope. *European Heart Journal* (2009) 30, 2631–2671.

THẤP TIM CẤP¹⁻³

Là một bệnh gây ra do một phản ứng đối với một nhiễm khuẩn do Streptococcus nhóm A. Phản ứng này gây ra một đáp ứng viêm toàn thân, cấp tính và một bệnh trạng đánh vào các cơ quan đích bao gồm tim, khớp, não và da. Thấp cấp thường không để lại di chứng ở não, khớp hay da, nhưng có thể gây ra những tổn thương tồn tại ở tim và được gọi là bệnh tim do thấp.

I. Dự phòng sơ cấp thấp tim cấp:

- Mục tiêu: hạn chế xuất độ bệnh bằng cách kiểm soát nguyên nhân và các yếu tố nguy cơ. Tập trung cả vào toàn bộ quần thể lẫn cá thể có nguy cơ cao (trong cộng đồng có tần suất thấp tim ở trẻ em 5-14T cao).
- Kháng sinh trị liệu đối với viêm họng do streptococcus (chỉ nêu những thuốc có tại VN):
 - Benzathine benzylpenicillin:
 - Người lớn 900mg TB
 - Trẻ em:
 - >20kg: 900mg
 - 15-<20kg: 675mg
 - 10-<15kg: 450mg
 - 6-<10kg: 337.5mg
 - 3-<6kg: 225mg
 - Macrolide khi dị ứng với PNC: Erythromycine
 - Người lớn: 500mg x 2/ng x 10ng.
 - Trẻ em: 12.5mg/kg x 2/ng x 10ng
 - Những thuốc macrolide mới cũng có hiệu quả nhưng cần thêm dữ liệu chứng minh.
 - Cephalosporin thế hệ 1 và 2 dùng ngắn hạn cũng có hiệu quả nhưng cần thêm dữ liệu chứng minh.

II. Chẩn đoán thấp tim cấp:

- Chẩn đoán chính xác là quan trọng. Chủ yếu dựa vào lâm sàng
- Chẩn đoán:
 - Chẩn đoán xác định đợt thấp tim cấp đầu tiên: 2 tc chính hoặc 1 tc chính và 2 tc phụ cộng với bằng chứng của nhiễm streptococcus nhóm A trước đó
 - Chẩn đoán xác định đợt tái hồi ở bn đã từng bị thấp tim cấp hoặc bệnh tim do thấp: 2 tc chính hoặc 1 tc chính và 1 tc phụ hoặc 3 tc phụ cộng với bằng chứng của nhiễm streptococcus nhóm A trước đó
 - Chẩn đoán có thể (đợt đầu tiên hoặc tái hồi): bệnh cảnh LS rơi vào 1 tc chính hoặc 1 tc phụ, hoặc kết quả HT học streptococcus âm tính nhưng chẩn đoán thấp tim là phù hợp nhất
- Tiêu chuẩn chẩn đoán:
 - Các tiêu chuẩn chính:
 - Viêm tim (bao gồm cả bằng chứng dưới lâm sàng của viêm van tim do thấp trên siêu âm)
 - Viêm đa khớp hoặc viêm 1 khớp vô khuẩn hoặc đau đa khớp
 - Múa vờn (Chorea)

- Hồng ban vòng
- Nốt (cục) dưới da
- Các tiêu chuẩn phụ:
 - Đau 1 khớp
 - Sốt
 - VS \geq 30mm/h hoặc CRP \geq 30mg/l
 - PR kéo dài
- Bằng chứng của nhiễm streptococcus: HT Δ tăng:

Nhóm tuổi (năm tuổi)	Giới hạn trên (U/mL)	
	ASO	Anti-DNase B
▪ 1-4	170	366
▪ 5-14	276	499
▪ 15 -24	238	473
▪ 25-34	177	390
▪ \geq 35	127	265

III. **Xử trí thấp tim cấp:** mọi bn nghi ngờ thấp tim cấp phải được nhập viện.

- 1) Với mọi trường hợp:
 - Benzathine penicilline G TB 1 liều duy nhất:
 - 900mg (1.200.000đv) \geq 20kg
 - 450mg (600.000đv) <20kg. Hoặc
 - Erythromycin uống 10ng:
 - Người lớn 500mg x 2/ng
 - Trẻ em 12.5mg/kg x 2/ng
- 2) Với viêm khớp và sốt:
 - Trước khi có chẩn đoán:
 - Paracetamol 60mg/kg/ng chia 4-6l
 - Codein 0.5-1mg/kg mỗi 4-6h
 - Khi đã có chẩn đoán:
 - Aspirin: khởi đầu 50mg/kg/ng tăng liều đến 100mg/kg/ng chia 4l/ng. giảm liều dần và ngưng khi hết triệu chứng trong 1-2 tuần, hoặc
 - Naproxen: 10-20mg/kg/ng (tối đa 1250mg) chia 2l/ng. Giảm liều dần như với aspirin, hoặc
 - Ibuprofen: 30mg/kg/ng (tối đa 1600mg) chia 3l/ng. Giảm liều dần như với aspirin.
- 3) Với múa vờn: ko cần điều trị. Có thể dùng :
 - Carbamazepine: 7-20mg/kg/ng chia 3l/ng hoặc
 - Valproic acid: 15-20mg/kg/ng chia 3l/ng.
- 4) Với viêm tim/suy tim:
 - Nằm nghỉ
 - Siêu âm tim khẩn cấp
 - Điều trị suy tim: lợi tiểu, UCMC, nitrat
 - Glucocorticoid nếu viêm tim nặng:

- Prednisone: 1-2mg/kg/ng (tối đa 80mg). Nếu dùng >1t, giảm liều 20-25% mỗi tuần.
- Sốc điện nếu RL nhịp thất, rung nhĩ có RLHĐH

IV. Dự phòng thứ cấp thấp tim cấp

- Dự phòng những đợt thấp tim cấp sau đó
- Benzathine penicillin định kỳ là biện pháp duy nhất cho thấy lợi ích về hiệu quả và chi phí-hiệu quả
 - BPG:
 - >20kg: 900mg (1.200.000đv) TB/3-4t
 - <20kg: 450mg (600.000đv) TB/3-4t
 - Erythromycin: 250mg x 2/ng
- Thời gian điều trị dự phòng: tối thiểu 10 năm sau đợt thấp tim cấp gần nhất hoặc cho tới 21 tuổi (hoặc hơn)

1. Drugs Used in The Treatment of Steptococcal Pharyngitis and Prevention of Rheumatic Fever. WHO 1999.
2. The Australian guideline for prevention, diagnosis and management of acute rheumatic fever and rheumatic heart disease (2nd edition). 2012.
3. Jeffrey L. Anderson et al. 2014 AHA/ACC Guideline for the Management of Patients With Valvular Heart Disease. J Am Coll Cardiol 2014;63:e57 –185.

ĐÁNH GIÁ NGUY CƠ TIM MẠCH CHU PHẪU THUẬT NGOÀI TIM^{1,2}

Quy trình đưa ra bao gồm việc đánh giá nguy cơ của bản thân loại phẫu thuật và đánh giá nguy cơ của tình trạng bệnh lý đi kèm ngoài bệnh lý cần phẫu thuật của bệnh nhân. Qua việc đánh giá này sẽ có được nguy cơ chung của cuộc phẫu thuật và từ đó sẽ cân nhắc trong việc quyết định chỉ định phẫu thuật.

CHỈ SỐ NGUY CƠ TIM MẠCH (theo Lee và cs): 6 yếu tố:

- Phẫu thuật có nguy cơ cao: các phẫu thuật trong lồng ngực, các phẫu thuật trong ổ bụng hoặc các phẫu thuật mạch máu phần trên vùng bẹn
- Bệnh tim thiếu máu cục bộ: tiền sử NMCT, có sóng Q bệnh lý trên ECG
- Suy tim ứ huyết
- Tiền sử TBMMN
- ĐTĐ cần điều trị với insulin
- Creatinin tiền phẫu >2mg/dL (>170mcM/ml hoặc Crcl<60ml/p)

Mỗi YTNC =1đ. Nguy cơ thấp: 0đ=nhóm I (NC=0.4%), 1đ=nhóm II (NC=1%). Nguy cơ trung bình: 2đ=nhóm III (NC=7%). Nguy cơ cao: ≥3đ=nhóm IV (NC=11%).

QUY TRÌNH KHÁM VÀ ĐÁNH GIÁ TIỀN PHẪU:

1. KHÁM LÂM SÀNG:

- 1) Hỏi bệnh sử
- 2) Khám tổng quát các cơ quan bộ phận, đặc biệt các bệnh lý tim mạch kèm theo, cần phát hiện:
 - i. HCV không ổn định
 - ii. Suy tim mất bù
 - iii. RLNT nặng: BNT II ty1p II, BNT III, các RLN thất có triệu chứng.
 - iv. Bệnh van tim nặng có triệu chứng

2. KHUYẾN CÁO CẬN LÂM SÀNG CHU PHẪU:

- 1) Xét nghiệm thường quy:
 - i. Huyết đồ
 - ii. Đường huyết đói. HbA1c cho bn có tiền căn ĐTĐ
 - iii. Creatinin máu
 - iv. Điện giải đồ có Mg, Ca
 - v. AST, ALT
 - vi. CK, CK-MB, Troponin I
- 2) Điện tâm đồ cho mọi bn
- 3) Holter điện tâm đồ cho bn có tiền sử RLNT, nghi ngờ có RLNT hoặc có RLNT trên điện tâm đồ cơ bản
- 4) Điện tâm đồ gắng sức (Stress testing ECG) cho bn nghi ngờ có bệnh lý ĐMV
- 5) Siêu âm doppler tim cho tất cả bn ≥45T, cho những bn nghi ngờ hoặc đã xác định có bệnh tim thực thể
- 6) Siêu âm doppler mạch máu chi dưới cho tất cả những bn trước và sau phẫu thuật chỉnh hình phải nằm bất động >3ng hoặc nghi ngờ bị huyết khối TM sâu

- 7) MSCT ĐMV cho những bn $\geq 65T$, những bn nghi ngờ hoặc đã xác định có bệnh ĐMV hoặc có những yếu tố nguy cơ bệnh ĐMV cao
- 8) Siêu âm doppler ĐM cảnh cho những bn có tiền sử TBMMN

3. KHUYẾN CÁO ĐIỀU TRỊ CHU PHẪU:

- 1) Điều trị ổn định bệnh nền trước phẫu thuật để giảm các biến cố chu phẫu
- 2) Điều trị dự phòng các biến cố tim mạch chu phẫu

KẾT LUẬN:

1. Không phẫu thuật được trước khi thực hiện các khuyến cáo về điều trị chu phẫu.
 2. Phẫu thuật được với mức độ nguy cơ thấp/trung bình/cao.
-
1. Lee TH, Marcantonio ER, Mangione CM, et al. Derivation and prospective validation of a simple index for prediction of cardiac risk of major noncardiac surgery. *Circulation* 1999; 100:1043–1049.
 2. Lee A, Fleisher et al. 2014 ACC/AHA Guideline on Perioperative Cardiovascular Evaluation and Management of Patients Undergoing Noncardiac Surgery. *J Am Coll Cardiol*. 2014, 14; S0735-1097.