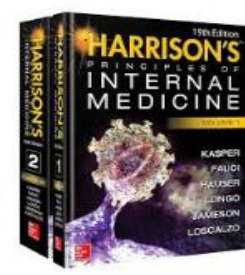




TẬP BÀI GIẢNG BỆNH LÝ HỌC PTH 350



MỤC LỤC

1. BỆNH LÝ & THUỐC DỊ ỨNG-MIỄN DỊCH

1.1 Đ. cương B. lý Dị ứng – Miễn dịch	03
1.2 Các bệnh dị ứng	51
1.3 Lupus ban đỏ hệ thống	78
1.4 Xơ cứng bì hệ thống	100
1.5 Viêm khớp dạng thấp	117

2. BỆNH LÝ & THUỐC HÔ HẤP

2.1 Đại cương bệnh lý hệ hô hấp	145
2.2 Các bệnh tai mũi họng	168
2.3 Viêm phế quản cấp	192
2.4 Viêm phế quản mạn	202
2.5 Viêm phổi	216
2.6 Hen phế quản	238
2.7 Bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính	290

3. BỆNH LÝ & THUỐC TIM MẠCH

3.1 Đại cương bệnh lý về tim mạch	334
3.2 Suy tim	362
3.3 Tăng huyết áp	403
3.4 Thấp tim	442

4. BỆNH LÝ & THUỐC TIÊU HÓA

4.1 Đại cương bệnh lý tiêu hoá	467
4.2. Loét dạ dày - tá tràng	502
4.3 Xơ gan	542
4.4 Ap xe gan do amip	566
4.5 Sỏi mật	586
4.6 Tiêu chảy và táo bón	616
4.7 Bệnh nhiễm khuẩn đg tiêu hóa	643

5. BỆNH LÝ & THUỐC TIẾT NIỆU

5.1 Đại cương bệnh lý tiết niệu	689
5.2 Viêm cầu thận cấp	713
5.3 Hội chứng thận hư	731
5.4 Suy thận cấp	748
5.5 Suy thận mạn	770
5.6 Sỏi tiết niệu	801
5.7 Nhiễm khuẩn tiết niệu	826

6. BỆNH LÝ & THUỐC NỘI TIẾT

6.1 Đái tháo đường	850
6.2 Bệnh lý tuyến giáp	893
6.3 Bệnh lý vỏ thượng thận	942

7. BỆNH LÝ & THUỐC VỀ MÁU, TẠO MÁU

7.1 Đại cương về máu và cơ quan tạo máu	969
7.2 Thiếu máu	998
7.3 Xuất huyết	1034
7.4 Các bệnh bạch cầu	1061

8. BỆNH LÝ & THUỐC TRỊ NHIỄM TRÙNG

8.1 Bệnh sinh các bệnh nhiễm trùng	1079
8.2 Bệnh lao	1117
8.3 HIV.AIDS	1154
8.4 Các bệnh lây qua đường tình dục	1191
8.5 viêm gan do virus	1276
8.6 Sốt xuất huyết Dengue	1303

9. BỆNH LÝ & THUỐC THẦN KINH

9.1 Đại cương bệnh lý hệ thần kinh	1341
9.2 Động kinh	1388
9.3 Bệnh Parkinson	1423
9.4 Tai biến mạch não	1441

10. BỆNH LÝ & THUỐC TRỊ UNG THƯ, YHCT

10.1 Ung thư và thuốc điều trị	1491
10.2 YHCT và thuốc cổ truyền Việt Nam	1538
10.3 Ngộ độc & quá liều thuốc	1579



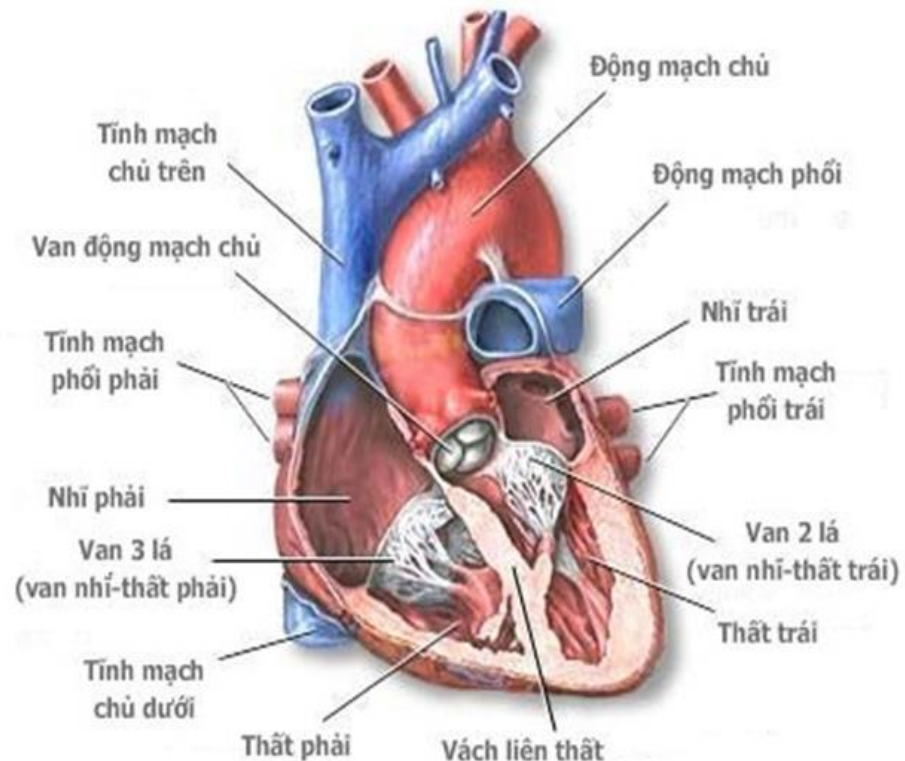
ĐẠI CƯƠNG BỆNH LÝ VỀ TIM MẠCH

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Hiểu được khái niệm một số triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch.
2. Hiểu được khái niệm một số tiếng tim bất thường.

Nội dung:

1. Giải phẫu ~ sinh lý
 - 1.1 tim
 - 1.2 Mạch máu
2. Một số triệu chứng
 - 2.1 Khó thở
 - 2.2 Đau ngực
 - 2.3 Ngất lịm
 - 2.4 Phù
 - 2.5 Tím tái
 - 2.6 Đau chi
 - 2.7 Hội chứng Raynaud
 - 2.8 Các triệu chứng khác
3. Một số tiếng tim
 - 3.1 Tiếng tim
 - 3.2 Tiếng thổi
 - 3.3 Tiếng co
4. Các bệnh thường gặp



1. Nhắc lại giải phẫu sinh lý hệ tim mạch

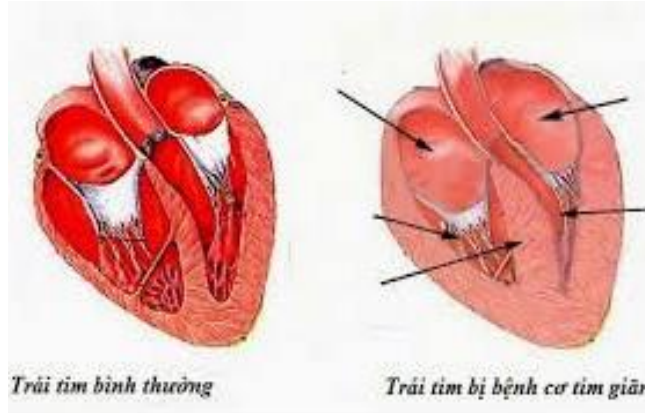
1.1 Tim

Tim là một khối cơ rỗng...

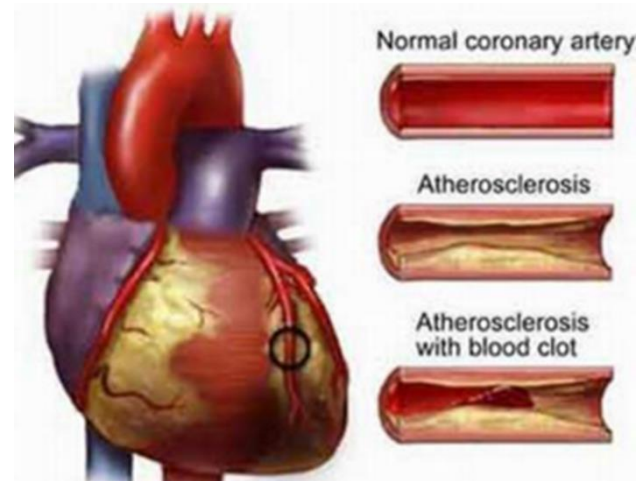
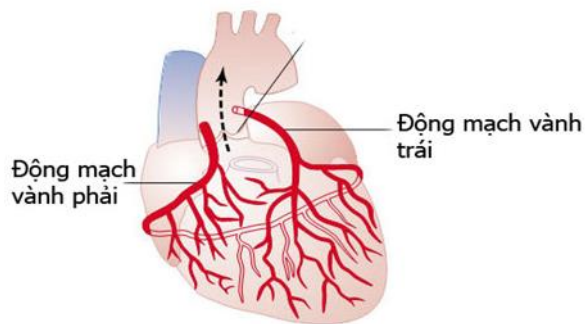
Tim được chia làm 4 ngăn ...

Các van tim ...

Cấu tạo màng ngoài tim, cơ tim, màng trong tim



Cung cấp máu cho tim ...

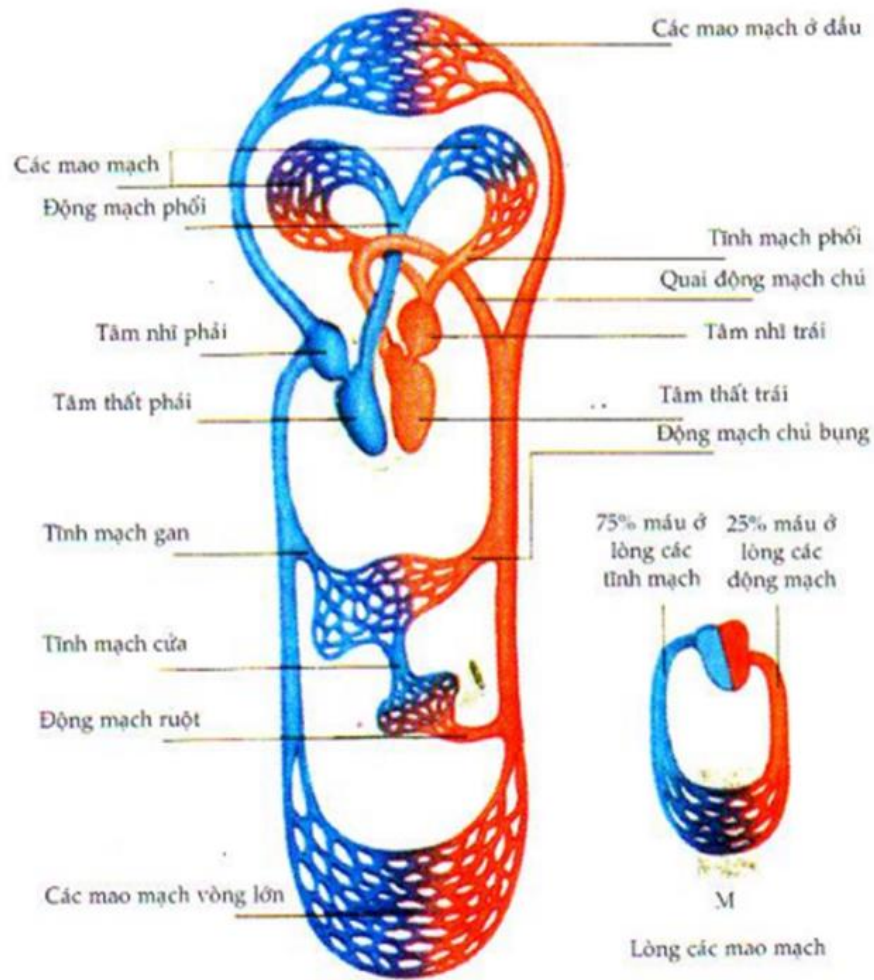


1.2 Mạch máu

Động mạch ...

Tĩnh mạch ...

Mao mạch ...



2. Một số triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch

Các triệu chứng biểu hiện bệnh lý hệ tim mạch trên lâm sàng rất phong phú, bao gồm các triệu chứng của tim, của động mạch, tĩnh mạch và các rối loạn vận mạch.

Không có triệu chứng nào là đặc hiệu, vì vậy việc chẩn đoán phải dựa vào bệnh cảnh lâm sàng và các xét nghiệm kèm theo.

Dưới đây là các triệu chứng thường gặp nhất



2.1. Khó thở:

- Là do thiếu oxy khi suy tim và cản trở trao đổi khí (O₂ và CO₂) giữa phế nang và mao mạch phổi.
- Khó thở sức; khi làm việc nhẹ; khi nghỉ ngơi; cơn khó thở kịch phát về ban đêm; khó thở khi hen tim, phù phổi cấp.
- Phân loại khó thở trong bệnh tim như sau:
 - + Độ 1: Khó thở khi gắng sức.
 - + Độ 2: Khó thở khi hoạt động bình thường so với lứa tuổi.
 - + Độ 3: Khó thở khi hoạt động nhẹ.
 - + Độ 3: Khó thở cả khi nghỉ ngơi và hoạt động rất nhẹ.



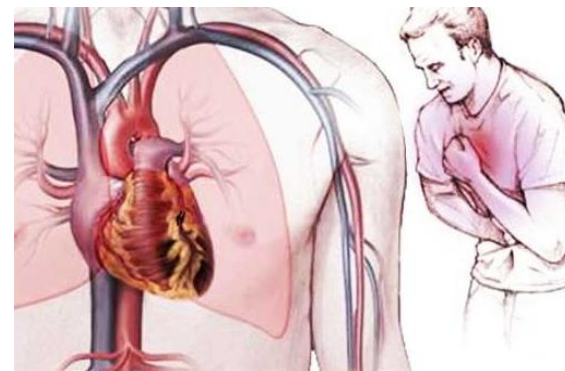
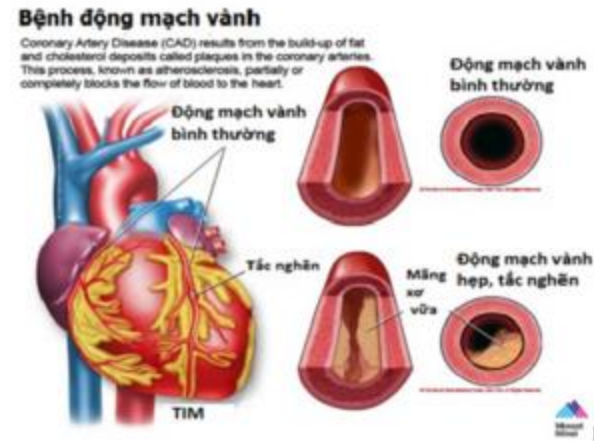
Phân loại mức độ khó thở theo Hội tim mạch New York (1997)

- Độ 1: Không hạn chế chút nào hoạt động thể lực.
- Độ 2: khó thở khi làm việc gắng sức nặng ở cuộc sống hàng ngày.
- Độ 3: Khó thở khi gắng sức hơi nhẹ, hạn chế nhiều hoạt động thể lực.
- Độ 4: Khó thở khi gắng sức nhẹ và/hoặc khó thở khi nghỉ.

2.2 Đau ngực:

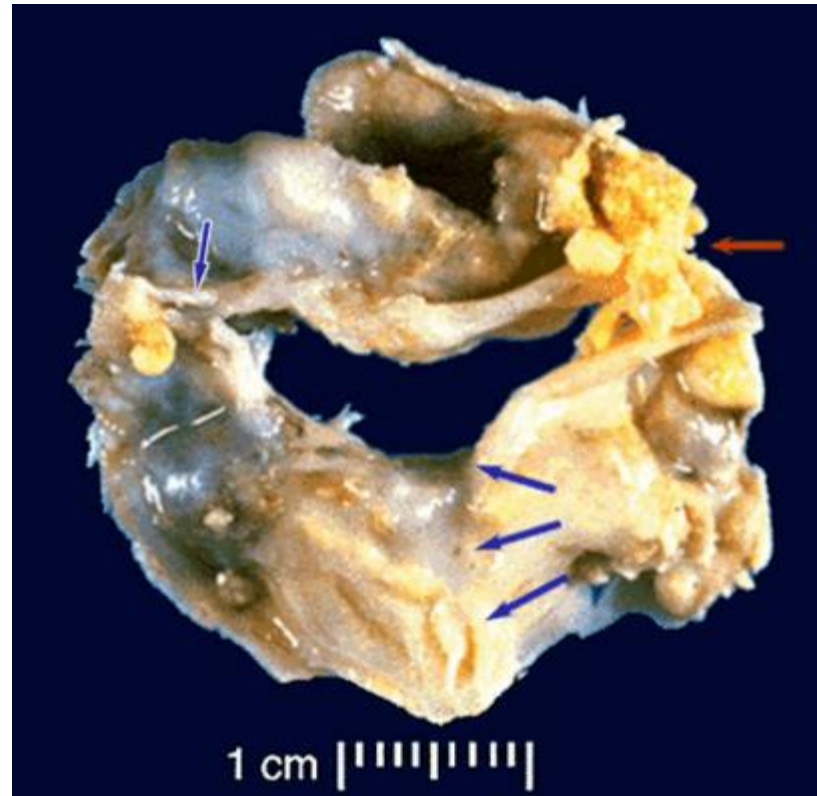
Đau vùng trước tim hay đau sau xương ức với nhiều tính chất khác nhau:

- Đau nhói như kim châm gặp trong rối loạn thần kinh tim, suy nhược thần kinh toàn hoàn.
- Đau thắt ngực: là cơn đau thắt bóp, nóng rát vùng ngực; có khi lan lên cổ, ra sau lưng, hoặc lan theo mặt trong cánh tay trái tưới đầu ngón tay số 5 bàn tay trái.
- Khi thiếu năng động mạch vành tim, cơn đau kéo dài 1 đến 15 phút và hết cơn đau khi dùng thuốc giãn động mạch vành tim (nitroglycerin 0,5 mg / 1 viên ngâm dưới lưỡi).
- Nếu đau thắt ngực do nhồi máu cơ tim cấp tính thì cơn đau ngực nặng hơn, thời gian kéo dài hơn (hơn 15 phút), các thuốc giãn động mạch vành không có tác dụng cắt cơn đau.



2.3 Ngất - lịm:

- Ngất là hiện tượng mất tri giác trong thời gian ngắn, tự hồi phục, có sự giảm rõ rệt hoạt động tuần hoàn và hô hấp trong thời gian đó.
- Nguyên nhân do giảm tạm thời dòng máu tới não, hay thành phần của máu tới não, hay gặp khi:
 - + Do bệnh tim mạch block nhĩ-thất độ II, III; hẹp khít lỗ van động mạch chủ; hẹp lỗ van 2 lá; hở van động mạch chủ...
 - + Cường phó giao cảm quá mức với nhịp quá chậm
 - + Tụt huyết áp thể đứng



2.4 Phù:

- Là hiện tượng ứ nước trong khoảng gian bào. Có nhiều nguyên nhân gây ra phù: bệnh thận, bệnh tim, suy gan, suy dinh dưỡng.
- Phù do tim thường là phù tím, mềm:
 - + Do suy tim phải, viêm tắc tĩnh mạch, do ứ trệ máu, tăng áp lực tĩnh mạch, tăng tính thấm thành mạch... Dịch thoát ra tổ chức kẽ gây phù.
 - + Phù 2 chi dưới tăng về chiều, kèm đái ít, về sau có cổ trướng, tràn dịch màng phổi, màng ngoài tim...
 - + Phù do viêm tắc tĩnh mạch chi dưới thường phù cứng, phù trắng; do tắc tĩnh mạch chủ trên thường có phù nửa người trên, kèm tuần hoàn bàng hệ nổi rõ nửa người trên.



2.5 Tím tái da và niêm mạc:

- Do thiếu oxy và tăng HbCO₂ trong máu, xuất hiện khi lượng Hb khử trong máu mao mạch > 3 mmol/l. Tím thường thấy rõ ở môi, niêm mạc miệng, móng và da.
- Tím trung tâm: Gặp khi có các bệnh tim bẩm sinh có luồng máu thông (shunt) từ phải sang trái (máu tĩnh mạch sang hòa vào máu động mạch). Ví dụ: tứ chứng Fallot... Ngoài ra còn gặp dấu hiệu móng tay khum dùi trống.
- Tím ngoại biên: phần lớn gặp do tuần hoàn bị chậm lại... khi suy tim nặng, viêm màng ngoài tim co thắt (hội chứng Pick).



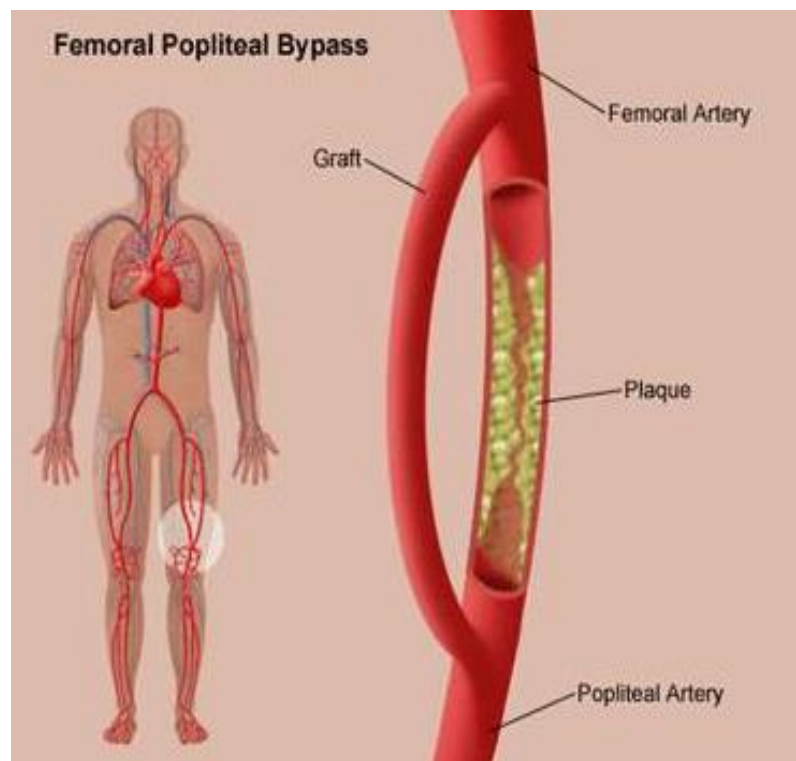
2.6 Đau chi dưới do thiếu máu cấp

Bệnh nhân đau đột ngột, dữ dội, liên tục ở bàn chân, cẳng chân, có thể lan lên đùi ~ tắc, hẹp nhánh lớn của động mạch chi dưới.

Đau dữ dội ngón chân, đỡ khi đặt chân thấp, ngón và gan chân tím đỏ hay có vân tím ~ tắc, hẹp nhánh động mạch đầu chi.

Cơ đau cách hồi

Là triệu chứng đau xảy ra khi đang đi lại, hết đau khi nghỉ ngơi. Vị trí đau tương ứng với vùng bắp chân và không lan ~ thường do viêm tắc động mạch chi dưới.



2.7 Hội chứng Raynaud

- Là cơn rối loạn vận mạch thường xảy ra khi bệnh nhân tiếp xúc với lạnh, biểu hiện ở các ngón tay và bàn tay, có thể cả ngón chân, bàn chân và mũi, có thể đối xứng hoặc không, môi chi hoặc cả 2 chi...
- Diễn biến thường theo 3 giai đoạn (Giai đoạn trắng nhợt - Giai đoạn xanh tím - Giai đoạn đỏ)
- Nguyên nhân: do dùng thuốc (chen beta...), bệnh xơ cứng bì, bệnh máu (đa hồng cầu, tăng tiểu cầu), viêm tắc động mạch, chèn ép bó mạch thần kinh hặc không rõ căn nguyên.



Một số triệu chứng khác

2.8 Mệt:

Không phải là dấu hiệu đặc trưng của bệnh tim mạch, có thể do giảm cung lượng tim hoặc do thuốc điều trị như giảm huyết áp do dùng thuốc hạ áp, mất nước điện giải do dùng thuốc lợi tiểu...

2.9 Đái ít:

Hay gặp trên bệnh nhân suy tim do giảm lưu lượng máu qua thận...

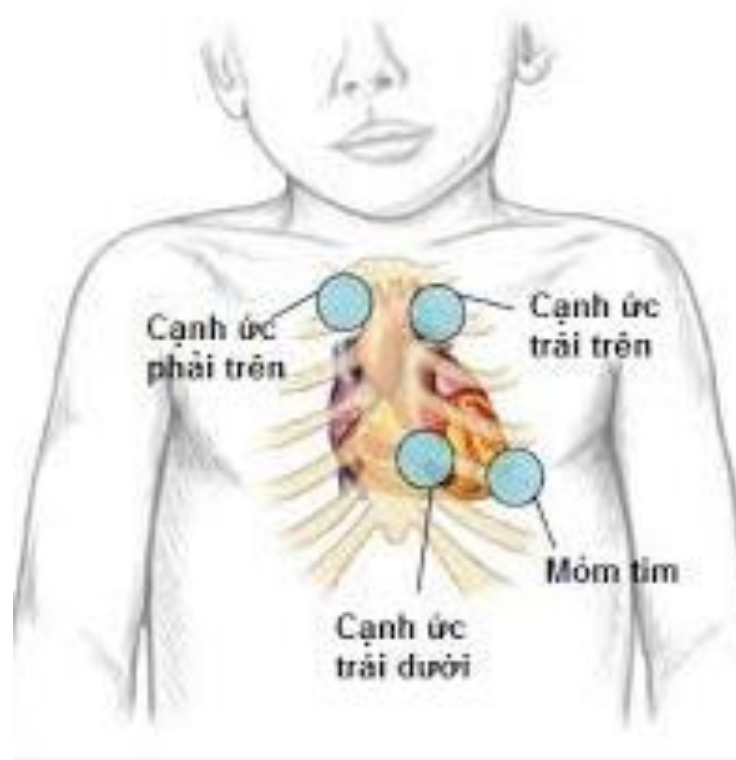
2.10 Ho và ho ra máu:

Ho khan hoặc ho có đờm, ho ra máu: do nhĩ trái to chèn dây thần kinh quặt ngược, tăng áp lực và ứ trệ ở mao mạch phổi, hen tim, phù phổi cấp, tắc động mạch phổi ...



3. Khái niệm một số tiếng tim bất thường

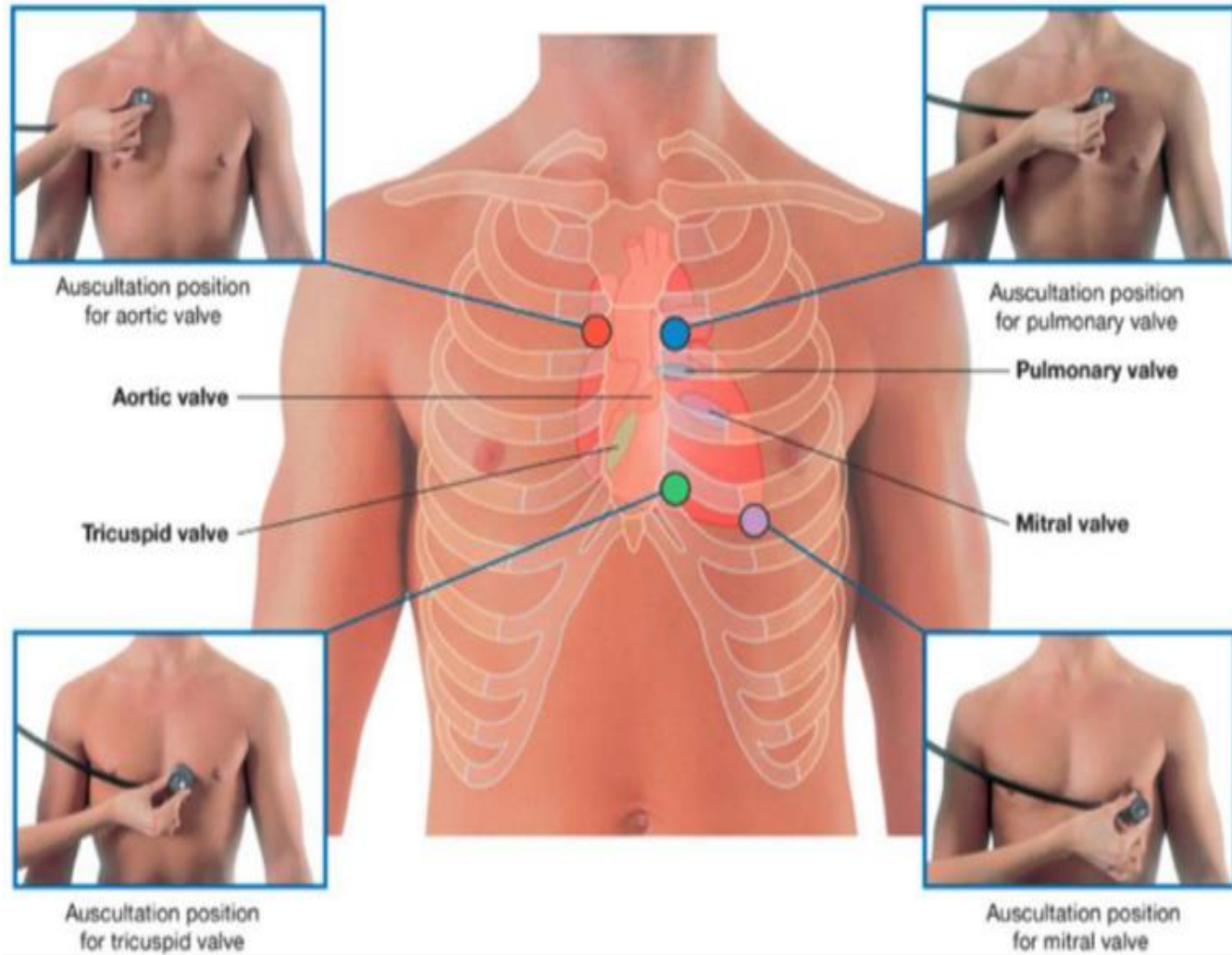
- Nghe tim là phần quan trọng trong thăm khám tim.
- Nghe tim cần phân tích được các âm thu nhận được từ ống nghe và sự hiểu biết về cơ chế sinh ra các âm đó về mặt sinh lý bệnh cũng như vật lý âm học (phần màng thu giao động cao, phần chuông thu giao động thấp).
- Vị trí nghe tim là nơi sóng âm từ hoạt động của các van tim, luồng máu... dội lên thành ngực mạnh nhất. vị trí nghe ở người bình thường như sau:



- Vị trí nghe tim (theo Luisada):

- + Vùng van 2 lá: nghe ở mỏm tim, giao điểm đường giữa đòn trái và khoang liên sườn 4-5; thấy tiếng thổi là do bệnh van 2 lá; có 3 chiều lan: Lan ra nách trái, Lan ra liên sườn IV cạnh ức phải, Lan ra liên sống-bả sau lưng bên trái.
- + Vùng van 3 lá: nghe tại mũi ức.
- + Vùng van động mạch chủ: nghe ở liên sườn II cạnh ức phải và nghe ở liên sườn III cạnh ức trái. Tiếng thổi tâm thu do bệnh hẹp lỗ van động mạch chủ có chiều lan lên hố thượng đòn phải và hõm ức, chiều lan xuống của tiếng thổi tâm trương do bệnh hở van động mạch chủ lan dọc bờ trái xương ức xuống mỏm tim.
- + Vùng van động mạch phổi: nghe ở liên sườn II cạnh ức trái, khi hẹp lỗ van động mạch phổi nghe được tiếng thổi tâm thu lan lên hố thượng đòn trái.
- + Đảo ngược phủ tạng: các vị trí nghe tim đối xứng sang bên phải so với các vị trí đã mô tả trên đây.

- Vị trí nghe tim (theo Luisada):



3.1 Tiếng tim:

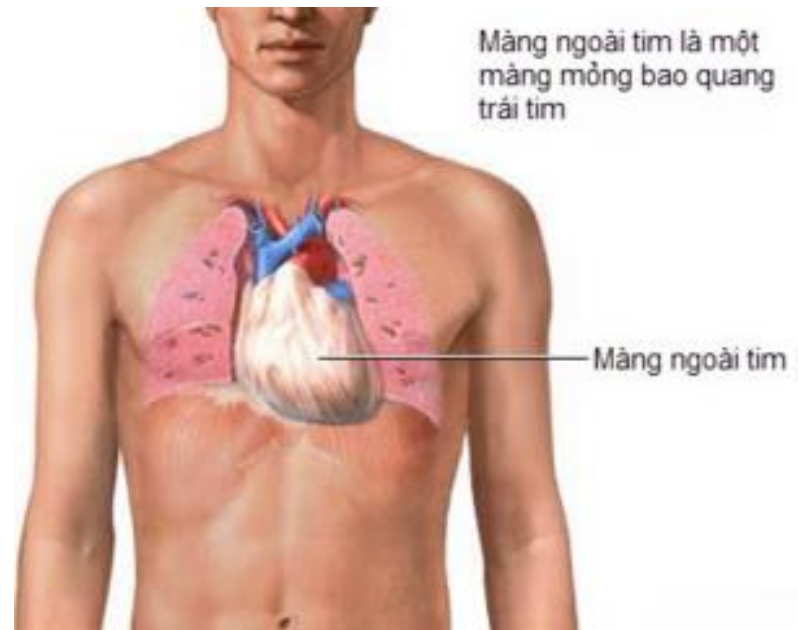
- + Tiếng thứ nhất (T1): được tạo bởi tiếng của van 2 lá và van 3 lá đóng. Tiếng T1 đánh gập khi bị hẹp lỗ van 2 lá; tiếng T1 mờ gập khi hở van 2 lá, hở van 3 lá, tràn dịch màng ngoài tim...
- + Tiếng thứ 2 (T2): được tạo bởi tiếng của van động mạch chủ và van động mạch phổi đóng. Nếu 2 van này đóng không cùng lúc sẽ tạo ra tiếng T2 tách đôi. Nếu đóng cùng lúc nhưng mạnh hơn bình thường gọi là T2 đánh; gập trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá, tăng huyết áp động mạch...
- + Tiếng thứ 3 sinh lý gập ở người bình thường (T3): T3 đi sau T2, tiếng T3 được hình thành là do giai đoạn đầy máu nhanh ở đầu thì tâm trương, máu từ nhĩ xuống thất, làm buồng thất giãn ra chạm vào thành ngực gây ra T3.
- + Tiếng T3 bệnh lý (nhịp ngựa phi): về bản chất nó được tạo thành cũng giống như T3 sinh lý, chỉ khác là gập ở những bệnh tim nặng, buồng tim giãn to. Khi nghe thấy T1, T2 và T3 tạo thành nhịp 3 tiếng gọi là nhịp ngựa phi.
- + Nhịp ngựa phi được chia làm 3 loại: Nhịp ngựa phi tiền tâm thu. Nhịp ngựa phi đầu tâm trương. Nhịp ngựa phi kết hợp.

+ Tiếng clắc mở van 2 lá: nghe thấy ở mỏm tim hoặc liên sườn IV-V cạnh ức trái; gặp trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá van bị xơ cứng, vôi hoá nên khi mở tạo ra tiếng clắc.

+ Tiếng clíc: gặp ở bệnh sa van 2 lá; khi đóng van 2 lá, lá van sa bị bật lên nhĩ trái, tạo ra tiếng clíc đi sau T1, rồi đến tiếng thổi tâm thu.

+ Tiếng cọ màng ngoài tim: do viêm màng ngoài tim; nó được tạo ra khi tim co bóp, lá thành và lá tạng của màng ngoài tim cọ sát vào nhau.

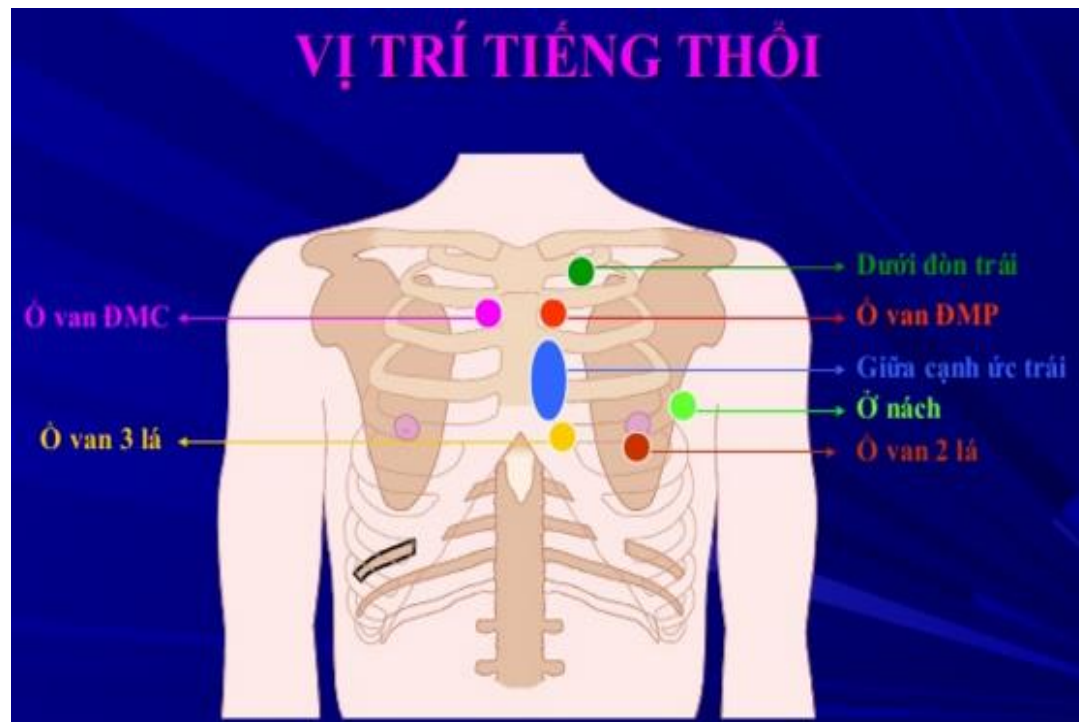
+ Còn nhiều tiếng tim bệnh lý khác: tiếng đại bác, tiếng ươi “tumor plott”....



3.2 Tiếng thổi

3.2.1 Cơ chế:

- Khi dòng máu đi từ chỗ rộng qua chỗ hẹp rồi lại đến chỗ rộng sẽ tạo ra tiếng thổi.
- Cường độ tiếng thổi phụ thuộc vào độ nhớt của máu, tỷ trọng máu, tốc độ dòng máu, đường kính chỗ hẹp.



3.2.2 Phân chia cường độ tiếng thổi:

Hiện nay, người ta ước lượng và phân chia cường độ tiếng thổi thành 6 phần:

- Tiếng thổi 1/6: cường độ nhẹ, chỉ chiếm một phần thì tâm thu hoặc tâm trương.
- Tiếng thổi 2/6: cường độ nhẹ, nghe rõ, nhưng không lan (chỉ nghe được ở từng vùng nghe tim theo Luisada).
- Tiếng thổi 3/6: cường độ trung bình, nghe rõ và đã có chiều lan vượt khỏi ranh giới từng vùng nghe tim của Luisada.
- Tiếng thổi 4/6: nghe rõ, mạnh, kèm theo có thể sờ thấy rung miu; tiếng thổi có chiều lan điển hình theo các vùng nghe tim.
- Tiếng thổi 5/6: sờ có rung miu, tiếng thổi lan rộng khắp lồng ngực và lan ra sau Ing.
- Tiếng thổi 6/6: sờ có rung miu mạnh, tiếng thổi lan rộng khắp lồng ngực, loa ống nghe chỉ tiếp xúc nhẹ trên da ở các vùng nghe tim đã nghe rõ tiếng thổi.

Trong thực tế lâm sàng, tiếng thổi 1/6 ít khi nghe được và không chắc chắn, phải dựa vào tâm thanh đồ. Tiếng thổi 5/6 và 6/6 ít gặp vì bệnh nặng, bệnh nhân tử vong sớm. Thường gặp tiếng thổi: 2/6, 3/6, 4/6.

3.2.3 Tiếng thổi tâm thu:

Khi vừa nghe vừa bắt mạch, tiếng thổi tâm thu nghe được khi mạch nảy (ở thì tâm thu). Tiếng thổi tâm thu có đặc tính như tiếng phụt hơi nước, nếu cường độ mạnh > 4/6 thì kèm theo rung miu tâm thu.

3.2.4 Tiếng thổi tâm trương:

Là tiếng thổi xuất hiện ở thời kỳ tâm trương (mạch chìm) ngay sau tiếng T2.

Tiếng thổi tâm trương ở mỏm tim do hẹp lỗ van 2 lá, được gọi là rung tâm trương: máu từ nhĩ trái qua lỗ van 2 lá bị hẹp, xuống thất trái làm rung các dây chằng, trụ cơ.

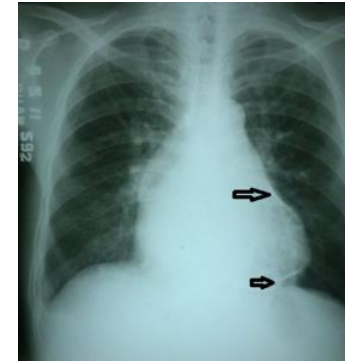
3.2.5 Tiếng thổi liên tục: là tiếng thổi ở cả thì tâm thu và tâm trương.

- Tiếng thổi liên tục ở liên sườn II-III cạnh ức trái do bệnh tim bẩm sinh: tồn tại ống động mạch. Tiếng thổi liên tục phát sinh khi máu từ động mạch chủ qua ống thông động mạch sang động mạch phổi ở cả thì tâm thu và tâm trương tạo ra tiếng thổi liên tục. Đặc điểm của tiếng thổi liên tục trong bệnh này là có cường độ mạnh lên ở thì tâm thu, vì vậy được ví như tiếng “xay lúa”.

- Tiếng thổi liên tục còn gặp trong bệnh thông động mạch-tĩnh mạch, do máu từ động mạch qua lỗ thông sang tĩnh mạch.

3.3 Tiếng cọ màng ngoài tim

Là tiếng thô ráp như hai miếng giấy ráp sát vào nhau, xuất hiện theo nhịp tim trong chi chuyển tim, là do lá thành và lá tạng của màng ngoài tim do bị viêm không còn trơn nhẵn tạo thành.



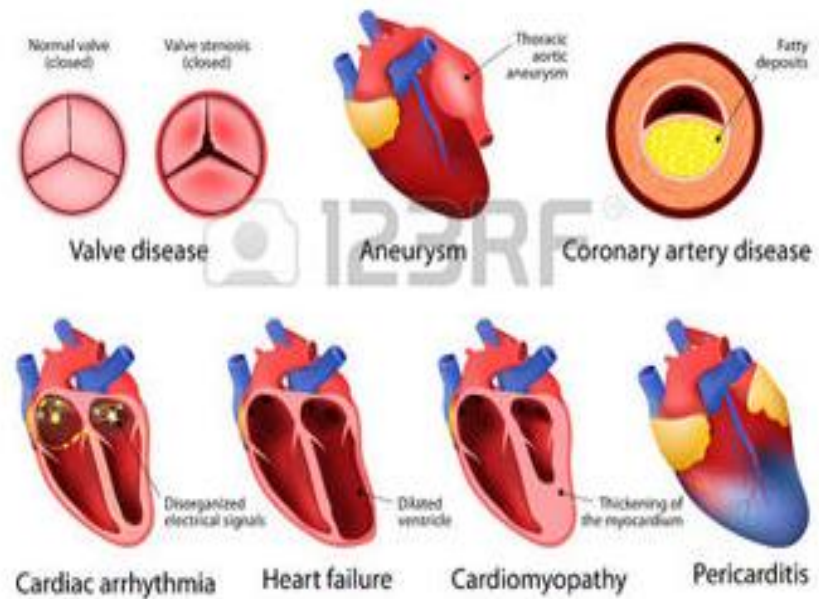
Audio các loại tiếng tim



4 Các bệnh tim mạch thường gặp

- Tăng huyết áp
- Xơ vữa động mạch
- Suy tim
- Bệnh thiếu máu cơ tim (bệnh mạch vành tim): nhồi máu cơ tim, đau thắt ngực.
- Các bệnh lý ngoại biên

Types of heart disease



Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
5. Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp ở người lớn”
6. Cập nhật khuyến cáo về chẩn đoán điều trị tăng huyết áp 2012 của phân hội tăng huyết áp Việt Nam (VSH)
7. Hướng dẫn chẩn đoán và đi trị tăng huyết áp – ban hành kèm theo Quyết định số 3192 / QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị Suy tim” (2008): 438-475
9. Trần Ngọc Ân (2002), Bệnh thấp khớp - NXB Y học
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

3.1.1. Chọn câu sai ~ trong nhóm triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch thường gặp – khó thở được phân độ là:

- A. Khó thở độ 2: khó thở khi hoạt động bình thường so với lứa tuổi
- B. Khó thở độ 1: khó thở khi gắng sức
- C. Khó thở độ 4: khó thở chỉ khi nghỉ ngơi và hoạt động rất nhẹ
- D. Khó thở độ 3: khó thở khi hoạt động nhẹ

3.1.2. Chọn câu sai ~ trong nhóm triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch thường gặp – cơn đau thắt ngực là do:

- A. Thiếu năng động mạch vành kéo dài 1' – 15' và dùng thuốc giãn động mạch vành hết đau.
- B. Rối loạn thần kinh tim, suy nhược thần kinh tuần hoàn thường không đau.
- C. Nhồi máu cơ tim cấp thời gian kéo dài > 15' và dùng thuốc giãn đ.m vành không hết đau
- D. Rối loạn thần kinh thường đau nhói như kim châm

3.1.3. Chọn câu sai ~ trong nhóm triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch thường gặp – ngất lịm là do:

- A. Do tăng huyết áp
- B. Do tụt huyết áp thể đứng
- C. Cường phó giao cảm quá mức làm nhịp tim quá chậm
- D. Do block nhĩ thất độ II, III

3.1.4. Chọn câu sai ~ triệu chứng biểu hiện bệnh lý tim mạch thường gặp – phù:

- A. Phù do tim thường là phù tím, mềm
- B. Phù do viêm tắc tĩnh mạch chi dưới thường phù cứng, phù trắng
- C. Có nhiều nguyên nhân gây ra phù: bệnh thận, bệnh tim, suy gan, suy dinh dưỡng...
- D. Do u vỏ thượng thận

3.1.5. Chọn đúng / sai ~ Tiếng T1 mờ gặp khi van đ.m chủ và van đ.m phổi đóng cùng lúc nhưng mạnh hơn bình thường

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.6. Chọn đúng/sai ~ Tiếng T1 đanhgặp khi bị hẹp lỗ van 2 lá

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.7. Chọn đúng / sai ~ Tiếng thứ nhất (T1) được tạo bởi tiếng của van 2 lá và van 3 lá đóng.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.8. Chọn đúng / sai ~ Tiếng T2 đanh đượ tạo bởi tiếng của van động mạch chủ và van động mạch phổi đóng.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.9. Chọn đúng / sai ~ Tiếng T3 bệnh lý (nhịp ngựa phi): về bản chất nó được tạo thành cũng giống như T3 sinh lý, chỉ khác là gặp ở những bệnh tim nặng, buồng tim giãn to. Khi nghe thấy T1, T2 và T3 tạo thành nhịp 3 tiếng gọi là nhịp ngựa phi.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.10. Chọn đúng / sai ~ Tiếng clắc mở van 2 lá: nghe thấy ở mỏm tim hoặc liên sườn IV-V cạnh ức trái; gặp trong bệnh hẹp lỗ van 2 lá van bị xơ cứng, vôi hoá nên khi mở tạo ra tiếng clắc.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.11. Chọn đúng / sai ~ Tiếng thổi tâm trương: Khi vừa nghe vừa bắt mạch, tiếng thổi nghe được khi mạch nảy . Tiếng thổi có đặc tính như tiếng phụt hơi nước, nếu cường độ mạnh > 4/6 thì kèm theo rung miu.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.12. Chọn đúng / sai ~ Tiếng thổi tâm thu: Là tiếng thổi xuất hiện ở thời kỳ mạch chìm ngay sau tiếng T2. Tiếng thổi ở mỏm tim do hẹp lỗ van 2 lá, do máu từ nhĩ trái qua lỗ van 2 lá bị hẹp, xuống thất trái làm rung các dây chằng, trụ cơ.

- A. Đúng
- B. Sai

3.1.13. Chọn câu đúng nhất ~ Cấu tạo của tim gồm có:

- A. Màng ngoài tim, lớp cơ tim và màng trong tim
- B. 2 tâm nhĩ và 2 tâm thất
- C. Màng ngoài tim, cơ tim, 2 tâm nhĩ, 2 tâm thất, màng trong tim
- D. Màng tim, lớp cơ tim và màng cơ tim; 2 tâm nhĩ, 2 tâm thất

3.1.14. Chọn câu đúng nhất ~ Ngăn cách giữa tâm thất phải và động mạch phổi là:

- A. Van động mạch phổi
- B. Van tĩnh mạch phổi
- C. Van động mạch chủ
- D. Vách liên thất

13.1.5. Chọn câu đúng nhất ~ Khó thở độ 3 trong bệnh lí tim mạch là:

- A. Khó thở khi gắng sức
- B. Khó thở khi hoạt động nhẹ
- C. Khó thở khi sinh hoạt bình thường
- D. Khó thở cả khi nghỉ ngơi

3.1.16. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân thường gặp nhất của đau ngực trong bệnh tim là:

- A. Hở van tim
- B. Hẹp van tim
- C. Thiếu máu cơ tim cục bộ
- D. Tất cả đều đúng

3.1.17. Chọn câu đúng nhất ~ Ngất là do:

- A. Hay gặp trong bệnh tim mạch, hô hấp, tiêu hóa,...
- B. Là do thay đổi nhịp tim: nhịp nhanh hoặc chậm đột ngột, ngoại tâm thu
- C. Là mất tri giác trong một thời gian ngắn, do giảm rõ rệt hoạt động tuần hoàn và hô hấp
- D. Khi lưu lượng hemoglobin khử trong máu mao mạch cao.

3.1.18. Chọn câu đúng nhất ~ Vị trí nào để nghe tim ở người bình thường là đúng:

- A. Ổ van 2 lá và 3 lá.
- B. Ổ van động mạch chủ
- C. Ổ van động mạch phổi
- D. Các vị trí trên



SUY TIM

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được sinh lý bệnh của suy tim và hậu quả của suy tim.
2. Nêu được các nguyên nhân và phân loại của suy tim.
3. Trình bày được các triệu chứng lâm sàng của suy tim

Nội dung

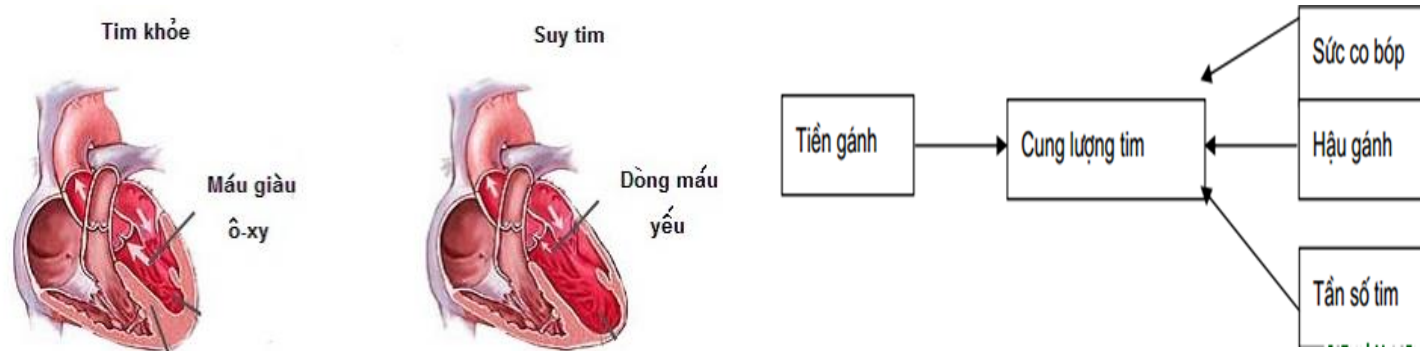
1. Định nghĩa & sinh lý bệnh
2. Nguyên nhân
 - 2.1 Suy tim trái
 - 2.2 Suy tim phải
 - 2.3 Suy tim toàn bộ
3. Triệu chứng
 - 3.1 Suy tim trái
 - 3.2 Suy tim phải
 - 3.3 Suy tim toàn bộ
4. Phân độ suy tim
 - 4.1 Theo NYHA
 - 5.1 Theo Trần Đỗ Trinh
5. Điều trị suy tim



1. Định nghĩa và sinh lý bệnh

1.1 Định nghĩa

- Suy tim là trạng thái bệnh lý, trong đó cơ tim mất khả năng cung cấp máu theo nhu cầu cơ thể, lúc đầu khi gắng sức rồi sau đó cả khi nghỉ ngơi.
- Suy tim là trạng thái bệnh lý trong đó cung lượng tim không đủ đáp ứng với nhu cầu của cơ thể về mặt oxy trong mọi tình huống sinh hoạt của bệnh nhân.
- Suy tim là một hội chứng lâm sàng phức tạp do tổn thương cấu trúc hoặc chức năng đổ đầy thất hoặc tống máu. Biểu hiện lâm sàng chính của suy tim là mệt và khó thở.

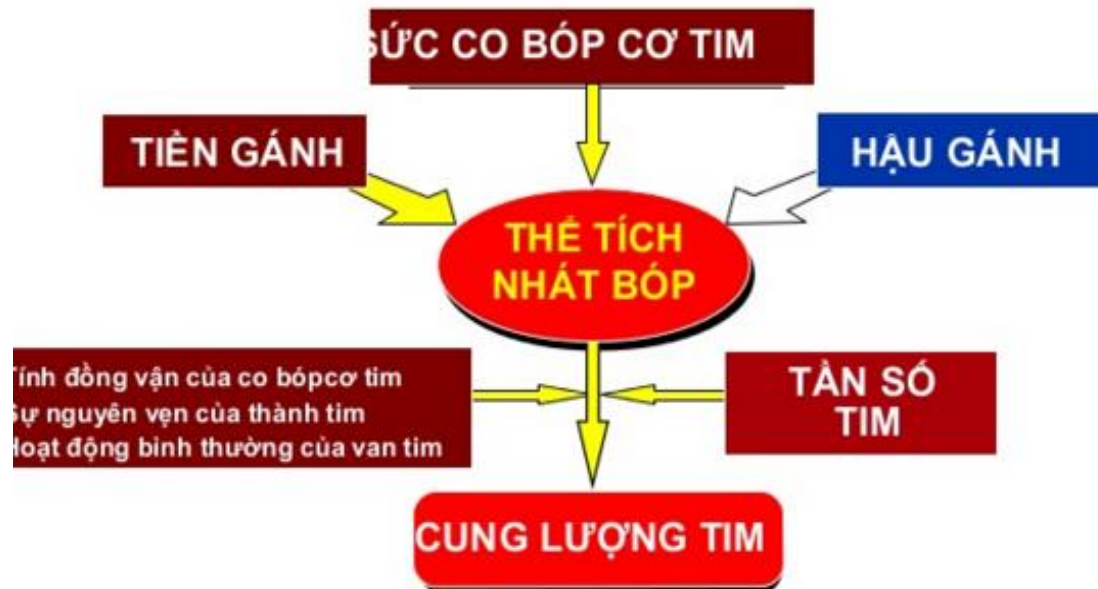


1.2 Sinh lý bệnh

Chức năng huyết động của tim phụ thuộc vào 4 yếu tố: Tiền gánh, hậu gánh, sức co bóp cơ tim và nhịp tim.

$$\text{CUNG LƯỢNG TIM} = \text{T. TÍCH NHÁT BÓP} \times \text{TẦN SỐ TIM}$$

YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN CUNG LƯỢNG TIM



- Tiền gánh: là độ kéo dài của các sợi cơ tim sau tâm trương, tiền gánh phụ thuộc vào lượng máu dồn về thất và được thể hiện bằng thể tích và áp lực máu trong tâm thất thì tâm trương.
- Hậu gánh: hậu gánh là sức cản mà tim gặp phải trong quá trình co bóp tống máu, đứng hàng đầu là sức cản ngoại vi.
- Sức co bóp cơ tim: Sức co bóp cơ tim làm tăng thể tích tống máu trong thì tâm thu, sức co bóp cơ tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong cơ tim và lượng catécholamine lưu hành trong máu.
- Tần số tim: Tần số tim tăng sẽ tăng cung lượng tim, tần số tim chịu ảnh hưởng của thần kinh giao cảm trong tim và lượng Catécholamine lưu hành trong máu.
- Trong suy tim, cung lượng tim giảm, giai đoạn đầu sẽ có tác dụng bù trừ
 - + Máu ứ lại tâm thất làm các sợi cơ tim bị kéo dài ra, tâm thất giãn, sức tống máu mạnh hơn nhưng đồng thời cũng tăng thể tích cuối tâm trương.
 - + Dày thất do tăng đường kính các tế bào, tăng số lượng ti lạp thể, tăng số đơn vị co cơ mới đánh dấu bắt đầu sự giảm sút chức năng co bóp cơ tim.
 - + Khi các cơ chế bù trừ bị vượt quá, suy tim trở nên mất bù và các triệu chứng lâm sàng sẽ xuất hiện.

2. Nguyên nhân

2.1 Suy tim trái

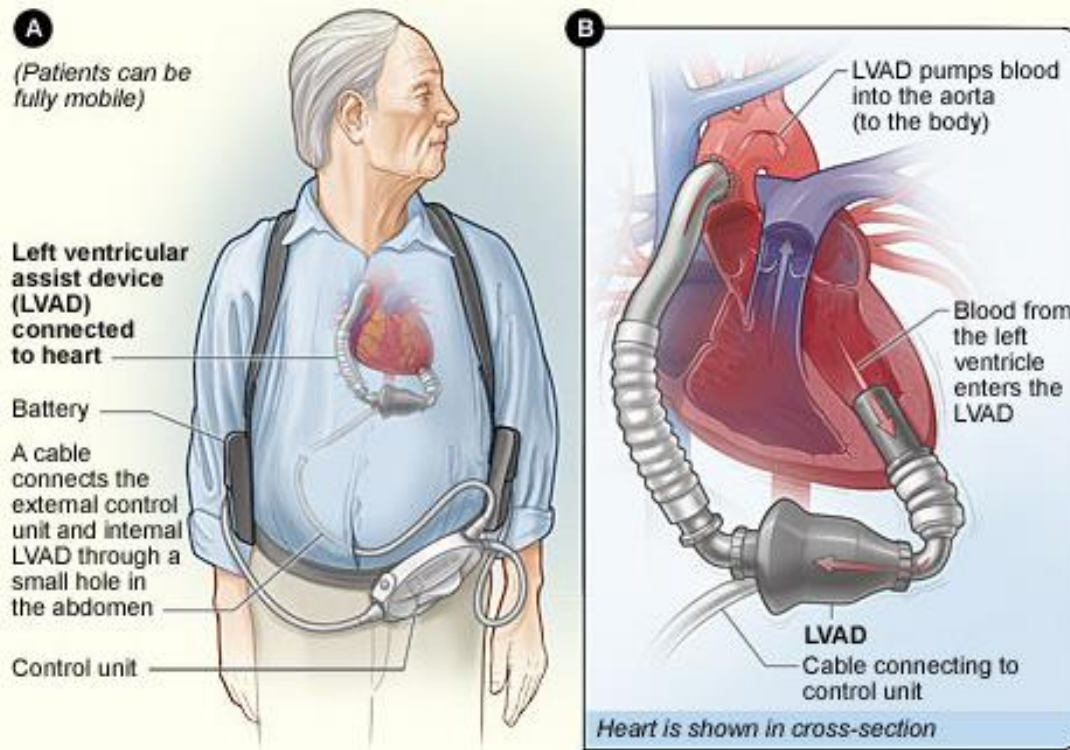
- Tăng huyết áp động mạch,
- Bệnh hở hay hẹp van động mạch chủ đơn thuần hay phối hợp
- Nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim do nhiễm độc, nhiễm trùng, các bệnh cơ tim,
- Cơ nhịp nhanh kịch phát trên thất, cơ cường động nhĩ, rung nhĩ nhanh, cơ nhịp nhanh kịch phát thất, block nhĩ thất hoàn toàn
- Hẹp eo động mạch chủ, tim bẩm sinh, còn ống động mạch, thông liên thất.

2.2 Suy tim phải

- Hẹp van 2 lá là nguyên nhân thường gặp nhất
- Tiếp đến là bệnh phổi mạn như: Hen phế quản, viêm phế quản mạn, lao xơ phổi, giãn phế quản
- Nhồi máu phổi gây tâm phế cấp.
- Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực, bệnh tim bẩm sinh như hẹp động mạch phổi, tứ chứng Fallot, thông liên nhĩ, thông liên thất giai đoạn muộn
- Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng, tổn thương van 3 lá
- U nhầy nhĩ trái. Trong trường hợp tràn dịch màng ngoài tim và co thắt màng ngoài tim, triệu chứng lâm sàng giống suy tim phải nhưng thực chất là suy tâm trương.

2.3 Suy tim toàn bộ

Ngoài 2 nguyên nhân trên dẫn đến suy tim toàn bộ, còn gặp các nguyên nhân sau: bệnh cơ tim giãn, suy tim toàn bộ do cường giáp trạng, thiếu Vitamine B1, thiếu máu nặng.



3. Triệu chứng

3.1 Suy tim trái

3.1.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: Có 2 triệu chứng chính là Khó thở và ho.

- + Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau từng cơn, có khi khó thở đột ngột, có khi khó thở tăng dần;
- + Ho hay xảy ra vào ban đêm khi bệnh nhân gắng sức, ho khan, có khi có đờm lẫn máu.

- Triệu chứng thực thể:

- + Khám tim: Nhìn thấy mỏm tim lệch về phía bên trái, nghe được tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm do hở van 2 lá cơ năng.
- + Khám phổi: Nghe được ran ẩm ở 2 đáy phổi. Trong trường hợp cơn hen tim có thể nghe được nhiều ran rít, ran ngáy.
- + Huyết áp: HATT bình thường hay giảm, HATT_r bình thường.

3.1.2 Cận lâm sàng suy tim trái

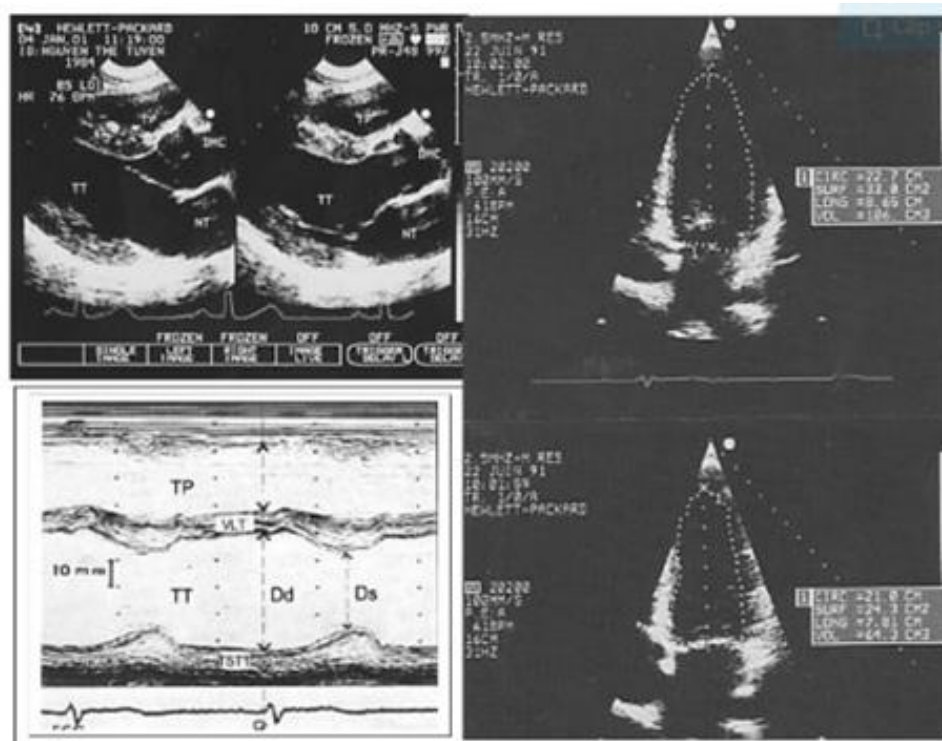
- X quang: Phim thẳng tim to, nhất là các buồng tim trái, nhĩ trái lớn hơn trong hở 2 lá, thất trái giãn với cung dưới trái phồng và dày ra, phổi mờ nhất là vùng rốn phổi.



- Điện tâm đồ:
Tăng gánh tâm trương hay tâm thu thất trái. Trục trái, dày thất trái.



- Siêu âm tim: Kích thước buồng thất trái giãn to, siêu âm còn cho biết được chức năng thất trái và nguyên nhân của suy tim trái như hở van động mạch chủ...vv.



- Thăm dò huyết động: Nếu có điều kiện thông tim, chụp mạch đánh giá chính xác mức độ nặng nhẹ của một số bệnh van tim.

3.2 Suy tim phải

3.2.1 Lâm sàng

- Triệu chứng cơ năng: khó thở nhiều hay ít tùy theo mức độ suy tim, khó thở thường xuyên, nhưng không có cơn khó thở kịch phát như suy tim như suy tim trái. Xanh tím nhiều hay ít tùy nguyên nhân và mức độ của suy tim phải.

- Dấu chứng thực thể: Chủ yếu là ứ máu ngoại biên với gan to, bờ tù, mặt nhẵn, ấn đau tức, điều trị tích cực bằng trợ tim và lợi tiểu gan nhỏ lại, hết điều trị gan to ra gọi là “gan đàn xếp”, nếu gan bị ứ máu lâu ngày gan không nhỏ lại được gọi là “xơ gan tim” với gan bờ sắc, mật độ chắc. Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 450. Áp lực tĩnh mạch trung ương và tĩnh mạch ngoại biên tăng cao.



- Phù: Phù mềm lúc đầu ở 2 chi dưới về sau phù toàn thân, có thể kèm theo cổ trướng, tràn dịch màng phổi. Tiểu ít 200-300ml/ 24giờ.
- Khám tim: Ngoài các dấu hiệu của nguyên nhân suy tim, ta còn nghe nhịp tim nhanh, có khi có tiếng ngựa phi phải, thổi tâm thu ở ổ van 3 lá do hở van 3 lá cơ năng hậu quả của dẫn buồng thất phải. Huyết áp tâm thu bình thường, huyết áp tâm trương tăng.

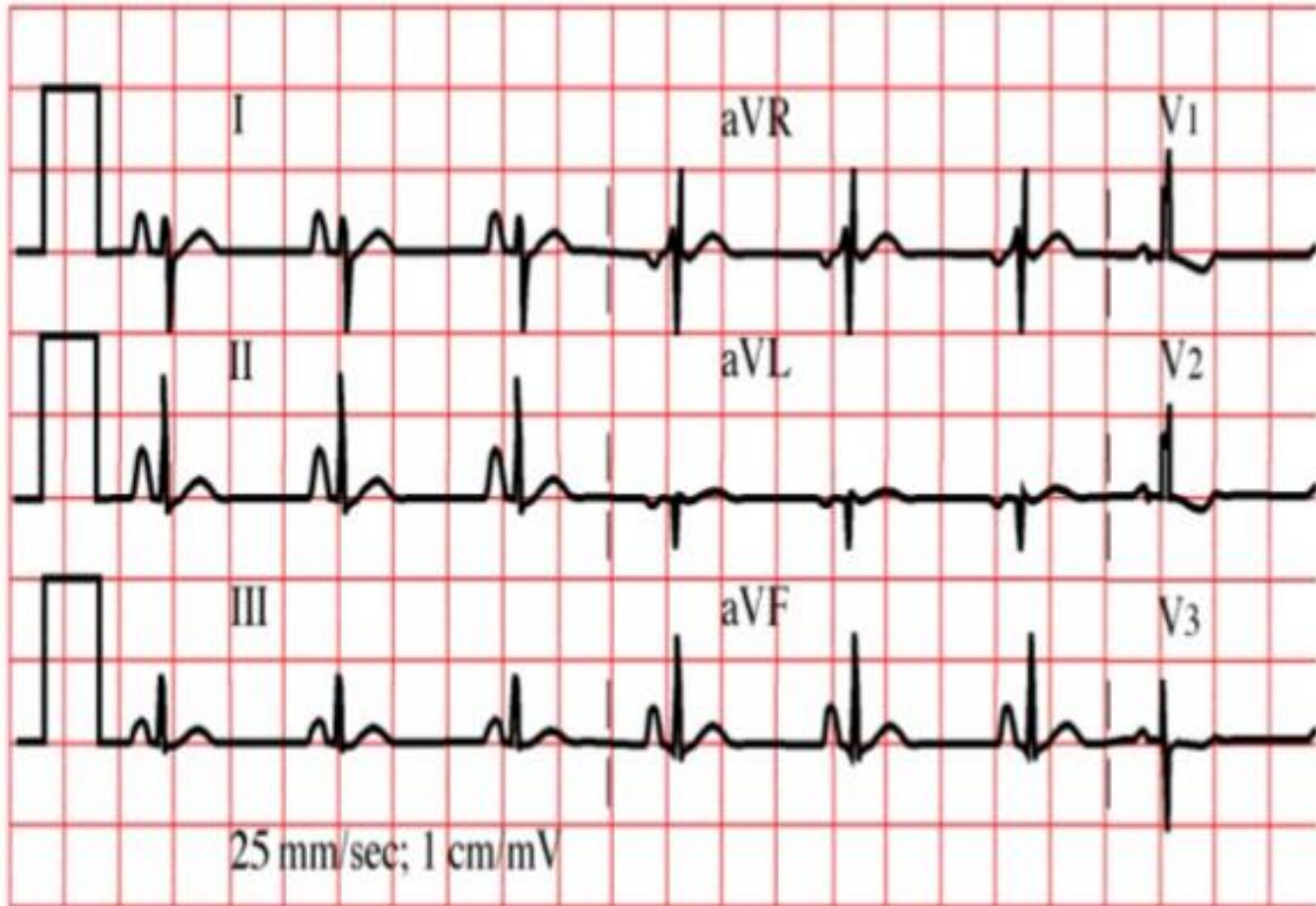


3.2.2 Cận lâm sàng suy tim phải

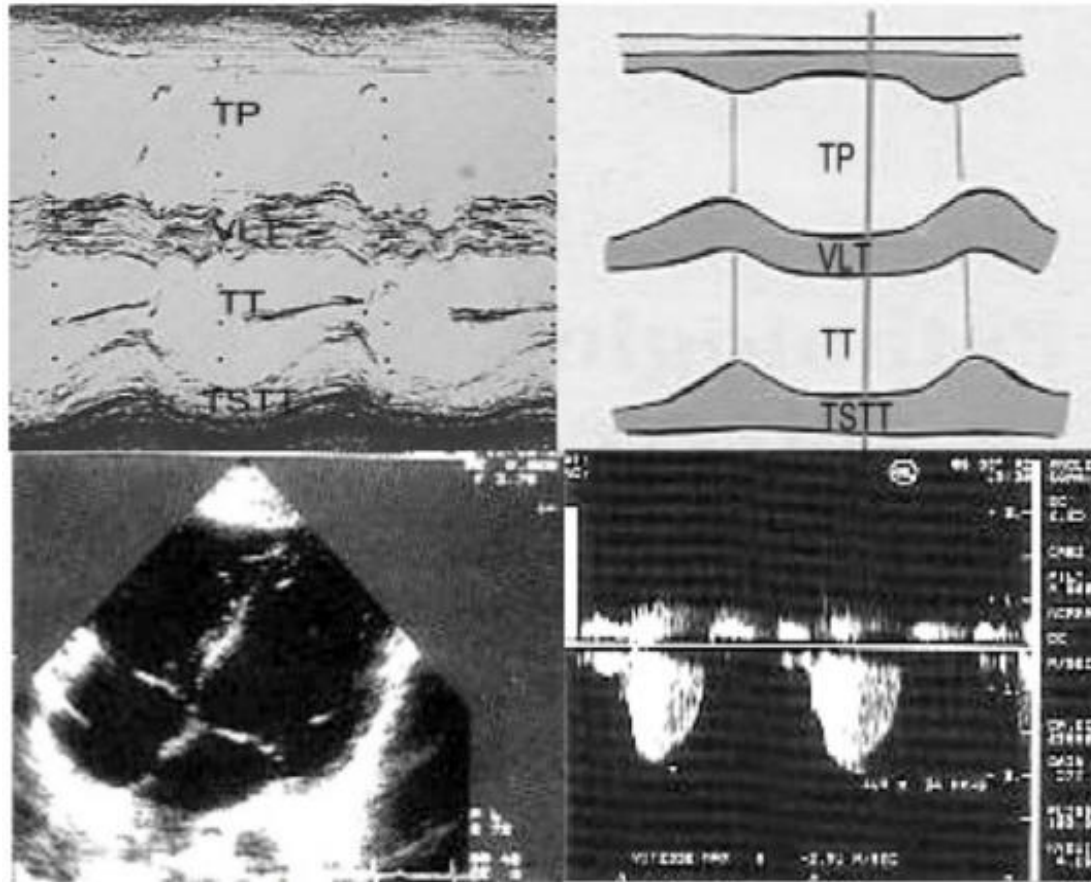
X quang: Trừ trường hợp suy tim phải do hẹp van động mạch phổi có đặc điểm là phổi sáng, còn lại các nguyên nhân suy tim phải khác trên phim thẳng phổi mờ, cung động mạch phổi giãn, mõm tim hếch lên do thất phải giãn. Trên phim nghiêng trái mất khoảng sáng sau xương ức.



- Điện tâm đồ: Trục phải, dày thất phải.



- Siêu âm tim: Thất phải giãn to, tăng áp động mạch phổi.



- Thăm dò huyết động: Tăng áp lực cuối tâm trương thất phải, áp lực động mạch chủ thường tăng.

3.3 Suy tim toàn bộ

Bệnh cảnh suy tim phải thường trội hơn. Bệnh nhân khó thở thường xuyên, phù toàn thân, tĩnh mạch cổ nổi tự nhiên, áp lực tĩnh mạch tăng cao, gan to nhiều, thường có cổ trướng, tràn dịch màng phổi, huyết áp tâm thu giảm, huyết áp tâm trương tăng, Xquang tim to toàn bộ, điện tâm đồ có thể dày cả 2 thất.

❖ Suy tim phải

➢ Đau tức HSP

➢ Phù {
Chi dưới
Chiều > sáng

➢ Gan to, tĩnh mạch cổ nổi



❖ Suy tim trái

➢ Khó thở {
Giảm sức
Tăng dần

➢ Ho khan

➢ Nghe phổi
• Ran rit: hen tim
• Ran ẩm: PPC

4. Phân độ suy tim

4.1 Theo Hội Tim Mạch New York: Chia làm 4 độ:

- Độ 1: Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng, hoạt động thể lực vẫn bình thường.
- Độ 2: Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 3: Các triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi gắng sức nhẹ, làm hạn chế hoạt động thể lực.
- Độ 4: Các triệu chứng cơ năng xuất hiện thường xuyên kể cả khi bệnh nhân nghỉ ngơi.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SUY TIM THEO NYHA

Dựa trên mức độ hoạt động thể lực và tr/c cơ năng.

- I. Có bệnh tim, nhưng không có tr/c cơ năng. Sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như thường.
- II. Tr/c cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều. Giảm nhẹ các hoạt động thể lực.
- III. Tr/c cơ năng xuất hiện kể cả khi gắng sức rất ít. Hạn chế nhiều các hoạt động thể lực.
- IV. Tr/c cơ năng tồn tại thường xuyên kể cả khi nghỉ ngơi.

4.2 Phân độ suy tim mạn theo Trần Đỗ Trinh & Vũ Đình Hải

- Suy tim độ 1: Khó thở khi gắng sức, ho ra máu, không phù, gan không to.
- Suy tim độ 2: Khó thở khi đi lại với vận tốc trung bình, khi đi phải ngừng lại để thở, phù nhẹ, gan chưa to hoặc to ít, 2cm dưới bờ sườn. Phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°.
- Suy tim độ 3: Khó thở nặng hơn hoặc giảm đi, phù toàn, gan > 3cm dưới sườn, mềm, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ở tư thế 45°, điều trị gan nhỏ lại hoàn toàn.
- Suy tim độ 4: Khó thở thường xuyên, bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, gan > 3cm dưới bờ sườn, mật độ chắc, bờ sắc, điều trị không đáp ứng hoặc nhỏ lại ít.

ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ SUY TIM THEO HỘI NỘI KHOA VN

Khuyến cáo của Hội Nội khoa Việt nam dựa trên lâm sàng

- I. Bệnh nhân có khó thở nhẹ, nhưng gan chưa sờ thấy.
- II. Bệnh nhân khó thở vừa, gan to dưới bờ sườn vài cm.
- III. Bệnh nhân khó thở nhiều, gan to gần sát rốn nhưng khi được điều trị có thể nhỏ lại.
- IV. Bệnh nhân khó thở thường xuyên, gan luôn to mặc dù đã được điều trị.

5. Điều trị

5.1 Điều trị các nguyên nhân gây suy tim có thể điều trị được

- Các nguyên nhân có thể điều trị được là: bệnh van tim, nhiễm độc giáp, suy giáp, rối loạn nhịp tim, ức chế cơ tim do thuốc, viêm cơ tim cấp, bệnh màng ngoài tim, nhồi máu cơ tim, phì đại thất trái do tăng huyết áp. Khi điều trị được các nguyên nhân này thì tình trạng suy tim giảm hoặc mất.
- Khi đã xác định được suy tim không có nguyên nhân có thể điều trị được thì phải áp dụng các biện pháp điều trị khác.

5.2 Chế độ ăn và sinh hoạt

- Hạn chế hoạt động thể lực, nếu suy tim nặng cần nghỉ ngơi tại giường.
- Chế độ ăn hạn chế muối < 0,5g Na/ngày.
- Giảm lượng nước và dịch đưa vào cơ thể.
- Thở oxy khi có suy tim nặng.
- Loại bỏ yếu tố nguy cơ: rượu, thuốc lá, cà phê, giảm cân ở người béo, tránh stress.

5.3 Thốc điều trị

Thuốc điều trị suy tim được sử dụng với các mục đích sau:

5.3.1 Tăng sức co bóp cơ tim

- *Glycosid trợ tim* (digoxin, uabain):

Ức chế men Na⁺, K⁺, ATPase, làm tăng nồng độ Ca⁺⁺ trong tế bào cơ tim gây tăng co bóp cơ tim.

Được đưa vào sử dụng để điều trị suy tim từ lâu, hiện giờ vẫn còn được sử dụng rộng rãi. Nó có đặc tính sau:

- + Tăng sức co bóp cơ tim.
- + Làm chậm nhịp tim.
- + Làm giảm dẫn truyền trong tim.
- + Tăng tính kích thích cơ thất.



-Thuốc ức chế men phosphodiesterasa

(amrinon, milrinon).

Cơ chế tác dụng là tăng lượng AMPc từ đó có hai tác dụng: dẫn động mạch và tăng co bóp cơ tim không lệ thuộc vào các thụ thể (Thuốc được dùng trong suy tim với biểu hiện suy huyết động nặng sau khi dùng dopamin và dobutamin không có hiệu quả).



- Thuốc giống giao cảm (dopamin, dobutamin)



5.3.2 Tăng đào thải muối và nước

- Các thuốc lợi tiểu

Làm giảm khối lượng máu lưu hành, vì vậy làm giảm tiền gánh cho tim.

Vẫn được coi là chủ đạo trong điều trị suy tim ứ trệ.

Với suy tim nhẹ thì lợi tiểu thiazide liều vừa phải cũng đủ đáp ứng tốt phối hợp với chế độ ăn nhạt.

Không nhất thiết phải cho sớm thuốc lợi tiểu quai trừ phi không có đáp ứng với Thiazide. Liều thuốc Thiazide 25mg (1-4 viên / ngày, Trofurit 40 mg (2-3 viên/ngày).



5.3.3 Giảm tiền gánh và hậu gánh - là các thuốc thuộc các nhóm sau:

-Thuốc ức chế men chuyển (captopril, enalapril, lisinopril):

-Đây là nhóm thuốc được ưu tiên lựa chọn trong điều trị suy tim.

Nó không những cải thiện triệu chứng mà còn cải thiện được cả tiên lượng sống.

Nguyên tắc sử dụng phải tuân theo nhằm tránh tai biến do thuốc có thể xảy ra nhất là ở những bệnh nhân đang được dùng lợi tiểu.

Liều khởi đầu nhỏ (6,25mg/ngày với Captopril) sau đó tăng lên tới liều 50 - 150mg/ngày tùy theo trường hợp.



-Đối kháng thụ thể angiotensin II: benazepril, captopril, enalapril ...

- Chẹn kênh calci: nifedipin, nicardipin, amlodipin...



-Nhóm nitrat

(nitroglycerin, mononitrat isosobid, dinitrat isosobid):

Làm giãn tĩnh mạch (giảm tiền gánh) và giảm tình trạng thiếu máu cơ tim (do giảm áp lực đổ đầy tim và giãn động mạch vành).

Được sử dụng rộng rãi nhằm giảm triệu chứng hô hấp (khó thở) của suy tim.

Liều khởi đầu nhỏ sau đó tăng từ từ nhằm tránh tác dụng phụ như đau đầu. Liều điều trị đối với Isosorbide dinitrate khoảng 120mg/ngày.

Tương tự có thể dùng mononitrate, trinitrine dán, molsidomine.



- *Hydralazin:*

Làm giãn trực tiếp cơ trơn
động mạch (giảm hậu gánh),

Hydralazine hiệu quả nhưng
nhược điểm phải dùng liều
cao khó thực hiện

(12- 16 viên chia 4).

Prazosine có tác dụng cũng
tốt nhưng bị yếu đi khá
nhanh chóng sau đó.

Nói chung ngày nay các
thuốc này ít được sử dụng.



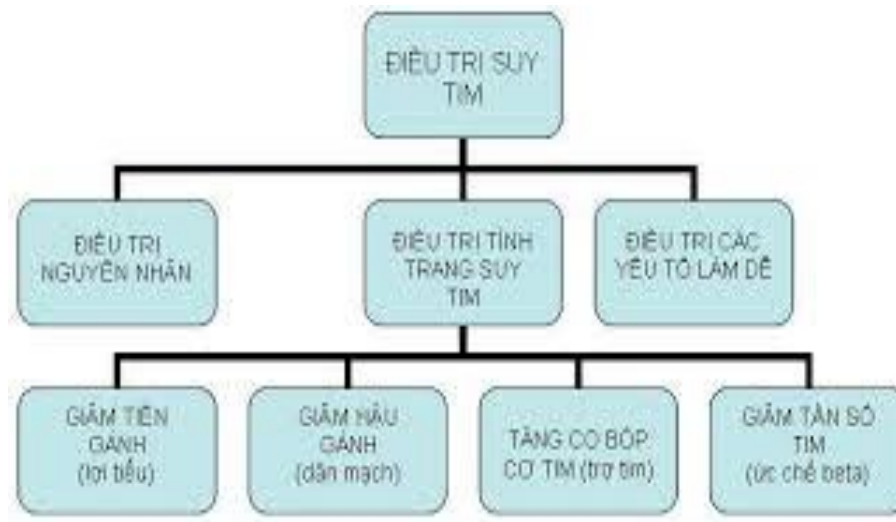
5.3.4 Điều trị và dự phòng huyết khối

Thuốc chống đông máu (heparin, kháng vitamin K): điều trị và dự phòng tắc mạch trong trường hợp suy tim có tim to hoặc kèm theo rung nhĩ.

Thuốc ức chế ngưng tập tiểu cầu để dự phòng huyết khối: aspirin liều thấp 75 – 325 mg/ ngày, clopidogrel liều 75 mg/ngày.



Phác đồ điều trị suy tim mạn



Phác đồ điều trị theo 4 độ suy tim mạn tính.

Giai đoạn	Phương pháp kinh điển	Phương pháp thay thế
Độ I	Không điều trị	Không điều trị
Độ II	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Digital Digital + Lợi tiểu (thiazid)	Hạn chế thể lực Chế độ ăn kiêng muối Lợi tiểu + UCMC hoặc Lợi tiểu + Giãn mạch
Độ III	Digital + Lợi tiểu quai Digital + Lợi tiểu + Giãn mạch	Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + Digital, hoặc Lợi tiểu + UCMC hoặc giãn mạch + thuốc trợ tim
Độ IV	Digital + Lợi tiểu + Giãn mạch + Thuốc trợ tim mới, ghép tim	Chẹn beta Ghép tim

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	BS	
XII. THUỐC TIM MẠCH:										
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp:										
349	Telmisartan+Amlodipin	Twynsta	Uống - (80+5)mg/viên	M/s Cipla Ltd (đóng gói và xuất xưởng: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG., Đức) - Ấn Độ	Viên	13.117			x	Dapharco
350	Valsartan	Diovan 80	Uống - 80mg/viên	Novartis Farmaceutica S.A - Tây Ban Nha	Viên	11.259			x	Dapharco
351	Valsartan+Amlodipin	Exforge	Uống - (80+5)mg/viên	Novartis Farmaceutica S.A - Tây Ban Nha	Viên	11.381			x	Dapharco
12.5. Thuốc điều trị suy tim:										
352	Carvedilol	Savi Carvedilol 12.5	Uống- 12,5mg/viên	SaVipharm - Việt Nam	Viên	2.145			x	Dapharco
353	Digoxin	Digoxin 0.5mg/2ml	Tiêm-0,5mg/2ml	Sterop- Bỉ	Ống	18.340			x	Dapharco
354	Dobutamin	Ridulin Dobutamin Injection USB	Tiêm- 250mg/20ml	Rotex- Đức	Ống	109.800	x			Dapharco
355	Milrinon	Milrinone Lactate Injection	Tiêm- 10mg/10ml	Hikma - Bồ Đào Nha	Ống	1.599.995	x			Dapharco
12.6. Thuốc chống huyết khối:										
356	Clopidogrel	Plagril	Uống-75mg/viên	Dr.Reddy's-India	Viên	3.895			x	Dapharco
357	Clopidogrel	Plavix 75mg	Uống - 75mg/viên	Sanofi Winthrop Industrie - Pháp	Viên	20.828			x	Dapharco
358	Iloprost	Ventavis	Hít - 20mcg/2ml	Berlimed S.A Bayer-Tây Ban Nha	ống	623.800	x			Dapharco
359	Iloprost	Ilomedin 20	Tiêm - 20mcg/ml	Berlimed S.A Bayer-Tây	ống	623.695	x			Dapharco

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vãn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
(<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp ở người lớn”
6. Cập nhật khuyến cáo về chẩn đoán điều trị tăng huyết áp 2012 của phân hội tăng huyết áp Việt Nam (VSH)
7. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp – ban hành kèm theo Quyết định số 3192 / QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị Suy tim” (2008): 438-475
9. Trần Ngọc Ân (2002), Bệnh thấp khớp - NXB Y học
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

3.2.1. Chọn đúng / sai ~ Nguyên nhân suy tim trái: do tăng huyết áp động mạch, hở hay hẹp van động mạch chủ đơnthuần hay phối hợp, nhồi máu cơ tim, viêm cơ tim do nhiễm độc, nhiễm trùng, các bệnh cơ tim, cơn nhịp nhanh kịch phát trên thất, cơn cuồng động nhĩ, rung nhĩ nhanh, cơn nhịp nhanh kịch phát thất ...

- A. Đúng
- B. Sai

3.2.2. Chọn đúng / sai ~ Nguyên nhân suy tim phải: do hẹp van 2 lá là nguyên nhân thường gặp nhất, tiếp đến là bệnh phổi mạn như: Hen phế quản, viêm phế quản mạn, lao xơ phổi, giãn phế quản, nhồi máu phổi gây tâm phế cấp. Gù vẹo cột sống, dị dạng lồng ngực, bệnh tim bẩm sinh như hẹp động mạch phổi, tứ chứng Fallot...

- A. Đúng
- B. Sai

3.2.3. Chọn câu sai ~ các triệu chứng lâm sàng của suy tim trái:

- A. Khó thở là triệu chứng thường gặp nhất. Lúc đầu khó thở khi gắng sức, về sau từng cơn ...
- B. Ho hay xảy ra vào ban ngày, ít khi có đờm lẫn máu.
- C. Khám tim: Nhìn thấy mỏm tim lệch về phía bên trái, nghe được tiếng thổi tâm thu nhẹ ở mỏm do hở van 2 lá cơ năng.
- D. Khám phổi: Nghe được ran ẩm ở 2 đáy phổi. Trong trường hợp cơn hen tim có thể nghe được nhiều ran rít, ran ngáy

3.2.4. Chọn câu sai ~ các triệu chứng lâm sàng của suy tim phải:

- A. Khó thở không thường xuyên, có cơn khó thở kịch phát như suy tim trái
- B. Xanh tím nhiều hay ít tùy nguyên nhân và mức độ của suy tim phải.
- C. Ứ máu ngoại biên với gan to, bờ tù, mặt nhẵn, ấn đau tức, gan còn đáp ứng điều trị gọi là “gan đàn xếp”
- D. Phù mềm lúc đầu ở 2 chi dưới về sau phù toàn thân, có thể kèm theo cổ trướng, tràn dịch màng phổi. Tiểu ít 200-300ml/ 24giờ

3.2.5. Chọn câu sai ~ Phân độ suy tim Theo Hội Tim Mạch New York

- A. Độ 1 - Bệnh nhân không có bệnh tim nhưng có triệu chứng cơ năng, hoạt động thể lực không bình thường
- B. Độ 2 - Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, hạn chế hoạt động thể lực
- C. Độ 3 - Các triệu chứng cơ năng xuất hiện ngay cả khi gắng sức nhẹ, làm hạn chế hoạt động thể lực.
- D. Độ 4 - Các triệu chứng cơ năng xuất hiện thường xuyên kể cả khi bệnh nhân nghỉ ngơi.

3.2.6. Chọn câu sai ~ Phân độ suy tim theo Trần Đỗ Trinh – Hội Tim mạch Việt Nam

- A. Độ 1 - Khó thở khi gắng sức, ho ra máu, không phù, gan không to
- B. Độ 2 - Khó thở khi đi lại với vận tốc trung bình, khi đi phải ngừng lại để thở, phù nhẹ, gan chưa to hoặc to ít...
- C. Độ 3 - Khó thở nặng hơn hoặc giảm đi, phù toàn, gan > 3cm dưới sườn, mềm, phản hồi gan tĩnh mạch cổ (+) ...
- D. Độ 4 Khó thở thường xuyên, bệnh nhân phải ngồi dậy để thở, gan > 3cm dưới bờ sườn, mật độ chắc, bờ sắc, điều trị không đáp ứng hoặc nhỏ lại ít.

3.2.7. Chọn câu đúng nhất ~ Hậu quả chính của suy tim là:

- A. Giảm cung lượng tim
- B. Tăng cung lượng tim
- C. Giãn tâm thất
- D. Phì đại tâm thất

3.2.8. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân thường gặp nhất gây suy tim trái là:

- A. Tăng huyết áp động mạch
- B. Hẹp van ba lá
- C. Hẹp van hai lá
- D. Bệnh van động mạch phổi

3.2.9. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng chính của suy tim phải là:

- A. Gan to
- B. Ho thường xảy ra vào ban đêm hoặc khi bệnh nhân gắng sức, ho khan hoặc có đờm lẫn máu tươi
- C. Cơn tăng huyết áp gây hen tim
- D. Tất cả triệu chứng trên

3.2.10. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng lâm sàng của suy tim toàn bộ là:

- A. Gan lớn
- B. Tĩnh mạch cổ nổi lớn
- C. Phù chân nhiều
- D. Tất cả các triệu chứng đã nêu

3.2.11. Chọn câu đúng nhất ~ Biểu hiện của suy tim độ IV theo NYHA là:

- A. Các triệu chứng cơ năng tồn tại thường xuyên, ngay cả lúc nghỉ ngơi
- B. Khó thở vừa, gan to dưới bờ sườn vài cm
- C. Các triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức ít
- D. Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều

3.2.12. Chọn câu đúng nhất ~ Phân loại suy tim độ II trên lâm sàng là:

- A. Khó thở vừa, gan to dưới bờ sườn vài cm
- B. Khó thở nhẹ, gan chưa sờ thấy trên lâm sàng
- C. Khó thở nhiều, gan to gần sát rốn
- D. Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức ít

3.2.13. Chọn câu đúng nhất ~ Thuốc điều trị suy tim được sử dụng với mục đích sau:

- A. Giảm sức co bóp cơ tim
- B. Giảm đào thải muối và nước
- C. Giảm tiền gánh và hậu gánh
- D. Tất cả đều đúng

3.2.14. Chọn đúng/sai ~ Cách phát hiện dấu phản hồi gan tĩnh mạch cổ: bệnh nhân nằm tư thế Fowler, nín thở, người khám dùng lòng bàn tay ấn vào hạ sườn phải, nếu tĩnh mạch cổ nổi quá 1 cm là dương tính.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.2.15. Chọn câu đúng nhất ~ Khó thở khi hoạt động nhẹ trong bệnh tim, được phân loại khó thở ở độ nào?:

- A. Độ 1
- B. Độ 2
- C. Độ 3
- D. Độ 4

3.2.16. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng nào sau đây không phải là dấu hiệu đặc trưng của bệnh tim mạch nhưng có ý nghĩa khi xảy ra ở bệnh nhân tim mạch:

- A. Mệt
- B. Tím
- C. Đau ngực
- D. Khó thở

3.2.17. Chọn câu đúng nhất ~ Vị trí nghe tim của ổ van 3 lá là:

- A. Mỏm tim – giao điểm đường giữa đòn trái và khoảng liên sườn 4-5
- B. Vùng sụn sườn 6 sát bờ trái xương ức
- C. Khoang liên sườn 2 trái, cạnh bờ trái xương ức
- D. Khoang liên sườn 2 phải, cạnh bờ phải xương ức

3.2.18. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng nào sau đây gặp trong suy tim trái:

- A. Gan to, gan đàn xẹp
- B. Tĩnh mạch cổ nổi, phản hồi gan-tĩnh mạch cổ dương tính
- C. Cơ khó thở kịch phát
- D. Tím da và niêm mạc

3.2.19. Chọn câu đúng nhất ~ Suy tim độ II theo phân loại suy tim NYHA có các biểu hiện:

- A. Các triệu chứng cơ năng tồn tại thường xuyên, kể cả khi nghỉ ngơi
- B. Các triệu chứng cơ năng chỉ xuất hiện khi gắng sức nhiều, bệnh nhân có giảm nhẹ hoạt động thể lực
- C. Các triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức ít, hạn chế nhiều các hoạt động thể lực
- D. Bệnh nhân có bệnh tim nhưng không có triệu chứng cơ năng nào, sinh hoạt và hoạt động thể lực gần như bình thường

3.2.20. Chọn câu đúng nhất ~ Thuốc nào sau đây có tác dụng tăng sức co bóp cơ tim trong điều trị suy tim:

- A. Digoxin
- B. Captopril
- C. Heparin
- D. Nifedipin

3.2.21. Chọn câu đúng nhất ~ Suy tim là:

- A. Một trạng thái bệnh lý.
- B. Tình trạng cơ tim suy yếu nhưng còn khả năng cung cấp máu theo nhu cầu của cơ thể.
- C. Tình trạng cơ tim suy yếu cả khi gắng sức và về sau cả khi nghỉ ngơi.
- D. Do tổn thương tại các van tim là chủ yếu.

3.2.22. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân nào kể sau không thuộc nguyên nhân suy tim trái:

- A. Tăng huyết áp.
- B. Còn ống động mạch.
- C. Hở van hai lá.
- D. Thông liên nhĩ.

3.2.23. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân nào kể sau không thuộc nguyên nhân suy tim phải:

- A. Hẹp hai lá.
- B. Viêm phế quản mạn.
- C. Tổn thương van ba lá. .
- D. Bệnh van động mạch chủ.

3.2.24. Chọn đúng/sai ~ Khó thở kịch phát : xảy ra ban đêm, biểu hiện suy tim trái, có hai dạng thường gặp là hen tim, phù phổi cấp.

- A. Đúng
- B. Sai.

3.2.25. Chọn câu đúng nhất ~ Cung lượng tim phụ thuộc vào 4 yếu tố: tiền gánh, hậu gánh, sức co bóp tim và:

- A. Huyết áp động mạch.
- B. Huyết áp tĩnh mạch.
- C. Chiều dày cơ tim.
- D. Tần số tim.

3.2.26. Chọn câu đúng nhất ~ Tiền gánh là:

- A. Độ kéo dài của các sợi cơ tim sau tâm trương phụ thuộc vào lượng máu dồn về tâm thất.
- B. Độ co rút của các sợi cơ tim sau tâm trương.
- C. Sức căng của thành tim tâm thu.
- D. Thể tích thời kỳ tâm thu mà cơ tim tống ra mỗi phút.

3.2.27. Chọn câu đúng nhất ~ Hậu gánh là:

- A. Độ kéo dài của các sợi cơ tim sau tâm trương phụ thuộc vào lượng máu dồn về tâm thất.
- B. Lực cản mà cơ tim gặp phải trong quá trình co bóp tống máu , đứng đầu là sức cản ngoại vi.
- C. Sức căng của thành tim tâm trương.
- D. Thể tích thời kỳ tâm thu mà cơ tim tống ra mỗi phút. .

3.2.28. Chọn câu đúng nhất ~ Suy tim xảy ra do rối loạn chủ yếu của:

- A. Tiền gánh.
- B. Hậu gánh.
- C. Sức co bóp tim.
- D. Tần số tim.

3.2.29. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng cơ năng chính của suy tim trái là:

- A. Ho khan.
- B. Ho ra máu.
- C. Khó thở.
- D. Đau ngực.

3.2.30. Chọn câu đúng nhất ~ Trong suy tim trái, tim trái lớn. Trên phim thẳng chụp tim phổi sẽ thấy:

- A. Cung trên phải phồng.
- B. Cung dưới phải phồng.
- C. Cung giữa trái phồng.
- D. Cung dưới trái phồng.

3.2.31. Chọn đúng/sai ~ Theo phác đồ điều trị suy tim, để tăng cường hiệu quả ghép tim thường áp dụng ở giai đoạn rất sớm.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.2.32. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng chung về lâm sàng của hội chứng suy tim phải là:

- A. Khó thở dữ dội.
- B. Gan to.
- C. Bóng tim to.
- D. Ứ máu ngoại biên.

3.2.33. Chọn câu đúng nhất ~ Đặc điểm sau không phải là của gan tim trong suy tim phải:

- A. Gan to đau.
- B. Kèm dấu phản hồi gan tĩnh mạch cổ.
- C. Gan đàn xếp.
- D. Gan nhỏ lại khi ăn nhạt, nghỉ ngơi.

3.2.34. Chọn câu đúng nhất ~ X quang tim phổi thẳng trong suy tim phải thường gặp:

- A. Cung trên trái phồng
- B. Viêm rãnh liên thùy
- C. Tràn dịch đáy phổi phải
- D. Mõm tim nâng lên cao

3.2.35. Chọn câu đúng nhất ~ Trong phù phổi cấp người ta có thể gặp tất cả các dấu hiệu sau ngoại trừ:

- A. ran ẩm ở phổi
- B. khạc đàm bọt hồng
- C. không có khó thở khi nằm
- D. co kéo trên xương ức

3.2.36. Chọn câu đúng nhất ~ Các triệu chứng cơ năng xuất hiện khi gắng sức nhiều, hạn chế các hoạt động thể lực. Theo Hội tim mạch NewYork (NYHA) đó là giai đoạn suy tim ở độ :

- A. Độ I.
- B. Độ II.
- C. Độ III.
- D. Độ IV.

3.2.37. Chọn câu đúng nhất ~ Thuốc giảm hậu gánh trong điều trị suy tim được ưa chuộng hiện nay là:

- A. Hydralazin
- B. Nitrate
- C.Ức chế men chuyển
- D.Ức chế canxi



TĂNG HUYẾT ÁP

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Phân tích được các yếu tố gây tăng huyết áp và nêu được hậu quả của tăng huyết áp.
2. Trình bày được các bước chẩn đoán tăng huyết áp
3. Trình bày được mục tiêu, nguyên tắc và các biện pháp điều trị tăng huyết áp.

Nội dung

1. Định nghĩa, nguyên nhân, bệnh sinh
2. Chẩn đoán THA
 - 2.1 Chẩn đoán xác định
 - 2.2 Phân loại theo HA
 - 2.3 Chẩn đoán nguy cơ
 - 2.4 Xác định tổn thương đích
 - 2.5 Phân loại theo nguy cơ
3. Xét nghiệm
4. Điều trị



1. Định nghĩa, nguyên nhân và bệnh sinh, hậu quả

Lịch sử bệnh THA

- Bệnh “mạch nảy mạnh” trong y văn từ hàng ngàn năm trước: Thái Y Viện, Hippocrates => dùng con đĩa hút & trích máu để chữa.
- 1733, Stephen Hales lần đầu tiên đo được HA.
- 1896, Scipione Riva-Rocci phát minh ra máy đo HA gọi là HA kế.
- 1905, Nikolai Korotkoff đã cải tiến kỹ thuật bằng cách đo HA với ống nghe, mô tả các tiếng Korotkoff.
- 2/1945, hội nghị Yalta: tổng thống Roosevelt được ghi nhận HA 220/120 mmHg. 2 tháng sau ông tử vong do xuất huyết não.
- 3 tháng sau: tổng thống Truman ký đạo luật “the pivotal National Heart Act” mở đường cho nghiên cứu về bệnh THA.
- Các dịch vụ bảo hiểm trước đó nhiều năm đã hạn chế bán bảo hiểm cho người có chỉ số HA cao.
- Trong các tài liệu cổ của Đông y không có bệnh tăng huyết áp nhưng căn cứ vào biểu hiện lâm sàng mà được mô tả gần giống với các chứng “Huyễn vựng”.

1.1 Định nghĩa và phân độ theo VNHA 2015 & 2017

- 2015: Tăng huyết áp được định nghĩa là huyết áp $\geq 140/90$ mmHg.
- ACC/AHA 2017: $\geq 130/80$ mmHg: Thêm 30 triệu người được chẩn đoán THA ở Mỹ (46% dân số người lớn). Nghĩa là làm tăng thêm 14% người Mỹ trưởng thành cần phải khẩn cấp thay đổi lối sống. Nhưng chỉ 2% cần phải uống thuốc ngay lập tức.

1.2 Nguyên nhân

1.2.1. Tăng huyết áp nguyên phát:

Chiếm gần 90% trường hợp bị tăng huyết áp (theo Gifford - Weiss).



1.2.2 Tăng huyết áp thứ phát

- Bệnh thận: Viêm cầu thận cấp, viêm cầu thận mạn...
- Nội tiết: Bệnh vỏ tuyến thượng thận, hội chứng Cushing...
- Bệnh tim mạch: Bệnh hẹp eo động mạch chủ...
- Thuốc: Các Hormone ngừa thai, cam thảo...
- Nhiễm độc thai nghén.
- Các nguyên nhân khác: Bệnh cường giáp, bệnh Beri-beri...

1.2.3. Một số yếu tố làm dễ (thuận lợi):

- Yếu tố di truyền, bệnh tăng huyết áp có tính gia đình.
- Yếu tố ăn uống, ăn nhiều muối, ăn ít protit, uống nhiều rượu...
- Yếu tố tâm lý xã hội, có tình trạng căng thẳng (stress) thường xuyên.

1.3a Cơ chế sinh bệnh của tăng huyết áp nguyên phát

Tăng huyết áp động mạch thường kèm theo những biến đổi về sinh lý bệnh liên quan đến hệ thần kinh giao cảm, thận, renin-angiotensin và các cơ chế huyết động, dịch thể khác (Phạm Khuê -1982).

1.3.1. Biến đổi về huyết động

- Tần số tim tăng, lưu lượng tim tăng dần...
- Tại thận, tăng sức cản mạch thận, giảm lưu lượng máu tại thận...

1.3.2. Biến đổi về thần kinh:

- Hệ thần kinh tự động giao cảm - Trong tăng huyết áp các thụ cảm áp lực được điều chỉnh đến mức cao nhất và với ngưỡng nhạy cảm cao nhất.

1.3.3. Biến đổi về dịch thể

- Hệ Renin-Angiotensine Aldosterone (RAA): Hiện nay đã được chứng minh có tác dụng ngoại vi và tác dụng trung ương...
- Vasopressin (ADH): có vai trò khá rõ ràng trong cơ chế sinh bệnh tăng huyết áp có tác dụng trung ương giảm huyết áp.
- Chất Prostaglandin: tác dụng trung ương làm tăng huyết áp, tác dụng ngoại vi làm giảm huyết áp ...
- Ngoài ra còn có vai trò của hệ Kalli-Krein Kinin (K.K.K).

1.3b Cơ chế sinh bệnh của tăng huyết áp thứ phát: Tùy vào nguyên nhân

1.4 Hậu quả của tăng huyết áp

1.4.1. Tim: Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính và nguyên nhân gây tử vong cao nhất đối với tăng huyết áp.

- Suy tim trái và với khó thở khi gắng sức, hen tim hoặc phù phổi cấp sau đó chuyển sang suy tim toàn bộ với phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi. Xquang và điện tim có dấu dày thất phải.

- Suy mạch vành biểu hiện bằng các cơn đau thắt ngực điển hình hay chỉ có loạn nhịp. Điện tim xuất hiện sóng Q hoại tử.

1.4.2. Não: tai biến mạch não, thường gặp như nhũn não, xuất huyết não...

1.4.3. Thận: Vừa xơ động mạch thận sớm và nhanh, suy thận dần dần...

1.4.4. Mạch máu: Vừa xơ động mạch, bóc tách động mạch chủ.

1.4.5. Mắt: khám đáy mắt rất quan trọng vì đó là dấu hiệu tốt để tiên lượng, có 4 giai đoạn tổn thương đáy mắt.

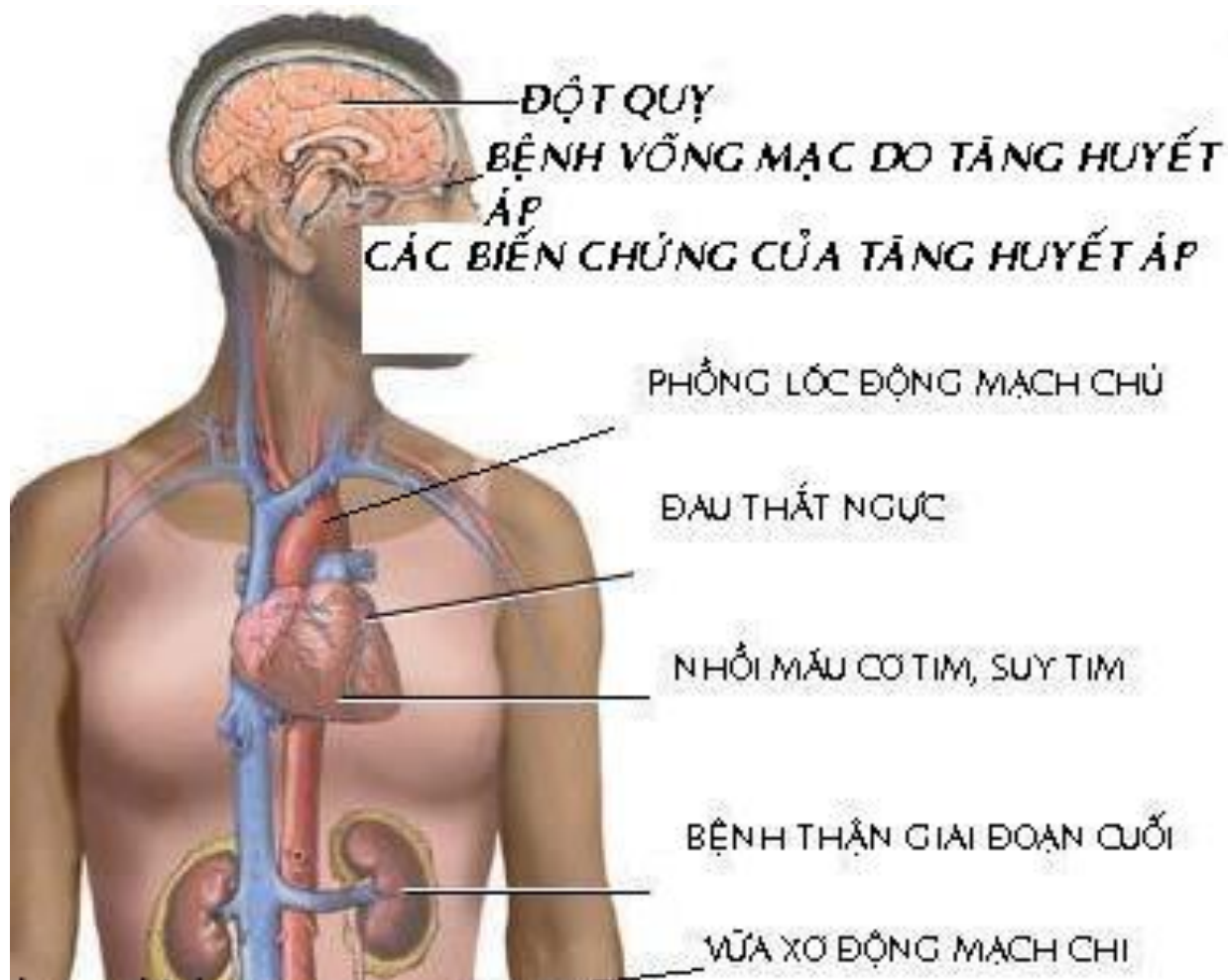
- Giai đoạn 1: tiểu động mạch cứng và bóng.

- Giai đoạn 2: tiểu động mạch hẹp có dấu bắt chéo (dấu Gunn).

- Giai đoạn 3: xuất huyết và xuất tiết võng mạc.

- Giai đoạn 4: phù lan tỏa gai thị.

Hậu quả của tăng huyết áp



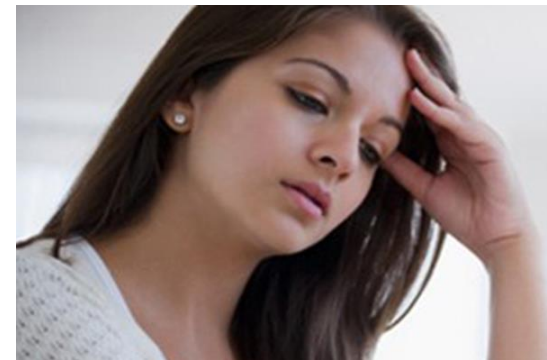
2. Triệu chứng & Chẩn đoán tăng huyết áp

2.1 Triệu chứng

Cao huyết áp được mệnh danh là kẻ giết người thầm lặng bởi diễn biến với những biểu hiện khá mơ hồ. Biến chứng như đã nêu có thể ảnh hưởng tới tính mạng nếu không được phát hiện và điều trị kịp thời.

Tuy nhiên qua nhiều bệnh nhân thì các chuyên gia cũng tổng hợp được một số triệu chứng cao huyết áp thường gặp (chỉ có tính tham khảo, phát hiện – không thật sự có trong tiêu chuẩn chẩn đoán):

- **Thường xuyên có dấu hiệu đau đầu:** Người bị cao huyết áp sẽ khiến áp lực máu lên thành động mạch lớn. Nếu đo chỉ số trên 180/ 11mmhg thì sẽ dẫn tới tình trạng đau đầu, cơn đau có thể kéo dài hay ngắn tùy vào thể trạng của từng người. Biện pháp tốt nhất là bạn nên nằm xuống nghỉ ngơi, tránh trình trạng huyết áp tăng quá cao có thể dẫn tới đứt mạch máu não.
- **Chảy máu mũi:** Nếu bạn thường xuyên bị chảy máu mũi, đặc biệt khi hoạt động quá sức hay làm việc mệt mỏi thì tốt nhất nên tới gặp chuyên gia để được kiểm tra cụ thể, vì đây cũng là một trong những biểu hiện huyết áp cao mà nhiều người đang chủ quan.



- **Mắt nổi đỏ:** Một số người bệnh huyết áp cao thường có vệt máu hoặc mạch máu nổi rõ trong mắt. Tuy không ảnh hưởng nhiều tới thị giác nhưng lại gây mất thẩm mỹ và sự tự tin của mọi người. Nếu thấy có dấu hiệu của bệnh thì tốt hơn bạn nên tới tìm các bác sĩ nhãn khoa hay kiểm tra các chỉ số máu để thấy kết quả chính xác, có phương pháp điều trị kịp thời.



- **Thường xuyên nôn và cảm thấy buồn nôn:** Do tăng huyết áp gây nên áp lực vào thành mạch, não cũng không nhận đủ máu cho quá trình hoạt động gây ra tình trạng nôn và buồn nôn. Đôi khi triệu chứng này cũng đi kèm với việc nhìn mờ hay cảm thấy khó thở.



- **Chóng mặt:** Chóng mặt cũng là một trong những triệu chứng cao huyết áp bị nhiều người bỏ qua. Chóng mặt thường xuất hiện với biểu hiện như choáng hay chóng mặt động ngột. Thậm chí ở một số trường hợp người bệnh cũng có thể ngất xỉu hoặc đột quỵ.



- **Tê cứng các chi:** Huyết áp tăng liên tục không kiểm soát sẽ dẫn tới vấn đề tê chân hoặc tay. Lúc này tình trạng bệnh đã tương đối nguy hiểm vì vậy bạn nên tới gặp chuyên gia để nghe tư vấn cụ thể

2.2 Chẩn đoán xác định tăng huyết áp

(Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 08 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế).

Chẩn đoán xác định THA: dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình (xem Phụ lục 2 – Quy trình đo huyết áp). Ngưỡng chẩn đoán THA thay đổi tùy theo từng cách đo huyết áp (Bảng 1).

Bảng 1. Các ngưỡng chẩn đoán tăng huyết áp theo từng cách đo

	Huyết áp tâm thu		Huyết áp tâm trương
1. Cán bộ y tế đo theo đúng quy trình	≥ 140 mmHg		≥ 90 mmHg
2. Đo bằng máy đo HA tự động 24 giờ	≥ 130 mmHg	và/hoặc	≥ 80 mmHg
3. Tự đo tại nhà (<i>đo nhiều lần</i>)	≥ 135 mmHg		≥ 85 mmHg

Phụ lục 2 QUY TRÌNH ĐO HUYẾT ÁP ĐÚNG (Ban hành kèm theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

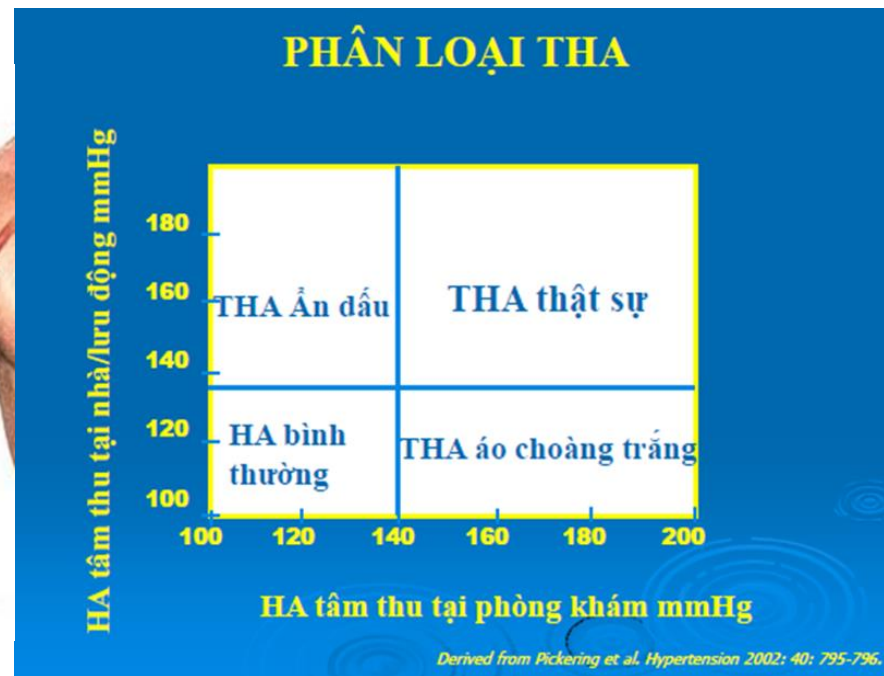
1. Nghỉ ngơi trong phòng yên tĩnh ít nhất 5 – 10 phút trước khi đo huyết áp.
2. Không dùng chất kích thích (cà phê, hút thuốc, rượu bia) trước đó 2 giờ.
3. Tư thế đo chuẩn: người được đo huyết áp ngồi ghế tựa, cánh tay duỗi thẳng trên bàn, nếp khuỷu ngang mức với tim. Ngoài ra, có thể đo ở các tư thế nằm, đứng. Đối với người cao tuổi hoặc có bệnh đái tháo đường, nên đo thêm huyết áp tư thế đứng nhằm xác định có hạ huyết áp tư thế hay không.

4. Sử dụng huyết áp kế thủy ngân, huyết áp kế đồng hồ hoặc huyết áp kế điện tử (loại đo ở cánh tay). Các thiết bị đo cần được kiểm chuẩn định kỳ. Bề dài bao đo (nằm trong băng quấn) tối thiểu bằng 80% chu vi cánh tay, bề rộng tối thiểu bằng 40% chu vi cánh tay. Quấn băng quấn đủ chặt, bờ dưới của bao đo ở trên nếp lằn khuỷu 2cm. Đặt máy ở vị trí để đảm bảo máy hoặc mốc 0 của thang đo ngang mức với tim.
5. Nếu không dùng thiết bị đo tự động, trước khi đo phải xác định vị trí động mạch cánh tay để đặt ống nghe. Bơm hơi thêm 30mmHg sau khi không còn thấy mạch đập. Xả hơi với tốc độ 2-3mmHg/nhịp đập. Huyết áp tâm thu tương ứng với lúc xuất hiện tiếng đập đầu tiên (pha I của Korotkoff) và huyết áp tâm trương tương ứng với khi mất hẳn tiếng đập (pha V của Korotkoff).
6. Không nói chuyện khi đang đo huyết áp.
7. Lần đo đầu tiên, cần đo huyết áp ở cả hai cánh tay, tay nào có chỉ số huyết áp cao hơn sẽ dùng để theo dõi huyết áp về sau.
8. Nên đo huyết áp ít nhất hai lần, mỗi lần cách nhau ít nhất 1-2 phút. Nếu số đo huyết áp giữa 2 lần đo chênh nhau trên 10mmHg, cần đo lại một vài lần sau khi đã nghỉ trên 5 phút. Giá trị huyết áp ghi nhận là trung bình của hai lần đo cuối cùng.
9. Trường hợp nghi ngờ, có thể theo dõi huyết áp bằng máy đo tự động tại nhà hoặc bằng máy đo huyết áp tự động 24 giờ (Holter huyết áp).
10. Ghi lại số đo theo đơn vị mmHg dưới dạng HA tâm thu/HA tâm trương (ví dụ 126/82 mmHg) không làm tròn số quá hàng đơn vị và thông báo kết quả cho người được đo.

2.3 Phân loại bệnh theo chỉ số huyết áp

Dựa vào trị số huyết áp do cán bộ y tế đo được, có 4 phân loại chủ yếu: HA bình thường - THA thật sự - THA ẩn dấu – THA áo choàng trắng.

Trong THA thật sự có nhiều cách phân loại tùy theo chỉ số tăng HATT & HATTr



2.3.1 Phân loại mức độ THA theo khuyến cáo của Hội tim mạch Việt Nam (2008) & Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị THA theo Quyết định số 3192/QĐ-BYT.

Phân loại	HATT (mmHg)	HATTr (mmHg)
HA tối ưu	<120	<80
HA bình thường	<130	<85
HA bình thường cao	130-139	85-89
THA độ 1 (nhẹ)	140-159	90-99
THA độ 2 (trung bình)	160-179	100-109
THA độ 3 (nặng)	≥ 180	≥ 110
THA tâm thu đơn độc	≥ 140	<90

Phân loại này dựa trên đo HA tại phòng khám. Nếu HATT và HATTr không cùng một phân loại thì chọn mức HA cao hơn để xếp loại

2.3.2 Phân loại mức độ THA theo JNC7 (2003)

Phân chia độ THA theo JNC VII(2003)(chú ý là khi học vẫn lấy theo phân chia độ theo JNC VI)

Phân loại JNC VI	HATT/HATTr (mmHg)	Phân loại JNC VII
Tối ưu	< 120/80	→ Bình thường
Bình thường	120-129/80-84	} Tiền THA
Giới hạn	130-139/85-89	
THA	≥140/90	→ THA
Giai đoạn 1	140-159/90-99	→ Giai đoạn 1
Giai đoạn 2	160-179/100-109	} Giai đoạn 2
Giai đoạn 3	≥180/110	

2.3.3 Phân loại mức độ THA theo ACC/AHA 2017

Phân độ tăng huyết áp theo ACC/AHA 2017



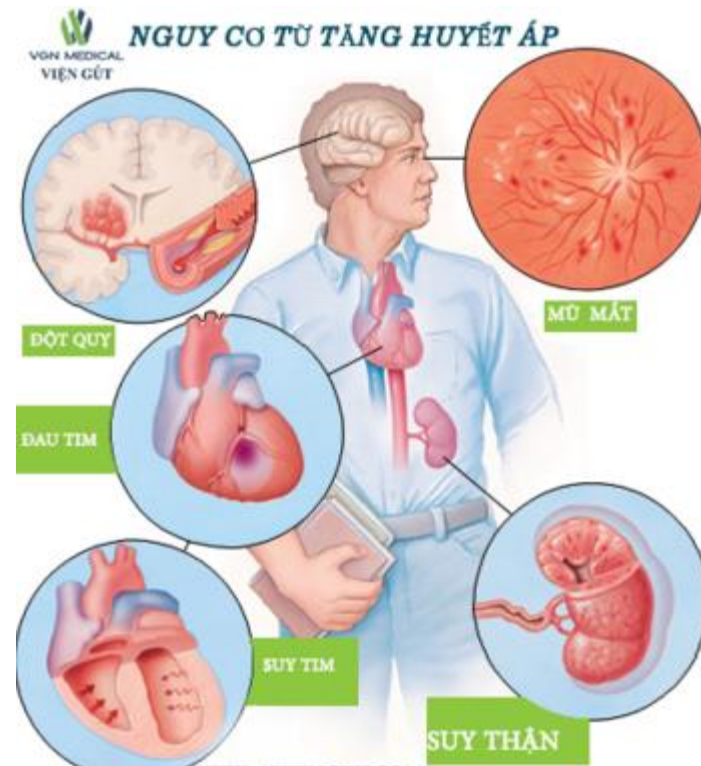
Rxpharms.org

Phân độ THA	HATT (mm Hg)		HATTr (mm Hg)
BÌNH THƯỜNG	<120	và	<80
BÌNH THƯỜNG CAO	120 - 129	và	<80
THA ĐỘ 1	130 - 139	hoặc	80 - 90
THA ĐỘ 2	≥140	hoặc	≥90
CƠN THA (cần ý kiến bác sĩ ngay lập tức)	>180	và/ hoặc	>120

2.3.4 Phân loại bệnh theo nguy cơ tim mạch của bệnh nhân

Xác định các yếu tố nguy cơ

- Tăng huyết áp
- Tuổi (nam > 55 tuổi, nữ > 65 tuổi) Đái tháo đường
- Tăng LDL-c hoặc giảm HDL-c
- Độ lọc cầu thận < 60 mL/phút
- Tiền sử gia đình có bệnh tim mạch sớm (nam < 55 tuổi, nữ < 65 tuổi)
- Vi đạm niệu
- Béo phì
- Giảm hoạt động thể lực
- Hút thuốc lá



Phân tầng nguy cơ tim mạch: dựa vào phân độ huyết áp, số lượng các yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM) và biến cố tim mạch để có chiến lược quản lý, theo dõi và điều trị lâu dài.

PHÂN TẦNG NGUY CƠ THEO ĐỘ THA					
Bệnh cảnh	Huyết áp Bình thường	Tiền Tăng Huyết áp	Tăng Huyết áp Độ 1	Tăng Huyết áp Độ 2	Tăng Huyết áp Độ 3
	Huyết áp Tâm thu 120 - 129 mmHg và Huyết áp Tâm trương 80 - 84 mmHg	Huyết áp Tâm thu 130 - 139 mmHg và/hoặc Huyết áp Tâm trương 85 - 89 mmHg	Huyết áp Tâm thu 140 - 159 mmHg và/hoặc Huyết áp Tâm trương 90 - 99 mmHg	Huyết áp Tâm thu 160 - 179 mmHg và/hoặc Huyết áp Tâm trương 100 - 110 mmHg	Huyết áp Tâm thu ≥ 180 mmHg và/hoặc Huyết áp Tâm trương ≥ 110 mmHg
Không có yếu tố nguy cơ tim mạch nào			Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao
Có từ 1-2 yếu tố nguy cơ tim mạch (YTNCTM)	Nguy cơ thấp	Nguy cơ thấp	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ rất cao
Có ≥ 3 YTNCTM hoặc hội chứng chuyển hóa hoặc có tổn thương cơ quan đích hoặc có đái tháo đường	Nguy cơ trung bình	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ cao	Nguy cơ rất cao
Đã có biến cố hoặc có bệnh tim mạch hoặc có bệnh thận mạn tính	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao	Nguy cơ rất cao

2.4 Xác định tổn thương cơ quan đích

2.4.1 Tổn thương cơ quan đích tiền lâm sàng

- Tim

Lớn thất trái

Đau thắt ngực

tiền sử nhồi máu cơ tim

Có can thiệp mạch vành trước đó

Suy tim

- Não

Đột quy

Thiếu máu não thoáng qua

Sa sút trí tuệ

- Bệnh thận mạn

- Bệnh mạch máu ngoại biên

- Bệnh võng mạc

2.4.2 Tình trạng lâm sàng đi kèm

– Đái tháo đường

– Bệnh mạch não:

+ Nhồi máu não

+ Xuất huyết não

+ Cơ thiếu máu não thoáng qua

– Bệnh tim:

+ NMCT

+ Đau thắt ngực

+ Tái tưới máu mạch vành

+ Suy tim xung huyết

– Bệnh thận:

+ Tăng creatinin huyết tương:

Nữ > 120 μ mol/l(1,4mg/dl)

Nam > μ mol/l(1,5mg/dl)

+ Albumin niệu > 300mg/ngày

– Bệnh mạch máu ngoại vi

3. Xét nghiệm

3.1 Xét nghiệm thường qui

Điện tâm đồ
Phân tích nước tiểu
Đường máu và hematocrit
Điện giải đồ K⁺, Ca⁺⁺
Mức lọc cầu thận creatinin huyết thanh
Định lượng lipid máu

3.2 Các xét nghiệm bổ xung

Định lượng albumin niệu hoặc chỉ số albumin/creatinin

3.3 Xét nghiệm sâu tìm nguyên nhân

Chỉ định khi không thể kiểm soát được huyết áp ...

Bảng : Một số xét nghiệm giúp tìm nguyên nhân gây THA.⁽⁹⁾

Chẩn đoán	Xét nghiệm
Bệnh thận mạn	Đánh giá độ lọc cầu thận
Hẹp quai động mạch chủ	Chụp cắt lớp điện toán mạch máu
Hội chứng Cushing	Tiền sử, test ức chế dexamethasone
U tủy thượng thận	Metanephrine và normetanephrine niệu 24 giờ
Cường aldosteron	Aldosterone niệu 24 giờ
Bệnh mạch máu thận	Siêu âm Doppler, cộng hưởng từ mạch máu
Ngưng thở khi ngủ	Đo SpO ₂ khi ngủ
Bệnh lý tuyến giáp, cận giáp	Đo nồng độ TSH, PTH huyết tương

4. Điều trị tăng huyết áp

Lịch sử phát triển thuốc điều trị

- Cuối thế kỷ 19 đầu 20: hạn chế Na, phẫu thuật cắt thần kinh giao cảm, liệu phát pyrogen (tiêm chất gây sốt).
- 1900: natri thyocyanate. Các chất barbiturate, bismuth phụ trợ thêm...
- Sau chiến tranh thế giới II: hydralazin và reserpine.
- Đột phá lớn vào 1958: clorothiazide (Diuril) tung ra thị trường -> giảm 50% đột quy các năm sau đó. Lợi tiểu giống thiazide Clorthalidone > Hydro-clorothiazide
- 1960s: Sir. James Black phát minh chẹn beta (ban đầu điều trị cơn đau thắt ngực).
- Sau đó trong quá trình tìm thuốc chẹn beta mới -> dẫn xuất của papaverin: Verapamil -> chẹn kênh Ca.
- Hệ RAA quan trọng trong cơ chế THA: 1977 thuốc ức chế men chuyển captopril ra đời.
- Sau này: ức chế thụ thể Angiotensin và ức chế hệ renin.

4. Điều trị tăng huyết áp

4.1 Mục tiêu điều trị

Mục tiêu điều trị bệnh THA là làm giảm tối đa nguy cơ mắc các tai biến và tử vong tim mạch và thận do bệnh gây nên. Muốn vậy phải giải quyết 2 công việc song song:

- Đưa HA về giới hạn bình thường
 - + Không có tiểu đường: < 140/90mmHg
 - + Có đái tháo đường: < 130/80mmHg
 - + Ở bệnh nhân đột quỵ não trong những ngày đầu: duy trì HA 40-180/90-110mmHg
- Giải quyết tích cực các yếu tố nguy cơ của bệnh THA:

Quyết định về điều trị bệnh nhân THA không thể chỉ dựa vào con số HA đơn thuần mà phải xem xét sự có mặt của các yếu tố nguy cơ, sự hiện diện của các tổn thương cơ quan đích và các bệnh có đồng thời vì các yếu tố này làm tiên lượng bệnh xấu đi nhanh. Cần phải điều trị toàn bộ các yếu tố nguy cơ có thể hồi phục được như hút thuốc lá, tăng cholesterol máu, đái tháo đường... và điều trị thích hợp các tình trạng tim mạch đi kèm

4.2 Nguyên tắc điều trị - Nguyên tắc chung:

- Tăng huyết áp là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài.
- Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.
- “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là $< 140/90$ mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được. Nếu nguy cơ tim mạch từ cao đến rất cao thì huyết áp mục tiêu cần đạt là $< 130/80$ mmHg. Khi điều trị đã đạt huyết áp mục tiêu, cần tiếp tục duy trì phác đồ điều trị lâu dài kèm theo việc theo dõi chặt chẽ, định kỳ để điều chỉnh kịp thời.
- Điều trị cần hết sức tích cực ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích. Không nên hạ huyết áp quá nhanh để tránh biến chứng thiếu máu ở các cơ quan đích, trừ tình huống cấp cứu.

Nhóm tuổi	Ranh giới đích điều trị HATT (mmHg)					Ranh giới đích điều trị HATT _r mmHg
	THA chung	THA ĐTĐ	THA Bệnh thận mạn	THA BMV	Đột quỵ , TIA	
18-64 tuổi	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích < 140-130 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	Đích trong khoảng 130 đến 120 nếu dung nạp	<80 đến70
≥ 65 tuổi	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích <140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	Đích < 140 đến 130 nếu dung nạp	<80 đến70
Ranh giới đích điều trị HATT_r	<80 đến70	<80 đến70	<80 đến70	<80 đến70	<80 đến70	

4.3 Các biện pháp điều trị

4.3.1 Biện pháp không dùng thuốc

Các biện pháp tích cực thay đổi lối sống: áp dụng cho mọi bệnh nhân để ngăn ngừa tiến triển và giảm được huyết áp, giảm số thuốc cần dùng ...

- Chế độ ăn hợp lý, đảm bảo đủ kali và các yếu tố vi lượng:

+ Giảm ăn mặn (< 6 gam muối hay 1 thìa cà phê muối mỗi ngày).

+ Tăng cường rau xanh, hoa quả tươi.

+ Hạn chế thức ăn có nhiều cholesterol và axit béo no.

- Tích cực giảm cân (nếu quá cân), duy trì cân nặng lý tưởng với chỉ số khối cơ thể (BMI: body mass index) từ 18,5 đến 22,9 kg/m².

- Cố gắng duy trì vòng bụng dưới 90cm ở nam và dưới 80cm ở nữ.

- Hạn chế uống rượu, bia.

- Ngừng hoàn toàn việc hút thuốc lá hoặc thuốc lào.

- Tăng cường hoạt động thể lực ở mức thích hợp: tập thể dục, đi bộ hoặc vận động ở mức độ vừa phải, đều đặn khoảng 30-60 phút mỗi ngày.

- Tránh lo âu, căng thẳng thần kinh; cần chú ý đến việc thư giãn, nghỉ ngơi hợp lý.

- Tránh bị lạnh đột ngột.

Khuyến cáo điều trị không dùng thuốc 2017

Khuyến cáo

Giảm cân được khuyến cáo cho HA bình thường cao (tiền THA) và THA cho những người có thừa cân hoặc béo phì, duy trì BMI 20-25kg/m², vòng eo <94cm ở nam và <80cm ở nữ

Tiết thực chế độ ăn có lợi cho tim như tiết thực DASH (chế độ ăn Địa Trung Hải) để có một cân nặng mong muốn đối với THA và Tiền THA

Hạn chế ăn mặn đối với THA và Tiền THA <5g muối/ngày

Bổ sung kali ưu tiên ăn giàu chất kali cho THA và tiền THA ngoại trừ có bệnh thận mạn hay tăng kali máu hay dùng thuốc giữ kali máu

Tăng cường hoạt động thể lực với một chương trình hợp lý (30p /ngày)

Người bệnh THA và tiền THA được khuyến khích dùng rượu bia theo tiêu chuẩn không quá 2 đơn vị/ ngày ở nam và 1 đơn vị/ ngày ở nữ*

Ngừng hút thuốc lá và tránh nhiễm độc khói thuốc

4.3.2 Biện pháp dùng thuốc

- Các chỉ định bắt buộc: tùy theo chỉ định mà chọn nhóm thuốc. Các guideline thống nhất về một số chỉ định bắt buộc:
 - + Trên dân số chung: thống nhất 4 nhóm UCMC, UCTT, Lợi tiểu, Chẹn kênh Canxi là first-choice.
- Có khác biệt:
 - + Mỹ (4 nhóm).
 - + Châu Âu (5 nhóm: thêm chẹn beta).
 - + VNHA 2015 tái khẳng định 5 nhóm như Châu Âu nhưng giới hạn bn <60 tuổi => Còn khác biệt trong vai trò của chẹn beta trên dân số chung.
- Nhóm THA đơn thuần: các guideline đều thống nhất 4 nhóm: chẹn Ca, ức chế men chuyển, ức chế thụ thể và lợi tiểu là lựa chọn hàng đầu. Lợi ích do chúng mang lại là do việc hạ được HA chứ không phải do sự khác biệt giữa các nhóm thuốc.
- Riêng vai trò first-choice của chẹn beta: còn nhiều bàn cãi do nó hiệu quả bảo vệ đột quy kém hơn và làm tăng ĐTD mới mắc.
- Việt Nam: chẹn beta vẫn là first-choice khi bn < 60t.

Các nhóm thuốc

+ Lợi tiểu

Hydrochlorothiazide, Indapamide, Furosemide, Spironolactone ...

+ Chẹn Beta

Acebutolol, Atenolol, Labetalol, Metoprolol, Propranolol, Esmolol ...

+ Ức chế ACE

Captopril, Perindopril, Enalapril, Lisinopril, Benazepril, Ramipril ...

+ Chẹn receptor Angio-II

Candesartan cilexetil, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan ...

+ Chẹn kênh Canxi

Amlodipine, Felodipine, Isradipine, Nicardipine, Nifedipine, Diltiazem..

+ Chẹn Alpha & Dẫn mạch

Prazosin, Terazosin, Clonidine, Methyldopa, Reserpine, Hydralazine ...

CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)		CÁC NHÓM THUỐC	Liều hằng ngày (mg)	
	Liều thấp	Liều thông thường		Liều thấp	Liều thông thường
<u>Chẹn kênh Ca</u>			<u>Lợi tiểu</u>		
<i>Nondihydropyridines</i>			<i><u>Thiazide và giống thiazide.</u></i>		
Diltiazem	120	180-240	Bendroflumethiazide	5	10
Verapamil	120	240-360	Chlorthalidone	12,5	12,5-25
<i>Dihydropyridines</i>			Hydrochlorothiazide	12,5	12,5-50
Amlodipine	2,5	5-10	Indapamide	1,25	2,5
Felodipine	2,5	5-10	<i>Lợi tiểu quai</i>		
Isradipine	2,5x2 lần	5-10x2 lần	Bumetamide	0,5	1
Nifedipine	30	30-90	Furosemide	20x2l	40x2l
Nitrendipine	10	20	Torseamide	5	10
Lercanidipine	10	20	<i>Lợi tiểu giữ kali</i>		
			Amiloride	5	5-10
			Eplerenone	25	50-100
			Spironolactone	12,5	25-50
			Triamterene	100	100

Thuốc tác dụng lên hệ renin-angiotension			Chẹn Bêta		
<u>Ức chế men chuyển</u>					
Benzapril	5	10-40			
Captopril	12,5x2 lần	50-100x2l			
Enalapril	5	10-40			
Fosinopril	10	10-40			
Lisinopril	5	10-40			
Perindopril	5	5-10	Acebutalol	200	200-400
Quinapril	5	10-40	Atenolol	25	100
Ramipril	2,5	5-10	Bisoprolol	5	5-10
Trandolapril	1-2	2-8	Carvedilol	3,125x2l	6.25-25x2l
Imidapril	2,5-5	5-10	Labetalol	100x2l	100-300x2l
			Metoprolol succinate	25	50-100
<u>Chẹn thụ thể AII</u>			Metoprolol tartrate	25x2l	50-100x2l
Azilsartan	40	80	Nadolol	20	40-80
Candesartan	4	8-32	Nebivolol	2,5	5-10
Eprosatan	400	600-800	Propranolol	40x2l	40-160x2l
Irbesartan	150	150-300			
Losartan	50	50-100			
Olmesartan	10	20-40			
Telmisartan	40	40-80			
Valsartan	80	80-320			

<u>Ức chế renin trực tiếp</u> Aliskiren	75	150-300			
<u>Ức chế thụ thể α-Adrenergic</u> Doxazosin Prazosin Terazosin	1 1x2l 1	1-2 1-5x2 1-2	<u>Giãn mạch, đối kháng α trung ương, giảm adrenergic</u> <u>Giãn mạch</u> Hydralazin Minoxidil <u>Cường alpha 2</u> Clonidine Methyldopa <u>Giảm adrenergic</u> Reserpine	10x2 2,5	25-100x2 5-10 0,1-0,2x2 250-500x2 0,1-0,25

a. Thuốc lợi tiểu Hydrochlorothiazide, Indapamide, Furosemide, Spiron

– Là thuốc đầu tiên cho điều trị THA vì làm giảm bệnh suất và tử vong.

– Nên phối hợp liều nhỏ lợi tiểu với các thuốc điều trị THA khác

Nhóm lợi tiểu thiazid/tương tự thiazid như indapamid

Nhóm lợi tiểu giữ kali:

Spironolacton

Không nên dùng nhóm này như thuốc đầu tiên điều trị THA trừ trường hợp cường aldosteron mà nên phối hợp với lợi tiểu thiazid/tương tự thiazid



Hydrochlorothiazide
Tablets, USP



Thuốc lợi tiểu quai:

không có vai trò nhiều trong THA trừ trường hợp suy thận và/hoặc suy tim



b. Thuốc chẹn beta giao cảm

Loại này thường được chọn là loại thứ 2 trong điều trị THA. Ngoài tác dụng hạ áp thuốc này còn có tác dụng đối với bệnh tim thiếu máu cục bộ, rối loạn nhịp và giảm đột tử sau NMCT

Hầu hết các chẹn beta trừ nhóm có hoạt tính giao cảm nội tại mạnh đều làm giảm cung lượng tim do làm giảm sức co bóp cơ tim và giảm nhịp tim.



Betaloc 25mg : 5.000



Atenolol 50mg : 3.000



Propranolol : 270



c. Nhóm ức chế men chuyển

Captopril, Perindopril, Enalapril, Lisinopril, Benazepril, Ramipril



Coversyl 10mg : 8.000



d. Chẹn receptor Angio-II
Candesartan cilexetil, Eprosartan, Irbesartan, Losartan, Valsartan



Termisartan 40 mg : 3.000



Irbesartan 300 mg : 7.500



Losartan 50 mg : 2.500



Valssartan 80 mg : 11.250

e. Nhóm chẹn kênh calci

Nhóm dihydropyridin(như Nifedipin, amlodipine) có tác dụng chọn lọc lên kênh calci L ở cơ trơn mạch máu do đó gây giãn mạch làm giảm HA. Nhóm non-dihydropyridine với liều điều trị sẽ chẹn kênh calci ở tế cơ tim do vậy làm giảm cung lượng tim.

Amlodipine, Nicardipine, Nifedipine, Diltiazem



Nicardipin 10mg : 125.000

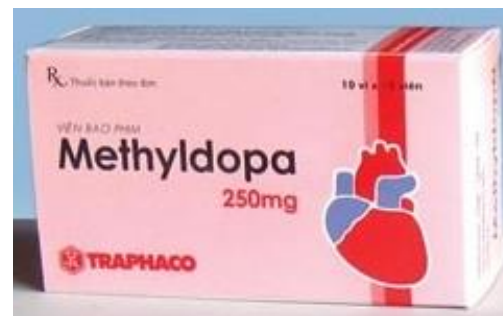


f. Chọn Alpha & Dẫn mạch

Prazosin, Terazosin, Clonidine, Methyldopa, Reserpine, Hydralazine



Terazosin 1mg : 10.000



Methyldopa 250 mg : 1.700





Spironolacton 50mg : 4.000



Furosemid 40mg : 200



Indapamid 1.5mg : 3.250

a. Lợi tiểu



Betaloc 25mg : 5.000



Atenolol 50mg : 3.000



Propranolol 40mg : 250 - 500

b. Chọn Beta giao cảm



Captopril 25 mg : 230



Enalapril 5 mg : 350 - 900



Lisinopril 5 mg : 1.000 10mg : 2.000

c. Ức chế men chuyển ACE



Irbesartan 300 mg : 7.500



Losartan 50 mg : 2.500



Valsartan 80 mg : 11.250

d. Chọn receptor Angiotensin-II



5 mg : 400 - 500



Nifedipin 10 mg : 250 Adalat 10 : 2.245



Diltiazem 60 mg : 1.000

e. Chọn kênh Canxi



Terazosin 1mg : 10.000



Methyldopa 250 mg : 1.700

f. Chọn Alpha & Giãn mạch

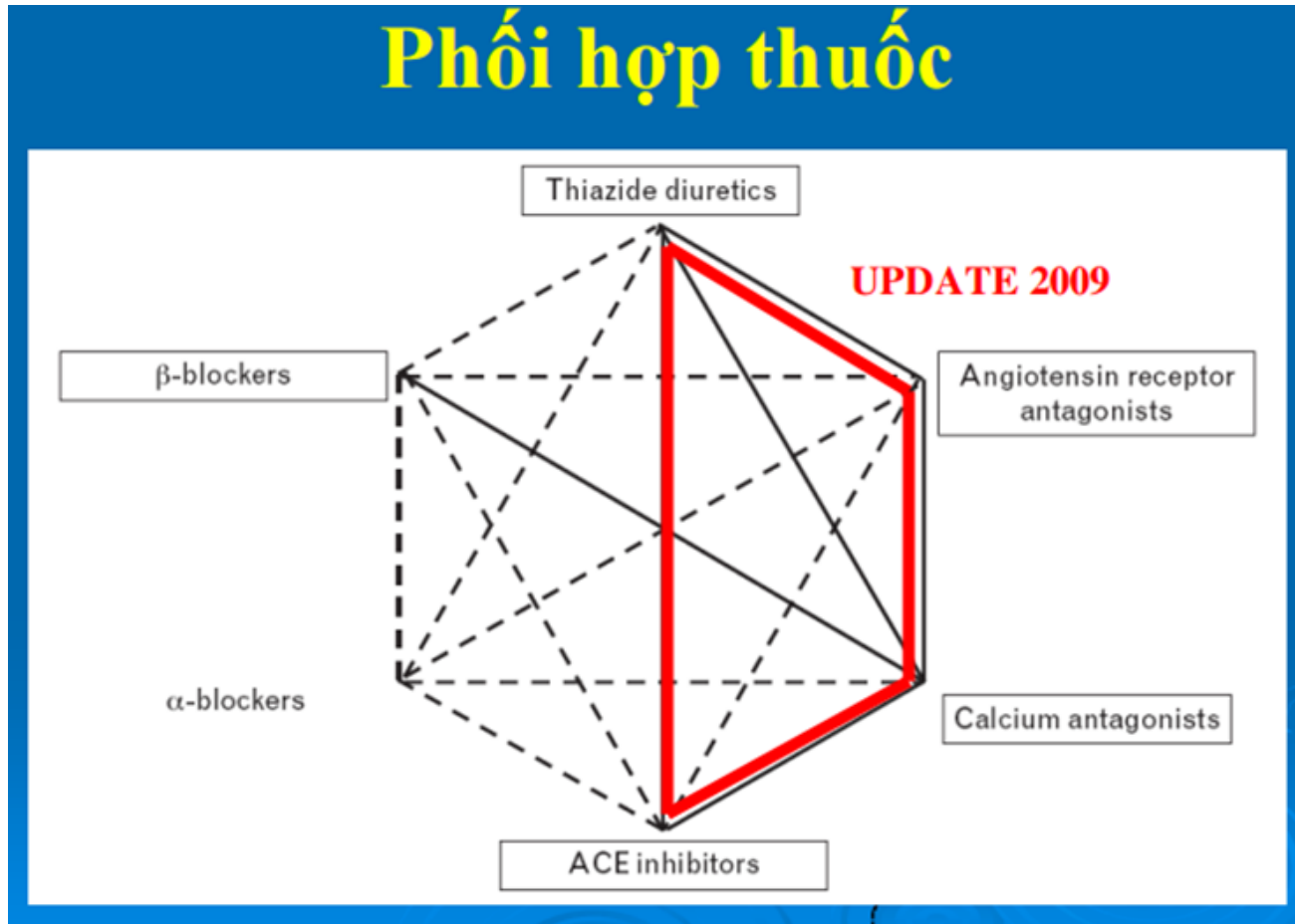
Chống chỉ định - khuyến cáo 2017

Nhóm thuốc	Các chống chỉ định	
	Bắt buộc	Tương đối
Lợi tiểu (thiazides/thiazides-like như chlorthalidone, indapamide)	Gút	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Mang thai Tăng canxi máu, Hạ kali máu
Chẹn beta	Hen Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ Nhịp tim chậm (nhịp tim <60l/p)	Hội chứng chuyển hóa Không dung nạp glucose Vận động viên
Chẹn kênh canxi DHP (dihydropyridines)		Nhịp tim nhanh Suy tim (EF giảm, độ III,IV) Phù chân nặng trước đó
Chẹn kênh canxi Non DHP (verapamil, diltiazem)	Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ Rối loạn chức năng thất trái LVEF <40% Nhịp tim chậm (<60l/p)	
Ức chế men chuyển	Mang thai; Tiền sử có phù mạch Tăng kali máu (>5.5mmol/L) Teo hẹp động mạch thận hai bên	Phụ nữ đang cho con bú khi không có biện pháp ngừa thai tin cậy
Chẹn thụ thể angiotensin	Mang thai Tăng kali máu Hẹp động mạch thận hai bên	Phụ nữ đang cho con bú không có biện pháp ngừa thai tin cậy
Đối kháng thụ thể Mineralcorticoid	Suy thận cấp hoặc nặng (eGFR <30 mL/phút). Tăng kali máu	

Khuyến cáo Chiến lược điều trị (2018)

Khuyến cáo
ƯCMC,CTTA, CB, CKCa, LT (thiazides/ thiazide-like như chorthalidone và indapamide) có hiệu quả giảm HA và các biến cố TM qua các thử nghiệm ngẫu nhiên có đối chứng nên được chỉ định chính điều trị hạ áp
Khuyến cáo kết hợp thuốc cho hầu hết bệnh trong điều trị ban đầu, ưu tiên ƯCMC hoặc CTTA với CKCa hoặc LT. Các kết hợp khác trong 5 nhóm chính có thể dùng.
BB kết hợp với các nhóm thuốc chính khác khi có tình trạng LS đặc biệt như đau thắt ngực, sau NMCT, suy tim hoặc kiểm soát tần số nhịp tim
Khuyến cáo điều trị ban đầu ưu tiên 2 thuốc liều cố định. Ngoại trừ người cao tuổi bị lão hóa,THA độ I có nguy cơ thấp (HATT <150mmHg)
Nếu HA không kiểm soát bằng 2 thuốc thì thêm thuốc thứ ba, thường ƯCMC hoặc CTTA+ CKCa+ LT, ưu tiên liều cố định
Nếu HA không kiểm soát bởi 3 thuốc, điều trị thêm spironolactone, nếu không dung nạp, hoặc, lợi tiểu khác như amiloride hoặc tăng liều lợi tiểu khác, chẹn beta hoặc chẹn alpha
Kết hợp giữa các thuốc ƯCMC+CTTA không khuyến cáo

g. Một số thuốc kết hợp



Một số chiến lược kết hợp thuốc (2017)

CHIẾN LƯỢC ĐIỀU TRỊ KẾT HỢP THUỐC VỚI HAI HOẶC BA THUỐC TRONG MỘT VIÊN LIỀU CỐ ĐỊNH ĐỂ CẢI THIỆN KIỂM SOÁT HA VỚI ƯU TIÊN ĐIỀU TRỊ BAN ĐẦU KẾT HỢP 2 THUỐC NGAY



Nếu mục tiêu không đạt sau 1 tháng có thể tăng liều hoặc chuyển viên phối hợp ba thuốc

DANH MỤC CÁC CHỮ VIẾT TẮT

ASCVD: Bệnh tim mạch do xơ vữa	HABT: Huyết áp bình thường
BMV: Bệnh mạch vành	HA: Huyết áp
BTM: Bệnh tim mạch	HATB: Huyết áp trung bình
DTT: Dày thất trái	MLCT: Mức lọc cầu thận
CTTA: Chẹn thụ thể angiotensin II	NMCT: Nhồi máu cơ tim
CKCa: Chẹn kênh canxi	LT: Lợi tiểu
CB: Chẹn beta	THA: Tăng huyết áp
ĐTN: Đau thắt ngực	TIA: Cơn thiếu máu não thoáng qua
ĐTĐ: Đái tháo đường	TMLS: Tim mạch lâm sàng
ĐMC: Động mạch chủ	TTCQĐ: Tổn thương cơ quan đích
EF: Phân suất tống máu	TB: Trung bình
HATN: Huyết áp tại nhà	TM: Tim mạch
HALT: Huyết áp liên tục	TĐLS: Thay đổi lối sống
HATT: Huyết áp tâm thu	ƯCMC: Ưc chế men chuyển
HATTr: Huyết áp tâm trương	VXĐM: Vữa xơ động mạch
HAPK: Huyết áp phòng khám	YTNC: Yếu tố nguy cơ

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyện, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350 (<http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350>).
5. Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp ở người lớn”
6. Cập nhật khuyến cáo về chẩn đoán điều trị tăng huyết áp 2012 của phân hội tăng huyết áp Việt Nam (VSH)
7. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị tăng huyết áp – ban hành kèm theo Quyết định số 3192 / QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị Suy tim” (2008): 438-475
9. Danh mục thuốc bệnh viện (2013), Sở Y tế Đà Nẵng.
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

3.3.1. Chọn câu sai ~ các yếu tố, nguyên nhân gây tăng huyết áp

- A. Tăng huyết áp nguyên phát: gần 10% trường hợp
- B. Tăng huyết áp thứ phát do bệnh thận, bệnh nội tiết, bệnh tim mạch, thuốc, cường giáp ...
- C. Một số yếu tố thuận lợi: Yếu tố di truyền, Yếu tố ăn uống, tình trạng căng thẳng (stress) thường xuyên
- D. Các câu trên đều sai

3.3.2. Chọn câu sai ~ các hậu quả chính của tăng huyết áp

- A. Tim: Suy tim và bệnh mạch vành là hai biến chứng chính
- B. Não: tai biến mạch não, thường gặp như nhũn não, xuất huyết não..
- C. Thận: Vừa xơ động mạch thận sớm và nhanh, suy thận dần dần...
- D. Mắt: khám đáy mắt rất quan trọng nhưng đó không phải là dấu hiệu tốt để tiên lượng

3.3.3. Mục tiêu điều trị tăng huyết áp – tìm câu sai:

- A. Là làm giảm tối đa nguy cơ mắc các tai biến và tử vong tim mạch và thận do bệnh gây nên
- B. Là nhằm đưa HA về giới hạn bình thường
- C. Là giải quyết tích cực các yếu tố nguy cơ của bệnh THA
- D. Các câu đều sai

3.3.4. Chọn câu sai - nguyên tắc điều trị tăng huyết áp

- A. Là bệnh mạn tính nên cần theo dõi đều, điều trị đúng và đủ hàng ngày, điều trị lâu dài
- B. Mục tiêu điều trị là đạt “huyết áp mục tiêu” và giảm tối đa “nguy cơ tim mạch”.
- C. “Huyết áp mục tiêu” cần đạt là $< 140/90$ mmHg và thấp hơn nữa nếu người bệnh vẫn dung nạp được.
- D. Điều trị cần giảm nhẹ ở bệnh nhân đã có tổn thương cơ quan đích

3.3.5. Chọn câu đúng ~ Chẩn đoán xác định tăng huyết áp

- A. dựa vào trị số huyết áp đo được sau khi đo huyết áp đúng quy trình, Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 140 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.
- B. dựa vào trị số huyết áp do cán bộ y tế đo được , Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu 140 - 150mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương 90 - 99mmHg.
- C. Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 120 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.
- D. Tăng huyết áp là khi huyết áp tâm thu ≥ 130 mmHg và/hoặc huyết áp tâm trương ≥ 90 mmHg.

3.3.6. Chọn câu đúng nhất ~ Theo Tổ chức y tế Thế giới, một người lớn có trị số huyết áp (HA) nào thì được coi là bình thường:

- A. HA tâm thu bằng 140 mmHg và HA tâm trương trên 90 mmHg
- B. HA tâm thu dưới 140 mmHg và HA tâm trương dưới 90 mmHg.
- C. HA tâm thu dưới 140mmHg và HA tâm trương bằng 90mmHg.
- D. HA tâm thu bằng 140mmHg và HA tâm trương bằng 90mmHg.

3.3.7. Chọn câu đúng nhất ~ Huyết áp tâm thu là trị số được chọn lúc:

- A. Tiếng đập của mạch thay đổi âm sắc
- B. Tiếng đập của mạch nghe rõ nhất
- C. Xuất hiện tiếng thổi của mạch
- D. Tiếng đập của mạch mất hoàn toàn

3.3.8. Chọn câu đúng nhất ~ Các yếu tố thuận lợi của Tăng huyết áp nguyên phát là:

- A. Ăn mặn, nhiều cholesterol, uống nước giàu canxi..
- B. Ăn mặn, thừa mỡ động vật, ăn nhiều protid.
- C. Ăn mặn, ít protid, uống nước mềm.
- D. Căng thẳng tâm lý, gia đình bị tăng huyết áp, thức ăn giàu kali.

3.3.9. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân nào sau đây thường gặp nhất trong Tăng huyết áp thứ phát:

- A. Thận đa nang
- B. Viêm cầu thận
- C. Bệnh hẹp động mạch thận
- D. Hội chứng Cushing

3.3.10. Chọn đúng/sai ~ Hội chứng Cushing, hội chứng Conn, hội chứng cường giáp, hội chứng Eisenmenger là những nguyên nhân của THA.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.3.11. Chọn đúng/sai ~ Hormon ngừa thai, cam thảo, carbenoloxone, ACTH, corticoid, cyclosporine, các IMAO, các chất kháng viêm không steroid là những chất gây tăng huyết áp.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.3.12. Chọn đúng/sai ~ Bệnh cường giáp, bệnh beri-beri, bệnh Paget xương, bệnh đa hồng cầu, kiềm hô hấp là những nguyên nhân gây tăng huyết áp.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.3.13. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên tắc nào sau đây không phù hợp với điều trị Tăng huyết áp:

- A. Theo dõi chặt chẽ
- B. Đơn giản
- C. Kinh tế
- D. Chỉ dùng thuốc khi HA cao

3.3.14. Chọn câu đúng nhất ~ Tác dụng phụ nào sau đây không phải là của thuốc chẹn beta:

- A. Dẫn phế quản
- B. Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất
- C. Chậm nhịp tim
- D. Hội chứng Raynaud

3.3.15. Chọn câu đúng nhất ~ Thuốc nào sau đây thuộc nhóm ức chế men chuyển:

- A. Nifedipine
- B. Avlocardyl
- C. Aldactazine
- D. Lisinopril

3.3.16. Chọn câu đúng nhất cho dự phòng tăng huyết áp là:

- A. Loại bỏ các yếu tố nguy cơ
- B. Điều trị sớm ngay từ đầu
- C. Tăng cường hoạt động thể lực
- D. Chống béo phì

3.3.17. Chọn đúng/sai ~ Tác dụng thuốc chẹn giao cảm beta: ức chế renin, giảm co bóp cơ tim, giảm hoạt động hệ thần kinh giao cảm.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.3.18. Chọn đúng/sai ~ Tác dụng phụ thuốc chẹn giao cảm bê ta : làm chậm nhịp tim, rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, co thắt phế quản, hội chứng Raynaud, tác dụng dội.

- A. Đúng.
- B. Sai.

3.3.19. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên tắc khi đo huyết áp cho bệnh nhân là phải:

- A. Bắt buộc phải đo ở tư thế ngồi sau khi đã nghỉ ngơi vài phút
- B. Đo huyết áp ít nhất 2 lần cách nhau ít nhất 5 phút
- C. Xác định được huyết áp tâm trương ở giai đoạn bắt đầu mất âm
- D. Đặt bao cuốn kế ngang mức tim ở tư thế nằm

3.3.20. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân nếu có của tăng huyết áp thường là:

- A. Hẹp động mạch thận
- B. Hẹp eo động mạch chủ
- C. Viêm cầu thận cấp
- D. Tất cả các nguyên nhân trên đều đúng

3.3.21. Chọn câu đúng nhất ~ Các yếu tố nguy cơ của bệnh tăng huyết áp là do:

- A. Rối loạn lipid máu
- B. Di truyền
- C. Đái tháo đường
- D. Tất cả đều đúng

3.3.22. Chọn câu đúng nhất ~ Chế độ ăn cho người tăng huyết áp được chọn là:

- A. Tuyệt đối không được uống rượu, bia
- B. Không nên hoạt động thể lực quá 30 phút/ngày
- C. Hạn chế ăn muối mặn, chất béo và ăn nhiều chất xơ
- D. Tất cả các biện pháp trên

3.3.23. Chọn câu đúng nhất ~ Khi điều trị tăng huyết áp thuốc nào sau đây được sử dụng:

- A. Furosemid
- B. Nifedipin
- C. Captopril
- D. Tất cả thuốc trên

3.3.24. Chọn câu đúng nhất ~ Các yếu tố sau gây tăng huyết áp, ngoại trừ:

- A. Tăng sức cản ngoại vi
- B. Tăng co bóp cơ tim, giảm tần số tim
- C. Tăng cung lượng tim
- D. Tăng tái hấp thu Na^+

3.3.25. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc lợi tiểu:

- A. Gút
- B. Hội chứng chuyển hóa
- C. Mang thai
- D. Tăng Canxi máu

3.3.26. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định tương đối của thuốc lợi tiểu:

- A. Hội chứng chuyển hóa
- B. Hen
- C. Gút
- D. Tăng kali máu

3.3.27. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn beta:

- A. Hen
- B. Hội chứng chuyển hóa
- C. Không dung nạp glucoza
- D. Gút

3.3.28. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn beta:

- A. Block xoang nhĩ
- B. Suy tim
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Mang thai

3.3.29. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn kênh canxi non DHP:

- A. Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ
- B. Hội chứng chuyển hóa
- C. Mang thai
- D. Tăng Canxi máu

3.3.30. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn kênh canxi non DH:

- A. Rối loạn chức năng thất trái LVEF < 40%
- B. Hen
- C. Gút
- D. Tăng kali máu

3.3.31. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn kênh canxi non DH :

- A. Nhịp tim < 60l/p
- B. Hội chứng chuyển hóa
- C. Không dung nạp glucoza
- D. Gút

3.3.32. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn beta:

- A. Nhịp tim < 60l/p
- B. Suy tim
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Mang thai

3.3.33. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định tương đối của thuốc chẹn kênh canxi DHP:

- A. Nhịp tim nhanh
- B. Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Mang thai

3.3.34. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định tương đối của thuốc chẹn kênh canxi DHP :

- A. Suy tim (EF giảm, độ III, IV)
- B. Rối loạn chức năng thất trái LVEF < 40%
- C. Hen
- D. Gút

3.3.35. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định tương đối của thuốc chẹn kênh canxi DHP :

- A. Phù chân nặng trước đó
- B. Nhịp tim < 60l/p
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Không dung nạp glucoza

3.3.36. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc ức chế men chuyển:

- A. Mang thai, tiền sử có phù mạch
- B. Suy tim
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Không dung nạp glucoza

3.3.37. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc ức chế men chuyển:

- A. Mang thai, tiền sử có phù mạch
- B. Nhịp tim nhanh
- C. Bloc xoang nhĩ hoặc AV cao độ
- D. Hội chứng chuyển hóa

3.3.38. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc ức chế men chuyển:

- A. Tăng Kali máu ($> 5.5\text{mmol/l}$)
- B. Suy tim (EF giảm, độ III, IV)
- C. Rối loạn chức năng thất trái LVEF $< 40\%$
- D. Hen

3.3.39. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc chẹn thụ thể angiotensin:

- A. Hẹp động mạch thận 2 bên
- B. Phù chân nặng trước đó
- C. Nhịp tim $< 60\text{l/p}$
- D. Hội chứng chuyển hóa

3.3.40. Chọn câu đúng nhất ~ chống chỉ định bắt buộc của thuốc đối kháng thụ thể mineralcorticoid:

- A. Suy thận cấp hoặc nặng (eGFR $< 30\text{ml/p}$)
- B. Mang thai, tiền sử có phù mạch
- C. Hội chứng chuyển hóa
- D. Mang thai



THẤP TIM

Mục tiêu học tập: Sau khi học xong bài này, sinh viên có khả năng:

1. Trình bày được nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh của bệnh thấp tim.
2. Mô tả được các triệu chứng của bệnh thấp tim
3. Trình bày được các tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh thấp tim
4. Trình bày được phương pháp điều trị và dự phòng bệnh thấp tim

Nội dung

1. Định nghĩa & dịch tễ
2. Nguyên nhân & cơ chế bệnh sinh
 - 2.1 Nguyên nhân
 - 2.2 Cơ chế bệnh sinh
3. Triệu chứng
 - 3.1 Triệu chứng lâm sàng
 - 3.2 Triệu chứng cận lâm sàng
4. Tiến triển & biến chứng
5. Điều trị
 - 5.1 Thuốc điều trị
 - 5.2 Chế độ chăm sóc
6. Dự phòng



1. Định nghĩa và dịch tễ

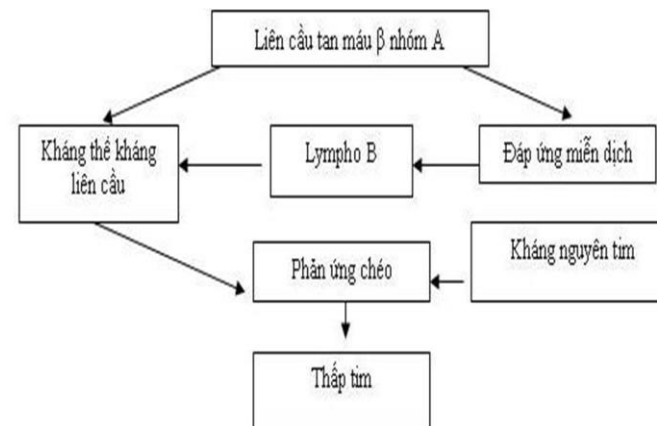
1.1 Định nghĩa

Là một bệnh viêm lan tỏa của tổ chức liên kết khớp, nhưng có thể ở các cơ quan khác như da, tổ chức dưới da, tim và thần kinh trung ương, bệnh có diễn biến cấp, bán cấp hay tái phát. Bệnh có mối liên quan đến quá trình viêm nhiễm đường hô hấp trên do liên cầu khuẩn.

Thấp khớp cấp gây tổn thương tim và thường để lại di chứng ở van tim và tử vong. Ngày nay với việc sử dụng Steroid và kháng sinh trong điều trị và phòng bệnh đã hạn chế được bệnh Thấp khớp cấp một cách rõ rệt. Ở nước ta, bệnh vẫn chưa được chú ý đầy đủ, do đó các bệnh tim do thấp khớp cấp còn gặp nhiều trong các cơ sở y tế.

1.2 Dịch tễ học

- Tuổi trẻ: 5 -15 tuổi.
- Mùa lạnh ẩm làm dễ viêm họng.
- Sinh hoạt vật chất: bệnh của thế giới chậm phát triển thứ 3, của những tập thể sống chen chúc chật chội.
- Bệnh xảy ra sau viêm họng liên cầu nặng, có khi sau viêm họng liên cầu không rõ, dễ tái phát ở bệnh nhân thấp tim cũ khi bị tái nhiễm liên cầu.



Sơ đồ 1. Sơ đồ cơ chế bệnh thấp tim

2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh

2.1 Nguyên nhân

Liên cầu tan huyết nhóm A là vi trùng gây bệnh do hiện tượng quá miễn sau nhiễm liên cầu. Nếu căn cứ vào Protein M thì có khoảng 60 type khác nhau, liên cầu gây viêm họng thuộc type 1, 2, 4, 12. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 30%.

2.2 Cơ chế bệnh sinh

- Chưa rõ, nghiêng về tự miễn. Có sự tương tự giữa kháng nguyên của liên cầu và kháng nguyên tim (mang kháng thể chống liên cầu và tim, protein M, kháng nguyên glycoprotein đặc biệt giống protein của van tim).
- Kháng thể (KT) đặc hiệu: Kháng thể chống tim, chống tế bào não, KT chống Glycoprotein, Antistreptolysin O. Các kháng thể này tăng từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 4 của bệnh.
- Cơ địa di truyền: Dễ mắc bệnh, có nguy cơ tái phát kéo dài suốt đời.

3. Triệu chứng

3.1 Lâm sàng

3.1.1 Nhiễm liên cầu khuẩn ban đầu 50 – 70% bệnh nhân bắt đầu bằng viêm họng.

- Viêm họng đỏ cấp tính, nuốt khó, có hạch nổi dưới hàm, sốt 38 – 39oC kéo dài 3 – 4 ngày. Có khi viêm họng nặng có kèm theo viêm tấy amygdal, cũng có thể viêm họng nhẹ thoáng qua biểu hiện bằng viêm họng đơn thuần.
- Người ta còn thấy bệnh tinh hồng nhiệt cũng có thể gây nên Thấp khớp cấp (ở nước ta chưa phát hiện bệnh này).
- Từ 30 – 50% trường hợp không có biểu hiện viêm họng ban đầu.
- Ngoài viêm họng do liên cầu, một số người cho rằng viêm da cũng có thể gây Thấp khớp cấp.
- Sau viêm họng từ 5 – 15 ngày, các dấu hiệu của Thấp khớp cấp xuất hiện, bắt đầu bằng dấu hiệu sốt 38 – 39oC, có khi sốt cao dao động, nhịp tim nhanh, da xanh xao mặc dù không thiếu máu nhiều, vã mồ hôi, đôi khi chảy máu cam.

3.1.2 Viêm đa khớp

- Thường biểu hiện bằng viêm khớp cấp có di chuyển, khởi không để lại di chứng, nhạy cảm với Steroid và các thuốc chống viêm. Vị trí viêm khớp là gối, cổ chân, khuỷu, vai, rất ít khi gặp ở các khớp nhỏ (ngón tay, chân), hầu như không gặp ở cột sống và khớp háng.
- Khớp sưng, nóng, đỏ, đau nhiều, hạn chế vận động vì sưng đau, khớp gối có thể có nước. Tình trạng viêm kéo dài từ 3 đến 8 ngày, khởi rồi chuyển sang khớp khác, khớp cũ khởi hẳn không để lại di chứng, không teo cơ.
- Trong một số trường hợp biểu hiện viêm kín đáo, chỉ có cảm giác đau, mỏi, số khác có tính chất viêm kéo dài ít di chuyển, hoặc viêm ở vị trí hiếm gặp: ngón tay, cổ, gáy ...



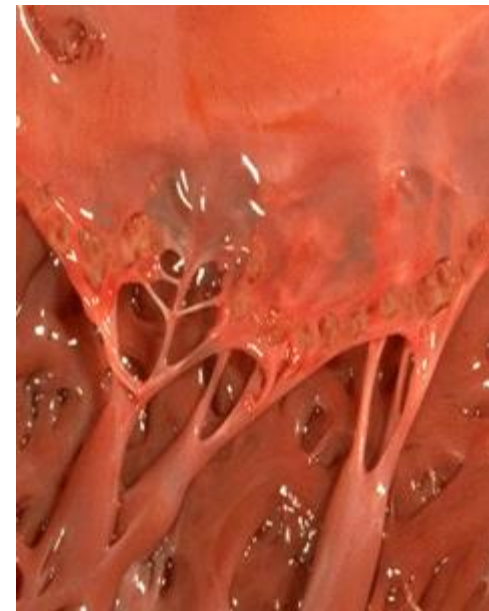
3.1.3 Viêm tim

Có thể chỉ biểu hiện kín đáo trên điện tim hoặc nhịp nhanh đơn thuần, hoặc viêm màng ngoài tim, hoặc cả cơ tim và màng trong tim.

a. Viêm màng trong tim:

- Tiếng tim trở nên mờ, xuất hiện tiếng thổi tâm thu ở ổ van 2 lá hoặc van động mạch chủ, tiếng thổi không lan và thay đổi cường độ từng ngày, theo thứ tự van 2 lá bị nhiều hơn van động mạch chủ, đôi khi có cả van 3 lá, có thể chỉ bị một van, không ít trường hợp bị cả hai van, đều hở hoặc hẹp. Khi đã viêm màng trong tim một lần thì những lần tái phát sau thấp khớp cấp sẽ làm cho các tổn thương van tăng thêm và nặng lên.

- Người ta có thể dùng siêu âm để phát hiện những tổn thương sớm và kín đáo của màng trong tim do thấp khớp cấp (viêm và phù nề của cột cơ, dây chằng và van tim).



b. Viêm cơ tim:

Từ mức độ nhẹ chỉ có rối loạn điện tim (dẫn truyền), nhịp nhanh, đến các mức độ loạn nhịp, ngoại tâm thu, nhịp chậm. Hoặc nặng hơn biểu hiện bằng suy tim cấp với triệu chứng khó thở, tím tái, tim có nhịp ngựa phi, tim to trên X quang. Viêm cơ tim có thể khỏi không để lại di chứng.



c. Viêm màng ngoài tim:

với sự xuất hiện tiếng cọ màng tim, đôi khi có tràn dịch với mức độ nhẹ hoặc trung bình. Nói chung khỏi không để lại di chứng dày dính hoặc co thắt màng tim.



d. Viêm tim toàn bộ:

là một thể nặng với viêm cả ba màng, tiến triển nhanh, điều trị khó khăn. Thường để lại di chứng ở các van tim.

3.1.4 Biểu hiện ở các bộ phận khác:

a. Hạt Meynet:

Hiếm gặp trên lâm sàng, là những hạt nổi dưới da từ 5 – 20 mm đường kính, nổi lên trên nền xương nông (chăm, khuỷu, gối), từ vài đến vài chục hạt, cứng, không dính vào da nhưng dính trên nền xương, không đau, xuất hiện cùng với các biểu hiện ở khớp và tim. Mất đi sau vài tuần không để lại dấu vết gì.



b. Ban vòng:

(ban Besnier) đó là những vệt hay mảng màu hồng hay vàng nhạt, có bờ hình nhiều vòng màu đỏ sẫm, vị trí ở trên mình, gốc chi, không bao giờ ở mặt. Ban xuất hiện nhanh và mất đi nhanh sau vài ngày, không để lại dấu vết.



c. Múa giật Sydenham:

do tổn thương thấp ở hệ thần kinh trung ương, thường xuất hiện muộn, có khi cách xa các biểu hiện khác của bệnh tới vài tháng. Bệnh nhân lúc đầu thấy lo âu, kích thích, bồn chồn, yếu các cơ, sau đó xuất hiện các động tác dị thường, vô ý thức ở một chi hoặc nửa người, những động tác múa giật tăng lên khi vận động gắng sức, cảm động, giảm và hết khi nghỉ, ngủ. Đôi khi những biểu hiện thần kinh thể hiện bằng liệt, rối loạn tâm thần, sáng, co giật Và được gọi là tình trạng thấp não.



CHẨN ĐOÁN XÁC ĐỊNH

Khi có bằng chứng nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A đường hô hấp (biểu hiện lâm sàng của viêm đường hô hấp trên và/hoặc phản ứng ASLO dương tính và/hoặc cấy dịch họng tìm thấy liên cầu) kèm theo ít nhất 2 tiêu chuẩn chính hoặc 1 tiêu chuẩn chính và 2 tiêu chuẩn phụ

I. Tiêu chuẩn chính:

1. Viêm tim
2. Viêm đa khớp
3. Múa giật Sydenham
4. Ban đỏ vòng
5. Hạt Maynet

II. Tiêu chuẩn phụ

1. Sốt
2. Đau khớp
3. CRP tăng
4. Tốc độ máu lắng tăng
5. Đoạn PR kéo dài trên điện tâm đồ

III. Bằng chứng của nhiễm liên cầu khuẩn trước đó

1. Cấy dịch ngoáy họng tìm thấy liên cầu hoặc xét nghiệm nhanh thấy kháng nguyên liên cầu dương tính
2. Phản ứng ASLO > 310 đơn vị Todd

3.2 Cận lâm sàng

3.2.1. Biểu hiện phản ứng viêm cấp trong máu

- VS tăng cao thường >100 mm trong giờ đầu.
- Bạch cầu tăng 10.000 - 15.000/mm³ chủ yếu đa nhân trung tính.
- Fibrinogen tăng: 6 - 8 g/l; Tăng (2 và gamma Globulin.
- Creactive Protein (CRP) dương tính.

3.2.2. Biểu hiện nhiễm liên cầu

- Cấy dịch họng tìm liên cầu: Ngoài đợt viêm chỉ 10 % dương tính.
- Kháng thể kháng liên cầu tăng trong máu > 500 đơn vị Todd/ml.
- Antistreptokinase tăng gấp 6 lần bình thường.

3.2.3. Điện tim:

Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, PR kéo dài. Có các rối loạn nhịp: NTT, bloc nhĩ thất các cấp.

3.2.4. X quang:

Bóng tim có thể lớn hơn bình thường.

4. Tiến triển và biến chứng

Từ khi có kháng sinh và steroid, tiên lượng của bệnh thấp khớp cấp thay đổi nhiều.

4.1. Khởi không để lại di chứng:

75% trong 6 tuần đầu, 90% trong 12 tuần đầu tiên. Khoảng 5% bệnh kéo dài tới 6 tháng với các biểu hiện viêm tim nặng hoặc múa giật tồn tại dai dẳng.

4.2. Biểu hiện viêm tim xuất hiện trong tuần đầu tiên của bệnh (chiếm 70% nhưng trường hợp có viêm tim) số còn lại xuất hiện muộn hơn.

4.3. Thấp tái phát:

Được coi là tái phát khi thấp khớp cấp đã khởi (âm sàng, xét nghiệm), bệnh lại xuất hiện trở lại với các dấu hiệu về khớp, tim ... thời gian được tính sau 2 tháng. Thấp tái phát hay gặp ở những bệnh nhân thể nặng, điều trị không đầy đủ, không được điều trị dự phòng. Những đợt tái phát có thể xuất hiện viêm tim, đặc biệt ở những bệnh nhân đã có tổn thương tim từ những đợt trước, tái phát làm cho tổn thương tim nặng lên.

4.4. Thấp tiến triển:

Là một kiểu diễn biến xấu của bệnh với các dấu hiệu lâm sàng nặng và tăng dần nhất là ở tim, bệnh kéo dài liên tục có nhiều đợt nặng lên, thời gian nhiều tháng có khi hàng năm. Bệnh nhân có thể tử vong do suy tim cấp hoặc để lại các di chứng nặng nề ở van tim..

5. Điều trị

5.1 Thuốc điều trị

5.1.1. Sử dụng thuốc chống viêm:

a. Steroid:

nên dùng vì tác dụng nhanh, kết quả chắc chắn, ít tai biến vì sử dụng thời gian ngắn. Chỉ nên dùng đường toàn thân loại uống.

- Trẻ em: Prednisolon 2 – 3 mg/kg/ngày.
- Người lớn: Prednisolon 1 – 1,5 mg/kg/ngày.
- Trong thời gian dùng thuốc: theo dõi chặt chẽ các tai biến và tác dụng phụ.



b. Aspirin:

Nhiều tác giả ưa dùng Aspirin hơn các steroid, thuốc có tác dụng không kém Steroid, rẻ tiền, tuy nhiên với lượng thuốc cao, kéo dài có nhiều tác dụng phụ nhất là tiêu hóa.

Liều lượng Aspirin dùng 100 – 120 mg/kg/ngày chia nhiều lần, uống nhiều nước và sau bữa ăn.

Duy trì liều cao trong 2 tuần lễ rồi giảm dần. Đối với thể bệnh nặng, cần tác dụng nhanh nên dùng loại Acetyl salicylate lysin (Aspégic) tiêm bắp hoặc tĩnh mạch.

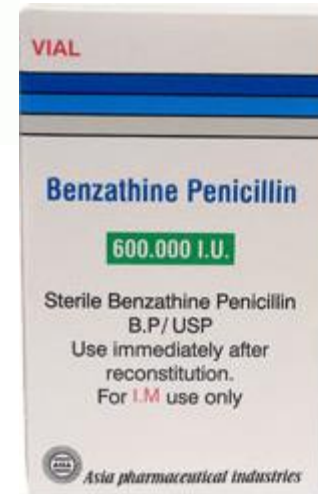
c. Các thuốc chống viêm khác:

Phenylbutazon (Butazolidin, Butazon, Butadion), chỉ dùng cho người lớn, nhiều tai biến và độc, các loại khác: Voltaren, Indomethacin, Brufen ... ít dùng để điều trị thấp khớp cấp.



5.1.2. Kháng sinh: có tác dụng điều trị tình trạng nhiễm liên cầu khuẩn.

- Penicilline G 1.000.000 – 2.000.000 đv/ngày tiêm bắp từ 1 – 2 tuần.
- Sau đó tiêm 600.000 Benzathin Penicillin (trẻ con) hoặc 1.200.000 (người lớn) một lần.
- Nếu dị ứng với Penicilline, thay bằng các kháng sinh khác (Erythromycin, Sulfadiazin ...)



5.1.3. Các thuốc khác:

- Khi có dấu hiệu múa giật phải cho thêm các thuốc an thần: Diazepam, Chlopromazin.
- Đối với các trường hợp có suy tim cấp cần điều trị với các thuốc trợ tim và lợi tiểu.
- Châm cứu và các thuốc YHCT tỏ ra ít tác dụng trong thấp khớp cấp.



5.2 Chế độ chăm sóc

- Nghỉ ngơi tuyệt đối trong thời gian bệnh tiến triển cho đến khi mạch, tốc độ lắng máu trở lại bình thường, giữ ấm, ăn nhẹ.
- Theo dõi chặt chẽ mạch, nhiệt độ, tim, cân nặng.
- Hàng tuần xét nghiệm CTM, VS và ECG.
- Ngưng các vận động thể dục thể thao trong 6 tháng.



6. Dự phòng

6.1 Phòng nhiễm liên cầu

Bằng cải thiện chế độ sống, tăng cường vệ sinh, giữ ấm, khám và giải quyết các ổ nhiễm khuẩn ở vùng tai, mũi, họng, răng (chân răng sâu, cắt amygdal nếu có viêm mủ, điều trị viêm xoang ...).

6.2 Phòng thấp tái phát

- Tiêm Benzathin Penicillin (Extencilin) bắp thịt 600.000 đv đối với trẻ em cân nặng trên 30 kg và người lớn, 3 tuần 1 lần. Nếu không có biểu hiện tim, tiêm liên 5 năm sau đó theo dõi nếu có dấu hiệu tái phát tiêm tiếp tục. Nếu có biểu hiện tim thì phải tiêm cho đến năm 25 tuổi, có người khuyên nên tiêm kéo dài hơn nữa.

- Nếu không có điều kiện tiêm, có thể uống loại Penicillin V 1.000.000 đv mỗi ngày một viên, uống liên tục hàng ngày, thời gian như trên.

- Hoặc uống Sulfadiazin 1 g/ngày, uống liên tục, thời gian giống như trên, nếu dị ứng với Penicillin, Sulfadiazin có thể dùng Erythromycin.

- Nói chung dự phòng bằng tiêm Penicillin chậm là biện pháp tốt nhất, bằng phương pháp này nhiều nước đã hạn chế đến mức thấp các bệnh van tim do thấp, ngăn ngừa được những đợt tái phát của bệnh.

Tài liệu tham khảo chính

1. Đại học Duy Tân, (2016) Tập bài giảng Bệnh lý học.
2. Lê Thị Luyến, Lê Đình Vấn, (2010) Bệnh học , Nhà xuất bản Y học.
3. Hoàng Thị Kim Huyền (2014), Dược lâm sàng những nguyên lý cơ bản và sử dụng thuốc trong điều trị. Tập 2, Nhà xuất bản Y học.
4. Giáo trình Bệnh lý & Thuốc PTH 350
([http://www.nguyenphuchoc199.com/pth- 350](http://www.nguyenphuchoc199.com/pth-350)).
5. Khuyến cáo 2008 của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị tăng huyết áp ở người lớn”
6. Cập nhật khuyến cáo về chẩn đoán điều trị tăng huyết áp 2012 của phân hội tăng huyết áp Việt Nam (VSH)
7. Hướng dẫn chẩn đoán và đi trị tăng huyết áp – ban hành kèm theo Quyết định số 3192 / QĐ-BYT ngày 31 tháng 8 năm 2010 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
8. Khuyến cáo của Hội Tim mạch học Việt Nam về “Chẩn đoán, điều trị Suy tim” (2008): 438-475
9. Trần Ngọc Ân (2002), Bệnh thấp khớp - NXB Y học
10. Các giáo trình về Bệnh học, Dược lý, Dược lâm sàng,...

CÂU HỎI LƯỢNG GIÁ

3.4.1. Tìm câu sai ~ cơ chế bệnh sinh của thấp tim gồm có

- A. Nghiêng về tự miễn. Có sự tương tự giữa kháng nguyên củaliên cầu và kháng nguyên tim
- B. Do hình thành các kháng thể đặc hiệu: Kháng thể chống tim, chống tế bào não, KTchống Glycoprotein...
- C. Do có cơ địa di truyền: Dễ mắc bệnh, có nguy cơ tái phát kéo dài suốt đời
- D. Là bệnh mắc phải do truyền nhiễm

3.4.2. Tìm câu sai ~ các triệu chứng lâm sàng của Thấp tim gồm có:

- A. Nhiễm liên cầu khuẩn ban đầu 50 – 70% bệnh nhân bắt đầu bằng viêm họng
- B. Thường biểu hiện bằng viêm khớp cấp ít di chuyển, khỏi để lại di chứng
- C. Có thể chỉ biểu hiện kín đáo viêm tim trên điện tim hoặc nhịp nhanh đơn thuần, hoặc viêm màng ngoài tim
- D. Có biểu hiện ở các bộ phận khác như hạt Meynet, ban vòng..

3.4.3. Chọn câu sai ~ Tiêu chuẩn chính để kết hợp chẩn đoán xác định Thấp tim gồm có

- A. Viêm tim
- B. Viêm một khớp
- C. Ban đỏ vòng
- D. Hạt Meynet

3.4.4. Chọn đúng / sai ~ Nguyên nhân thấp tim là do nhiễm trùng Liên cầu tan huyết nhóm A là vi trùng gây bệnh do hiện tượng quá mẫn sau nhiễm liên cầu.

- A. Đúng
- B. Sai

3.4.5. Chọn câu sai ~ Tiêu chuẩn phụ để kết hợp chẩn đoán xác định Thấp tim gồm có

- A. Sốt
- B. Đau khớp
- C. Tốc độ máu lắng giảm
- D. CRP tăng

3.4.6. Chọn câu sai – Nhóm thuốc điều trị thấp tim gồm có:

- A. Thuốc chống viêm steroid
- B. Thuốc chống viêm giảm đau Aspirin
- C. Thuốc chống viêm non-steroid phenylbutazon
- D. Thuốc chống đau dolargan

3.4.7. Chọn câu sai – Nhóm thuốc điều trị thấp tim gồm có:

- A. Diazepam, chlopromazin
- B. Penicilline G
- C. Benzathin Penicillin
- D. Thuốc chẹn beta giao cảm

3.4.8. Dự phòng Thấp tim gồm có các biện pháp

Phòng nhiễm liên cầu - Bằng cải thiện chế độ sống, tăng cường vệ sinh, giữ ấm, khám và giải quyết các ổ nhiễm khuẩn ở vùng tai, mũi, họng, răng (chân răng sâu, cắt amygdal nếu có viêm mủ, điều trị viêm xoang ...).

Phòng thấp tái phát bằng - Tiêm Benzathin Penicillin

- A. Đúng
- B. Sai

3.4.9. Chọn câu đúng nhất ~ Nguyên nhân của bệnh thấp tim là do:

- A. Liên cầu khuẩn α tan huyết nhóm A
- B. Liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm B
- C. Liên cầu khuẩn α tan huyết nhóm B
- D. Liên cầu khuẩn β tan huyết nhóm A

3.4.10. Chọn câu đúng nhất ~ Theo tiêu chuẩn Jones 1992, trong tiêu chuẩn chính chẩn đoán thấp tim, có triệu chứng:

- A. Sốt
- B. Hạt Meynet
- C. Đau khớp
- D. Tốc độ máu lắng tăng

3.4.11. Chọn câu đúng nhất ~ Tiêu chuẩn phụ chẩn đoán thấp tim theo Jones,1992 có triệu chứng:

- A. Viêm tim
- B. Viêm khớp
- C. Đau khớp
- D. Múa giật

3.4.12. Chọn câu đúng nhất ~ Thuốc được chọn để điều trị nhiễm liên cầu khuẩn trong bệnh thấp tim là:

- A. Aspirin, Corticoid
- B. Chlopromazin, Diazepam
- C. Furosemid, Zestril
- D. Penicillin

3.4.13. Chọn câu đúng nhất ~ Độ tuổi hay gặp thấp tim:

- A. > 10
- B. 10-15
- C. 5-15
- D. < 5

3.4.14. Chọn câu đúng nhất ~ Triệu chứng của thấp tim, ngoại trừ

- A. Thương tổn khớp với viêm, phục hồi nhanh không di chứng
- B. Viêm tim là biểu hiện nặng nhất
- C. Thương tổn tim là vĩnh viễn
- D. Chỉ thương tổn lớp nội tâm mạc

3.4.15. Chọn câu đúng nhất ~ Bệnh lý van tim hay gặp nhất ở Việt Nam là:

- A. Hẹp 2 lá hậu thấp
- B. Hẹp 3 lá hậu thấp
- C. Hở 2 lá hậu thấp
- D. Hở 3 lá hậu thấp

3.4.16. Chọn đúng/sai ~ Một bệnh nhân có: Viêm tim+ Múa giật. đủ để chẩn đoán thấp tim theo Jone

- A. Đúng
- B. Sai

3.4.17. Chọn câu đúng nhất ~ Các tiêu chuẩn chính theo Jone, ngoại trừ

- A. Viêm tim
- B. Ban vòng
- C. Đau khớp
- D. Múa giật

3.4.18. Chọn câu đúng nhất ~ Các tiêu chuẩn phụ theo Jone, ngoại trừ

- A. Viêm khớp
- B. Sốt
- C. Tiền sử thấp
- D. PR kéo dài

3.4.19. Chọn câu đúng nhất ~ Rối loạn trên điện tim của thấp tim:

- A. Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất
- B. PR kéo dài, Block AV
- C. Ngoại tâm thu
- D. Các ý trên đều đúng.



DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung tâm
							GD	TK	BS	
XII. THUỐC TIM MẠCH:										
12.1. Thuốc chống đau thắt ngực:										
307	Atenolol	Tenormin	Uống - 50mg/viên	AstraZeneca-Anh	Viên	3.195			x	Dapharco
308	Diltiazem	TilHazem 60	Uống-60mg/viên	Hasan - VNam	Viên	1.050			x	Dapharco
309	Glyceryl trinitrat (Nitroglycerin)	Domitral	Uống-2,5mg/viên	Domesco - VNam	Viên	848			x	Dapharco
310	Glyceryl trinitrat (Nitroglycerin)	Nitromint	Uống-2,6mg/ viên	Egis Pharmaceuticals Public Ltd., Co.Hunggary	Viên	1.600			x	Dapharco
311	Isosorbide mononitrate 60mg	Vasotrate-60 OD	Uống-60mg/ viên	Torrent Pharmaceuticals Ltd.India	Viên	1.784			x	Dapharco
312	Trimetazidin	Vaspycar MR- 35mg	Uống-35mg/ viên nén tác dụng kéo dài	Công ty Cổ phần Pymepharco	Viên	1.220			x	Dapharco
313	Trimetazidin	Medirel	Uống-20mg/viên	SPM - VNam	Viên	250			x	Dapharco
12.2. Thuốc chống loạn nhịp:										
314	Amiodaron	Cardarone 150mg/3ml	Tiêm - 150mg/3ml	Sanofi Winthrop Industrie - Pháp	Ống	30.048			x	Dapharco
315	Amiodaron	Cardarone	Uống - 200mg/viên	Sanofi Winthrop Industrie - Pháp	Viên	6.750			x	Dapharco
316	Iavbradin	Procoralan	Uống - 5mg/viên	Servier-Pháp	Viên	11.092			x	Dapharco
317	Propranolol (hydrochlorid)	Dorocardyl	Uống-40mg/viên	Domesco - VNam	Viên	273			x	Dapharco
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp:										
318	Amlodipin	Amlodipin 5mg	Uống-5mg/viên	Domesco - VNam	Viên	424			x	Dapharco
319	Amlodipin	Amlodipin 5mg	Uống-5mg/viên	Công ty Cổ phần XNK Y tế Domesco Vietnam	Viên	526			x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	B/S	
XII. THUỐC TIM MẠCH:										
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp:										
318	Amlodipin	Amlodipin 5mg	Uống-5mg/viên	Domesco - VNam	Viên	424			x	Dapharco
319	Amlodipin	Amlodipin 5mg	Uống-5mg/viên	Công ty Cổ phần XNK Y tế Domesco Vietnam	Viên	526			x	Dapharco
320	Bisoprolol	Agicardi	Uống-5mg/viên	Agimexpharm - Việt Nam	viên	850			x	Agimexp harm
321	Bisoprolol	Bisoprolol Stada 5mg	Uống-5mg/viên	Stada-VN	Viên	1.495			x	Dapharco
322	Bisoprolol	Bisoprolol Stada 5mg	Uống-5mg/viên	CT LD TNHH Stada-VN	Viên	1.500			x	Dapharco
323	Captopril	Bidipril	Uống-25mg/viên	Bidiphar 1 - Việt Nam	Viên	231			x	Bidiphar
324	Doxazosin	Carduran Tab 2mg 10's	Uống-2mg/viên	Pfizer - Australia	Viên	8.430			x	Dapharco
325	Enalapril	Bidinatec 5	Uống-5mg/viên	Bidiphar - VNam	Viên	378			x	Dapharco
326	Enalapril	Enalapril Stada 5	Uống-5mg/viên	Stada-VN	Viên	625			x	Dapharco
327	Enalapril	Enalapril Stada 10	Uống-10mg/viên	Stada-VN	Viên	890			x	Dapharco
328	Indapamid	Natrilix SR	Uống - 1,5mg/viên	Servier-Pháp	Viên	3.255			x	Dapharco
329	Irbesartan	Sunirovel 300	Uống- 300mg/viên	Sun Pharma-India	Viên	7.595			x	Dapharco
330	Lisinopril	Listril 5	Uống-5mg/viên	Torrent-India	Viên	1.185			x	Dapharco
331	Lisinopril	Lisinopril Stada 10	Uống-10mg/viên	Stada-VN	Viên	1.995			x	Dapharco
332	Lisinopril +hydrochlorothiazid	Liprilex Plus	Uống- (20+12,5)mg/viê n	Laboratoros Lesvi-Tây Ban Nha	Viên	6.295			x	Dapharco
333	Lisinopril+Hydroch lorothiazid	Co - Trupril	Uống- (20+12,5)mg/viê n	Getz Pharma - Pakistan	Viên	3.149			x	Dapharco
334	Losartan	Lifezar	Uống-50mg/viên	United International Pharma - VNam	Viên	2.520			x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	DVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	BS	
XII. THUỐC TIM MẠCH:										
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp:										
335	Losartan	Losartan Stada 50mg	Uống-50mg/viên	Stada-VN	Viên	2.495			x	Dapharco
336	Losartan+ Hydrochlorothiazid	SP Lozarsin Plus	Uống- (50+12,5)mg/viê n	Shinpoong Daewoo - VNam	Viên	2.100			x	Dapharco
337	Losartan+hydroclor othiazid	Lostad HCT 50/12,5mg	Uống- (50+12,5)mg/viê n	Stada-VN	Viên	2.695			x	Dapharco
338	Nebivolol	Nebivolol Stada 5	Uống-5mg/viên	Stada-VN	Viên	4.995			x	Dapharco
339	Nicardipin	Nicardipine 10mg/10ml Aguettant	Tiêm-10mg/ống	Laboratories Aguettant - Pháp	Ống	124.994	x			Dapharco
340	Nifedipin	Nifedipin 10mg	Uống-10mg/viên	Nam Hà - VNam	Viên	250			x	Dapharco
341	Nifedipin	Adalat 10	Uống - 10mg/viên	R.P Scherer GmbH & Co.KG, CHLB- Đức; Xuất xưởng: Bayer Schering Pharma AG, Đức	Viên	2.245			x	Dapharco
342	Nifedipin	Adalat LA	Uống - 30mg/viên	Bayer Schering Pharma AG, Đức	Viên	9.445			x	Dapharco
343	Perindopril	Opecosyl 4	Uống-4mg/viên	OPV - VNam	Viên	2.452			x	Dapharco
344	Perindopril	Provinace	Uống-4mg/viên	Xepa-soul Pattinson- Malaysia	Viên	2.195			x	Dapharco
345	Perindopril	Coversyl 10m	Uống - 10mg/viên	Servier-Pháp	Viên	7.950			x	Dapharco
346	Quinapril	Accupril	Uống - 5mg/viên	Pfizer Manufacturing Deutschland GmbH- Đức	Viên	3.245			x	Dapharco
347	Telmisartan	Visartis 40	Uống-40mg/viên	BV Pharma - VNam	Viên	2.900			x	Dapharco
348	Telmisartan+Amlo dipin	Twynsta	Uống - (40+5)mg/viên	M/s Cipla Ltd (đóng gói và xuất xưởng: Boehringer	Viên	12.477			x	Dapharco

DANH MỤC THUỐC SỬ DỤNG TRONG BỆNH VIỆN

Căn cứ vào quyết định số 8281/QĐ-UBND ngày 26/11/2013 của UBND thành phố Đà Nẵng về việc phê

STT	Tên hoạt chất	Tên biệt dược	Nồng độ, Hàm lượng	Cơ sở sản xuất nước sản xuất	ĐVT	Đơn giá	Ghi chú			Công ty trung thầu
							GD	TK	BS	
XII. THUỐC TIM MẠCH:										
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp:										
349	Telmisartan+Amlodipin	Twynsta	Uống - (80+5)mg/viên	M/s Cipla Ltd (đóng gói và xuất xưởng: Boehringer Ingelheim Pharma GmbH & Co. KG., Đức) - Ấn Độ	Viên	13.117			x	Dapharco
350	Valsartan	Diovan 80	Uống - 80mg/viên	Novartis Farmaceutica S.A - Tây Ban Nha	Viên	11.259			x	Dapharco
351	Valsartan+Amlodipin	Exforge	Uống - (80+5)mg/viên	Novartis Farmaceutica S.A - Tây Ban Nha	Viên	11.381			x	Dapharco
12.5. Thuốc điều trị suy tim:										
352	Carvedilol	Savi Carvedilol 12.5	Uống- 12,5mg/viên	SaVipharm - Việt Nam	Viên	2.145			x	Dapharco
353	Digoxin	Digoxin 0.5mg/2ml	Tiêm-0,5mg/2ml	Sterop- Bi	Ống	18.340			x	Dapharco
354	Dobutamin	Ridulin Dobutamin Injection USB	Tiêm- 250mg/20ml	Rotex- Đức	Ống	109.800	x			Dapharco
355	Milrinon	Milrinone Lactate Injection	Tiêm- 10mg/10ml	Hikma - Bồ Đào Nha	Ống	1.599.995	x			Dapharco
12.6. Thuốc chống huyết khối:										
356	Clopidogrel	Plagril	Uống-75mg/viên	Dr.Reddy's-India	Viên	3.895			x	Dapharco
357	Clopidogrel	Plavix 75mg	Uống - 75mg/viên	Sanofi Winthrop Industrie - Pháp	Viên	20.828			x	Dapharco
358	Iloprost	Ventavis	Hít - 20mcg/2ml	Berlimed S.A Bayer-Tây Ban Nha	ống	623.800	x			Dapharco
359	Iloprost	Ilomedin 20	Tiêm - 20mcg/ml	Berlimed S.A Bayer-Tây	ống	623.695	x			Dapharco

DANH MỤC THUỐC THUỘC PHẠM VI THANH TOÁN CỦA QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ
(Ban hành kèm theo Thông tư số 40/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. DANH MỤC THUỐC TÂN DƯỢC

STT		Tên thuốc hay hoạt chất	Đường dùng, dạng dùng	Hạng bệnh viện				Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
12. THUỐC TIM MẠCH								
12.1. Thuốc chống đau thắt ngực								
405	476	Atenolol	Uống	+	+	+	+	
406	477	Diltiazem	Uống	+	+	+		
407	478	Glyceryl trinitrat (Nitroglycerin)	Tiêm, phun mù, miếng dán Uống, ngậm dưới lưỡi	+	+	+		
408	479	Isosorbid (dinitrat hoặc mononitrat)	Tiêm, khí dung, bình xịt Uống, ngậm dưới lưỡi	+	+	+		
409	480	Nicorandil	Uống Tiêm	+	+	+		
410	481	Trimetazidin	Uống	+	+	+	+	Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị triệu chứng ở bệnh nhân đau thắt ngực ổn định không được kiểm soát đầy đủ hoặc bệnh nhân không dung nạp với các liệu pháp điều trị khác

12.2. Thuốc chống loạn nhịp								
411	482	Adenosin triphosphat	Tiêm Uống	+	+	+	+	
412	483	Amiodaron (hydroclorid)	Tiêm Uống	+	+	+	+	
413	484	Isoprenalin	Tiêm, Uống	+	+	+		Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị cấp cứu trụ tim mạch, block tim, co thắt phế quản trong gây mê
414	485	Ivabradin	Uống	+	+	+		
	486	Lidocain (hydroclorid)	Tiêm	+	+	+	+	
415	487	Propranolol (hydroclorid)	Tiêm Uống	+	+	+	+	
416	488	Sotalol	Uống	+	+	+		
417	489	Verapamil (hydroclorid)	Tiêm Uống	+	+	+	+	
12.3. Thuốc điều trị tăng huyết áp								
418	490	Acebutolol	Uống	+	+	+		
419	491	Amlodipin	Uống	+	+	+	+	
420	492	Benazepril hydroclorid	Uống	+	+	+		
421	493	Bisoprolol	Uống	+	+	+		
	494	Bisoprolol + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+		
422	495	Candesartan	Uống	+	+	+		
423	496	Captopril	Uống	+	+	+	+	
424	497	Carvedilol	Uống	+	+	+		
425	498	Cilnidipin	Uống	+	+	+		
426	499	Clonidin	Tiêm Uống	+	+	+	+	
427	500	Doxazosin	Uống	+	+	+		
428	501	Enalapril	Uống	+	+	+	+	
429	502	Felodipin	Uống	+	+	+		
430	503	Hydralazin	Truyền tĩnh mạch	+	+			

DANH MỤC THUỐC THUỘC PHẠM VI THANH TOÁN CỦA QUỸ BẢO HIỂM Y TẾ

(Ban hành kèm theo Thông tư số 40/TT-BYT ngày 17 tháng 11 năm 2014 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

A. DANH MỤC THUỐC TÂN DƯỢC

STT		Tên thuốc hay hoạt chất	Đường dùng, dạng dùng	Hạng bệnh viện				Ghi chú
(1) Hoạt chất	(2) Thuốc	(3)	(4)	(5)	(6)	(7)	(8)	(9)
431	504	Imidapril	Uống	+	+	+		
432	505	Indapamid	Uống	+	+	+		
433	506	Irbesartan	Uống	+	+	+		
	507	Irbesartan + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+		
434	508	Lacidipin	Uống	+	+	+		
435	509	Lercanidipin (hydroclorid)	Uống	+	+	+		
436	510	Lisinopril	Uống	+	+	+		
	511	Lisinopril + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+		
437	512	Losartan	Uống	+	+	+	+	
	513	Losartan + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+	+	
438	514	Methyldopa	Uống	+	+	+	+	
439	515	Metoprolol	Uống	+	+	+		
440	516	Moxonidin	Uống	+	+	+		
441	517	Nebivolol	Uống	+	+	+		
442	518	Nicardipin	Tiêm, uống	+	+	+		
443	519	Nifedipin	Uống	+	+	+	+	
444	520	Perindopril	Uống	+	+	+	+	
	521	Perindopril + amlodipin	Uống	+	+	+		
	522	Perindopril + indapamid	Uống	+	+	+	+	
445	523	Quinapril	Uống	+	+	+		
446	524	Ramipril	Uống	+	+	+		
447	525	Rilmenidin	Uống	+	+	+		

448	526	Telmisartan	Uống	+	+	+		
	527	Telmisartan + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+		
449	528	Valsartan	Uống	+	+	+		
	529	Valsartan + hydrochlorothiazid	Uống	+	+	+		
12.4. Thuốc điều trị hạ huyết áp								
450	530	Heptaminol (hydroclorid)	Tiêm	+	+	+		
			Uống	+	+	+	+	
12.5. Thuốc điều trị suy tim								
	531	Carvedilol	Uống	+	+	+		
451	532	Digoxin	Uống	+	+	+		
			Tiêm	+	+	+	+	Đối với phòng khám đa khoa và trạm y tế: Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị cấp cứu
452	533	Dobutamin	Tiêm	+	+	+		
453	534	Dopamin (hydroclorid)	Tiêm	+	+	+		
454	535	Milrinon	Tiêm	+	+			
455	536	Nikethamid	Tiêm	+	+	+		
12.6. Thuốc chống huyết khối								
	537	Acenocoumarol	Uống	+	+	+		
	538	Acetylsalicylic acid	Uống	+	+	+	+	
456	539	Alteplase	Tiêm	+	+			
457	540	Clopidogrel	Uống	+	+	+		
	541	Dipyridamol + acetylsalicylic acid	Uống	+	+	+		
458	542	Eptifibatid	Uống	+	+	+		
			Tiêm	+	+			
459	543	Fondaparinux sodium	Tiêm	+				
460	544	Iloprost	Tiêm, hít, thuốc mắt	+	+			
461	545	Prostaglandin E1	Tiêm	+				Quỹ bảo hiểm y tế thanh toán điều trị cấp cứu có tác dụng mở ống động mạch cho trẻ sơ sinh mắc dị tật tim bẩm sinh còn ống động mạch
462	546	Streptokinase	Tiêm	+	+	+		

463	547	Tenecteplase	Tiêm	+	+			
464	548	Radix astragali + Radix salviae miltiorrhizae + Radix paeoniae rubra + Rhizoma Ligustici Wallichii + Radix angelicae sinensis + Carthamus tinctorius + Semen Persicae + Radix polygalae + Rhizome acori tatarinowii + Buthus martensii + Hirudo + Eupolyphaga seu steleophaga + Calculus bovis artifactus + Cornu saigae tataricae	Uống	+				Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị đột quỵ, chấn thương sọ não; thanh toán 50%
12.7. Thuốc hạ lipid máu								
465	549	Atorvastatin	Uống	+	+	+	+	
466	550	Bezafibrat	Uống	+	+	+		
467	551	Ciprofibrat	Uống	+	+	+		
468	552	Ezetimibe	Uống	+	+			
469	553	Fenofibrat	Uống	+	+	+	+	
			Uống (viên tác dụng chậm)	+	+	+		
470	554	Flavastatin	Uống	+	+	+		
471	555	Gemfibrozil	Uống	+	+	+		
472	556	Lovastatin	Uống	+	+	+		
473	557	Pravastatin	Uống	+	+	+		
474	558	Rosuvastatin	Uống	+	+	+		
475	559	Simvastatin	Uống	+	+	+	+	
12.8. Thuốc khác								
476	560	Bosentan	Uống	+				Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị tăng áp lực động mạch phổi; thanh toán 50%
477	561	Peptid (Cerebrolysin concentrate)	Tiêm	+	+	+		Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị đột quỵ, sau chấn thương và phẫu thuật chấn thương sọ não và sau phẫu thuật thần kinh sọ não
478	562	Choline alfoscerat	Tiêm	+	+			
			Uống	+	+	+		
479	563	Citicolin	Tiêm	+	+			
			Uống	+	+	+		

480	564	Desoxycorton acetat	Tiêm	+	+			
481	565	Fructose 1,6 diphosphat	Tiêm	+	+			
482	566	Ginkgo biloba	Uống	+	+	+		Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị đau do viêm động mạch (đau thắt khi đi); rối loạn thị giác (bệnh võng mạc do tiểu đường); rối loạn thần kinh cảm giác do thiếu máu cục bộ; hội chứng Raynaud
483	567	Kali clorid	Tiêm	+	+	+		
484	568	Indomethacin	Tiêm	+				Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị đống chũng cơn ống động mạch ở trẻ sơ sinh
	569	Magnesi clorid + kali clorid + procain hydroclorid	Tiêm	+				
485	570	Meclophenoxat	Tiêm	+	+	+		
486	571	Naftidrofuryl	Uống	+	+	+		
487	572	Nimodipin	Tiêm, uống	+	+	+		Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị xuất huyết màng não do phình mạch não hoặc do chấn thương
488	573	Nitric oxid (nitrogen monoxid) (NO)	Bình khí nén	+				Quý bảo hiểm y tế thanh toán điều trị tăng áp lực động mạch phổi ở trẻ em
489	574	Panax notoginseng saponins	Tiêm	+	+			
			Uống	+	+	+		
490	575	Pentoxifyllin	Uống	+	+	+		
			Tiêm	+	+			
491	576	Piracetam	Tiêm truyền	+	+	+		
			Uống	+	+	+	+	
492	577	Succinic acid + nicotinamid + inosine + riboflavin natri phosphat	Tiêm	+	+			
493	578	Sulbutiamin	Uống	+	+	+		

**DANH MỤC VẬT TƯ Y TẾ THUỘC PHẠM VI ĐƯỢC HƯỞNG CỦA NGƯỜI
THAM GIA BẢO HIỂM Y TẾ**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 04/2017/TT-BYT ngày 14 tháng 4 năm 2017 của Bộ
trưởng Bộ Y tế)*

TT	Mã số theo nhóm	Nhóm, loại vật tư y tế	Đơn vị tính	Ghi chú
(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
	N06.01.000	6.1 Van nhân tạo, mạch máu nhân tạo		
136	N06.01.010	Mạch máu nhân tạo các loại, các cỡ	Cái, đoạn	
137	N06.01.020	Van dẫn lưu nhân tạo các loại, các cỡ	Bộ	
138	N06.01.030	Van tim nhân tạo, van động mạch nhân tạo các loại, các cỡ	Cái	
139	N06.01.040	Vòng van tim nhân tạo	Cái	
140	N06.01.050	Van tim nhân tạo kèm giá đỡ sinh học các loại, các cỡ	Cái	- Đối với phẫu thuật thay van động mạch chủ: thanh toán trong trường hợp có tổn thương hẹp hoặc hở do vôi hóa van động mạch chủ. - Đối với phẫu thuật thay van động mạch phổi: thanh toán trong trường hợp có tổn thương gây hở hoặc hẹp van động mạch phổi.
141	N06.01.060	Ống van động mạch chủ cơ học hoặc sinh học các loại, các cỡ	Cái	Thanh toán trong phẫu thuật các bệnh lý hở hoặc hẹp van động mạch chủ có kèm phồng gốc động mạch chủ hoặc lóc gốc động mạch chủ hoặc nhiễm trùng gốc động mạch chủ.

142	N06.01.070	Ống van động mạch phổi sinh học các loại, các cỡ	Cái	Thanh toán trong phẫu thuật thay thế van hoặc thân động mạch phổi do các bệnh lý van động mạch phổi sau: - Hẹp hoặc hở hoặc teo van động mạch phổi (ví dụ: trong các bệnh từ chứng Fallot); - Thiếu sản van động mạch phổi cơ liên vách liên thất hoặc hở vách liên thất; - Viêm nội tâm mạc nhiễm trùng gây tổn thương van động mạch phổi; - Thất bại hai đường ra; - Chuyển vị đại động mạch cơ hẹp van động mạch phổi... - Các bệnh lý khác mà không thể tạo hình van hoặc động mạch phổi bằng vật liệu khác.
	N06.02.000	6.2 Giá đỡ (stent)		
143	N06.02.010	Stent động mạch vành loại thường (không phủ thuốc) các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 20.000.000 đồng/1 stent.
144	N06.02.020	Stent động mạch vành phủ thuốc các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 36.000.000 đồng/1 stent.
145	N06.02.030	Stent động mạch thận các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 20.000.000 đồng/1 stent.
146	N06.02.040	Stent động mạch chi các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 20.000.000 đồng/1 stent.
147	N06.02.050	Stent động mạch cảnh các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 30.000.000 đồng/1 stent.
148	N06.02.060	Stent graft động mạch chủ ngực các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 260.000.000 đồng/1 stent.

149	N06.02.070	Stent graft động mạch chủ bụng các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 250.000.000 đồng/1 stent.				
150	N06.02.080	Stent nội mạch làm thay đổi hướng dòng chảy các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 220.000.000 đồng/1 stent Thanh toán trong trường hợp: - Phình động mạch não chưa vỡ có cổ rộng hoặc kích thước phình lớn có nguy cơ chèn ép hoặc hướng phình ngược với dòng chảy hoặc có tái thông sau nút mạch hoặc không thể điều trị bằng vòng xoắn kim loại; - Phình động mạch đã vỡ trong giai đoạn ổn định; - Phình động mạch đã vỡ chưa đến giai đoạn ổn định nhưng không thể sử dụng nút vòng xoắn kim loại đơn thuần.				
151	N06.02.090	Khung giá đỡ (stent có màng bọc, cover stent) các loại, các cỡ	Cái	Mức thanh toán 70.000.000 đồng/1 stent.				
152	N06.02.100	Giá đỡ (stent) các loại, các cỡ khác	Cái					
	N06.03.000	6.3 Thủy tinh thể nhân tạo						
153	N06.03.010	Thủy tinh thể nhân tạo (IOL, toric IOL) các loại, các cỡ (cứng, mềm, treo)	Cái	Mức thanh toán 3.000.000 đồng/1 thủy tinh thể.				
	N06.04.000	6.4 Xương, sụn, khớp, gân nhân tạo						
154	N06.04.010	Bộ chôn xương nhân tạo các loại, các cỡ (chôn xương và các bộ phận kèm theo chôn xương)	Bộ					
155	N06.04.020	Đốt sống nhân tạo, miếng ghép cột sống, đĩa đệm trong phẫu thuật cột sống các loại, các cỡ	Cái, miếng, hộp					
	N07.01.000	7.1 Tim mạch và X- quang can thiệp						
175	N07.01.010	Bộ dụng cụ siêu âm trong lòng mạch các loại, các cỡ (bao gồm: đầu dò siêu âm và hệ thống màng trượt)	Bộ					
176	N07.01.020	Bộ dây truyền dòng dịch liệt tim các loại, các cỡ	Bộ					
177	N07.01.030	Bộ điều trị nội mạch các loại, các cỡ (bao gồm: kim chọc, dây dẫn, catheter để luồn cấp quang, dây đốt)	Bộ					
178	N07.01.040	Bộ dụng cụ bít thông liên nhĩ, thông liên thất, bít ống động mạch, bít tiểu nhĩ trái, bít các đường rò bất thường trong tim mạch	Bộ					
179	N07.01.050	Bộ dụng cụ đặt stent graft các loại, các cỡ	Bộ					
180	N07.01.060	Bộ dụng cụ điều trị rối loạn nhịp tim bằng RF các loại, các cỡ	Bộ					
181	N07.01.070	Bộ dụng cụ điều trị rung nhĩ qua đường ống thông các loại, các cỡ	Bộ					
182	N07.01.080	Bộ dụng cụ đo dự trữ lưu lượng động mạch vành và dụng cụ để đưa vào lòng mạch (FFR) các loại, các cỡ	Bộ					
183	N07.01.090	Bộ dụng cụ đóng trong khoan phá động mạch vành các loại, các cỡ (bao gồm: dây dẫn cho đầu mũi khoan (rotawire), dụng dịch bôi trơn (lubricant rotaglide), đầu mũi khoan (rotalink burr), thiết bị đẩy và hệ thống khí nén (rotalink rotablator advancer))	Bộ					
184	N07.01.100	Bộ dụng cụ lấy huyết khối trong lòng mạch máu các loại, các cỡ (bao gồm: ống hút, vi ống thông, khoan huyết khối, giá đỡ kéo huyết khối...)	Bộ					

184	N07.01.100	Bộ dụng cụ lấy huyết khối trong lòng mạch máu các loại, các cỡ (bao gồm: ống hút, vi ống thông, khoan huyết khối, giá đỡ kéo huyết khối...)	Bộ	
185	N07.01.110	Bộ dụng cụ mở đường vào mạch máu các loại, các cỡ (bao gồm: kim chọc, dây dẫn, ống có van tạo đường vào lòng mạch - introducer sheath)	Bộ	
186	N07.01.120	Bộ dụng cụ nong van tim các loại, các cỡ (bao gồm: bóng nong và các phụ kiện đi kèm)	Bộ	
187	N07.01.130	Bộ dụng cụ nối mạch các loại, các cỡ	Bộ	
188	N07.01.140	Bộ dụng cụ thả coil các loại, các cỡ	Cái	
189	N07.01.150	Bộ dụng cụ thăm dò điện sinh lý tim (máy, điện cực, ...) các loại, các cỡ	Bộ	
190	N07.01.160	Bộ dụng cụ thay van tim qua đường ống thông, sửa van tim qua đường ống thông các loại, các cỡ	Bộ	
191	N07.01.170	Bộ dụng cụ thông tim thăm dò huyết động và chụp động mạch (ống thông để chụp động mạch vành, các ống thông mạch khác, buồng tim) các loại, các cỡ	Bộ	
192	N07.01.180	Bộ dụng cụ thông tim thăm dò huyết động và chụp buồng tim các loại, các cỡ	Bộ	
193	N07.01.190	Bộ thả dù các loại, các cỡ	Bộ	
194	N07.01.200	Bộ thắt tĩnh mạch thực quản đóng một lần các loại, các cỡ	Bộ	
195	N07.01.210	Bộ tim phổi nhân tạo các loại, các cỡ	Bộ	

	N07.01.211	Bộ tim phổi nhân tạo trong phẫu thuật tim (bao gồm: - Phổi nhân tạo (bao gồm: bình chứa máu (reservoir), bộ phận trộn khí, bộ phận trao đổi nhiệt); - Hệ thống dây dẫn (circuit) kèm theo bộ phận bypass; - Bộ phận lọc, quả lọc máu (filter); - Cassuyê kết nối vào mạch máu (động mạch, tĩnh mạch); - Bộ phận kết nối (connector), các chốt ba nối vào dây)	Bộ	
	N07.01.212	Bộ tim phổi nhân tạo ECMO trong hồi sức cấp cứu (bao gồm: - Phổi nhân tạo (bộ phận trộn khí, bộ phận trao đổi nhiệt); - Dây dẫn (Circuit); - Bộ phận kết nối cassuyê vào mạch máu (động mạch, tĩnh mạch); - Bình chứa máu lớn (reservoir); - Hệ thống bơm ly tâm; - Bộ phận lọc máu, quả lọc máu (filter); - Hệ thống cảm biến dòng)	Bộ	
196	N07.01.220	Bơm áp lực các loại, các cỡ	Cái, bộ	
197	N07.01.230	Bơm áp lực cao trong chụp buồng tim mạch các loại, các cỡ	Bộ	
198	N07.01.240	Bóng nong (balloon), bóng bơm ngược dòng động mạch chủ, bóng tách rời, bóng chặn các loại, các cỡ	Cái, bộ	
199	N07.01.250	Dây bơm áp lực cao, dây bơm cân quang áp lực cao các loại, các cỡ	Cái	

200	N07.01.260	Dây dẫn áp lực để đo áp trở đồng chảy đồng mạch vành (FFR) các loại, các cỡ	Bộ	
201	N07.01.270	Dây dẫn đường (guide wire) các loại, các cỡ	Cai	
202	N07.01.280	Đo amplitzer, đo dạng hoạt kim loại tự nhô các loại, các cỡ	Cai, bộ	
203	N07.01.290	Đa bảo vệ chống tắc mạch hạ lưu đồng mạch vành và các đồng mạch khác để ngăn ngừa biến cố tắc mạch đoạn xa khi can thiệp các loại, các cỡ	Cai	
204	N07.01.300	Dụng cụ cố định mạch vành các loại, các cỡ	Cai	
205	N07.01.310	Dụng cụ để thả hoặc cắt vòng xoắn kim loại (dây đẩy coils, dụng cụ cắt coils) các loại, các cỡ	Cai	
206	N07.01.320	Dụng cụ đóng lòng mạch (angioplast; perclose...) các loại, các cỡ	Bộ	
207	N07.01.330	Dụng cụ lấy đi vật (multi-snare) trong tim mạch các loại, các cỡ	Cai	
208	N07.01.340	Dụng cụ bảo gột lấy màng xo vữa thành mạch các loại, các cỡ	Cai	
209	N07.01.350	Dụng cụ thổi O ₂ (blower) có đường bổ sung nước các loại, các cỡ	Cai	
210	N07.01.360	Dụng cụ treo môn tim các loại, các cỡ	Cai	
211	N07.01.370	Keo nút mạch các loại (onyx, histoacryl...)	Lọ, tuyp	
212	N07.01.380	Kiểm hút khí gốc đồng mạch các loại, các cỡ	Cai	
213	N07.01.390	Lưới lọc tĩnh mạch các loại, các cỡ	Cai	
214	N07.01.400	Máy tạo nhịp các loại, các cỡ (bao gồm: máy và hệ thống dây)	Bộ	

	N07.01.401	Máy tạo nhịp 1 buồng	Bộ	Mức thanh toán 42.000.000 đồng/1 bộ.
	N07.01.402	Máy tạo nhịp 2 buồng	Bộ	Mức thanh toán 70.000.000 đồng/1 bộ.
	N07.01.403	Máy tạo nhịp 3 buồng tại đồng bộ cơ tim trong điều trị suy tim	Bộ	Mức thanh toán 240.000.000 đồng/1 bộ.
	N07.01.404	Máy tạo nhịp có phá rung cấy vào cơ thể	Bộ	Mức thanh toán 260.000.000 đồng/1 bộ.
215	N07.01.420	Shunt trong lòng đồng mạch vành, mạch cảnh, mạch ngoại biên các loại, các cỡ	Cai	
216	N07.01.430	Vật liệu nút mạch (hạt nylon PVA, lipiodol,...) các loại, các cỡ	Miếng, thoi, lọ	
217	N07.01.440	Vật liệu nút mạch điều trị ung thư gan các loại, các cỡ	Miếng, thoi, lọ	
218	N07.01.450	Vật liệu nút mạch tạm thời (spongel) các loại, các cỡ	Miếng, thoi, lọ	
219	N07.01.460	Vòi dây dẫn đường (micro guide wire) các loại, các cỡ	Cai	
220	N07.01.470	Vòng xoắn kim loại (coils, matrix coils) các loại, các cỡ	Cai	
221	N07.01.480	Bộ dụng cụ điều trị rối loạn nhịp tim sử dụng hệ thống lập bản đồ ba chiều giải phẫu - điện học các buồng tim các loại, các cỡ	Bộ	
222	N07.01.490	Bóng lọc các loại, các cỡ	Cai, bộ	
223	N07.01.500	Phim X- quang các loại, các cỡ	Cai	Không thanh toán riêng.
	N07.02.000	7.2 Lọc máu, lọc màng bụng		
224	N07.02.010	Bộ lọc màng bụng cấp cứu sử dụng một lần các loại, các cỡ	Bộ	
225	N07.02.020	Bộ lọc màng bụng, bộ thẩm phân phúc mạc (bao gồm: catheter chuyên dụng, đầu nối titanium, hệ thống dây nối)	Bộ	
226	N07.02.030	Bộ thay máu sử dụng một lần các loại, các cỡ	Bộ	

