

Bs Nguyễn Lê Quang - Nội Tim mạch

TỔNG QUAN

Cơ chế sinh bệnh của bệnh ĐMV đã biết là do mảng xơ vữa trong lòng ĐMV, mảng xơ vữa phát triển gây bệnh ĐMV mãn hay cơn đau thắt ngực ổn định, sau một vài mảng xơ vữa gây cơn đau thắt ngực không ổn định, nếu huyết khối hình thành làm tắc các vi mạch gây NMCT không ST chênh lên, huyết khối tắc hoàn toàn mạch ĐMV gây NMCT ST chênh lên tắc nghẽn vùng mà ĐMV đó tưới máu. Trước đây, NMCT do cơ thắt ĐMV, cơn đau thắt ngực kiểu Prinzmetal, NMCT type 2... đã được chú ý tác hại quan tâm nhưng hiện nay máu cơ tim không tắc ĐMV còn là một vấn đề chưa xuất hiện trong y văn. Một vài năm gần đây, nhiều nhà lâm sàng can thiệp đã nhận thấy có nhiều trường hợp NMCT có ST chênh lên nhưng không thấy tổn thương ĐMV trên chụp mạch, nhiều nghiên cứu đã được công bố nhưng đến Guidelines ESC 2017 và khuyến cáo của Hội tim mạch Việt nam 2018 về hiện tượng máu cơ tim cấp ST chênh lên thì thuật ngữ hiện tượng máu cơ tim không tắc động mạch vành mới chính thức được định nghĩa với cụm từ MINOCA (Myocardial Infarction with Non-Obstructive Coronary Arteries). MINOCA là một trong 10 định nghĩa mới trong Guidelines lần này của ESC [8].

Định nghĩa

Tổn thương mô cơ tim, nguyên nhân, tiền sử bệnh MINOCA gần đây đã được chú ý tác hại quan tâm, Kerrison và cs nghiên cứu 2.095 bệnh nhân bệnh hiện tại bệnh vành cấp thì có 39 bệnh nhân (1,86%) được chẩn đoán MINOCA, trong đó 39% không xác định được nguyên nhân, 13% do rối loạn nhịp tim, 10% là do bệnh hiện tại Takotsubo, 17% có nguyên nhân bệnh cơ tim, 9% do cơ thắt ĐMV, phình, tắc tuỷ và dân tộc NZ Maori chiếm tỷ lệ cao bệnh hiện tượng máu cơ tim không tắc ĐMV[1].

Sivabaskari Pasupathy và cs tiến hành phân tích 28 nghiên cứu, gồm 176.502 bệnh nhân NMCT, tỷ lệ trung bình MINOCA là 6%(1-14%), phình chiếm 40%, tuổi trung bình là 55. Yếu tố nguy cơ tim mạch rối loạn lipid máu tăng gấp 2 lần bệnh nhân MINOCA hiện tại NMCT có tổn thương ĐMV (32% vs 21%). Để tìm nguyên nhân, MRI tim cho thấy có sự xuất hiện của tình trạng bệnh hiện tượng máu cơ tim điển hình 24% bệnh nhân, viêm cơ tim xảy ra 33%, không tìm thấy nguyên nhân là 26%. Chụp ĐMV cho thấy cơ thắt ĐMV chiếm 27%. Rối loạn đông máu được phát hiện 14% các trường hợp bệnh MINOCA. Tỷ lệ sống nhóm MINOCA sau 12 tháng là

4,7% so với NMCT có tắc nghẽn động mạch vành là 6,7%($p<0,01$) [2].

Planer D. và cs trong thử nghiệm ACUITY, tỷ lệ MINOCA là 8,8% trong 2442 bệnh nhân Non STEMI có troponin máu tăng, tỷ lệ tử vong 1 năm ở nhóm MINOCA cao hơn (5.2 vs. 1.6%; HR 3.44, CI 1.05–11.28; $P=0.04$). nguyên nhân tử vong không phải do tim mạch [3].

Gehrie ER. và cs trong nghiên cứu CRUSADE, trong 55.514 bệnh nhân Non STEMI, tỷ lệ MINOCA là 10%, nữ 15,1% so với 6,8% ở nam, tỷ lệ tử vong trong bệnh viện là 0,6% ở nữ và 0,7% ở nam [4].

Theo tác giả Nathaniel R. và cs, nghiên cứu thử nghiệm hợp ACTION bao gồm 322.523 bệnh nhân nhồi máu cơ tim, tỷ lệ MINOCA là 5.9% (18.918 bệnh nhân), nữ gấp nhiều hơn nam (10.5% so với 3.4%; $P<0.0001$). tỷ lệ tử vong của MINOCA thấp hơn nhóm nhồi máu cơ tim có tắc động mạch, tỷ lệ tử vong ở nam và nữ như nhau ở nhóm MINOCA (1.1% so với 1.0%; $P=0.84$) [7].

Từ tác giả, MINOCA chiếm tỷ lệ khoảng 1-14% bệnh nhân NMCT, xảy ra phổ biến ở những người trẻ, bệnh nhân trẻ, có rối loạn lipid máu, có thể có vãn đề vãn động mạch vành, bệnh lý mạch máu cơ tim. Tuy nhiên chẩn đoán MINOCA dựa trên lâm sàng là không khả thi. Tỷ lệ tử vong trong năm đầu của MINOCA là 3,5% do đó bệnh nhân MINOCA nên được quản lý như những bệnh nhân NMCT khác.

CÁC CHẨN SINH BỆNH – NGUYÊN NHÂN

Các chẩn sinh bệnh MINOCA có thể do: (1) Sự nhồi máu, bào mòn mạch xơ vữa, embolism hay bóc tách động mạch ở thành tâm thất, (2) Có thể động mạch dẫn đến sự mất cân bằng giữa cung và cầu oxy, (3) Có thể tại vị trí trong tim và (4) Tỷ lệ tử vong của tim như viêm cơ tim hoặc hội chứng Takotsubo [8]. Để chẩn đoán các chẩn của MINOCA, ngoài chụp động mạch vành, một số chẩn lâm sàng khác cũng nên được thực hiện:

Siêu âm tim có thể cung cấp nhiều thông tin, tràn dịch màng ngoài tim, rối loạn vận động thành tim, túi phình ở thất trái.

Hình ảnh bóng đèn (apical ballooning) thất trái trong chụp buồng thất trái có thể nghĩ đến bệnh lý cơ tim Takotsubo.

Siêu âm nội ĐMV (Intravascular Ultrasound - IVUS) hoặc chụp quang tuyến (Optical Coherence Tomography - OCT) có thể phát hiện bóc tách ĐMV, huyết khối hoặc nút vữa mỡ xơ vữa.

Thử nghiệm gây co thất với acetylcholine hoặc ergonovine rất hữu ích để loại trừ co thất ĐMV.

Khảo sát áp lực lòng mạch bằng đo dòng trở vành (FFR) đánh giá rủi ro tổn thương chức năng vi mạch.

MRI tim có thể phát hiện ổ hoại tử nhồi máu dưới nội mạc, viêm cơ tim, rủi ro tổn thương các thành tim, phù nề, sẹo, xơ hóa cơ tim...

D-dimer để loại trừ tắc mạch phổi, các xét nghiệm đông máu, số lượng tiểu cầu, các chỉ điểm viêm, sàng lọc tìm dùng các chất gây nghiện,

Sinh thiết cơ tim để phát hiện viêm cơ tim cấp.

Các bước chẩn đoán nguyên nhân của MINOCA theo khuyến cáo của Hội Tim mạch Việt nam 2018:



Nhồi máu cơ tim cấp không tắc nghẽn động mạch vành (Myocardial Infarction with Non-Obstructing Coro

Viết bởi Biên tập viên

Thư gửi, 24 Tháng 10 2018 18:54 - Liên lạc nhận từ Thư gửi, 24 Tháng 10 2018 19:02

Tiêu chuẩn chẩn đoán: Triệu chứng lâm sàng + tim (Troponin) trên ít nhất 99% bách phân vị của người khỏe mạnh bình thường.