

**BỘ Y TẾ**

**HƯỚNG DẪN  
CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ  
BỆNH TIM MẠCH**

*(Ban hành kèm theo Quyết định số 2510/QĐ-BYT ngày 15 tháng 7 năm 2013  
của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

*(Tái bản lần thứ hai)*

**NHÀ XUẤT BẢN Y HỌC  
HÀ NỘI - 2017**



**BỘ Y TẾ**

Số: 2510 /QĐ-BYT

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

*Hà Nội, ngày 15 tháng 7 năm 2013*

**QUYẾT ĐỊNH**

**Về việc ban hành tài liệu chuyên môn  
“Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”**

**BỘ TRƯỞNG BỘ Y TẾ**

Căn cứ Luật Khám bệnh, chữa bệnh năm 2009;

Căn cứ Nghị định số 63/2012/NĐ-CP ngày 31 tháng 8 năm 2012 của Chính phủ quy định chức năng, nhiệm vụ, quyền hạn và cơ cấu tổ chức của Bộ Y tế;

Theo đề nghị của Cục trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh,

**QUYẾT ĐỊNH:**

**Điều 1.** Ban hành kèm theo Quyết định này tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch”.

**Điều 2.** Tài liệu chuyên môn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị bệnh tim mạch” được áp dụng tại các cơ sở khám bệnh, chữa bệnh trong cả nước.

**Điều 3.** Quyết định này có hiệu lực kể từ ngày ký, ban hành.

**Điều 4.** Các ông, bà: Chánh Văn phòng Bộ, Chánh thanh tra Bộ, Tổng Cục trưởng, Cục trưởng và Vụ trưởng các Tổng cục, Cục, Vụ thuộc Bộ Y tế, Giám đốc Sở Y tế các tỉnh, thành phố trực thuộc trung ương, Giám đốc các Bệnh viện, Viện trực thuộc Bộ Y tế, Thủ trưởng Y tế các ngành chịu trách nhiệm thi hành Quyết định này./.

*Nơi nhận:*

- Như Điều 4;
- Bộ trưởng (để báo cáo);
- Các Thứ trưởng;
- Cổng thông tin điện tử Bộ Y tế; Website Cục KCB;
- Lưu: VT, KCB, PC.

**KT. BỘ TRƯỞNG**

**THỨ TRƯỞNG**

*(Đã ký)*

**Nguyễn Thị Xuyên**



## LỜI NÓI ĐẦU

Trong những năm qua, cùng với sự phát triển của nền kinh tế xã hội, mô hình bệnh tật ở nước ta đã có nhiều thay đổi. Trên thực tế, bệnh tim mạch đang ngày càng gia tăng và trở thành gánh nặng quan trọng về sức khỏe của người dân trong cộng đồng.

Để đáp ứng nhu cầu chăm sóc sức khỏe tim mạch ngày càng cao của người dân, bên cạnh việc tăng cường xây dựng và hoàn thiện hệ thống cơ sở vật chất phục vụ công tác khám chữa bệnh thì việc biên soạn những tài liệu tham khảo chuyên ngành nhằm đáp ứng nhu cầu cập nhật và nâng cao kiến thức chuyên môn trong lĩnh vực tim mạch của các cán bộ y tế ở các tuyến là rất cần thiết.

Trong thực hành lâm sàng, người thầy thuốc thường cần một cuốn tài liệu hướng dẫn về chuyên môn một cách hệ thống, biên soạn dưới dạng phác đồ chẩn đoán và điều trị về các bệnh thường gặp nhất trong chuyên ngành, sao cho vừa ngắn gọn, dễ hiểu vừa đảm bảo tính cập nhật.

Thực hiện chỉ đạo của Bộ Y tế, Tiểu ban biên soạn “Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị các bệnh Tim mạch” đã được thành lập bao gồm những chuyên gia có nhiều kinh nghiệm trong lĩnh vực Tim mạch của cả nước. Sau một thời gian làm việc hết sức tích cực, cuốn sách đã được hoàn thành và sẽ sớm đến tay bạn đọc. Thay mặt các tác giả, chúng tôi hy vọng cuốn sách sẽ trở thành một tài liệu tham khảo chuyên ngành hữu ích đối với các anh chị em đồng nghiệp.

Trong quá trình biên soạn, mặc dù đã rất cố gắng nhưng chắc chắn sẽ còn những thiếu sót nhất định. Ban biên soạn rất mong sẽ nhận được các ý kiến đóng góp của bạn đọc xa gần để ở lần xuất bản sau tài liệu sẽ được hoàn chỉnh hơn.

Xin trân trọng cảm ơn!

**Thay mặt Ban biên soạn**  
**GS.TS. Nguyễn Lâm Việt**



**Chủ biên**

PGS.TS. Nguyễn Thị Xuyên, Thứ Trưởng Bộ Y tế

**Đồng chủ biên**

PGS.TS. Lương Ngọc Khuê, Cục Trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh

GS.TS. Nguyễn Lân Việt, Viện trưởng Viện Tim mạch

**Phó chủ biên**

TS. Trần Quý Tường, Phó Cục Trưởng Cục Quản lý khám, chữa bệnh

**Tham gia biên soạn**

PGS.TS. Trương Quang Bình

TS. Tạ Mạnh Cường

GS. Đặng Hanh Đệ

TS. Trần Văn Đồng

TS. Nguyễn Lân Hiếu

PGS.TS. Châu Ngọc Hoa

PGS.TS. Phạm Mạnh Hùng

PGS.TS. Đinh Thị Thu Hương

PGS.TS. Trương Thanh Hương

GS.TS. Phạm Gia Khải

TS. Phạm Quốc Khánh

TS. Nguyễn Cửu Lợi

PGS.TS. Đỗ Doãn Lợi

GS.TS. Huỳnh Văn Minh

PGS.TS. Võ Thành Nhân

GS.TS. Bùi Đức Phú

GS.TS. Đặng Vạn Phước

TS. Tạ Tiến Phước

PGS.TS. Phạm Thị Hồng Thi

PGS.TS. Nguyễn Quang Tuấn

PGS.TS. Phạm Nguyễn Vinh

PGS. Nguyễn Thị Bạch Yến

**Thư ký biên soạn**

ThS. Ngô Thị Bích Hà

ThS. Trương Lê Vân Ngọc

ThS. Phan Đình Phong

ThS. Nguyễn Ngọc Quang

ThS. Nguyễn Đức Tiến





## MỤC LỤC

Lời nói đầu.....	5
Ban biên soạn.....	7
Mục lục.....	9
1. Ngừng tuần hoàn.....	11
2. Nhồi máu cơ tim cấp.....	15
3. Phù phổi cấp.....	21
4. Sốc tim.....	25
5. Cơ đau thắt ngực không ổn định và nhồi máu cơ tim không có ST chênh lên.....	31
6. Cơ đau thắt ngực ổn định.....	39
7. Lóc thành động mạch chủ.....	46
8. Tai biến mạch máu não.....	50
9. Nhịp nhanh trên thất.....	61
10. Nhịp nhanh thất.....	70
11. Ngoại tâm thu.....	75
12. Rối loạn nhịp tim chậm.....	83
13. Rung nhĩ.....	90
14. Nhồi máu phổi.....	99
15. Thấp tim.....	104
16. Hẹp van hai lá.....	110
17. Hở van hai lá.....	117
18. Hẹp van động mạch chủ.....	122
19. Hở van động mạch chủ.....	125
20. Quản lý bệnh nhân có van tim nhân tạo.....	131
21. Viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn.....	138
22. Suy tim.....	145
23. Huyết khối tĩnh mạch sâu dưới chi.....	153
24. Bệnh động mạch chi dưới mạn tính.....	159
25. Tràn dịch màng ngoài tim.....	167
26. Thông liên nhĩ.....	173
27. Thông liên thất.....	179
28. Còn ống động mạch.....	184
29. Hẹp van động mạch phổi.....	188
30. Hẹp eo động mạch chủ.....	192

31.	Tứ chứng FALLOT .....	200
32.	Bệnh cơ tim giãn.....	208
33.	Bệnh cơ tim phì đại.....	213
34.	Tâm phế mạn.....	218
35.	Huyết áp thấp .....	225
36.	Tăng huyết áp.....	228
	PHỤ LỤC 1 .....	234
	PHỤ LỤC 2.....	236
	PHỤ LỤC 3.....	237
	PHỤ LỤC 4.....	238
	PHỤ LỤC 5.....	239
	PHỤ LỤC 6.....	241

# NGỪNG TUẦN HOÀN

## I. ĐẠI CƯƠNG

– Cấp cứu ngừng tuần hoàn cơ bản hay hồi sinh tim phổi phải được bắt đầu ngay lập tức khi phát hiện bệnh nhân ngừng tuần hoàn. Do khoảng thời gian từ gọi cấp cứu đến khi đội cấp cứu có mặt thường trên 5 phút nên khả năng bệnh nhân được cứu sống hay không khi ngừng tuần hoàn dường như phụ thuộc vào xử trí của cấp cứu tại chỗ.

– Shock điện cấp cứu phá rung thất kết hợp với hồi sinh tim phổi sẽ có hiệu quả cao nhất nếu được thực hiện trong vòng 5 phút từ khi ngừng tuần hoàn xảy ra, tỉ lệ cứu sống bệnh nhân có thể lên đến 50-75%.

## II. CHẨN ĐOÁN

### 1. Chẩn đoán xác định

Dựa vào ba dấu hiệu: mất ý thức đột ngột, ngừng thở, mất mạch cảnh.

### 2. Chẩn đoán phân biệt

– Cần phân biệt giữa vô tâm thu với rung thất sóng nhỏ bằng điện tâm đồ ít nhất trên hai chuyển đạo.

– Cần phân biệt giữa phân ly điện cơ với tình trạng sốc, trụy mạch bằng bắt mạch ở ít nhất hai vị trí theo quy ước.

– Phân biệt mất mạch cảnh, mạch bẹn do tắc mạch bằng bắt mạch ở ít nhất hai vị trí trở lên.

### 3. Chẩn đoán nguyên nhân

– Song song với cấp cứu hồi sinh tim phổi cơ bản, cần nhanh chóng tìm nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn để cấp cứu có hiệu quả và ngăn ngừa được ngừng tuần hoàn tái phát. Các nguyên nhân sau đây thường gặp và có thể xử trí được: nhồi máu cơ tim, giảm thể tích tuần hoàn, thiếu ôxy nặng, toan hóa máu, tăng/hạ kali máu, hạ đường máu, giảm thân nhiệt, ngộ độc cấp, ép tim cấp, tràn khí màng phổi, tắc mạch phổi, chấn thương...

## III. XỬ TRÍ CẤP CỨU TẠI CHỖ

– Cấp cứu ngừng tuần hoàn cần được tiến hành ngay khi phát hiện trường hợp nghi ngờ ngừng tuần hoàn. Người cấp cứu phải ngay lập tức tiến hành chẩn đoán, gọi người hỗ trợ và vừa bắt đầu các biện pháp hồi sinh tim phổi cơ bản ngay.

– Cần có một người trong nhóm cấp cứu làm nhiệm vụ chỉ huy để phân công và tổ chức công tác cấp cứu đúng trình tự và đồng bộ.

– Cần song song ghi chép các thông tin cần thiết về ca cấp cứu cũng như tiến trình cấp cứu.

– Thiết lập không gian cấp cứu đủ rộng và thoáng, hạn chế tối đa sự có mặt của những người không tham gia cấp cứu để tránh cản trở công tác cấp cứu.

### **1. Tiến hành ngay hồi sinh tim phổi cơ bản (ABC) đồng thời gọi người hỗ trợ khi phát hiện bệnh nhân nghi ngờ bị ngừng tuần hoàn (không cử động, không phản ứng khi lay gọi...)**

#### **• Kiểm soát đường thở:**

– Đặt bệnh nhân nằm ngửa đầu, cổ uốn, làm thủ thuật kéo hàm dưới, nâng cằm để khai thông đường thở.

– Cần đặt nội khí quản càng sớm càng tốt nhưng không được làm chậm shock điện và không làm gián đoạn ép tim/ thổi ngạt quá 30 giây.

#### **• Kiểm soát và hỗ trợ hô hấp: thổi ngạt hoặc bóp bóng.**

– Nếu bệnh nhân không thở: thổi ngạt hoặc bóp bóng hai lần liên tiếp, sau đó kiểm tra mạch:

– Nếu có mạch: tiếp tục thổi ngạt hoặc bóp bóng.

– Nếu không có mạch: thực hiện chu kỳ ép tim/thổi ngạt (hoặc bóp bóng) theo tỉ lệ 30/2.

– Nhịp thở nhân tạo (thổi ngạt, bóp bóng): đưa khí vào phổi bệnh nhân trong 1 giây, đủ làm lồng ngực phồng lên nhìn thấy được với tần số nhịp thổi ngạt/ bóp bóng là 10-12 lần/ phút đối với người lớn, 12-20 lần/phút đối với trẻ nhỏ.

– Sau khi đã có đường thở nhân tạo (ví dụ ống nội khí quản), tần số bóp bóng là 8-10 lần/phút và ép tim là 80 - 100 lần/phút, lưu ý là thực hiện đồng thời, không cần ngừng ép tim để bóp bóng.

– Nối oxy với đường thở ngay khi có oxy.

#### **• Kiểm soát và hỗ trợ tuần hoàn: ép tim ngoài lồng ngực.**

– Kiểm tra mạch cảnh (hoặc mạch bẹn) trong vòng 10 giây. Nếu không thấy mạch, tiến hành ép tim ngay.

– Ép tim ở vị trí 1/2 dưới xương ức, lún 1/3 đến 1/2 lồng ngực (lún 4-5 cm đối với ngực người lớn) đủ để sờ thấy mạch nảy khi ép. Tần số ép tim phải đạt 80 - 100 lần/phút

– Tỉ lệ ép tim/thông khí là 30/2 đối với bệnh nhân người lớn hoặc bệnh nhân trẻ nhỏ, nữ nhi nhưng chỉ có một người cấp cứu. Tỉ lệ ép tim/thông khí có thể là 15/2 đối với trẻ nhỏ, nữ nhi khi có hai người cấp cứu.

– Kiểm tra mạch trong vòng 10 giây sau mỗi 5 chu kỳ ép tim/thổi ngạt hoặc sau mỗi 2 phút (một chu kỳ ép tim/ thổi ngạt bao gồm 30 lần ép tim/2 lần thổi ngạt).

## 2. Ghi điện tâm đồ sớm ngay khi có thể và shock điện ngay nếu có chỉ định

• **Nhanh chóng ghi điện tâm đồ và theo dõi điện tim trên máy theo dõi. Phân loại ba loại điện tâm đồ: rung thất/nhịp nhanh thất, vô tâm thu, phân li điện cơ.**

• **Tiến hành shock điện ngay nếu là rung thất.** Máy shock điện một pha: liều 360 J; máy shock điện 2 pha: liều 120-200 J.

## IV. HỒI SINH TIM PHỔI TẠI BỆNH VIỆN

Tuân thủ các nguyên tắc ABCD như trong cấp cứu ban đầu, tuy nhiên chú ý là phá rung (bước D) phải được tiến hành càng sớm càng tốt. Để có kết quả tốt, nhóm cấp cứu cần được tổ chức tốt, có một người làm trưởng nhóm đứng bao quát, quyết định các y lệnh.

- A: Khai thông đường thở, tư thế đầu ngửa ra, đặt bệnh nhân trên nền cứng phẳng.
- B: Bóp bóng oxy 100% qua mặt nạ mũi miệng, đặt nội khí quản (NKQ) cấp cứu, bóp bóng hay thở máy qua NKQ.
- C: Đặt đường truyền tĩnh mạch ngoại biên, dùng thuốc, đồng thời với ép tim ngoài lồng ngực, nhịp độ 15 ép tim/1 nhịp bóp bóng hay thở máy.
- D: Phá rung, ghi điện tim bằng hai bản cực của máy sốc điện (paddles). Trên màn hình ghi điện tim, có thể gặp các tình huống sau:

### • **Rung thất hoặc nhịp nhanh thất**

- Sốc điện 3 lần liên tiếp 200J - 300J - 360J (chú ý là shock điện không đồng bộ, khoảng cách giữa các lần shock chỉ vừa đủ cho quan sát hình ảnh điện tim trên màn hình của máy sốc điện).
- Adrenaline 1 mg/3-5 phút/lần tĩnh mạch, hoặc vasopressin 40 UI tĩnh mạch một lần duy nhất.
- Shock điện 360 J (tối đa 3 lần).
- Cân nhắc dùng thuốc điều trị loạn nhịp như amiodarone, hoặc xylocaine, maginesi sulfate, hoặc procainamide.
- Shock điện tiếp 360 J sau mỗi lần dùng thuốc.
- Đồng thời liên tục duy trì các bước ABC, xem xét các nguyên nhân có thể can thiệp được ngay như tràn khí màng phổi, sốc giảm thể tích, ép tim cấp, rối loạn điện giải như tăng, giảm kali, giảm maginesi, nhiễm toan, ngộ độc, nhồi máu cơ tim, nhồi máu phổi, hạ thân nhiệt.

### • **Phân ly điện cơ, hình ảnh điện tim gần như bình thường nhưng không có mạch:**

- Kiểm tra mạch ở hai vị trí khác nhau.
- Adrenaline 1 mg/3-5 phút/lần tĩnh mạch.
- Nếu mạch chậm có thể dùng atropin tiêm tĩnh mạch 1 mg/3-5 phút (tối đa 3 mg).
- Duy trì các bước ABC, tìm và điều trị các nguyên nhân có thể can thiệp được ngay.

### • **Vô tâm thu, điện tâm đồ là đường thẳng**

- Kiểm tra ở hai chuyển đạo trở lên.

- Tiêm adrenaline 1 mg/3-5 phút/lần tĩnh mạch.
- Atropin tiêm tĩnh mạch 1 mg/3-5 phút (tối đa 3 mg).
- Đặt máy tạo nhịp nếu có điều kiện kỹ thuật.
- Duy trì các bước ABC, tìm và điều trị các nguyên nhân có thể can thiệp được ngay.
- Dừng cấp cứu sau 10 phút nếu không có kết quả và không tìm được nguyên nhân.

## V. ĐIỀU TRỊ SAU HỒI SINH TIM PHỔI

- **Tụt huyết áp: truyền dịch, dopamine, adrenaline.**
- **Thuốc chống loạn nhịp tái phát trong rung thất, nhịp nhanh thất gây ngừng tuần hoàn: xylocaine, amiodarone truyền tĩnh mạch.**
- **Đặt máy tạo nhịp dự phòng nếu có nguy cơ nhịp chậm.**
- **Điều trị nguyên nhân gây ngừng tuần hoàn.**

## VI. PHÒNG BỆNH

Ngừng tuần hoàn thường xảy ra đột ngột, không dự đoán trước được. Tất cả các nhân viên cấp cứu, nhân viên y tế cứu hộ phải được huấn luyện kỹ càng và chuẩn bị sẵn sàng cho cấp cứu ngừng tuần hoàn. Các xe cấp cứu, các cơ sở cấp cứu cần có các phương tiện và thuốc cấp cứu cần thiết cho cấp cứu ngừng tuần hoàn.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Lick CJ, Aufderheide TP, Niskanen RA, et al. Take Heart America: A comprehensive, community-wide, systems-based approach to the treatment of cardiac arrest. *Crit Care Med*. Jan 2011;39(1):26-33.
2. Ogawa T, Akahane M, Koike S, et al. Outcomes of chest compression only CPR versus conventional CPR conducted by lay people in patients with out of hospital cardiopulmonary arrest witnessed by bystanders: nationwide population based observational study. *BMJ*. Jan 27 2011;342:c7106.
3. Berg RA, Hemphill R, Abella BS, et al. Part 5: Adult Basic Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. 2010;122:S685-S705.
4. American Heart Association. Part 8: Adult Advanced Cardiovascular Life Support: 2010 American Heart Association Guidelines for Cardiopulmonary Resuscitation and Emergency Cardiovascular Care. *Circulation*. Nov 2 2010;122(18 Suppl 3):S729-67.
5. Eisenberg MS, Mengert TJ. Cardiac resuscitation. *N Engl J Med*. Apr 26 2001;344(17):1304-13.