

# NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VIÊM CƠ TIM MÀNG NGOÀI TIM CẤP GIẢ NHỒI MÁU CƠ TIM

BSNT Hoàng Thị Ngọc Thu, PGS TS Nguyễn Anh Vũ

Trung tâm Tim mạch-Bệnh viện trung ương Huế

## TÓM TẮT

**Mở đầu:** Viêm cơ tim màng ngoài tim cấp với các triệu chứng tương tự nhồi máu cơ tim, là tình trạng xâm nhập tế bào viêm vào tế bào cơ tim và màng ngoài tim. Nguyên nhân thường gặp là virus. Chúng tôi xin trình bày ca lâm sàng điển hình tại bệnh viện Trung Ương Huế.

**Mô tả trường hợp:** bệnh nhân nam, 22 tuổi, nhập viện với bối cảnh đau thắt ngực, đoạn ST chênh lên ở các chuyển đạo trước tim và ngoại biên, men tim tăng cao, diễn biến là một suy tim cấp tính. Diễn tiến của bệnh: không xuất hiện sóng Q bệnh lý, hình ảnh chụp mạch vành bình thường. Điều trị theo hướng viêm cơ tim màng ngoài tim thì bệnh nhân đáp ứng tốt và hồi phục hoàn toàn.

**Kết luận:** Viêm cơ tim màng ngoài tim cấp là một trong những chẩn đoán phân biệt bệnh nhồi máu cơ tim cấp, xảy ra ở người trẻ, ít yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành.

## MỞ ĐẦU

Viêm cơ tim cấp là sự xâm nhập tế bào viêm vào cơ tim kèm hoại tử và/hoặc thoái hóa các tế bào xung quanh. Viêm cơ tim là một bệnh khó chẩn đoán và điều trị do biểu hiện lâm sàng có thể là không triệu chứng cho đến suy tim rõ đòi hỏi phải ghép tim, với nhiều nguyên nhân, và nó thỉnh thoảng là nguyên nhân của các trường hợp đột tử. Vì vậy, con số mắc bệnh chính xác khó xác định. Ở Mỹ, viêm cơ tim chiếm 1- 1.5% tỷ lệ tử vong khi sinh thiết cơ tim, với nguyên nhân chủ yếu là virus và thuốc. Trên thế giới, nguyên nhân chủ yếu là bệnh Chagas do *Trypanosoma cruzi* gây nhiễm 18 triệu người với 50,000 trường hợp tử vong hằng năm [2].

Viêm màng ngoài tim cấp là một quá trình viêm liên quan đến màng ngoài tim, một túi dạng fibroelastin chứa tim và gốc động mạch lớn. Ở Mỹ, viêm màng

ngoài tim chiếm khoảng 1/10,000 trường hợp nhập viện, với nguyên nhân nhiễm khuẩn và không nhiễm khuẩn.

Viêm cơ tim màng ngoài tim cấp thường xảy ra đồng thời mặc dù cường độ của chúng hiếm khi bằng nhau. Nguyên nhân chủ yếu của viêm cơ tim màng ngoài tim thường do nhiễm virus. Ở Tây Âu và Bắc Mỹ, nguyên nhân thường gặp là Coxsackie, Adenovirus, Cytomegalovirus... [1].

Chúng tôi xin trình bày một ca lâm sàng hiếm gặp tại bệnh viện Trung Ương Huế

### **BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG**

Bệnh nhân nam, 22 tuổi, vào viện vì đau ngực trái dữ dội, liên tục. Bệnh khởi phát cách ngày vào viện bảy ngày với triệu chứng cảm cúm: nhức mỏi tay chân, đau đầu, ho, chảy mũi nước, sốt nhẹ. Triệu chứng giảm dần sau ba ngày, tuy nhiên, hai ngày sau bệnh nhân cảm giác mệt, khó thở khi làm việc gắng sức. Vào tối cùng ngày, bệnh nhân đang ngủ thì đột ngột đau chói vùng ngực sau xương ức lan tỏa toàn ngực, đau liên tục, tăng lên khi ho, hít thở, khó thở khi nằm, khi ngồi thì triệu chứng có giảm, kèm theo bệnh nhân vật vã, xanh tái, nôn mửa nhiều. Bệnh nhân được đưa vào cấp cứu tại bệnh viện Quảng Ngãi.

Tại bệnh viện Quảng Ngãi, bệnh nhân được chẩn đoán là nhồi máu cơ tim cấp ST chênh lên với CK, CKMB, TnT tăng, và được xử trí chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu, morphin, statin, nitroglycerin. Tuy nhiên, tình trạng bệnh nhân không cải thiện, đau ngực và khó thở ngày càng tăng, bệnh nhân được chuyển lên bệnh viện tuyến trên, bệnh viện Trung Ương Huế.

Tiền sử bản thân, bệnh nhân không có tiền sử bệnh phổi mạn tính, không đau ngực khó thở khi gắng sức, không sử dụng loại thuốc nào trước đó, không sử dụng thuốc gây nghiện, có sử dụng thuốc lá 5 gói.năm. Tiền sử gia đình: không ai mắc bệnh tim, đột tử.

Tại bệnh viện Trung Ương Huế, tình trạng huyết động: M: 100 l/ph, HA: 90/60 mmHg, t: 37.8°C, tần số thở: 20 l/p, P: 60 kg, chiều cao: 165 cm.

Bệnh tình, vật vã, da tái, vã mồ hôi lạnh, đau chói vùng ngực sau xương ức, lan toàn ngực, sau lưng, hai bả vai, đau tăng khi ho, hít thở sâu, ngồi chồm về phía

trước thì dễ chịu hơn. Khi khám: tim đều rõ, không nghe tiếng cọ màng ngoài tim, không có tiếng thổi vùng trước tim. Nhịp thở đều, rút lõm nhẹ khoảng gian sườn, hõm ức, có ran ẩm to hạt ở đáy phổi hai bên. Gan không lớn, phản hồi gan tĩnh mạch cổ âm tính. Các cơ quan khác chưa phát hiện bệnh lý.

Xét nghiệm cận lâm sàng:

- CTM: BC  $7.28.10^9/l$ , Neu 67.3%, HC  $4.29.10^{12}/l$ , Hb 13 g/l, TC  $234.10^6/l$ .
- CRP: 77.6 mg/dl
- CK: 3001ng/dl, CKMB: 125.6 ng/dl, TnT: 6.88 ng/dl
- Glucose máu, bilan lipid, ure, creatinin trong giới hạn bình thường.
- HIV test nhanh âm tính.
- Siêu âm tim: giảm động năng thành sau và thành bên, giảm động năng vùng mỏm, EF: 40%, tràn dịch màng ngoài tim lượng ít.
- ECG: ST chênh lên dạng lõm vùng dưới, vùng bên, PR chênh xuống DI, V2-V5.
- X Quang phổi: bóng tim, cung tim trong giới hạn bình thường, rôn phổi đậm, trường phổi rõ.

Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là nhồi máu cơ tim cấp, phân biệt viêm cơ tim màng ngoài tim cấp.

Xử trí: Lovenox, Intergriline, Aspergic, Nitroglycerin, Morphin.

Tình trạng bệnh nhân không có cải thiện rõ rệt, huyết áp giảm dần 80/40 mmHg, sốt nhẹ 37.5- 38°C, bệnh nhân vẫn tiếp tục đau ngực nhiều, khó thở tăng dần, ho trào bọt hồng. Bệnh nhân được duy trì thuốc vận mạch Dobutamin 2 µg/kg/ph.

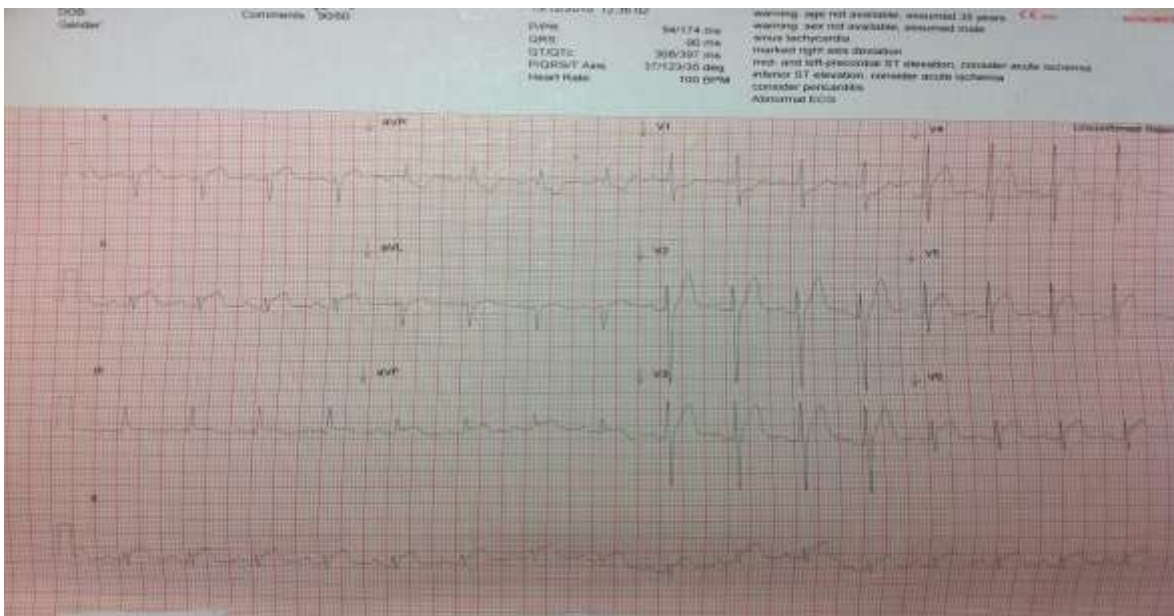
Bệnh nhân sau đó được chụp mạch vành chọn lọc: không có tổn thương khu trú mạch vành thượng tâm mạc.

Bệnh nhân được chẩn đoán lại là viêm cơ tim -màng ngoài tim. Điều trị theo hướng chẩn đoán mới: Methylprednisolon 80 mg/ngày, tĩnh mạch, Digoxin 0.125 mg/ngày, Coversyl 2.5 mg/ngày, ngưng điều trị chống đông, chống ngưng tập tiểu cầu.

Bệnh cải thiện rõ sau ba ngày, bệnh nhân hết đau ngực, khó thở, hết sốt, huyết động ổn định, cận lâm sàng trở về bình thường: ECG biến đổi bốn pha và ST trở về bình thường; men tim giảm dần; chức năng tim hồi phục EF 60%; CRP bình thường. Bệnh nhân ra viện sau 6 ngày.

Theo dõi sau một tháng: (12/01/2011): bệnh nhân thể trạng tốt, không đau ngực, không khó thở khi gắng sức, trắc nghiệm gắng sức âm tính, siêu âm tim: LVEF 63%, LVEDd 43 mm.

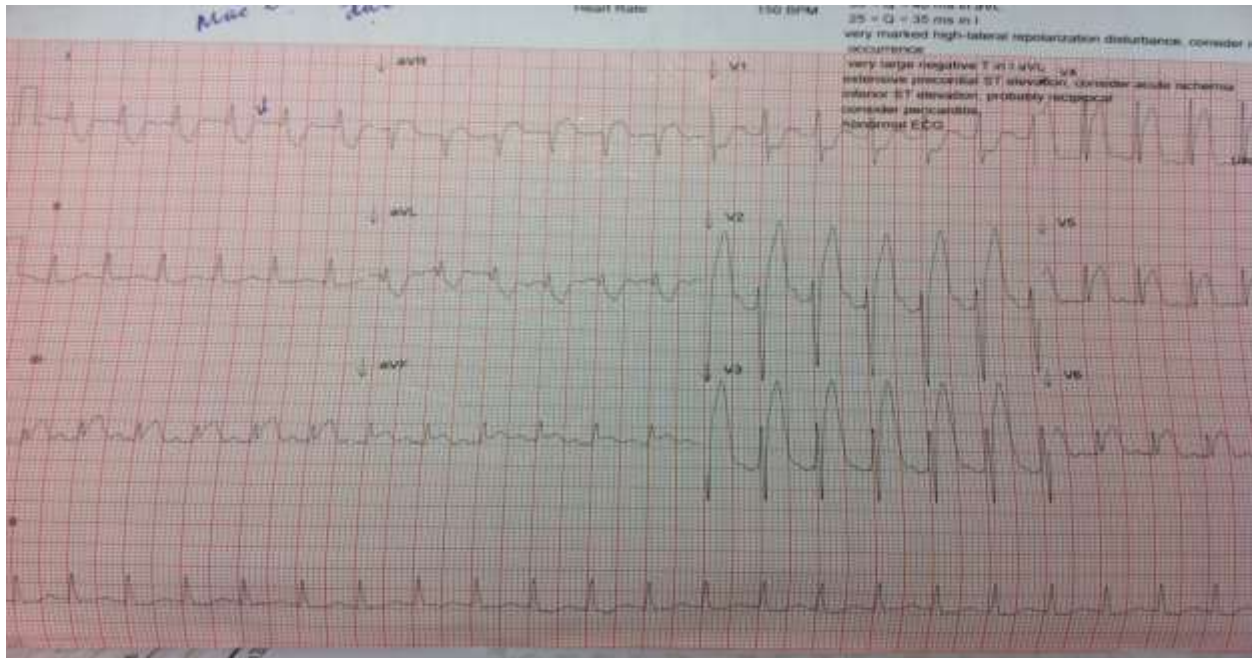
**Kết luận :** Viêm cơ tim màng ngoài tim cấp



Hình 1: ECG đo ngay khi nhập viện

## **BÀN LUẬN**

Với một bệnh nhân vào viện vì đau ngực cấp, dữ dội, thì có một số chẩn đoán cần xét tới: nhồi máu cơ tim hay hội chứng vành cấp, viêm màng ngoài tim, phình bóc tách động mạch chủ, viêm phổi, thuyên tắc động mạch phổi, viêm khớp sụn sườn, tràn khí màng phổi. Y văn thế giới gần đây cũng đã có các thông báo về sự nhầm lẫn chẩn đoán viêm cơ tim với nhồi máu cơ tim cấp và bệnh nhân viêm cơ tim-màng ngoài tim cấp lại bị sử dụng thuốc tiêu sợi huyết là thuốc điều trị nhằm tái thông mạch vành trong nhồi máu cơ tim cấp.



Hình 2: ECG sau khi nhập viện 20 giờ

Bệnh nhân này vào viện với đau ngực đột ngột dữ dội, kèm dấu hiệu lâm sàng của suy tim xung huyết có trụ mạch, có sự thay đổi về điện tâm đồ với ST chênh lên cao, men tim tăng gấp nhiều lần, chức năng tim giảm thì chẩn đoán ưu tiên đầu tiên là nhồi máu cơ tim cấp. Tuy nhiên, bệnh với khởi phát là triệu chứng nhiễm cúm, tính chất đau chói, liên tục thay đổi theo tư thế và tăng lên khi hít vào thì gợi ý mạnh đau do viêm màng ngoài tim. Đồng thời, bệnh xảy ra ở người trẻ tuổi, biến đổi điện tim là ST chênh lên, hơi lõm và lan tỏa các chuyển đạo DI, DII, aVF, V2 đến V6, PR chênh xuống V2, V3. Do đó, hai chẩn đoán nhồi máu cơ tim và viêm màng ngoài tim được đặt lên hàng đầu.

Bệnh nhân nam giới, trẻ tuổi, không có yếu tố nguy cơ của bệnh mạch vành, có cơn đau không điển hình của đau thắt ngực do vành, biến đổi điện tim lan tỏa ở các chuyển đạo ngoại vi và trước tim với đoạn ST chênh lên lõm, đáp ứng kém với điều trị giãn vành ( không đáp ứng với điều trị giãn vành thì cũng không loại trừ hội chứng vành cấp), đặc biệt là dấu hiệu không tổn thương tắc nghẽn hệ vành thượng tâm mạc giúp chẩn đoán loại trừ chẩn đoán nhồi máu cơ tim.

Chẩn đoán viêm màng ngoài tim có thể giải thích được bệnh cảnh của bệnh nhân này, về khởi phát, tính chất đau và biến đổi của điện tim. Sự gia tăng của men

tim cũng có thể giải thích trong trường hợp này, theo nghiên cứu của Masimo Imazio và cộng sự (2003), men tim có thể tăng trong trường hợp có tổn thương cơ tim kèm theo trong viêm màng ngoài tim, tăng TnI 332.2% [9]. Thêm vào đó, bệnh nhân có biểu hiện suy tim xung huyết với giảm động nhiều vùng ở thành tim, chức năng tim giảm 40%, gợi ý có viêm cơ tim kèm theo. Diễn tiến và đáp ứng điều trị khẳng định chẩn đoán.

Chẩn đoán loại trừ phình bóc tách động mạch chủ ngực: yếu tố nguy cơ không có, đặc điểm đau không phù hợp, hình ảnh XQuang phổi và siêu âm tim không gợi ý, và không liên quan đến thay đổi điện tim và men tim.

Chẩn đoán loại trừ bệnh thuyên tắc động mạch phổi: không có yếu tố nguy cơ, yếu tố làm dễ, không biểu hiện tình trạng tâm phế cấp, không liên quan thay đổi men tim và điện tim. Có thể làm thêm D-Dimer giúp loại trừ chẩn đoán .

Tràn khí màng phổi, viêm khớp sụn sườn thì có thể loại trừ dễ dàng ngay từ đầu.

Ngoài ra còn có bệnh cảnh đáng chú ý gần đây, Tako- Tsubo, thường xuất hiện ở nữ giới >45 tuổi, sau stress tâm lý, triệu chứng lâm sàng giống như nhồi máu cơ tim có ST chênh lên, tuy nhiên được đặc trưng bởi rối loạn co bóp vùng mỏm tim và có khả năng hồi phục hoàn toàn. Bệnh nhân này không có rối loạn vận động hình túi mực điển hình và bối cảnh xuất hiện sau nhiễm virus.

Chẩn đoán nguyên nhân: nguyên nhân thường gặp là virus Coxsackie và echovirus hay viêm cơ tim vô căn với cơ chế đáp ứng miễn dịch sau nhiễm virus. Ngoài ra còn có một số nguyên nhân khác: các loại virus khác đặc biệt chú ý HIV, thấp tim, vi khuẩn, lao, do thuốc (hay gặp Doxorubicin/ anthracyclin), Chagas. Bệnh nhân này khởi phát cấp tính, bệnh cảnh nhiễm virus với bạch cầu không tăng gợi ý nguyên nhân viêm cơ tim màng ngoài tim do virus. Phân lập virus âm tính cũng không loại trừ bệnh cảnh này. Trong báo cáo 21 trường viêm cơ tim cấp của Marcello và cộng sự (2011) với bối cảnh khởi bệnh là nhiễm virus thì phân lập được 8 ca có enterovirus trong nước tiểu và phân [7].

Những biến đổi lâm sàng có thể xảy ra tri hoãn ở bệnh viêm màng ngoài tim cấp, những biến đổi điển hình xảy ra gồm bốn giai đoạn: [1]

1. ST chênh lên ( chênh lõm) lan tỏa với ST chênh xuống đảo ngược (aVR, V1), PR chênh xuống vùng dưới bên ( II, III, aVF, V5-6), PR chênh lên ở aVR
2. Đoạn ST và PR bình thường hóa
3. Sóng T có thể đảo ngược lan tỏa, thường sau khi đoạn ST trở về đẳng điện.
4. ECG trở về bình thường hay sóng T đảo ngược có thể tồn tại kéo dài.  
*\*Đặc điểm ECG của nhồi máu cơ tim và viêm màng ngoài tim[1], [2], [5].*

<b>Nhồi máu cơ tim</b>	<b>Viêm màng ngoài tim</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- ST chênh lên khu trú theo vùng, thường &gt;5 mm, thường phối hợp thay đổi sóng T</li> <li>- Đoạn ST chênh lên và sóng T đảo ngược thay đổi đồng thời</li> <li>- Liên quan đến sóng Q</li> <li>- Sóng T tăng cấp tính</li> <li>- Đoạn PR bất thường hiếm gặp</li> <li>- Kéo dài QT tồn tại</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- ST chênh lên lan tỏa ( chênh lõm)</li> <li>- Biến đổi ST và T theo từng giai đoạn và ít khi khi đồng thời</li> <li>- Không liên quan đến sóng Q</li> <li>- Thường có đoạn PR chênh xuống</li> </ul>

Chẩn đoán viêm cơ tim yêu cầu theo truyền thống là chẩn đoán mô phổi theo đặc điểm phân loại Dallas. Tuy nhiên, do độ nhạy thấp và sự miễn cưỡng của các nhà lâm sàng khi tiến hành quá trình xâm nhập để chẩn đoán, nên, viêm cơ tim thường khó chẩn đoán. Do con số mới mắc của bệnh này thường cao hơn số được đánh giá, với nhiều trường hợp nghi ngờ, thì sự phối hợp lâm sàng, xét nghiệm và thay đổi hình ảnh có thể giúp chẩn đoán mà không cần sinh thiết trong mọi trường hợp.

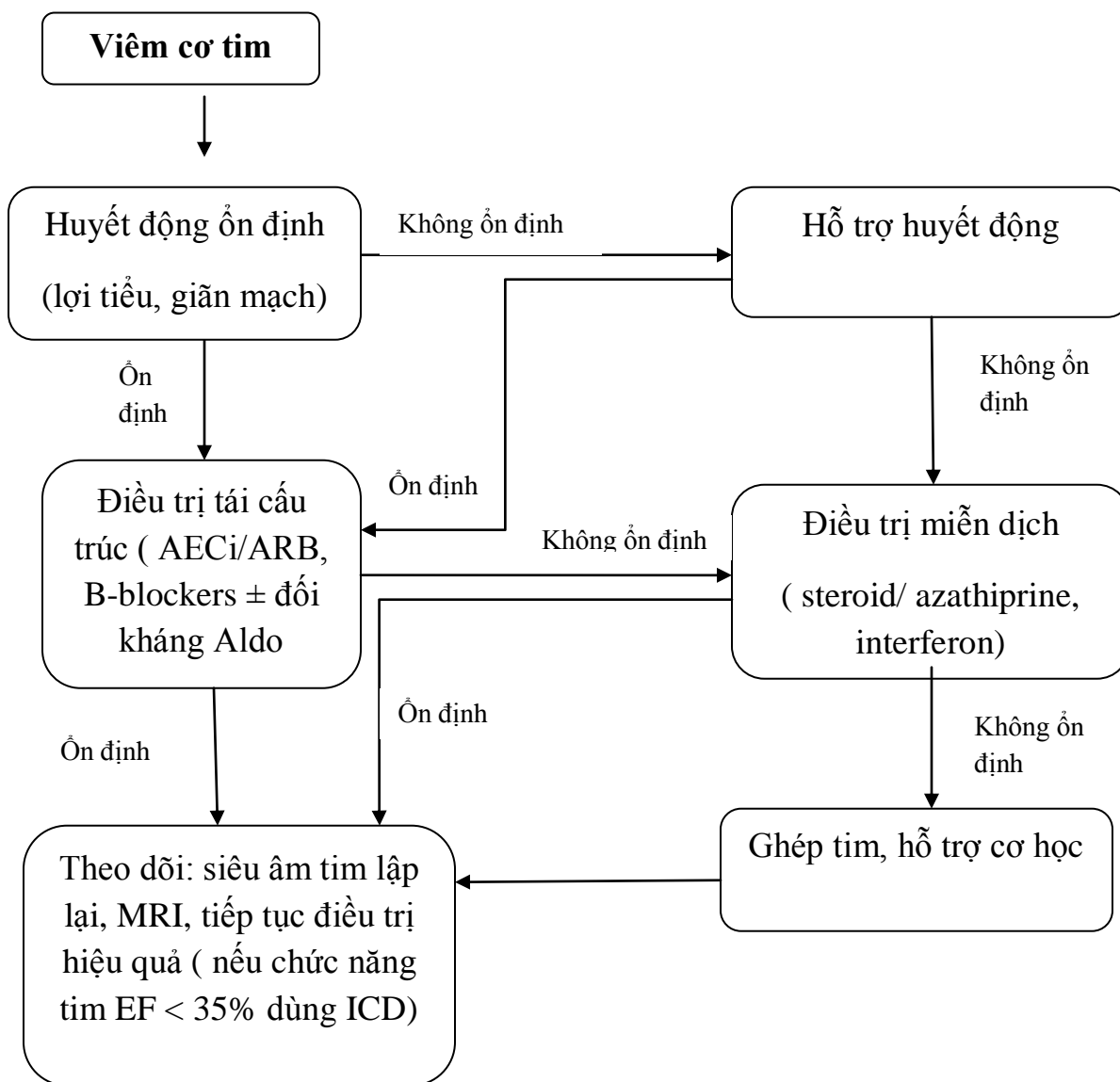
Một số chiến lược mới trong chẩn đoán viêm cơ tim, có thể chẩn đoán nghi ngờ viêm cơ tim mạnh mẽ nếu có hai trong số các đặc điểm sau, và chẩn đoán sẽ là có khả năng cao nếu có ba hoặc hơn các đặc điểm sau: (1) triệu chứng lâm sàng tương tự, (2) bằng chứng tổn thương cấu trúc và chức năng tim hay tổn thương cơ tim khi không có thiếu máu mạch vành khu trú, (3) ngấm thuốc cản quang muộn theo vùng hay tăng tín hiệu T2 trên MRI, (4) hiện diện thâm nhiễm tế bào viêm hay phân lập virus trong sinh thiết cơ tim dương tính. Dĩ nhiên, sinh thiết tim vẫn cung cấp chẩn đoán viêm cơ tim đặc hiệu nhất.

<b>Triệu chứng lâm sàng</b>	<b>Bảng chứng tổn thương cấu trúc chức năng cơ tim không có tổn thương mạch vành khu trú</b>	<b>MRI tim</b>	<b>Sinh thiết cơ tim</b>
Biểu hiện lâm sàng suy tim Sốt Có nhiễm virus trước đó Mệt Khó thở khi gắng sức Đau ngực Hồi hộp Tiền ngất hay ngất	Bảng chứng siêu âm Bất thường vận động thành tim theo vùng Giãn cơ tim Phì đại vùng tim Tăng Troponin (>0.1 ng/ml) Chụp nhấp nháy kháng myosin dương tính Và Chụp mạch vành bình thường, hay Không có thiếu máu cơ tim trên chụp mạch vành Scan	Tăng tín hiệu T2 cơ tim trong thì phục hồi Ngấm thuốc muện với gadolinium-DTPA	Giải phẫu bệnh phù hợp với đặc điểm Dallas Phân lập gen virus bằng PCR

## **Điều trị**

Điều trị hàng đầu cho tất cả bệnh nhân viêm cơ tim và suy tim là điều trị hỗ trợ. Một tỷ lệ nhỏ bệnh nhân yêu cầu hỗ trợ vận mạch. Những bệnh nhân này nên được điều trị như những bệnh nhân suy tim gồm lợi tiểu đầu tiên để giảm quá tải thể tích, dùng giãn mạch với liều thích hợp để cải thiện cung lượng tim, giảm áp lực đổ đầy. Bệnh nhân nên được điều trị khởi đầu với ức chế men chuyển hay kháng thụ thể angiotensin và chẹn beta ngay khi ổn định về lâm sàng và dung nạp những thuốc này. Dưới đây là phác đồ điều trị của ACC/AHA/ESC/CCS:





Điều trị viêm màng ngoài tim: điều trị chủ yếu là giảm đau, sử dụng NSAID thường có hiệu quả, điều trị nền chống tái phát bằng colchicin được chỉ định trong một số trường hợp viêm cơ tim vô căn và một số nguyên nhân( sau phẫu thuật lồng ngực, lupus ban đỏ). Colchicin hiệu quả điều trị giống corticoid nhưng tác dụng phụ nhiều hơn. Giai đoạn sớm dùng 2-3 mg đường uống sau đó 1 mg mỗi ngày.

Bệnh nhân đau màng ngoài tim tái diễn dù đã dùng NSAID hay colchicin là vấn đề thách thức điều trị. Một ý kiến đưa ra nên dùng prednisone giai đoạn sớm, ngăn ngày khi xuất hiện triệu chứng đầu tiên. Điều trị corticoid duy trì nên tránh nếu có thể. Trị liệu ức chế miễn dịch không steroid như azathioprine và cyclophosphamide là thay đổi khác, tuy nhiên, kinh nghiệm điều trị còn hạn chế. Điều trị liều thấp duy trì với những thuốc này có thể giảm nhu cầu corticoid duy trì

và do đó giảm tác dụng phụ. Một thông báo gần đây đề nghị rằng sử dụng gián đoạn IG người có thể có hiệu quả.

**Tiên lượng** [4], [5], [10].

Bệnh nhân bị viêm cơ tim cấp và ảnh hưởng lên tim mức độ vừa sẽ hồi phục phần lớn mà không có di chứng. Tuy nhiên, bệnh nhân bị rối loạn chức năng tim nhiều thì khác, ít nhất 1/3 bệnh nhân có di chứng rối loạn chức năng thất, 25% tiến tới ghép tim hay chết và phần còn lại sẽ hồi phục. Một vài nghiên cứu cho thấy sự khác nhau về lâm sàng có thể tiên lượng hậu quả viêm cơ tim virus. Và sự khác nhau này là khác nhau giữa các nghiên cứu, một vài yếu tố có vẻ tiên lượng tử vong và ghép tim bao gồm: ngất, bloc nhánh, EF < 40%, siêu âm 2-D cho thấy kích thước nhĩ và thất trái nhỏ có thể tiên lượng hồi phục cơ tim.

Với viêm ngoại tâm mạc, hầu hết bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, 15-20% tái phát trở lại, có lẽ do cơ chế tự miễn. NSAID được dùng trong các trường hợp tái phát, nếu những tác nhân này không có hiệu quả thì sử dụng corticoid. Nếu điều trị nội khoa thất bại, cắt bỏ ngoại tâm mạc thường được chỉ định.

## **KẾT LUẬN**

Viêm cơ tim, màng ngoài tim là một trong những chẩn đoán cần lưu ý ở bệnh nhân vào viện vì đau ngực có dữ dội, có biến đổi điện tim và men tim. Đặc biệt, đối tượng là bệnh nhân trẻ tuổi, ít có yếu tố nguy cơ mạch vành. Tính chất lâm sàng của cơn đau, cũng như đặc điểm điện tim cũng góp phần quan trọng cho chẩn đoán, chụp động mạch vành là một trong những chỉ định để loại trừ bệnh cảnh hội chứng vành cấp.

## **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. Huỳnh Văn Minh (2008), Viêm màng ngoài tim, *Giáo trình sau đại học Tim Mạch học*, Nxb đại học Huế, tr.169-184.
2. Phạm Nguyễn Vinh (2008), Viêm cơ tim, *Bệnh học tim mạch tập 2*, Nxb Y học chi nhánh thành phố Hồ Chí Minh, tr.285-301.
4. Eugene Braunwald, MD (2008), Myocarditis, *Braunwald's Heart Disease*, Saunders Elsevier Inc, tr.1775-1791.

5. Eugene Braunwald, MD (2008), Pericardial disease, *Braunwald's Heart Disease*, Saunders Elsevier Inc, tr.1829-1838.
6. Kevin A. Byee và cs (2004), Systematic review: Transient left ventricular apical ballooning: A syndrome that mimics ST-Segnement elevation myocardial infarction, *Ann Intern Med.* 2004; 141:858-865.
7. Marcello Costantini và cs (2011), Presumptive myocarditis with ST- Elevation myocardial infarction presentation in young males as a new syndrome. Clinical significance and long term follow up, *Cardiovascular Ultrasound.*
8. Massimo Imazio, MD, FESC, Myopericarditis, Uptoday19.1.
9. Massimo Imazio, MD (2003), Cardiac Troponin I in acute pericarditis, *Journal of American College of Cardiology*, Elsevier Inc.
10. Dr. Murali Krishna (2008), Acute percarditis case discussion, [doctorshangout.com](http://doctorshangout.com).