

# Xử trí Viêm Cơ Tim Cấp

PGS.TS. TẠ MẠNH CƯỜNG

TRƯỞNG PHÒNG CẤP CỨU VÀ HỒI SỨC TÍCH CỰC TIM MẠCH C1

VIỆN TIM MẠCH VIỆT NAM

# Nguyên nhân

- ▶ Virus (adenovirus, coxsakievirus, HCV, HIV)
- ▶ Vi khuẩn (mycobacterial, streptococcal species, mycoplasma pneumoniae)
- ▶ Nấm (aspergillus, candida...)
- ▶ Ký sinh trùng
- ▶ Toxin (anthracyclines, cocaine...)
- ▶ Quá mẫn (sulfonamides, cephalosporins, lợi tiểu, digoxin, thuốc chống trầm cảm 3 vòng)
- ▶ Miễn dịch

# Chẩn đoán

- ▶ Lâm sàng thường phong phú: có thể triệu chứng nghèo nàn, chỉ có một số biến đổi trên điện tim. Nặng có thể loạn nhịp thất ác tính, sốc tim.
- ▶ Thể lâm sàng 1:
  - ▶ Bệnh nhân trẻ, không có (hoặc ít) nguy cơ tim mạch
  - ▶ Đau ngực.
  - ▶ Có thể có sốt + hội chứng cúm (đau cơ, viêm long đường hô hấp trên, đau bụng...).
  - ▶ Điện tim: nhịp tim thường nhanh, có một số NTT, có thể nghi ngờ đó là hình ảnh của HCĐMVC.
  - ▶ Khó khăn trong chẩn đoán lúc này là Troponin T thường tăng
  - ▶ Nếu siêu âm tim: có rối loạn vận động vùng cơ tim, buộc người thầy thuốc phải nghĩ đến NMCT. Cân nhắc với những bệnh nhân quá trẻ (nữ < 25 tuổi): làm lại siêu âm tim, làm lại troponin T (theo dõi động học)

# Chẩn đoán

- ▶ Nếu làm kỹ siêu âm mà không thấy rối loạn vận động khu trú các thành tim, troponin T không tăng tiếp tục mà có xu hướng giảm đi: Viêm cơ tim.
- ▶ Thể lâm sàng 2:
  - ▶ Bệnh nhân tuổi trung niên trở lên
  - ▶ Không có/ít yếu tố nguy cơ tim mạch
  - ▶ Hội chứng cúm có + sốt + ĐTĐ không điển hình của bệnh mạch vành + Troponin không tăng động học + siêu âm tim không có rối loạn vận động vùng
- ▶ Thể lâm sàng 3:
  - ▶ Bệnh nhân tuổi trung niên trở lên, có nhiều yếu tố nguy cơ tim mạch
  - ▶ Đau ngực, HC cúm: không, không sốt
  - ▶ Điện tim: rất khó phân biệt với bệnh mạch vành
  - ▶ Troponin tăng động học
  - ▶ Siêu âm tim hình ảnh mờ, không rõ rối loạn vận động vùng: phải chẩn đoán phân biệt với nhồi máu cơ tim (theo dõi lâm sàng, xét nghiệm hoặc nếu rất cần: chụp mạch vành)

# Chẩn đoán

## ▶ Thử lâm sàng 4:

- ▶ Bệnh nhân xuất hiện triệu chứng đột ngột: khó thở, đau ngực và rơi ngay vào tình trạng rối loạn huyết động: nhịp tim nhanh và HA thấp ngay từ ở nhà, đưa lên viện thì tình trạng đã nặng: sốc tim
- ▶ Khai thác kỹ: trước đó có thể có sốt, có thể thấy một vài dấu hiệu nghi là cúm. Không có những cơn đau ngực trong tiền sử
- ▶ Điện tim: rối loạn nhịp thất: nhịp nhanh thất, ngoại tâm thu thất đa ổ, R/T, phức bộ QRS giãn rộng, thậm chí có bệnh nhân vào đã rung thất, ngừng tuần hoàn.
- ▶ Cấp cứu và Hồi sức tích cực
- ▶ Siêu âm tim ngay khi có thể
- ▶ Các XN kèm theo (SH + HH + ĐM)

# Điều trị

- ▶ Chăm sóc bệnh nhân là yếu tố quan trọng hàng đầu: dinh dưỡng, cung cấp đầy đủ năng lượng cho tế bào cơ tim, không được để hạ đường huyết.
- ▶ Nếu viêm cơ tim cấp, huyết động bị ảnh hưởng nhiều hay sốc tim: hồi sức tích cực về huyết động, tăng cường can thiệp bằng thuốc, gồm các thuốc tăng cường co bóp cơ tim, dụng cụ hỗ trợ thất trái... giống như những bệnh nhân suy tim mất bù nặng
- ▶ Nếu tăng áp lực tâm trương thất trái: truyền nitroglycerin hoặc nitroprusside
- ▶ Dụng cụ hỗ trợ thất trái, EMO (extracorporeal membrane oxygenation) có thể phải chỉ định đôi với bệnh nhân dai dẳng, không thoát sốc tim.
- ▶ Những thiết bị này tác động lên hình thể tâm thất, giảm sức căng thành thất, giảm lượng cytokin hoạt hóa, cải thiện chức năng co bóp của cơ tim.

# Điều trị

- ▶ Sau giai đoạn tạm thời ổn định về huyết động, điều trị nên theo AHA/ACC: UCMC, lợi tiểu, kháng aldosterol, chẹn bê ta giao cảm.
- ▶ Các thuốc ức chế miễn dịch: còn nhiều ý kiến chưa thống nhất. Không nên cho một cách hệ thống với mọi bệnh nhân viêm cơ tim, nên cho corticoid hoặc cyclosporin, azathioprine với những bệnh nhân có yếu tố tự miễn (lupus ban đỏ hệ thống, xơ cứng bì, viêm đa cơ) hoặc viêm cơ tim tự miễn tế bào khổng lồ (idiopathic giant cell myocarditis).
- ▶ Truyền tĩnh mạch globin miễn dịch: không rõ ràng về hiệu quả. Tuy nhiên có thể dùng đối với những bệnh nhân miễn dịch kém, giảm bạch cầu hạt và/hoặc giảm bạch cầu lympho.

# Kinh nghiệm của chúng tôi

- ▶ Viêm cơ tim không phải là hiếm gặp
- ▶ Bệnh nhân thường viện với dấu hiệu đau ngực, rối loạn nhịp và rối loạn huyết động
- ▶ Chẩn đoán phân biệt với nhồi máu cơ tim hay một cơn đau thắt ngực là rất khó khăn nhất là trong giờ đầu, ngày đầu.
- ▶ Người thầy thuốc thường đứng trước một lựa chọn khó khăn: có chụp động mạch vành cấp cứu hay không (đề tận dụng giờ vàng trong can thiệp)
- ▶ Một thực tế không may mắn là nếu bệnh nhân bị viêm cơ tim nặng, diễn biến thường nặng lên rất nhiều sau khi chụp động mạch vành.
- ▶ Điều này đòi hỏi kinh nghiệm vững vàng trong nghề nghiệp của người thầy thuốc



# Kinh nghiệm lâm sàng

- ▶ Hỏi bệnh, thăm khám lâm sàng tỉ mỉ, kết hợp siêu âm tim, các xét nghiệm SH, HH, nhất là troponin T, CK-MB, có thể phải làm lại vài lần để so sánh. Thường VCT sẽ không có rối loạn vận động khu trú các thành tim.
- ▶ Khi siêu âm không thấy rối loạn vận động khu trú các thành tim mà điện tâm đồ, men tim giống như NMCT thì phải nghĩ đến VCT.
- ▶ Trong trường hợp khó phân biệt, nhiều khi buộc phải điều trị thử (điều trị cả NMCT và VCT: kháng sinh, thuốc chống kết tập tiểu cầu, statin). Nếu tình trạng lâm sàng ít cải thiện, loạn nhịp nhiều, có bn phải dùng thêm cả corticoid rồi tiếp tục theo dõi. Những ngày sau nếu lâm sàng + XN không củng cố cho HCDDMVC: ngừng các thuốc đã cho ngày hôm trước.

# Kinh nghiệm điều trị

- ▶ Đối với bệnh nhân trẻ, khi chẩn đoán VCT đặt ra, nếu các dấu hiệu về nhiễm trùng nặng nề (BC không cao, Procalcitonin tăng không nhiều), rối loạn nhịp đe dọa rối loạn huyết động thì nên dùng corticoid sớm (methyl prednisolon 2-3 mg/kg/24h)
- ▶ Nếu bn sau chụp động mạch vành kiểm tra, xuất hiện tình trạng sốc: nên chỉ định ECMO sớm.
- ▶ Nếu bn sốc tim nặng vận mạch mà chỉ có nhịp tim tăng, HA không lên: nên chỉ định ECMO sớm.

# Kinh nghiệm điều trị

- ▶ Nguyên nhân tử vong:
  - ▶ Thường là những bệnh nhân sốc tim nặng,
  - ▶ Rối loạn nhịp nặng
  - ▶ Khó khăn trong chẩn đoán xác định hoặc nhầm hướng trong chẩn đoán xác định:
    - ▶ Chẩn đoán và điều trị theo hướng NMCT, nặng lên sau khi chụp ĐMV
    - ▶ Phân vân giữa 2 chẩn đoán, thời gian điều trị bao vây (vừa điều trị NMCT, vừa điều trị VCT) kéo dài.

Xin chân thành cảm ơn