**THẤP TIM**

**1. Định nghĩa:**

Thấp tim hay còn gọi là sốt thấp khớp (rheumatic fever) là bệnh được gây ra bởi phản ứng miễn dịch của cơ thể sau 2 - 4 tuần viêm họng do liên cầu khuẩn tiêu huyết p nhóm A (Group A Beta-Hemolytic Streptococcus ). Nó gây đáp ứng viêm toàn thân ảnh hưởng đến các cơ quan như: tim, khớp, não, da. Bệnh thường gây tổn thương lâu dài ở tim đặc biệt là các van tim ( tổn thương van hai lá thường gặp nhất ).

Bệnh vẫn khá thường gặp ở các nước đang phát triển (trong đó có Việt Nam). Bệnh xảy ra ở lứa tuổi từ 5-15 tuổi là nguyên nhân hàng đầu của bệnh van tim ở người trẻ tuổi.

**2. Tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh:**

**2.1. Chuẩn đoán thấp tim dựa vào tiêu chuẩn Jones.**

Chẩn đoán xác định thấp tim khi có bằng chứng của nhiễm liên cầu A đường hô hấp (biểu hiện lâm sàng của viêm đường hô hấp trên và/hoặc làm phản ứng ASO ( anti streptolysin O ) dương tính và/hoặc cấy dịch họng tìm thấy liên cầu), kèm theo có ít nhất 2 tiêu chuẩn chính hoặc có 1 tiêu chuẩn chính kèm 2 tiêu chuẩn phụ.

Tiêu chuẩn chính:

+ Viêm khớp: ( chiếm 75% ), là triệu chứng rất có ý nghĩa nhưng không phải đặc hiệu hoàn toàn. Biểu hiện là sưng đau có thể một khớp hoặc nhiều khớp kiểu di chuyển và không bao giờ để lại di chứng ở khớp, thường gặp ở các khớp lớn như khuỷu tay, cổ tay, khớp gối, cổ chân. . . và đáp ứng tốt với các thuốc kháng viêm NSAID.

+ Viêm tim: gặp 40 - 60 % số bệnh nhân thấp tim. Viêm tim có thể gây viêm cơ tim, màng ngoài tim, nội tâm mạc. Đặc biệt thường gặp tổn thương các lá van tim ( thường gặp nhất là van hai lá ) có thể dẫn đến suy tim...

+ Múa vờn Sydenham: là rối loạn vận động ngoại tháp, với vận động không mục đích và không cố ý.

+ Nốt dưới da: rất hiếm ( dưới 10 % ), nốt có đường kính 0,5-2cm, nổi dưới da, không đau, có thể đơn độc hoặc nhiều nốt, thường thấy ở gần vị trí các khớp lớn như khớp gối, cổ chân, gân Achilles. Thường tồn tại 1-2 tuần.

+ Hồng ban vòng: rất hiếm ( chiếm 2 % ), là những ban đỏ không hoại tử, nhạt màu ở giữa, vị trí thường ở thân mình, mặt trong các chi. Thường mất đi sau vài ngày.

Tiêu chuẩn phụ:

+ Sốt.

+ Đau khớp: đau một hoặc nhiều khớp nhưng không có đủ các triệu chứng điển hình của viêm khớp.

+ Tăng CRP + VS tăng.

+ Đoạn PQ kéo dài trên điện tâm đồ.

Bằng chứng của nhiễm liên cầu khuẩn nhóm A trước đó:

+ Cấy dịch họng tìm thấy liên cầu hoặc test nhanh kháng nguyên liên cầu dương tính.

+ Tăng nồng độ kháng thể kháng liên cầu trong máu (Phản ứng ASO > 220 đv Todd).

**2.2. Các xét nghiệm chẩn đoán:**

**2.2.1. Các dấu hiệu là bằng chứng của nhiễm liên cầu nhóm A (GAS: Group A streptococcus ):**

+ Cấy họng tìm thấy liên cầu (nuôi cấy hoặc xét nghiệm kháng nguyên nhanh) hoặc các phản ứng huyết thanh thấy tăng nồng độ kháng thể kháng liên cầu. xét nghiệm kháng nguyên nhanh có độ đặc hiệu cao nhưng độ nhạy thấp.

+ Xét nghiệm ASO (AntiStreptoLysin O) thông dụng hiện nay. Sự tăng nồng độ ASO trên 220 đơn vị Todd có giá trị xác định dấu hiệu nhiễm GAS. Tuy nhiên ASO còn có thể tăng trong một số bệnh lý khác như: viêm đa khớp, bệnh Takayasu, Schoenlein-Henoch, hoặc thậm chí ở một số trẻ bình thường.

+ Hiện nay có một số que thử nhanh có sẵn để thử với một số kháng thể kháng GAS, nhưng độ chính xác không cao và có ý nghĩa tham khảo.

**2.2. 2. Một số xét nghiệm máu khác:**

+ Tăng bạch cầu, thiếu máu nhược sắc/bình sắc.

+ VS tăng, CRP tăng.

**2.2. 3. Điện tâm đồ:**

+ Thường hay thấy hình ảnh nhịp nhanh xoang, có khi PR kéo dài (bloc nhĩ thất cấp I). + Khi bị viêm màng ngoài tim có thể thấy hình ảnh điện thế ngoại vi thấp.

**2.2. 4. Siêu âm Doppler tim:**

+ Giúp đánh giá sức co bóp cơ tim, đường kính các buồng tim.

+ Thấy tổn thương van hai lá và van động mạch chủ. Giai đoạn sau có thể thấy hình ảnh van dày lên, vôi hoá cùng các tổ chức dưới van.

**3. chẩn đoán phân biệt:**

**3.1. Viêm khớp phản ứng hậu nhiễm liên cầu:**

- Thời gian viêm khớp phản ứng xãy ra sau viêm họng do liên cầu ngắn hơn thấp khớp ( chỉ 1 - 2 tuần ).

- Không có độ nhạy đáp ứng kháng viêm aspirin và các NSAID tốt như thấp khớp.

- Tình trạng viêm khớp nặng hơn thấp khớp.

- Có thể có tình trạng viêm bao hoạt dịch khớp và bất thường ở thận đi kèm.

- Không có dấu hiệu viêm cơ tim đi kèm.

- CRP và VS không tăng cao như thấp khớp.

Tuy nhiên những đặc tính trên cũng có thể gặp trong thấp khớp.

Nếu bệnh nhận có đặc tính như viêm khớp phản ứng đã nêu trên nhưng thỏa tiêu chuẩn chẩn đoán Jones thì xem như là tình trạng thấp khớp. Còn những bệnh không đủ tiêu chuẩn Jones thì chẩn đoán viêm khớp phản ứng được đặt ra khi đã loại trừ được các bệnh khớp khác như viêm đa khớp dạng thấp . . .

**3.2. Viêm đa khớp dạng thấp:**

- Viêm nhiều khớp nhỏ.

- Biến dạng khớp.

- Teo cơ.

- Cứng khớp.

- Bệnh mạn tính kéo dài.

**3.3. Đau khớp không đặc hiệu:**

- Thường gặp trẻ em đang tuổi lớn nhanh 5 - 12 tuổi.

- Thường thang đau khớp về đêm.

- Khám lâm sàng và xét nghiệm bình thường.

**3.4. Viêm khớp do vi khuẩn:**

- Thường là viêm 1 khớp, đặc biệt là khớp gối, dịch khớp có vi khuẩn.

**3.5. viêm cơ tim do virus:** thường sau đợt nhiễm siêu vi, hiếm khi gây tổn thương van tim và không để lại di chứng lâu dài như thấp tim, không có bằng chứng nhiễm liên cầu khuẩn streptococcus nhóm A.

**4. Điều trị:**

**4.1. Điều trị đợt cấp:**

Một khi đã có chẩn đoán xác định thấp tim thì các biện pháp sau là cần thiết:

**4.1.1. Kháng sinh đặc hiệu:** ( phòng thấp nguyên phát )

Hiện nay penicillin vẫn là thuốc lựa chọn đầu tiên. Penicillin ✓ uống 10 ngày, nếu bệnh nhân khó tuân thủ điều trị 10 ngày thì dùng benzathylbenzyl penicillin (TB) liều duy nhất.

Đối với bệnh nhân dị ứng penicillin, thuốc thay thế: Cephalosporin phổ hẹp, azithromycin, clarithromycin.

Tetracyclines và sulfa uống không được dùng do sự kháng thuốc.

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh | Liều và cách dùng |
| 1. Penicillin G Benzathyl | Trẻ > 27 kg: 1.200.000 U.Trẻ < 27 kg: 600.000 U(TB), liều duy nhất. |
| 2 Penicillin (V ) potassium | Trẻ em : 250 mg 2 - 3 lần /ngày.Trẻ lớn và người lớn : 500 mg 2 - 3 lần/ngày (uống 10 ngày). |
| 3. AmoxicillinBệnh nhân dị ứng penicillin:4. Cephalosporin phổ hẹp | 50 mg/kg/ngày, uống 1 lần. Tổng liều 1000 mg/ngày ( uống 10 ngày ). |
| (cephalexin, cefadroxil ) | Liều thay đổi tùy trường hợp ( 10 ngày ) |
| 5. Azithromycin | 12 mg/kg/ngày (tối đa: 500mg ), 1 lần/ngày ( uống |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. Clarithromycin | 5 ngày ).15 mg/kg/ngày chia 2 lần ( tối đa: 250mg x2 ), ( |
| 7. Clindamycin | uống 10 ngày ).300mg x 2 ( uống 10 ngày ) |

**4.1.2. Chống viêm khớp:**

Dùng paracetamol hoặc codein trước khi chẩn đoán xác định.

Việc điều trị phải được bắt đầu càng sớm càng tốt ngay khi có chẩn đoán. Aspirin: là thuốc được chọn hàng đầu vì tính hiệu quả. Liều dùng: 90 - 100 mg/kg/ ngày, chia làm 4-6 lần. Thường dùng kéo dài từ 4-6 tuần. Có thể giảm liều dần dần sau 2-3 tuần. Nếu sau khi dùng Aspirin 24-36 giờ mà không hết viêm khớp thì nên xem lại chẩn đoán.

Một số thuốc kháng viêm chống đau không phải corticoid có thể được dùng thay thế trong một số hoàn cảnh nhất định (naproxen or ibuproíen ).

**4.1.3. Điều trị múa vờn Sydenham:** không có điều trị đặc hiệu,chỉ nghỉ ngơi tại giường và có thể dùng một số thuốc như: Carbamazepine hoặc valproic acid.

**4.1.4. Chế độ nghỉ ngơi**: Chế độ này tuỳ thuộc vào mức độ nặng nhẹ của bệnh.

**4.1.5. Điều trị suy tim (nếu có):** ( xem phác đồ điều trị suy tim )

- Nghỉ tại giường, nằm đầu cao.

- Hạn chế ăn mặn.

- Thở ôxy.

- Thuốc:

- Ức chế men chuyển (Captopril, Lisinopril, enalapril ) hoặc thuốc ức chế thụ thể angiotensin II ( nếu không dung nạp được thuốc ức chế men chuyển: valsartan, losartan. . . . ), liều thấp tăng dần đạt liều điều trị suy tim.

- Dùng lợi tiểu khi có quá tải dịch.

- Digoxin để điều trị triệu chứng nếu các biện pháp điều trị trên chưa hiệu quả hoặc kiểm soát đáp ứng thất nếu có rung nhĩ xuất hiện. Dùng phải thận trọng vì tim của bệnh nhân thấp tim rất nhạy cảm, dùng liều ban đầu chỉ nên bằng nửa liều thông thường.

- Corticoid:

- Việc sử dụng corticoids trong suy tim do thấp hiện vẫn còn bàn cải.

- Corticoids có thể làm giảm tình trạng viêm cấp tính, nhưng ngược lại cũng có thể gây giữ nước làm tình trạng suy tim nặng hơn và cũng có thể bị tác dụng phụ nặng nề như xuất huyết tiêu hóa. . .

- Chỉ nên dùng corticoids trong trường hợp viêm cơ tim gây suy tim nặng.

- Trong trường hợp dùng corticoids: Prednisone hoặc prednisolone : 1 - 2 mg / kg / ngày ( liều tối đa : 80 mg / ngày ). Chỉ nên dùng vài ngày tối đa là 3 tuần.

**4.2. Phòng thấp thứ phát:**

Vấn đề cực kỳ quan trọng là nhắc nhở bệnh nhân và gia đình sự cần thiết và tôn trọng chế độ phòng thấp tim thứ phát khi bệnh nhân ra viện.

**4.2.1. Kháng sinh điều trị:**

Benzathine benzylpenicillin tiêm bắp mỗi 3 hoặc 4 tuần (4 tuần cho những vùng có nguy cơ thấp ) vẫn là phát đồ điều trị hiệu quả nhất cho phòng thấp tái phát. Penicillin uống có thể dùng thay thế. Tuy nhiên khó là tuân thủ điều trị uống thuốc liên tục mỗi ngày trong nhiều năm. Ngay cả khi bệnh nhân tuân thủ điều trị thì tần xuất tái phát cũng cao hơn penicillin chích. Ta có thể dùng penicillin uống ở những vùng có nguy cơ thấp hoặc họ không đồng ý dùng penicillin chích.

Những trường hợp dị ứng penicillin, thì sulfadiazine uống là thuốc lựa chọn thứ hai.

Nếu dị ứng cả hai thì erythromycine cũng có thể dùng thay thế.

Chú ý rằng sulfa uống không dùng trong phòng thấp nguyên phát nhưng có hiệu quả trong phòng thấp thứ phát.

|  |  |
| --- | --- |
| Kháng sinh | Liều và cách dùng |
| 1. Penicillin G Benzathine | Trẻ > 27kg: 1.200.000U. |
| Trẻ < 27kg: 600.000U.(TB) liều duy nhất |
| mỗi 4 tuần. |
| 2. Penicillin V | 250mg , 2 lần/ngày, uống liên tục. |
| 3. Erythromycin | 250mg , 2 lần/ngày, uống liên tục. |
| 4. Sulfadiazine | Người lớn và trẻ > 27kg : 1gram/ngày. |
|  | Trẻ < 27kg: 500mg/ngày, uống liên tục. |

4.2.2. Thời gian phòng thấp:

|  |  |
| --- | --- |
| TÌNH TRẠNG BỆNH | THỜI GIAN |
| 1. Bệnh nhân không có viêm tim.2. Bệnh nhân có viêm tim ( không để lại di chứng ).3. Bệnh nhân viêm tim có để lại di chứng tổn thương van tim.4. Bệnh van tim nặng, bệnh nhân có nguy cơ cao thấp tim tái phát\*, hoặc sau phẫu thuật van. | - Thời gian phòng thấp ít nhất là 5 năm hoặc cho đến khi 21 tuổi (chọn thời gian dài nhất).- Thời gian phòng thấp là 10 năm hoặc ít nhất cho đến khi 21 tuổi (chọn thời gian dài nhất).- Thời gian phòng thấp là 10 năm hoặc cho đến khi 40 tuổi hoặc Phòng thấp suốt đời.- Phòng thấp suốt đời. |

.\*Yếu tố nguy cơ thấp tim tái phát:

- Tình trạng bệnh nhiều van hậu thấp nặng.

- Hay tái phát.

- Mật độ đông đúc trong nhà ở.

- Tiền sử gia đình mắc bệnh thấp.

- Điều kiện kinh tế và dân trí thấp.

- Nguy cơ nhiễm streptococcus cao.

- Nghề nghiệp và nơi làm việc dễ tái phát ( thầy giáo, nhân viên y tế, làm việc nơi đông đúc).