

SUY ĐỘNG MẠCH VÀNH MẠN

Bs Huỳnh Thanh Kiều

BV tim Tâm Đức

Bệnh động mạch vành ổn định

➤ Biểu hiện điện tâm đồ có thể là:

- Biến đổi tái cực (repolarization)
- Biến đổi khử cực (depolarization)
- Tương quan bất thường giữa tái cực và khử cực.

Bất thường tái cực

- Đoạn ST
- Sóng T
- Sóng U

1. Đoạn ST

- Chênh xuống:
 - Biểu hiện tổn thương dưới nội mạc tim.
 - Biểu hiện rõ nhất ở V5-V6
 - Các dạng ST: sụp chúi xuống (down sloping), sụp chếch lên (up sloping), sụp bằng ngang (horizontal), góc sắc giữa ST-T (ST-T sharp angle).

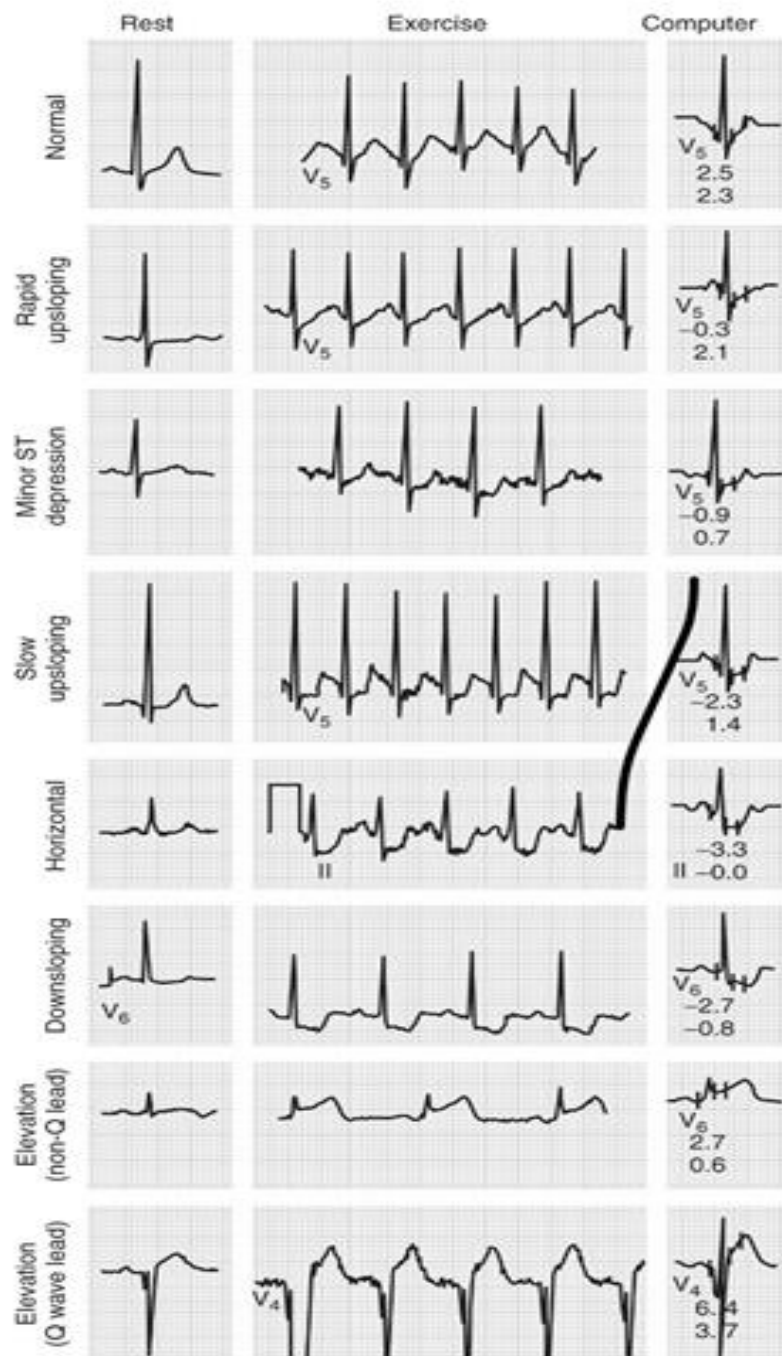


Tiêu chuẩn chẩn đoán thiếu máu dưới nội mạc

- ST chênh xuống ≥ 1 mm tại điểm J
- ST chênh xuống dạng ngang hay chúi xuống và sóng T dương hay ngược hướng với phức bộ QRS
- ST chênh xuống từ 1-2 mm tại điểm J, theo sau bởi sự chệch lên của đoạn ST nhưng vẫn dưới đường đẳng điện 1 mm và kéo dài 0,08 giây.

hoặc 2 mm tại điểm J, theo sau bởi sự chệch lên của đoạn ST nhưng vẫn dưới đường đẳng điện 1 mm và kéo dài 0,08 giây.

Các dạng ST chênh



- Bình thường (normal)
- Chênh xuống dốc lên nhanh (rapid upsloping)
- ST chênh xuống nhẹ (minor ST depression)
- Chênh xuống dốc lên chậm (slow upsloping)
- Chênh xuống đi ngang (horizontal)
- Chênh xuống chúi xuống (downsloping)
- ST chênh lên vùng không có Q nhồi máu (non Q-lead) và vùng có Q nhồi máu (Q-wave lead)

1. Đoạn ST

b. Chênh lên:

- Do tổn thương thực thể nặng ĐMV
- Co thắt ĐMV
- Túi phình thất trái
- Viêm màng ngoài tim

2. Sóng T

- Bình thường: không đối xứng

- Bệnh lý:

- T nhọn, đối xứng hoặc T đảo, dẹt
- $T \text{ ở } V6 < T \text{ ở } V1$

* Chú ý: bất thường sóng T không đặc hiệu của suy ĐMV, còn gặp ở bệnh nhân ho mạnh, lo lắng, mới ăn nhiều, hút thuốc lá, uống đá lạnh, thay đổi tư thế, giảm huyết áp, sa van 2 lá.

3. Sóng U

- Thấy rõ ở các chuyển đạo ngực ngang vùng chuyển tiếp (V2-V4)
- Bình thường: cùng hướng với sóng T
- Thiếu máu cơ tim: sóng U ngược với sóng T

Bất thường của khử cực (QRS)

- Tăng biên độ sóng R

- Ở bệnh nhân thiếu máu cơ tim do co thắt mạch vành, có thể có:
- Sóng R cao hơn ở các chuyển đạo có ST chênh lên cao nhất
- Thời gian dẫn truyền nhánh nội điện tăng

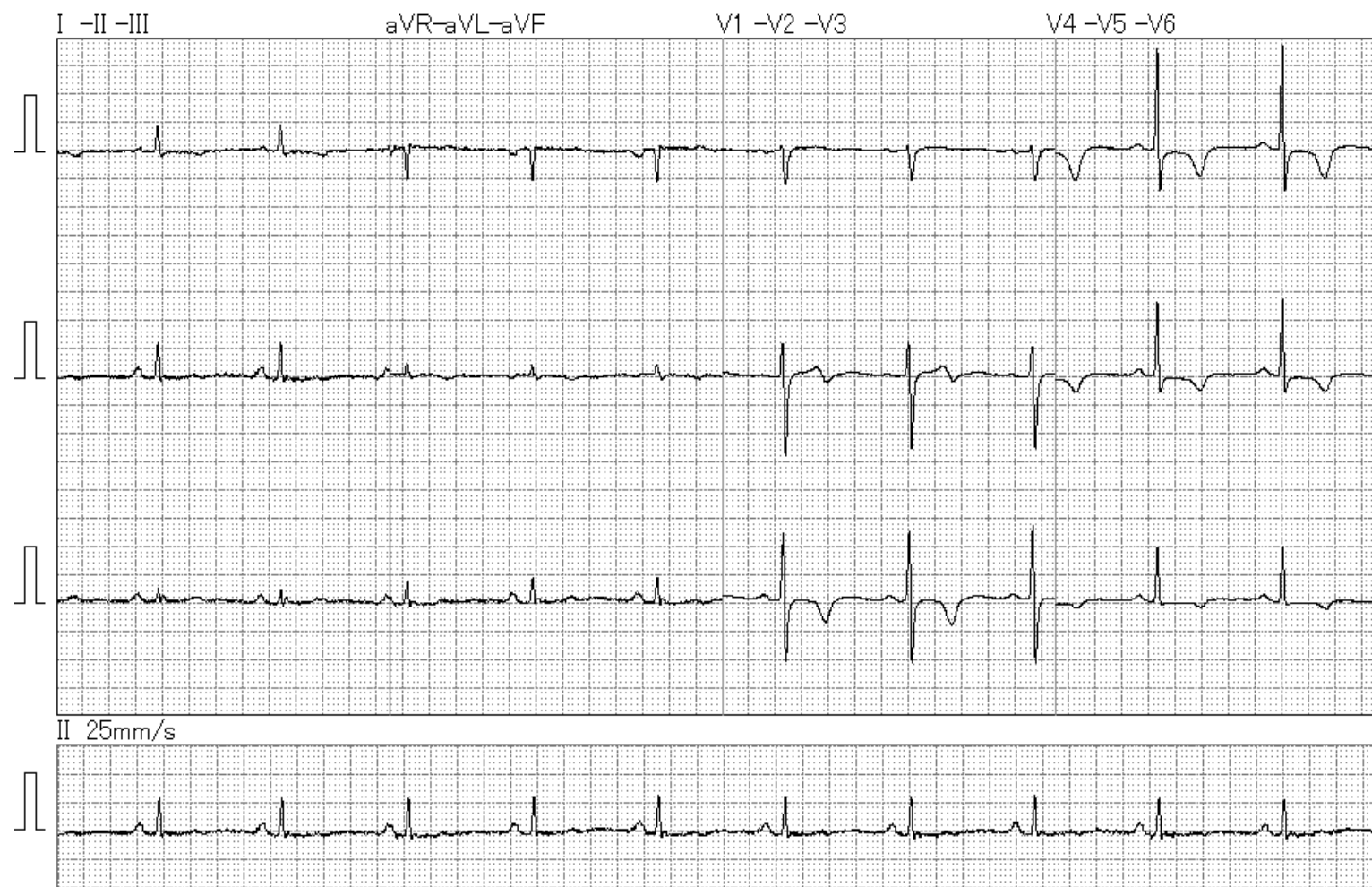
- Giảm độ sâu sóng S

- Ở các chuyển đạo có R tăng cao, độ sâu sóng S cũng giảm.

Tương quan bất thường giữa khử cực và tái cực

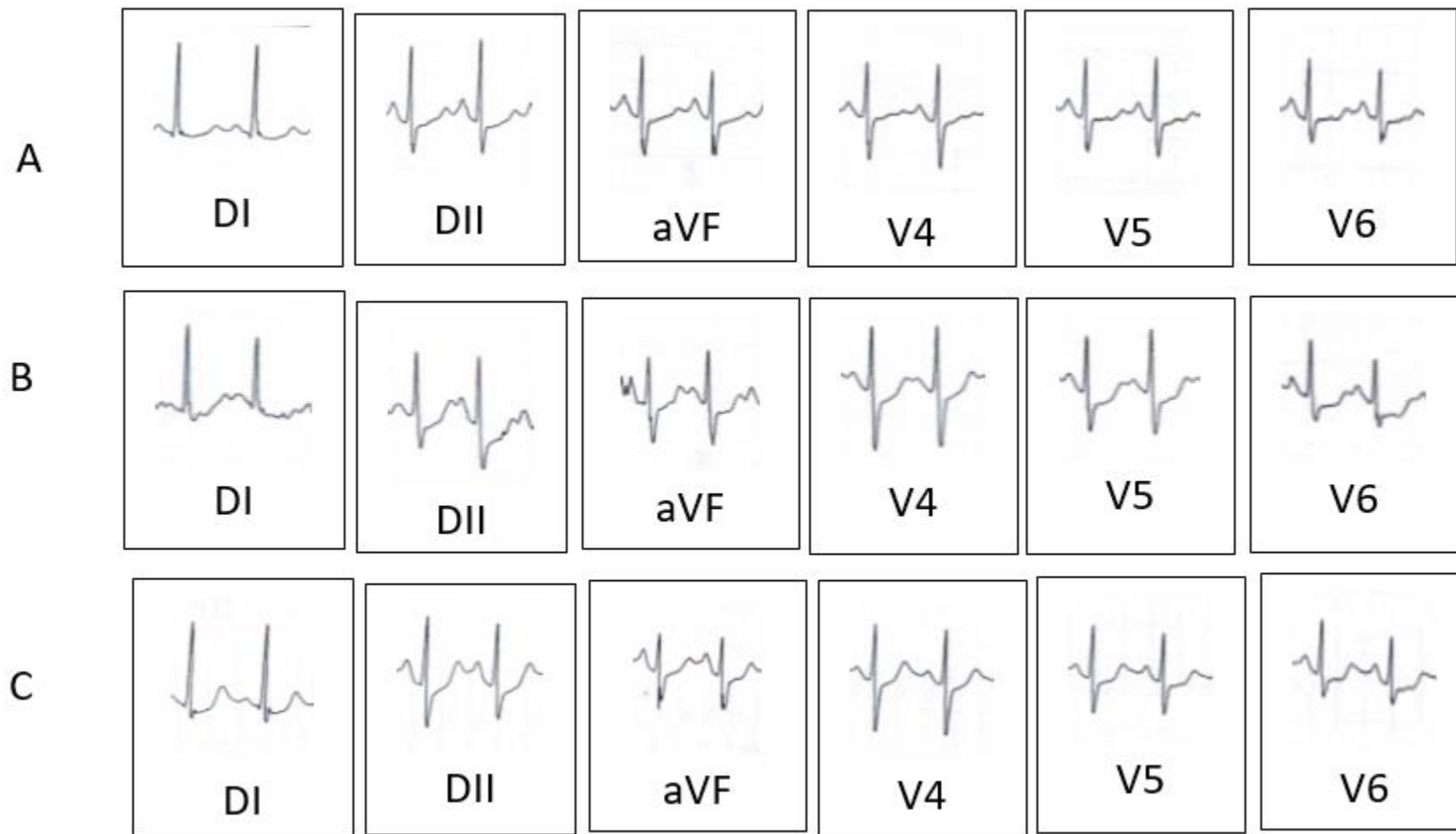
- Bình thường: góc tạo bởi trục QRS và trục sóng T không quá $+ 40^\circ$ (hãn hữu là $+ 60^\circ$)
- Thiếu máu cơ tim: góc QRS-T rộng hơn

ECG



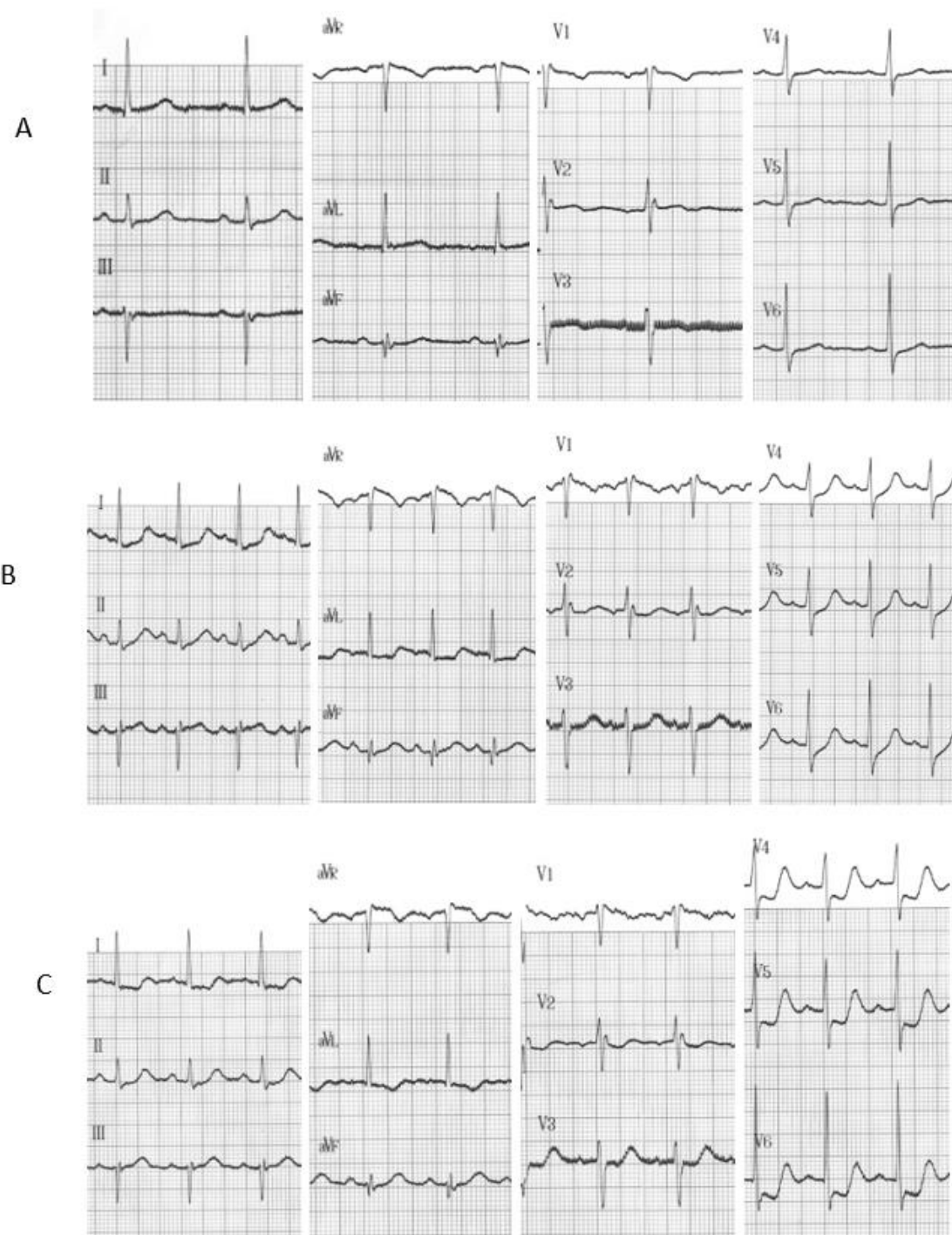
Bệnh nhân nữ, 65 tuổi,
chẩn đoán: - Suy ĐMV
mạn. ECG: thiếu máu
cục bộ cơ tim với T(-),
nhọn, đối xứng ở V3-V6,
T ở V1 > T ở V6.

ECG gắng sức



(A). phút 1 của nghiệm pháp, TST 110 lần/phút;
(B): gắng sức phút thứ 9, TST # 155 lần phút, ST chênh xuống dạng upsloping chậm khoảng 1,3 mm ở V4, V5, V6; (C). giai đoạn hồi phục phút thứ 1: ST chênh xuống dạng đi ngang khoảng 0,7 mm ở V5, V6

Thay đổi ECG khi làm siêu âm tim gắng sức



A. trước nghiệm pháp, TST: 66 lần/phút;
B. gắng sức tối đa (Dobutamin liều 40 ug/kg), TST: 118 lần/phút, ST chênh xuống dạng upsloping chậm khoảng 1,5- 2 mm ở I, aVL và V4-V6;
C. sau nghiệm pháp 5 phút, TST: 100 lần phút, ST chênh xuống > 2mm ở V4-V6.
Kết quả chụp ĐMV: bán tắc LAD đoạn giữa, hẹp 70% LCx đoạn đầu.