

Bs. CKII Trần Lâm

Nguồn: *Kristian Thygesen, Joseph S. Alpert et al. Third universal definition of myocardial infarction. Eur Heart J (2012, doi: 10.1093/eurheartj/ehs184.

*Francisco Moscoso Costa¹, Jorge Ferreira¹, Carlos Aguiar et al. Impact of ESC/ACCF/AHA/WHF universal definition of myocardial infarction on mortality at 10 years. Eur Heart J (2012) 33 (20): 2544-2550.

Nhồi máu cơ tim (NMCT) là một trong những nguyên nhân hàng đầu của tử vong và tàn phế. Định nghĩa lần thứ nhất năm 2000 và lần thứ 2 năm 2007 trên cơ sở đang thu thập cao của các tổ chức Hội tim mạch Châu Âu (ESC), Trường học môn học hội tim mạch Mỹ (ACCF), Hội tim mạch Mỹ (AHA) và Liên đoàn tim mạch thế giới (WHF) chuyển vào để đi tìm lâm sàng, ECG để chẩn đoán, tăng các chẩn đoán hóa sinh của hoại tử cơ tim, và có những minh chứng những tình trạng khác nhau có thể dẫn đến NMCT. Ngày nay, với sự xuất hiện của những kỹ thuật xét nghiệm và hình ảnh học như y học hạt nhân cho phép phát hiện các tổn thương hoại tử mô cơ tim những mức độ rất nhỏ, để chẩn đoán, khi hoại tử xảy ra trong bệnh cơ tim có một tình trạng bệnh nặng, sau những thủ thuật mạch vành qua da hoặc sau phẫu thuật tim. Đây là nền tảng để trong năm 2012 các tổ chức trên đã đang thu thập cho ra đời một định nghĩa mới về NMCT với sự chấp nhận của Tổ chức Y tế thế giới (WHO).

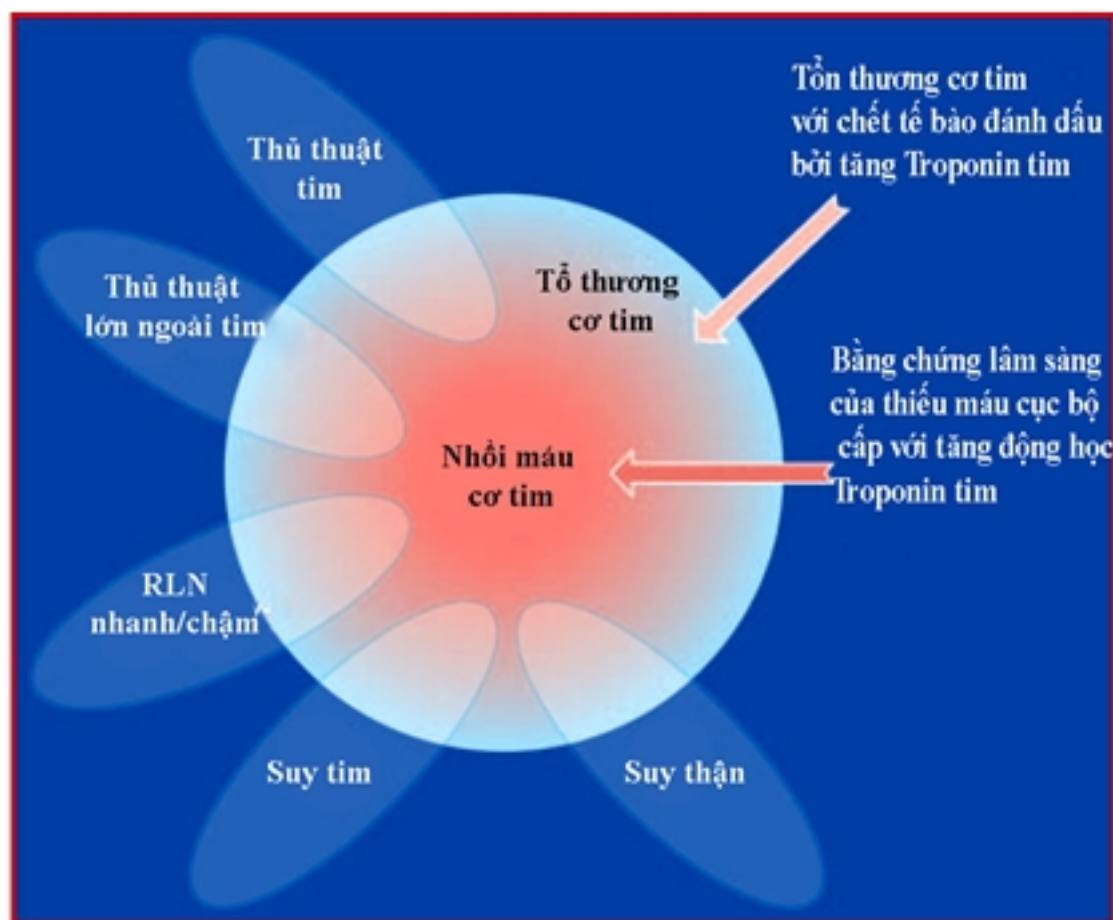
Với một bệnh học, NMCT được định nghĩa là khi tế bào cơ tim bị chết do thiếu máu cục bộ (TMCB) kéo dài. Sau khi khởi phát TMCB, tế bào cơ tim không chết ngay mà cần ít nhất 20 phút; và quá trình hoại tử cơ tim hoàn toàn cần phải ít nhất 2-4 giờ hoặc lâu hơn; điểu này phụ thuộc vào tuần hoàn bàng hệ tại vùng thiếu máu, đang mạch vành bị tắc nghẽn kéo dài hay ngắn quãng, tính nhạy cảm của cơ tim với TMCB, tiền thích nghi TMCB (pre-conditioning), nhu cầu oxy và dinh dưỡng của tế bào cơ tim. Hơn nữa, quá trình tái tưới máu có thể làm biến đổi hình ảnh điện thế và vị trí của tổn thương TBCT.

I. Phát hiện chẩn đoán sinh học của tổn thương cơ tim với hoại tử

Tổn thương cơ tim được nhận biết khi nồng độ của những chẩn đoán sinh học như y và để chẩn đoán Troponin và CK-MB tăng trong máu. Troponin I và T là những thành phần của bào máy cơ của tế bào cơ tim, có mặt trong toàn bộ cơ tim. Mặc dù sự gia tăng của những chẩn đoán sinh học này phản ánh tổn thương dẫn đến hoại tử tế bào cơ tim nhưng không cho ra câu trả lời là gì? Chúng bao gồm một số câu hỏi sau: sự thay thế bình thường của tế bào cơ

tim, hiện tượng chết tế bào theo chương trình, tế bào phóng thích nhúng sợi n phosphothreonin, gia tăng tính thấm thành tế bào, sợi hình thành và phóng thích nhúng BLEB màng, và hoại tử tế bào cơ tim. Cho dù bệnh chết sinh lý bệnh là gì, sợi hoại tử tế bào cơ tim do TMCB được coi là NMCT. Cũng như vậy, bệnh chết mô học của bệnh nhồi máu cơ tim với hoại tử có thể được phát hiện trong nhúng tình trạng lâm sàng mà vai trò của TMCB không phải là nổi trội. Chết nhúng, một số bệnh nhúng của bệnh nhồi máu cơ tim có thể được phát hiện trong nhúng bệnh lý nhúng suy tim, suy thận, viêm cơ tim, loạn nhịp tim, truyền tủy phổi, can thiệp mạch vành qua da hay phẫu thuật mạch vành không có biến chứng. Nhúng triệu chứng nhúng này không được chẩn đoán là NMCT hay là biến chứng của thủ thuật, mà đúng hơn phải gọi là **bệnh nhồi máu cơ tim** (hình 1 và bảng 1).

Hình 1 và bảng 1: Các triệu chứng lâm sàng khác nhau tăng troponin do bệnh nhồi máu cơ tim



Tổn thương liên quan với TMCB nguyên phát
Vỡ màng xơ vữa Hình thành huyết khối trong lòng ĐMV
Tổn thương liên quan với cân bằng cung cầu TMCB
RL nhịp nhanh-chậm Bóc tách ĐMC hoặc bệnh van ĐMC nặng Bệnh cơ tim phì đại Sốc tim, giảm thể tích hoặc sốc nhiễm trùng Suy hô hấp nặng Thiếu máu nặng Tăng HA với hoặc không với dày thất trái Co thắt MV Viêm hoặc truyền tắc ĐMV Rối loạn chức năng nội mạc MV mà không có BMV có ý nghĩa
Tổn thương không liên quan TMCB
Chấn thương đụng dập tim, phẫu thuật, cắt đốt, tạo nhịp hoặc sốc điện phá rung Ly giải cơ vân với ảnh hưởng trên tim Viêm cơ tim Những tác nhân gây độc tim như anthracycline, herceptin
Tổn thương tim đa yếu tố hoặc không xác định
Suy tim Bệnh cơ tim do stress (Takotsubo) Thuyên tắc phổi nặng hoặc tăng áp phổi Bệnh nhân bệnh nặng và nhiễm trùng huyết Suy thận Bệnh lý thần kinh cấp tính nặng như đột quỵ, XH dưới nhện Bệnh lý tẩm nhuận như amyloidosis, sarcoidosis Thể thao quá sức

ST chênh lên
ST chênh lên mới tại điểm J trong 2 chuyển đạo liên tiếp với điểm cắt: ≥ 0.1 mV trong tất cả các chuyển đạo ngoại trừ V ₂ -V ₃ , tại V ₂ -V ₃ cần áp dụng điểm cắt khác là: ≥ 0.2 mV ở nam ≥ 40 tuổi, ≥ 0.25 mV ở nam < 40 tuổi, hoặc ≥ 0.15 mV ở nữ.
ST chênh xuống và thay đổi sóng T
ST chênh xuống với dạng chúc xuống hoặc nằm ngang mới ≥ 0.05 mV trong 2 chuyển đạo liên tiếp và/hoặc sóng T đảo ≥ 0.1 mV trong 2 chuyển đạo liên tiếp với sóng R ưu thế hoặc R/S > 1

Bất kỳ sóng Q ở $V_2-V_3 \geq 0.02$ s hoặc là phức bộ QS ở V_2-V_3

Sóng Q ≥ 0.03 s và ≥ 0.1 mV hoặc là QS ở I, II, aVL, aVF hoặc V_4-V_6 trong bất kỳ 2 chuyển đạo liên tiếp trong nhóm (I, aVL; V_1-V_6 ; II, III, aVF)

$R \geq 0.04$ s ở V_1-V_2 và $R/S \geq 1$ với sóng T dương cùng chiều và không có khiếm khuyết dẫn truyền

Dương giả

- Tái cực sớm
- LBBB
- Kích thích sớm
- Hội chứng điểm J chênh lên như HC Brugada
- Viêm màng ngoài tim/cơ tim
- Thuyên tắc phổi
- XH dưới nhện
- RL chuyển hóa như tăng K^+
- Bệnh cơ tim
- Chuyển vị trí điện cực
- Viêm túi mật
- Dạng trẻ thơ tồn tại (persistent juvenile pattern)
- Gắn sai vị trí điện cực
- Thuốc chống trầm cảm 3 vòng hoặc phenothiazine

Âm giả

- NMCT trước với sóng Q và/hoặc ST chênh lên tồn tại
- Tạo nhịp thất phải
- LBBB

Hình 2: Sự khác biệt giữa NMCT cấp 1 và cấp 2 kèm theo tình trạng ĐMV

