

# VIÊM CƠ TIM CẤP

BS LÊ HỮU QUỲNH TRANG

# ĐẶT VẤN ĐỀ

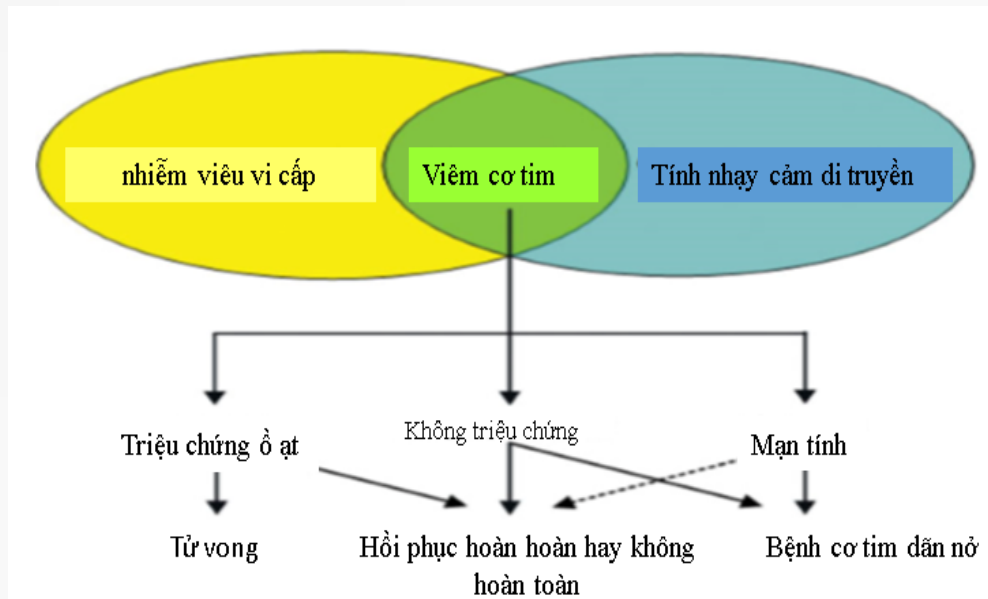
- Viêm cơ tim cấp ( VCTC) :
  - Tình trạng viêm cấp tính ở lớp cơ tim do nhiều tác nhân gây bệnh (nhiễm trùng hay không nhiễm trùng)
  - Không tổn thương cơ tim do thiếu máu cục bộ và chấn thương
- Bệnh cảnh lâm sàng đa dạng không đặc hiệu (đau ngực, mệt, khó thở, sốt..) --> trì hoãn chẩn đoán
- Biến chứng: suy tim, rối loạn nhịp thất nguy hiểm, đột tử, suy đa cơ quan.

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- VCTC là bệnh lý nằm trong gánh nặng chung của bệnh tim mạch → cần nghiên cứu về biểu hiện LS & CLS góp phần chẩn đoán bệnh và tiên lượng bệnh.
- Trong điều kiện ở VN:
  - Tiêu chuẩn vàng : Sinh thiết tim
  - MRI tim: đặc tính mô cơ tim, là phương tiện chẩn đoán gần nhất sinh thiết tim .

# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Tại Mỹ: 22/100.000 dân
- Việt Nam: 6,6/ 10.000 bệnh nhân nhập viện



# ĐẶT VẤN ĐỀ

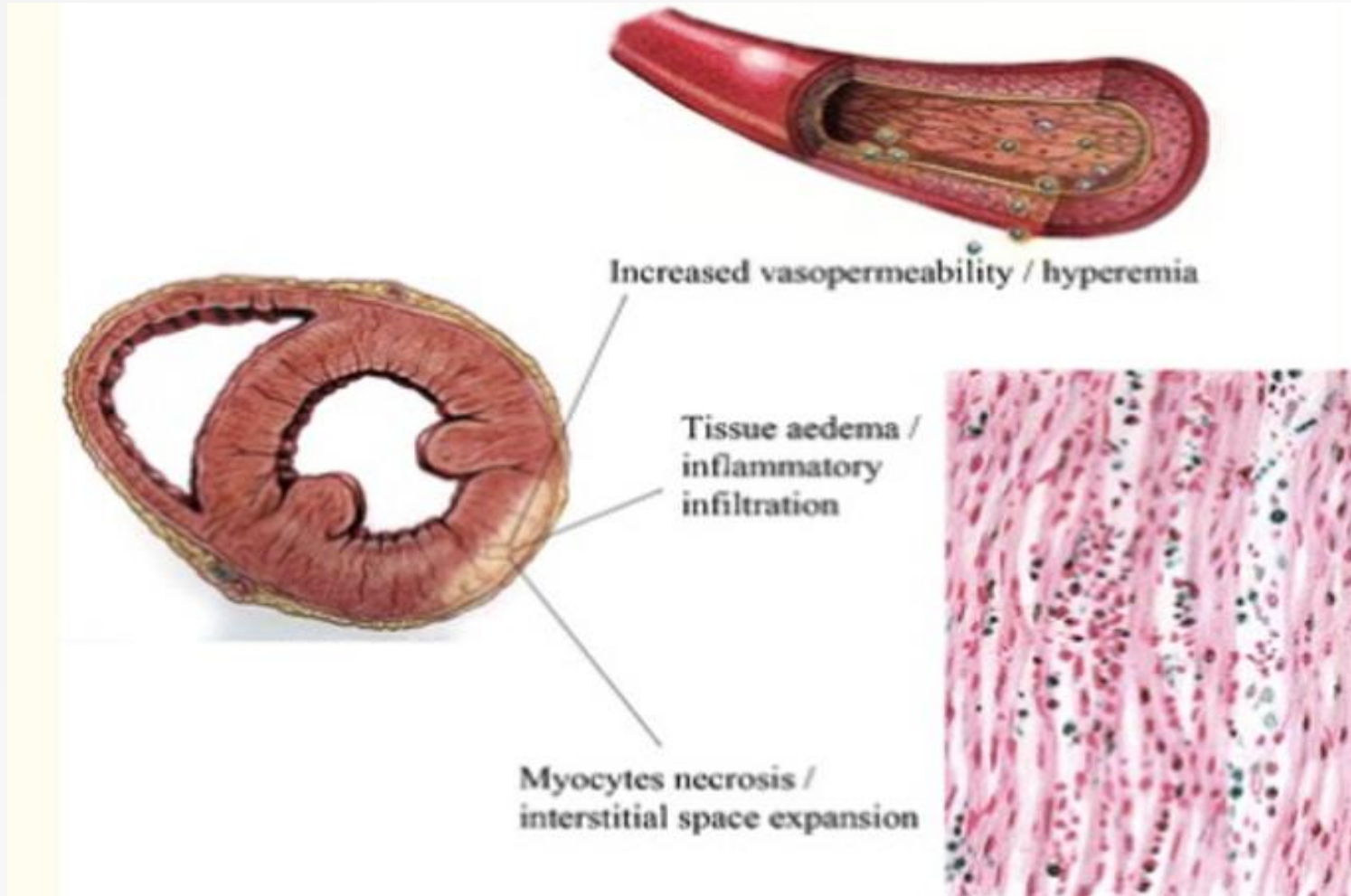
## CHẨN ĐOÁN:

- Lâm sàng nghi ngờ VCTC
- Điện tim, siêu âm tim, tăng Troponin, loại trừ bệnh ĐMV
- MRI tim: 2/3 tiêu chuẩn Lake Louise (T2 W (phù), tăng bắt Gd sớm, muộn)

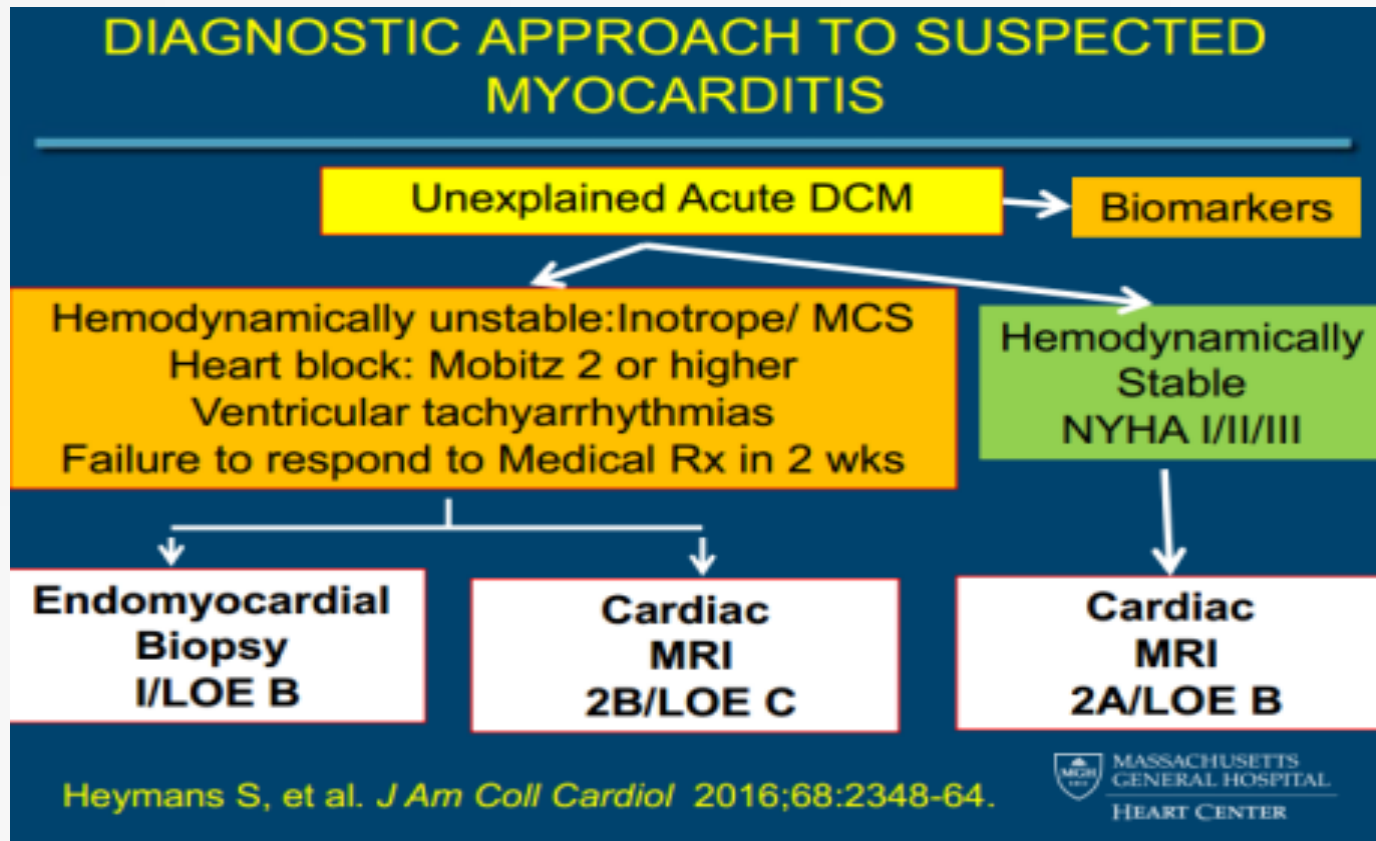
# ĐẶT VẤN ĐỀ

- Chẩn đoán xác định: sinh thiết
- Tuy nhiên :
  - Độ nhạy kém, sang thương rải rác
  - Bác sĩ ngại thực hiện( xâm lấn và gây b. chứng)
- MRI tim: chính xác 78%,nhạy 67%, đặc hiệu 91%, giá trị tiên đoán dương 91%, giá trị tiên đoán âm 69% - (tiêu chuẩn Lake Louise)

# ĐẶT VẤN ĐỀ



# ĐẶT VẤN ĐỀ



→ MRI tim là phương tiện giúp chẩn đoán VCTC

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

## ĐỐI TƯỢNG NGHIÊN CỨU

- Các bệnh nhân chẩn đoán ra viện VCT cấp điều trị tại khoa Tim mạch bệnh viện Chợ Rẫy và BV Tâm Đức từ tháng 6/2013 đến tháng 8/2018.

# ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

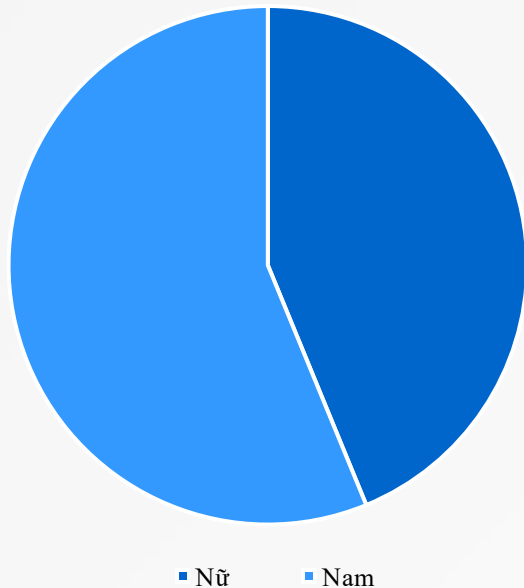
- **Tiêu chuẩn chọn đối tượng:** Các BN chẩn đoán ra viện VCT cấp (<30 ngày) thoả 2 tiêu chí sau:
  - Có làm CHT tim có 2 trong 3 tiêu chuẩn Lake Louise (T2 W (phù), tăng bắt Gd sớm, muộn)
  - Có loại trừ bệnh ĐMV: không bất thường bẩm sinh, không tắc nghẽn (tổn thương nếu có <50%).
- **Tiêu chuẩn loại trừ :** Các hồ sơ không đủ hay không rõ các thông số cần thiết (điện tim phai mờ), các bệnh nhân đang điều trị tự xin về.

# KẾT QUẢ

16 trường hợp (14 trường hợp bệnh viện Chợ Rẫy, 2 trường hợp bệnh viện tim Tâm Đức) thoả các tiêu chí chọn bệnh

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Đặc điểm giới tính**



-Chúng tôi: nữ / nam = 7/9

-H P Nguyễn và cs : 25/37

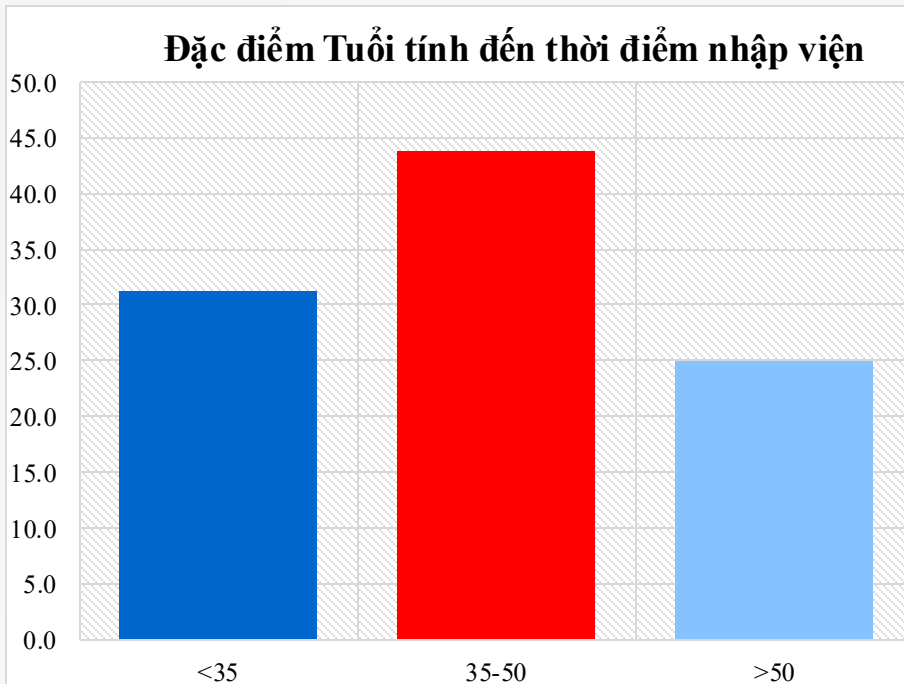
-Carma Karam và cs : 4/23

-Aquaro và cs : 116/299

Testosterone và Progesterone : nhạy cảm

Estrogen : bảo vệ

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



- Tuổi trung bình  $38,5 \pm 8,8$  (22-54)
- Tuổi <45 chiếm 62,5%.
- Carma Karam và cs tuổi trung bình là  $36 \pm 19$ .

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

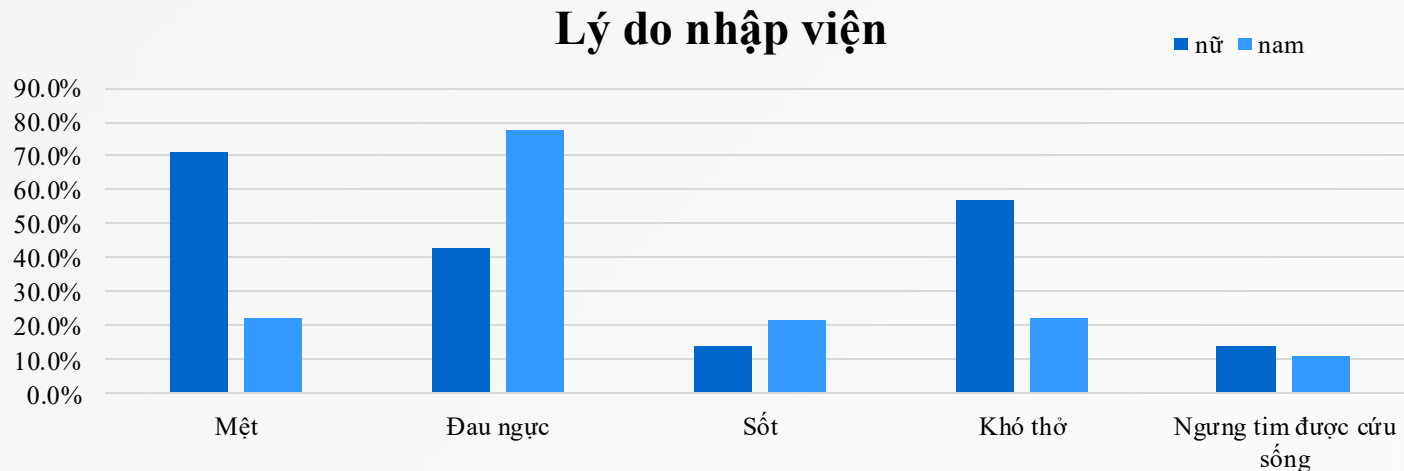
## Đặc điểm Yếu tố nguy cơ



■ Không ■ RLLP máu

-5 trường hợp rối loạn mỡ máu  
-1 trường hợp hút thuốc lá  
-1 trường hợp tăng huyết áp  
Các trường hợp có yếu tố nguy cơ đều không có tổn thương tắc nghẽn ĐM vành.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Khởi phát 2,9 ngày-Đau ngực cấp : 62,5%

Karman và cs (hầu hết các trường hợp)

N. Đ Khánh và cs (gộp vào đau ngực và khó thở là 65%)

N. P Nguyễn và cs (52%)

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Thể lâm sàng	%
VCT ồ ạt (5)	31,2
VCT cấp (11)	68,8

## Viêm cơ tim thể ồ ạt (Fulminant myocarditis):

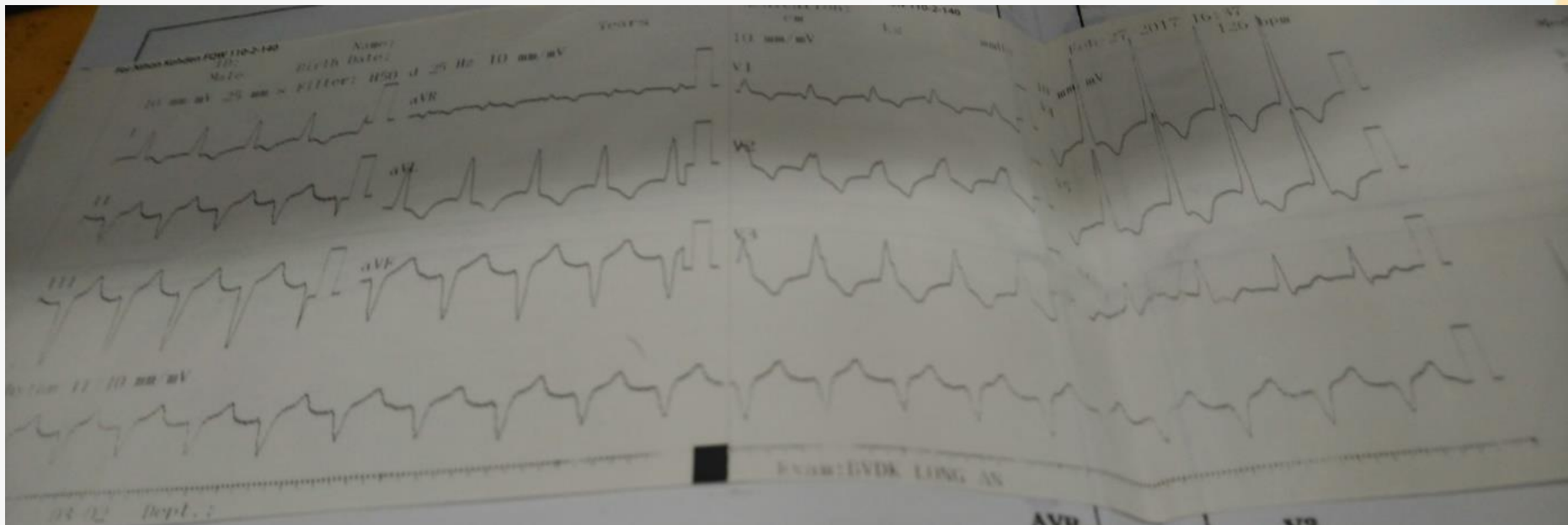
- Khởi phát bệnh rầm rộ
- Huyết động không ổn định
- Blocc nhĩ thất độ II-III, loạn nhịp thất, QRS rộng.
- Siêu âm tim : PSTM giảm, không dẫn thất

## Viêm cơ tim cấp (Acute myocarditis):

- Ít rầm rộ (mệt, khó thở khi gắng sức )
- Có thể PSTM bình thường hay giảm, dẫn thất trái.

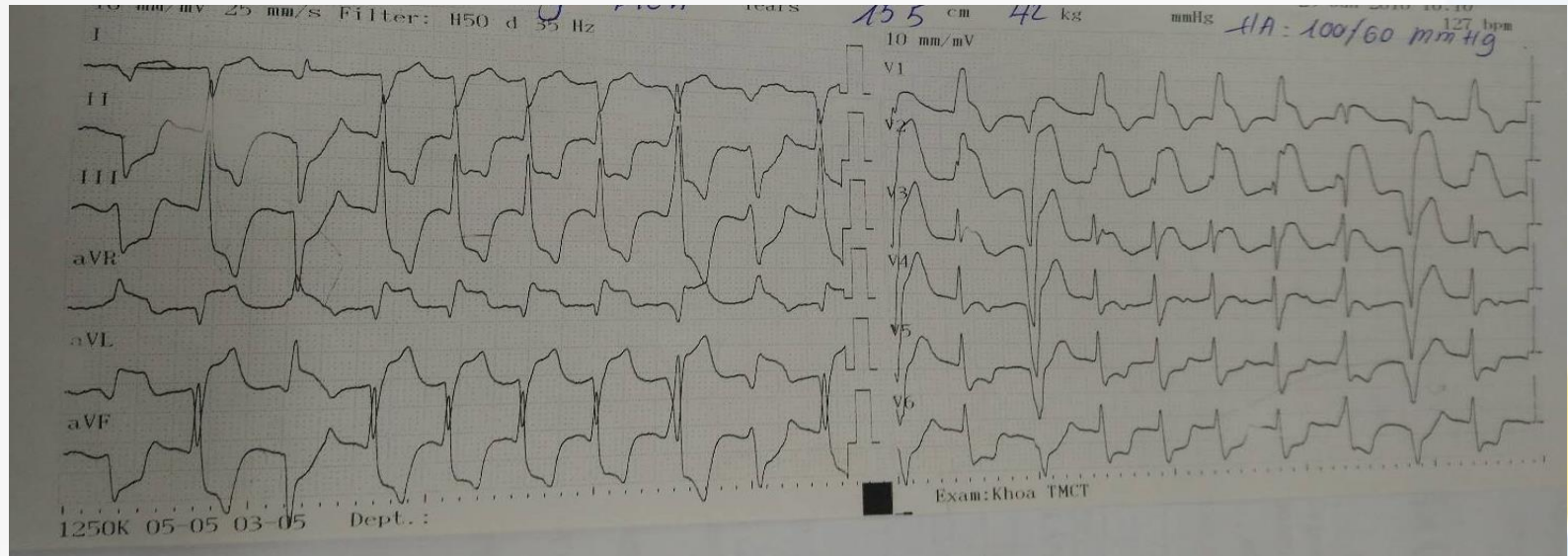
# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Biểu hiện trên ECG	VCT cấp (11)	VCT ở at (5)
Tần số (l/p)	95	113
Độ rộng QRS (ms)	81	112
Góc QRS -T (°)	53	103
ST chênh lên (%)	82	80
ST chênh xuống (%)	27	80
Q bệnh lý (%)	36	20
Loạn nhịp thất, block nhĩ thất (%)	9	60
QTC (ms)	462	498.2



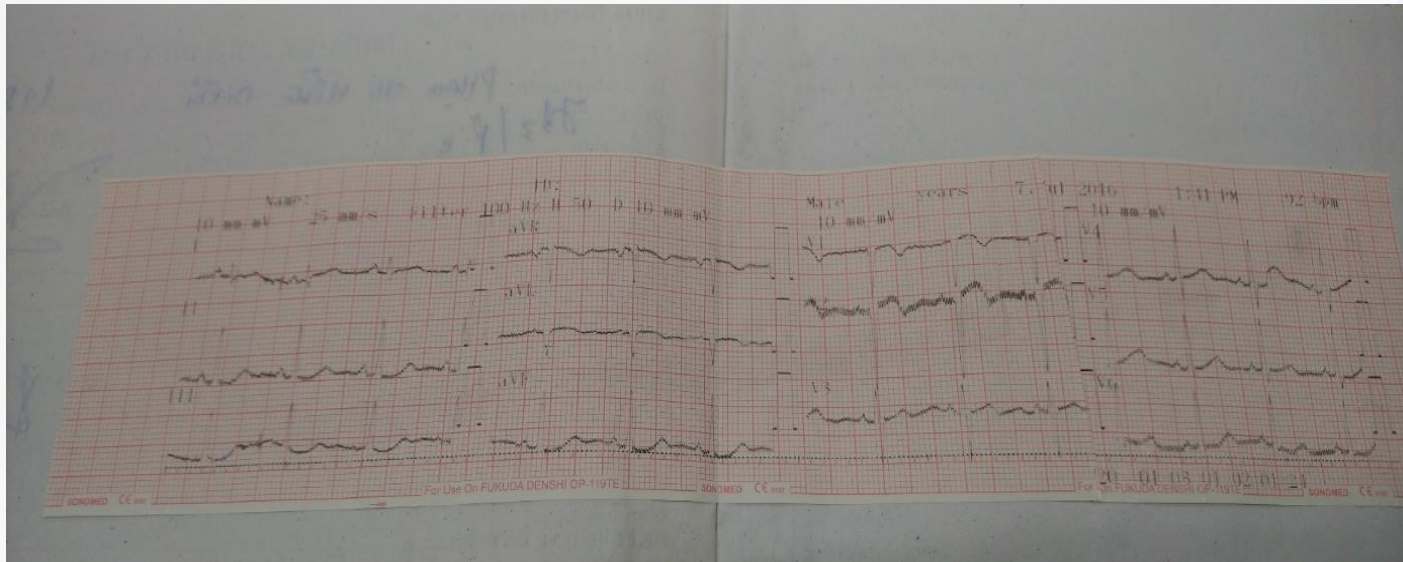
Bệnh nhân nam 51 tuổi, nhập viện sau 2 ngày đau ngực,  
QRS=0.14s, QTc=542ms, góc QRS-T =145° .  
VCT ồ ạt, biến chứng suy đa cơ quan , chạy ECMO.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



BN Nữ 31 tuổi, nhập viện sau 2 ngày khởi bệnh, có tiền triệu nhiễm siêu vi, ho sốt. QRS=0.12s, QTC=396ms, Góc QRS-T=120°. VCT ở ạt, loạn nhịp thất, dùng vận mạch, không chạy ECMO

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



Bệnh nhân xuất viện ổn sau 12 ngày nằm viện.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

Siêu âm tim	VCT cấp	VCT ồ ạt
EF (%)	$52 \pm 10,1$	$44,6 \pm 7,1$
Giảm động vùng khu trú (%)	36,4	40
Giảm động vùng lan toả (%)	27,2	60
Không giảm động (%)	36,4	0
Huyết khối thất trái (%)	9	0
Đường kính thất trái tâm trương (mm)	$49,2 \pm 6$	$46,3 \pm 5,6$
Tràn dịch màng ngoài tim (%)	18	0

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



BN nữ 25 tuổi, SNV 2170087068, PSTM 43%, ĐKTT TTr 66mm

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

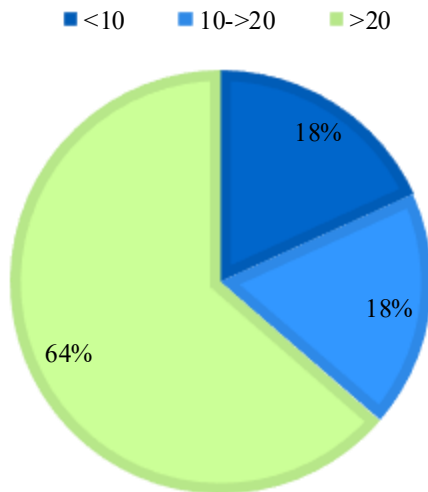
Xét nghiệm máu	%
Tăng Troponins (%)	100
TĂNG BẠCH CẦU %	68,8
TĂNG CRP % (n=11)	100
TĂNG AST (SGOT) (n=14)	86%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

- Troponin tăng 100% : 3 trường hợp HsTroponin T, 13 trường hợp Troponin I.
- Hs Troponin T cao nhất là 99.801 ng/L
- Troponin I cao nhất là 25.037 ng/ml, cả 2 trường hợp này đều không phải là nhóm bệnh nặng.

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**Đặc điểm CRP mg/l**

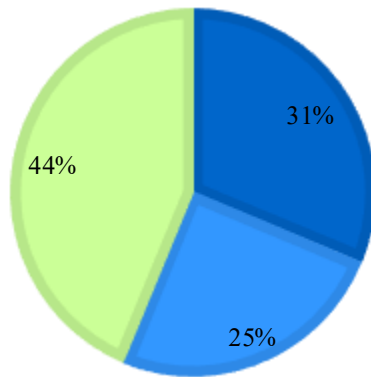


-CRP trung bình  $46,4 \pm 32,4$  mg/L  
-64% là CRP > 20mg/L

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Đặc điểm số lượng bạch cầu tế bào/ mm<sup>3</sup>

■ <10.000 ■ 10.000-14.000 ■ >14.000



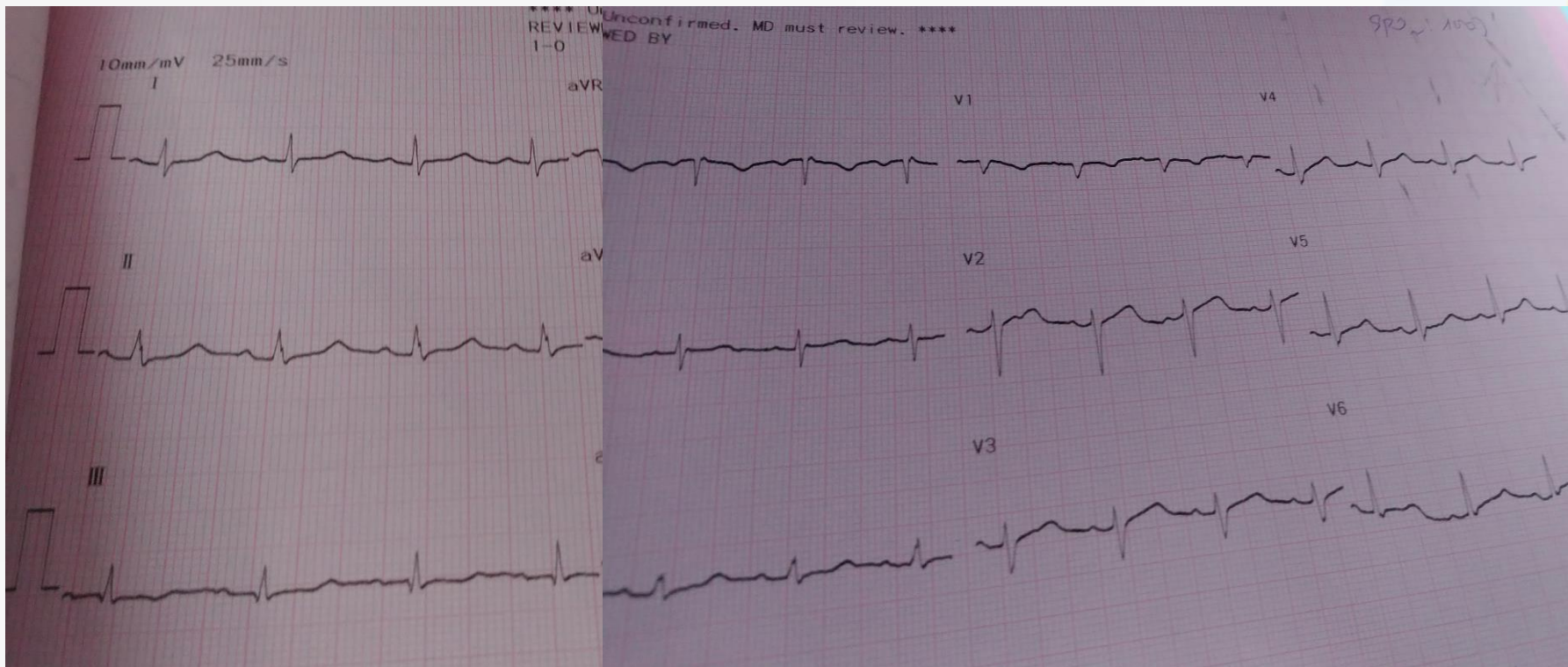
-BC trung bình  $14.700 \pm 180$  tb/ mm<sup>3</sup>

-BC > 14.000 tb/mm<sup>3</sup> chiếm 44%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

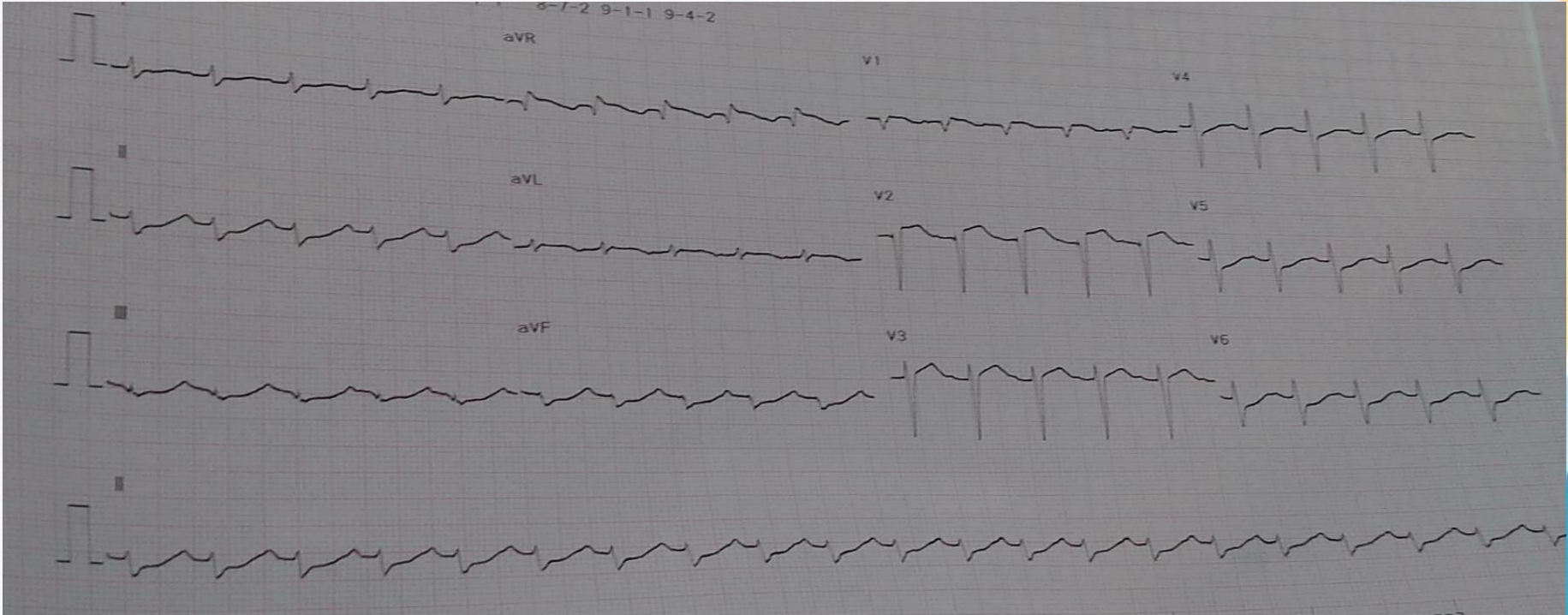
- AST (Aspartate aminotransferase) tăng 86% các trường hợp và sau đó giảm dần.
- Tăng lần sau > trước → tiên lượng nặng
- Creatinine: ít tăng hơn AST , >1,2mg/dl trong 3 trường hợp nhưng nếu lần sau > trước -> tiên lượng nặng

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



BN nữ 45 tuổi, SNV 2160010803, vào viện vì sốt , mệt, cảm cúm, nặng ngực HA 100/60mmHg, M 80, PSTM 67%, Hs Troponin T 370 ng/L , chẩn đoán NMCT KSTC  
->chụp ĐMV bt

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



2 ngày sau : mệt hơn, HA thấp 87/60 mmHg, đau ngực  
ECG: thay đổi ST so với trước, Siêu âm tim : PSTM 43%  
AST 170->433U/L, Creatinine 0.95->2.04mg/dl->ECMO

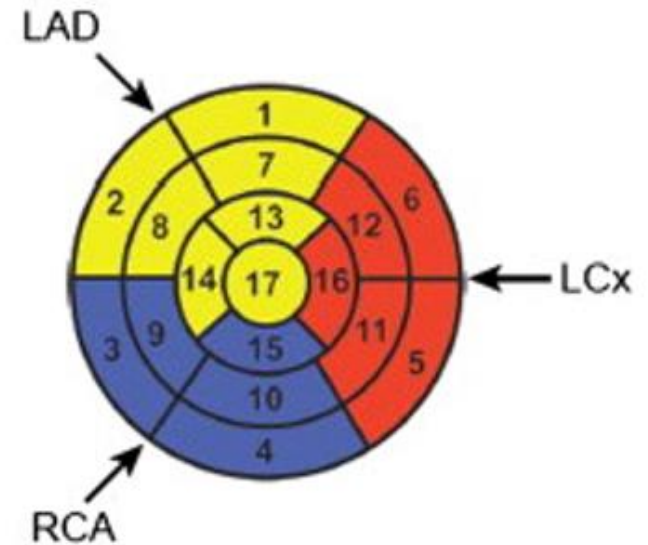
# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

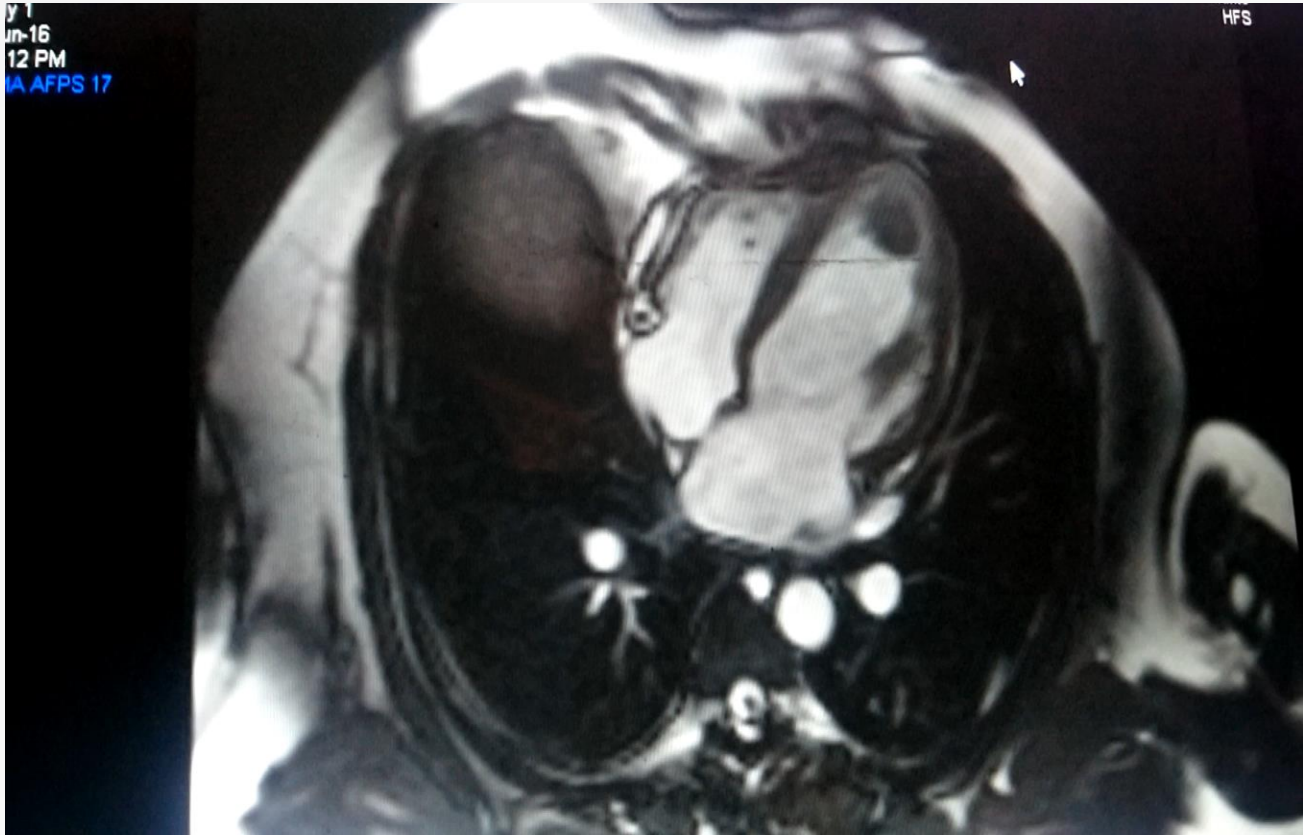
Đặc điểm chụp ĐMV	%
BÌNH THƯỜNG (14)	87,5
CÓ THÂM NHIỄM <50% (2)	12,5

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

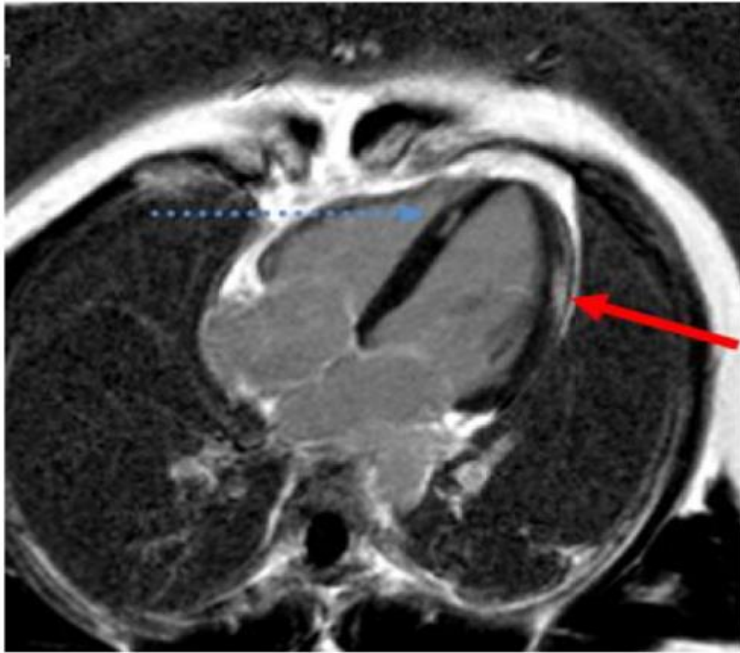
## Cộng hưởng từ tim

Bệnh nhân	Vùng tổn thương	Vị trí bất Gd muốn trên bề dày tim
1	1,2	Giữa cơ tim
2	1 → 17	Thượng tâm mạc
3	2,3	Thượng tâm mạc
4	1,2,7,8,13,14,9	Giữa cơ tim, toàn bộ bề dày, không đồng nhất
5	7	Giữa cơ tim
6	3,9,14	Thượng tâm mạc, giữa cơ tim
7	8,9,10,11,12,14,15,16	Thượng tâm mạc, giữa cơ tim
8	3,9,14,6,12,16	Giữa cơ tim
9	3,9,14,5,6,11,12,16	Giữa cơ tim
10	4,10	Giữa cơ tim
11	7,8,9,10,12,13,14,15	Giữa cơ tim
12	1,3,4,5,6,7,9,10,11,12	Thượng tâm mạc
13	8,9	Giữa cơ tim
14	1,2,3,7,8,9	Giữa cơ tim
15	1 → 17	không
16	3,7,16	Thượng tâm mạc

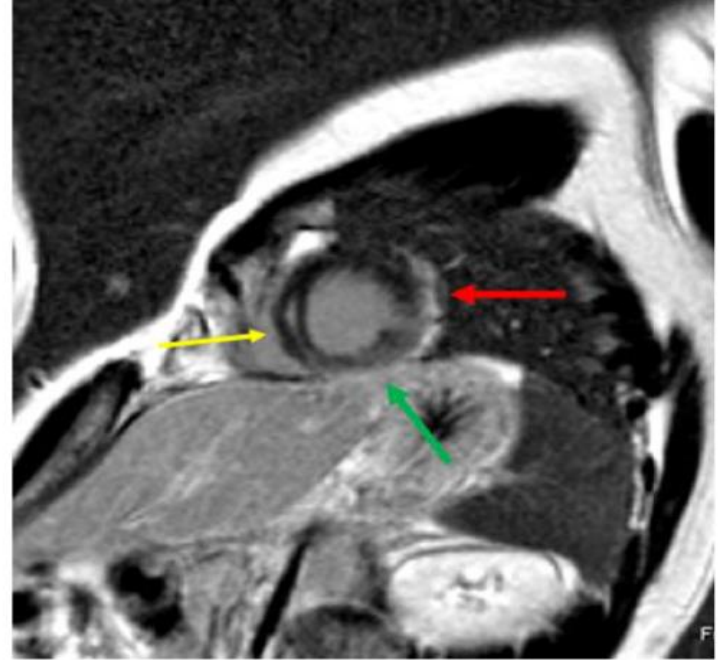




# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN



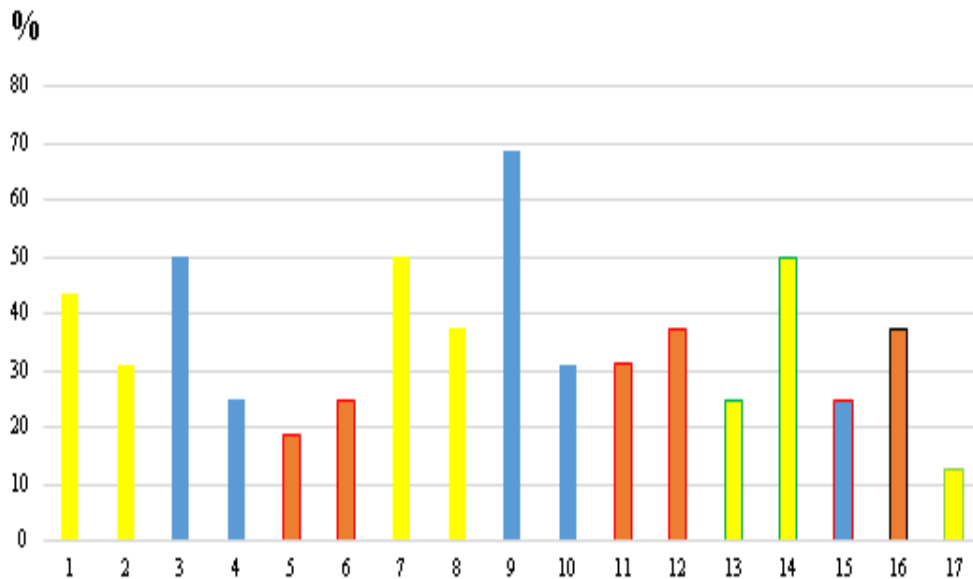
Hình ảnh bắt Gd muộn thành bên từ thượng mạc (mũi tên đỏ), và giữa cơ tim vùng vách (mũi tên xanh)



Hình ảnh bắt Gd muộn thành bên mỏm từ thượng mạc (mũi tên đỏ), toàn bề dày thành sau mỏm (mũi tên xanh) và giữa cơ tim vùng vách mỏm (mũi tên vàng)

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Vùng tổn thương cơ tim



Chúng tôi: vùng dưới (68,75%), mỏm (43,75%), thành trước (50%) và bên (31,25%)

Theo tác giả Karam và cs, tổn thương thành bên là 48,1%, dưới bên 18,5%, dưới 11,1%, bên mỏm 7,4%, trước mỏm 3,7%, trước bên 3,7% và mỏm 3,7%

# KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

## Diễn tiến bệnh:

- SA tim có PSTM bình thường, không giảm thêm ở những ngày sau, tăng Troponin, tăng AST-> sau đó cải thiện: xuất viện trung bình sau 9,2 ngày.
- PSTM thấp, huyết áp giảm: xuất viện trung bình sau 17,3 ngày.
- Có 2 trường hợp chạy ECMO.
- Tất cả các bệnh nhân đều ổn định lâm sàng và xuất viện.

# KẾT LUẬN

Qua 16 trường hợp (loại trừ bệnh ĐMV và xác định bằng CHT):

- TCLS: đau ngực là chủ yếu -> dễ nhầm với NMCT cấp. Bệnh trẻ, ít yếu tố nguy cơ, có tiền triệu nhiễm siêu vi -> VCT cấp luôn đặt ra.
- CLS: cũng cố cho VCTC : tăng bạch cầu và CRP, tăng rất cao Troponin (Troponin I 25.037 ng/ml và Hs Troponin T 99.801 ng/L).
- Tiên lượng : Diễn tiến nặng thường nhất là:
  - + Huyết động và PSTM giảm nhanh (trước đó bình thường)
  - + PSTM thấp, thất trái không dẫn
  - + QRS rộng; QTc dài; QRS-T $>100^\circ$  , AST , Creatinine tăng dần.

# KẾT LUẬN

- Các trường hợp nghi ngờ VCTC :
  - Đánh giá LS và CLS nhắc lại cho dù bệnh nhẹ.
  - Khi có các dấu hiệu bệnh nặng ->BV có đơn vị chuyên sâu đủ phương tiện hồi sức tích cực giúp cứu sống BN kịp thời.
- Phát triển CHT tim : BN VCT cấp ở VN sẽ được hưởng kỹ thuật này nhiều hơn giúp chẩn đoán bệnh và có bằng chứng khoa học xác định bệnh

XIN CHÂN THÀNH CẢM ƠN SỰ LẮNG NGHE  
CỦA QUÝ THẦY CÔ VÀ CÁC ANH CHỊ ĐỒNG NGHIỆP.