

Xác định suy mạch vành mạn bằng cách nào?

Chẩn đoán suy mạch vành có khi không phải dễ dàng, cần dựa vào những yếu tố sau:

+ Đau ngực.

+ Những yếu tố nguy cơ: phái, di truyền, hút thuốc, ít vận động thể lực, béo phì, tăng huyết áp, stress, chế độ ăn nhiều mỡ, tiểu đường.

+ Khám lâm sàng (mục đích chủ yếu):

Loại bỏ những nguyên nhân hiếm của suy mạch vành như hẹp van động mạch chủ, thiếu máu nặng ...

Tìm ra thêm xơ mỡ động mạch có phạm đến những vùng cơ thể khác như không bắt được mạch ở chân, âm thổi ở động mạch cảnh, ở động mạch dưới đòn, huyết áp 2 bên không giống nhau.

Chẩn đoán khách quan suy mạch vành bằng các nghiệm pháp:

+ Điện tim, điện tim gắng sức (có thể làm holter/24 giờ):

Kết quả điện tim (trong tình trạng nghỉ): hiếm khi bất thường, sóng T đảo ngược (với điều kiện phải rất rõ); T âm, nhọn và tập trung vào một vùng mạch máu cụ thể (Vd, D2, D3, aVF). Trong cơn đau cấp (có giá trị quan trọng): nếu điện tâm đồ (EKG) bình thường thì có thể loại bỏ thiếu máu cơ tim; nếu ST chênh xuống: chắc chắn có thiếu máu cơ tim.

Kết quả EKG gắng sức (quan trọng nhất): nếu ST chênh xuống, lớn hơn 1mm, trên 2 chuyển đạo tương xứng, thì rất có ý nghĩa. Trên bệnh nhân có đau ngực: ==> do thiếu máu cơ tim. Trên bệnh nhân không có đau ngực: ==> có thể có suy mạch vành. Khi kết quả (+) sớm xuất hiện trên những gắng sức nhẹ (chưa cao) như ST chênh xuống rất sâu hay xuất hiện trên nhiều chuyển đạo hoặc nếu có rối loạn nhịp tim kèm theo trong nghiệm pháp gắng sức thì giả thuyết về mạch vành tắc nghẽn là rất đáng tin cậy và nên nghĩ đến nghiệm pháp chụp cản quang động mạch vành tim (coronarography).

Kết quả EKG holter (với một vài loại máy, ta có thể phân tích chính xác ST, đo được tần số và độ dài của các đoạn ST chênh/24 giờ): có giá trị nhiều trong đánh giá hiệu quả trị liệu thiếu máu cơ tim, giá trị ít hơn cho chẩn đoán, thường cho dương tính giả nhiều vì có nhiều nguyên nhân ảnh hưởng đến ST. Chụp nhấp nháy cơ tim (với thallium 201 = đồng vị phóng xạ) kích hoạt với dipyridamol.

Kết quả nghiệm pháp nhấp nháy với thallium 201: nghiệm pháp này tốt hơn EKG gắng sức (nhất là có giá trị định vị tổn thương rất rõ), thallium là chất tương tự như K và được phân bố ở các tế bào được tưới máu. Nếu có vùng nhồi máu ==> trên hình sẽ có lỗ khuyết. Nếu vùng cơ tim chỉ được nuôi bởi một mạch máu bị teo hẹp ==> kết quả có thể bình thường lúc nghỉ ngơi, nhưng sẽ bất thường lúc

gắng sức. Nếu nghiệm pháp gắng sức không thể thực hiện được, có thể thay thế bằng chích dipyridamol (đây là thuốc giãn động mạch mạnh)

==> hình ảnh tăng tưới máu ở vùng cơ tim bình thường. Trong khi

đó, vùng tưới máu bởi động mạch bị teo hẹp không có hình ảnh tăng tưới máu hoặc hình ảnh giảm tưới máu (do hiện tượng cướp máu sang vùng lành).

Tuy nhiên phương pháp này vẫn còn một số bất lợi: giá thành đắt, kết quả cho hình ảnh đẹp thường hiếm, chuyên gia còn ít.

+ Siêu âm tim: suy mạch vành mạn thường cho kết quả bình thường trên siêu âm tim. Đã có nhiều nhóm nghiên cứu dùng siêu âm tim gắng sức, siêu âm tim với dipyridamol, siêu âm tim với dobutamin. Từ năm 1993, những kỹ thuật này không còn dùng nhiều trong chẩn đoán thiếu máu cơ tim.

Ngược lại, siêu âm tim quy ước có giá trị xác định tình trạng tâm thất trái.

Độ nhạy và độ đặc hiệu của các test này không phải 100%, do đó chỉ được chỉ định trên những người về mặt lâm sàng nghĩ nhiều đến thiếu máu cơ tim (không nêu chỉ định cho những người đau ngực không điển hình và hoàn toàn không có yếu tố nguy cơ của xơ mỡ động mạch vì sẽ gặp (+) giả rất cao.