

Đặc điểm lâm sàng của các trường hợp viêm cơ tim tại Khoa Nội Tim mạch - Bệnh viện Chợ Rẫy

Huỳnh Phúc Nguyên

Lê Kim Thạch, Lê Thanh Liêm

Khoa nội tim mạch - Bệnh viện Chợ Rẫy

TÓM TẮT

Cơ sở: viêm cơ tim có bệnh cảnh lâm sàng không đặc hiệu, thường giống với hội chứng mạch vành cấp. Chẩn đoán viêm cơ tim được thực hiện dựa vào chụp mạch vành và cộng hưởng từ tim. **Mục tiêu:** Nhận xét bệnh cảnh lâm sàng viêm cơ tim, diễn tiến và điều trị, từ đó đề phát cách tiếp cận bệnh nhân nghi ngờ bị viêm cơ tim. **Phương pháp nghiên cứu:** 62 bệnh nhân nằm tại phòng săn sóc đặc biệt, khoa nội tim mạch với bệnh cảnh bệnh cảnh viêm cơ tim được chẩn đoán dựa vào chụp mạch vành và cộng hưởng từ tim. Ghi nhận các biểu hiện lâm sàng, diễn tiến bệnh và kết quả điều trị. **Kết quả nghiên cứu:** Các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, giống bệnh cảnh của hội chứng mạch vành cấp hoặc các rối loạn nhịp vô căn. Viêm cơ tim cấp thường gặp ở bệnh nhân trung niên với 21% có bệnh cảnh lâm sàng nặng (choáng tim, phù phổi cấp, rối loạn nhịp), 70% hồi phục sau 2-4 tuần, 23% tử vong trong tuần lễ thứ 1-2. Thường có bệnh lý kèm theo trong thể nặng như viêm phổi, suy thận, suy gan ... **Kết luận:** Viêm cơ tim là một trong các nguyên nhân của suy tim cấp và rối loạn nhịp. Bệnh diễn tiến nhanh nhưng có thể hồi phục hoàn toàn nếu được chẩn đoán và điều trị thích hợp

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim là một trong các nguyên nhân của suy tim xảy ra ở các bệnh nhân với tim bình thường về mặt cấu trúc và chức năng trước đó⁽¹⁾. Viêm cơ tim còn là nguyên nhân của các rối loạn nhịp trên thất và thất⁽²⁾. Tuy nhiên, viêm cơ tim thường ít được nghĩ đến do các biểu hiện lâm sàng không đặc hiệu, thường lại giống với hội chứng mạch vành cấp hoặc các rối loạn nhịp vô căn hoặc liên quan đến rối loạn di truyền. Chẩn đoán viêm cơ tim phải được thực hiện trên cơ sở mô học theo tiêu chuẩn Dallas, nghĩa là cần phải thực hiện sinh thiết cơ tim. Tuy nhiên, kỹ thuật sinh thiết cơ tim mang nhiều rủi ro, tính nhạy cảm không cao do lấy mẫu sai, nên ít hoặc không được thực hiện. Do vậy, chẩn đoán viêm cơ

tim thường là chẩn đoán loại trừ và việc điều trị thường hay thái quá.

Cộng hưởng từ tim có khả năng thể hiện các đặc tính mô học của cơ tim, cho phép phát hiện các bệnh cơ tim cấu trúc, bao gồm viêm cơ tim với độ nhạy cảm và độ đặc hiệu hơn 90%^(1,2,3,4). Kết hợp với chụp động mạch vành bình thường, chúng ta có thể chẩn đoán viêm cơ tim dễ dàng hơn dựa vào kết quả cộng hưởng từ tim. Tại khoa nội tim, chúng tôi đã sử dụng chụp động mạch vành và cộng hưởng từ tim làm tiêu chuẩn chẩn đoán viêm cơ tim, để nhận xét tình hình viêm cơ tim tại khoa, diễn tiến bệnh, đáp ứng điều trị..., từ đó đề xuất cách tiếp cận (chẩn đoán và điều trị) bệnh nhân nghi ngờ bị viêm cơ tim sớm và hiệu quả.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu

Mô tả cắt ngang.

Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh

Bệnh nhân nằm tại phòng săn sóc đặc biệt, khoa nội tim mạch, Bệnh viện Chợ Rẫy, với bệnh cảnh suy tim cấp do rối loạn chức năng tâm thu hoặc rối loạn nhịp hoặc đau ngực chưa rõ nguyên nhân.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân bị suy tim hoặc rối loạn nhịp do bệnh động mạch vành.

Phương pháp nghiên cứu

Chuẩn bị bệnh nhân

Khai thác bệnh sử nhiễm siêu vi, các yếu tố nguy cơ tim mạch, khám lâm sàng bao gồm đau ngực, khó thở, hồi hộp... Bệnh nhân nằm tại phòng săn sóc đặc biệt, nhận phát đồ điều trị suy tim chuẩn.

Điện tâm đồ

Được đo lúc nhập viện, và lặp lại sau 6 giờ, 12 giờ và 24 giờ để khảo sát các thay đổi thời gian dẫn truyền nhĩ thất (PR), rối loạn dẫn truyền nội thất (sóng Q, thời gian QRS), các bất thường ST-T, các rối loạn nhịp.

Men tim

Định lượng CK-MB, troponin I lúc nhập viện, 24 giờ và 48 giờ sau để đánh giá mức độ tổn thương cơ tim.

Siêu âm tim

Kích thước các buồng tim, rối loạn vận động vùng, tình trạng hoạt động của các van tim, dịch khoang màng ngoài tim, áp lực động mạch phổi... Siêu âm tim được thực hiện lúc nhập viện, trong quá trình diễn tiến bệnh và lúc xuất viện.

CRP

Theo dõi diễn tiến của viêm cơ tim, thực hiện cách ngày.

Cộng hưởng từ tim

Thực hiện trong tuần lễ đầu nhập viện

Chụp mạch vành

Thực hiện trong tuần lễ đầu nhập viện ở các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Đặc điểm chung

Tất cả 62 bệnh nhân tham gia nghiên cứu với các đặc điểm về giới tính, tuổi và lý do vào viện

Tuổi và giới tính

Tuổi	Nam	Nữ
34 ± 14	37	25

Viêm cơ tim thường gặp ở tuổi trung niên với tỉ lệ nam:nữ=1,5. Có 9 bệnh nhân trên 50 tuổi với tuổi lớn nhất là 78.

Biểu hiện lâm sàng lúc nhập viện

	N=62
Đau ngực	32(52%)
Khó thở	34(55%)
Ngất	14(23%)
Hồi hộp	02(3%)
Các yếu tố nguy cơ tim mạch	09(15%)
Tiền triệu nhiễm siêu vi	25(40%)

Tiền triệu nhiễm siêu vi gặp trong 50% bệnh nhân, thường trong một tuần trước khi nhập viện. Các triệu chứng thường gặp là đau ngực (52%) và khó thở (55%); đau ngực do viêm màng ngoài tim kèm theo và khó thở do rối loạn chức năng tâm thu thất trái. Khoảng 23% bệnh nhân bị ngất do các rối loạn nhịp chậm (bloc nhĩ thất cao độ hoặc hoàn toàn) hoặc rối loạn nhịp nhanh (nhịp thất, xoắn đỉnh...). 15% bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch làm cho việc chẩn đoán khó khăn; các bệnh nhân này đã được chụp mạch vành cấp cứu với kết quả bình thường hoặc sang thương nhẹ.

Các thay đổi trên điện tâm đồ

	N=62
- ST chênh lên	32(69%)
- ST chênh xuống	08(17%)
- ST thay đổi không đặc hiệu	04(9%)
- QRS dãn	16(26%)
- Q bệnh lý	12(19%)
- Các thay đổi khu trú	44(60%)
- Các thay đổi lan tỏa	18(40%)
- Các rối loạn nhịp :	
*nhịp nhanh trên thất	05(16%)
*nhịp nhanh thất	24(75%)
*block nhĩ thất	18(56%)
*rối loạn nhịp phức tạp	10(31%)
- QTc dài	06(10%)

Các thay đổi trên điện tâm đồ lúc nhập viện thường giống với hội chứng mạch vành cấp, với 60% có các thay đổi ST khu trú (ST chênh lên thường gặp hơn chênh xuống) và 40% thay đổi ST lan tỏa do viêm màng ngoài tim cấp kèm theo. 75% bệnh nhân bị rối loạn nhịp nhanh thất và 56% bệnh nhân bị bloc nhĩ thất (cao độ hoặc hoàn toàn); 31% bị rối loạn nhịp phức tạp (các ngoại tâm thu thất, nhanh thất xoắn đỉnh xảy ra trên nền bloc nhĩ thất). Hầu hết bệnh nhân đáp ứng với điều trị tạo nhịp tạm thời và thuốc chống loạn nhịp (lidocain).

Các thay đổi trên siêu âm tim

	N=62
- Rối loạn vận động vùng khu trú	27(44%)
- Dẫn buồng thất trái	07(11%)
- LVEF < 40%	40(64%)
- LVEF > 50%	22(36%)
- Tràn dịch khoang màng ngoài tim	25(40%)

Đa số bệnh nhân có kích thước các buồng tim bình thường và 11% dẫn buồng thất trái. 44% có rối loạn vận động vùng và 64% có phân suất tống máu của buồng thất trái < 40%. Khoảng 40% có tràn dịch khoang màng ngoài tim lượng ít đến trung bình. Không ghi nhận chèn ép tim cấp.

Chụp động mạch vành

	N=9
- Không tổn thương	08(88%)
- Sang thương thâm nhiễm nhẹ	01(22%)

Các bệnh nhân có yếu tố nguy cơ tim mạch đều được chụp mạch vành cấp cứu với kết quả 88% không ghi nhận sang thương mạch vành và 22% có sang thương thâm nhiễm nhẹ.

Cộng hưởng từ tim

	N=62
- Tổn thương khu trú	36(60%)
- Tổn thương lan tỏa	18(30%)
- Khó khảo sát	08(10%)

Cộng hưởng từ tim được thực hiện cho tất cả bệnh nhân ghi nhận thâm nhiễm lớp dưới thượng mô cơ tim với 60% khu trú và 30% lan tỏa, 10% khó khảo sát do bệnh nhân không hợp tác tốt.

Bệnh lý kèm theo

	N=62
- Viêm phổi	45.2%
- Suy thận cấp	21%
- Suy gan	16%
- Rối loạn đông máu	1.6%
- Suy đa cơ quan	12.9%

Viêm phổi là bệnh lý kết hợp thường gặp, tiếp đến là suy thận cấp. Khoảng 12% bệnh nhân bị suy đa cơ quan

Diễn tiến lâm sàng

- Choáng tim	11(18%)
- Phù phổi cấp	08(13%)
- Suy tim sung huyết	17(27%)
- Rối loạn nhịp	29(47%)
- Đặt máy tạo nhịp tạm thời	10(16%)
- Hồi phục-khỏi bệnh	48(77%)
- Tử vong	14(23%)

Hai bệnh cảnh lâm sàng thường gặp là suy chức năng tâm thu thất trái và rối loạn nhịp: 27% suy

tim sung huyết, 18% choáng tim, 13% phù phổi cấp, 47% rối loạn nhịp. 77% bệnh nhân hồi phục trong 2-4 tuần và 23% bệnh nhân tử vong.

BÀN LUẬN

Viêm cơ tim xuất hiện ở mọi độ tuổi, nhưng thường gặp ở người trẻ dưới 40⁽¹⁾ với tỉ lệ nam-nữ khoảng 1.5. Hơn một nửa bệnh nhân được ghi nhận có tiền triệu nhiễm siêu vi và không ghi nhận có bệnh lý tim cấu trúc trước đó^(1,5,6). Chỉ khoảng 15% bệnh nhân có các yếu tố tim mạch, thường ở độ tuổi hơn 50. Bệnh cảnh lâm sàng của viêm cơ tim không có tính chuyên biệt, thường giống với hội chứng mạch vành cấp với hậu quả là suy tim cấp và rối loạn nhịp. Phần nhiều bệnh nhân biểu hiện các triệu chứng mệt mỏi, đau ngực, khó thở nhẹ trong vài ngày rồi hồi phục. Khoảng 21% bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng nặng với: choáng tim, phù phổi cấp, các rối loạn nhịp nguy kịch^(2,5,6), đòi hỏi một chế độ điều trị tích cực: thuốc vận mạch, tăng co bóp, thuốc chống rối loạn nhịp, đặt máy tạo nhịp tạm thời, thông khí cơ học, chạy thận nhân tạo... Trên 70% bệnh nhân hồi phục sau 2-4 tuần và khoảng 23% bệnh nhân tử vong trong tuần thứ 1-2 do suy tim không đáp ứng với điều trị, rối loạn nhịp phức tạp. Viêm phổi là bệnh lý đi kèm thường gặp, 45%, có thể là do tình trạng suy tim gây sung huyết phổi, môi trường thuận lợi cho viêm phổi. Suy thận cấp chiếm tỉ lệ 21%, có thể do giảm tưới máu thận do suy bơm nặng, do tác dụng của kháng sinh điều trị viêm phổi... Suy đa cơ quan gặp trong 12% bệnh nhân, có thể do bệnh cảnh nhiễm siêu vi toàn thân, choáng tim gây giảm tưới máu mô.

Các thay đổi trên điện tâm đồ thường giống

với bệnh cảnh nhồi máu cơ tim cấp hoặc với những thay đổi không đặc hiệu^(5,6). Đa số không có dân堡 tim, nhưng chức năng tâm thu thất trái giảm, với các rối loạn vận động vùng. Do vậy, điện tâm đồ và siêu âm tim không giúp chẩn đoán viêm cơ tim, tuy nhiên, có thể dùng siêu âm tim để theo dõi quá trình diễn tiến bệnh: chức năng tâm thu thất trái cải thiện dần (LVEF tăng) và các rối loạn vận động vùng dần biến mất. Đây còn là dấu hiệu giúp chẩn đoán phân biệt viêm cơ tim cấp với bệnh cơ tim thiếu máu cục bộ và bệnh cơ tim giãn nở vô căn.

9 bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch đã được chụp mạch vành với kết quả động mạch vành bình thường hoặc sang thương không đáng kể. Hầu hết bệnh nhân có kết quả dương tính với cộng hưởng từ tim : 60% tổn thương khu trú, 30% tổn thương lan tỏa. Các tổn thương lan tỏa kết hợp với bệnh cảnh lâm sàng nặng và các rối loạn nhịp phức tạp. Như vậy, kết hợp cộng hưởng từ tim và chụp động mạch vành (nhất là ở các bệnh nhân có các yếu tố nguy cơ tim mạch) giúp chúng ta chẩn đoán viêm cơ tim cấp nhanh chóng và dễ dàng hơn, từ đó lựa chọn phương pháp điều trị thích hợp^(1,2,3,4).

KẾT LUẬN

Viêm cơ tim là bệnh lý thường gặp nhưng khó chẩn đoán với bệnh cảnh lâm sàng là hội chứng suy tim và rối loạn nhịp. Cộng hưởng từ tim được sử dụng là phương tiện chẩn đoán viêm cơ tim, nhất là khi kết hợp với chụp mạch vành. Đa phần viêm cơ tim cấp hồi phục hoàn toàn với một chế độ điều trị nâng đỡ thích hợp.

ABSTRACT

Background: myocarditis has a nonspecific clinical presentation and can mimic acute coronary syndrome. Diagnosis of myocarditis can be based on normal coronary angiograms and cardiovascular magnetic resonance.

Objectives: remark clinical presentation of myocarditis, progression and response to treatment; offer the approach to the patient with acute myocarditis.

Methods: 62 patients admitted to CCU room of the Cardiology department with clinical presentations that is suggestive of myocarditis. The patients were underwent coronary angiograms and cardiovascular magnetic resonance. Note down clinical manifestations, progression and response to treatment.

Results: The clinical manifestations were often nonspecific and mimicked acute coronary syndrome or idiopathic arrhythmias. Myocarditis occurred in young patients, 21% of them had severe clinical conditions (cardiogenic shock, pulmonary edema, severe arrhythmias), 70% of them recovered in 2-4 weeks, 23% of them were died in first and second week. Comorbidities were present in severe myocarditis, such as pneumonias, renal failure, hepatic failure...

Conclusions: myocarditis is one of causes of acute heart failure and arrhythmias. Progression of myocarditis is often fast but can recovers completely if the disease is diagnosed and treated.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Peter P. Liu and Heinz-Peter Schultheiss. Myocarditis. Braunwald's Heart Disease, 8th ed. Saunders, 2008, page 1775-92
2. Huỳnh Phúc Nguyên, Nguyễn Trường Duy, Lê Thanh Liêm, Châu Ngọc Hoa. Các rối loạn nhịp thất trong viêm cơ tim. Chuyên đề tim mạch học, tháng 2-2014, trang 14-19.
3. Helene Childs, Matthias G. Friedrich. Cardiovascular Magnetic Resonance Imaging in Myocarditis. Progress in Cardiovascular Disease 54(2011) 266-275.
4. Godtfred Holmvang, G. William Dec. CMR in Myocarditis. JACC: Cardiovascular Imaging, Vol 5, No 5, 2012
5. Ayelet Shauer MD, Israel Gotsman MD, Andre Keren MD, Donna R. Zwas MD, Yaron Hellman MD, Ronen Durst MD and Dan Admon MD. Acute Viral Myocarditis: Current Concepts in Diagnosis and Treatment. IMAJ. VOL 15. MARCH 2013.
6. Leslie T. Cooper, Jr., MD. Myocarditis. N Engl J Med 2009;360:1526-38.