**VIÊM CƠ TIM**

**1. ĐẠI CƯƠNG:**

**1.1 Định nghĩa:**

- Theo định nghĩa của tổ chức y tế thới giới (WHO: World Health Organization ) và hiệp hội liên đoàn tim thới giới (ISFC: International Society and Federation of Cardiology ):

+ Viêm cơ tim được chẩn đoán xác định dựa trên các tiêu chuẩn mô học (tiêu chuẩn Dallas ) miễn dịch và hóa miễn dịch.

+ Tuy nhiên, trong thực hành nhiều bệnh nhân chỉ được chẩn đoán dựa trên lâm sàng mà không thể chẩn đoán xác định được vì không thể sinh thiết được nội mạc cơ tim.

Tiêu chuẩn Dallas: do các nhà giải phẩu bệnh lí Hoa Kỳ sử dụng trong nghiên cứu điều trị viêm cơ tim của Hoa Kỳ và hiện tại cũng được hầu hết các nhà nghiên cứu sử dụng để định nghĩa bệnh, bao gồm:

• Viêm cơ tim hoạt động.

• Viêm cơ tim borderline

Tiêu chuẩn hóa mô miễn dịch theo WHO/ISFC gồm: thâm nhiễm viêm bất thường: lớn hơn hoặc bằng bạch cầu (leukocytes)/ mm2 với bạch cầu đơn nhân có thể đến 4/ mm2 với lympho T CD3+ > 7/ mm2

**1.2 Nguyên nhân**: Chủ yếu gồm:

**1.2.1 Do nhiễm trùng:**

- Virus: Coxsackie B virus, Echovirus, Epstein Bar virus, Cytomegalovirus, Adenovirus, HIV, Hepatites B và C, Rubeola, Varicella, Mumps, Vaccinia, Varicella, Parvovirus, Influenza A và B, Herpes virus, Pollomyelitis, Rabies, Arbor virus, Dengue, sốt vàng

- Vi khuẩn: Bệnh bạch hầu ( diphtheria ), Lao, Salmonella, Staphylococcal, Gonococcal, Clostridial, Brucellosis, Psitacosis, Tetanus, Tularemia, Streptococcal, Legionella, Meningococcal, Haemophilus, Pneumococcal, Cholera, Chlamydia, Mycoplasma

- Xoắn khuẩn: Syphilis, Leptospirosis, Sốt hồi quy (Relapsing fever ), bệnh Lyme.

- Nấm: Candidiasis, Histoplasmosis, Sporotrichosis, Coccidiomycosis, Aspergillosis, Blastomycosis, Cryptococcosis, Actinomycosis, Mucomycosis, Nocardia, Strongyloidiasis.

- Rickettsial: Sốt phát ban, Sốt Q, Bệnh sốt vùng Rocky Mountain.

- Protozoal (sinh vật đơn bào): Bệnh Chagas, Bệnh ngủ, Toxoplasmosis,

Malaria, Leshmaniasis, Amebiasis.

Do giun sán: Trichinosis, Echinococcosis, Schistosomiasis, Ascariasis, Filariasis, Paragonimiasis, Strongyloidiasis.

**1.2.2 Do nguyên nhân không nhiễm trùng:**

- Chất độc tim: Catecholamines, Anthracyclines, Cyclophosphamide, Cocain, Kim loại nặng (đồng, chì, Iron .., rượu, Arsenic, Carbon monoxide, Methysergide.

- Phản ứng quá mẫn: Kháng sinh (penicillins, cephalosporins, sulfonamides ), Lợi tiểu ( thiazide, lợi tiểu quai ), Dobutamine, Lithium,

Tetanus toxoid, Clozapine, Methydopa, côn trùng cắn ( ong, nhện, bọ cạp ), rắn cắn,

- Bệnh hệ thống: bệnh collagen mạch máu, sarcoidosis, bệnh Celiac, bệnh Kawasaki, bệnh tăng bạch cầu ái toan ( hypereosinophilia ), bệnh cường giáp

- Xạ trị

**1.3 Phân loại dựa trên các đặc điểm lâm sàng và mô học.**

- Viêm cơ tim ác tính ( Fulminant myocarditis )

+ Suy tim cấp tính (có thể đến hai tuần sau biểu hiện nhiễm virus rõ ràng )

+ Có thể cần hỗ trợ tuần hoàn cơ học

***+*** Thường có nhiều ổ viêm cơ tim lympho bào hoạt động

+ Chức năng tâm thu thất thường trở về bình thường nếu bệnh nhân sống sót.

- Viêm cơ tim cấp (Acute myocarditis )

+ Khởi phát bệnh ít rõ rang hơn

+ Rối loạn chức năng tâm thu thất

+ Có thể tiến triển đến bệnh cơ tim dãn nở.

- Viêm cơ tim mạn hoạt động ( Chronic active myocarditis )

+ Khởi phát bệnh ít rõ ràng hơn

+ Thường có những đợt tái phát (lâm sàng và mô học )

+ Rối loạn chức năng tâm thu liên quan đến các thay đổi viêm mạn tính + Xơ hóa nội mạc cơ tim nhẹ đến vừa

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**2.1 Bệnh sử.**

- Tùy thuộc vào nguyên nhân gây viêm cơ tim ( ví dụ: bệnh nhân viêm cơ tim do virus có thể sốt, đau cơ, nhạy cảm đau ở cơ ở giai đoạn sớm )

- Tuy nhiên triệu chứng và biểu hiện tim mạch có thể bị che khuất bởi biểu hiện toàn thân do nguyên nhân nền gây ra.

- Chú ý: nhiều trường hợp viêm cơ tim không thể phát hiện do không biểu hiện lâm sàng ( subclinical ) hoặc dấu hiệu không đặc hiệu.

- Trong một nghiên cứu ( the United States Myocarditis Treatment Trial ), 89% bệnh nhân đã báo cáo một hội chứng nhất quán với biểu hiện nhiễm virus.

**2.2 Lâm sàng:** có thể có một trong các biểu hiện sau:

- Suy tim: Mệt mỏi, giảm khả năng gắng sức, suy tim cấp, sốc tim

+ Nếu suy tim phải nổi bật: áp lực tĩnh mạch cảnh tăng, gan to, phù ngoại biên.

+ Nếu suy tim trái nổi bật: sung huyết phổi ( khó thở, khó thở phải ngồi, ran ở phổi ) nặng hơn nửa là phù phổi cấp.

***-*** Đau ngực:

+ Có thể viêm màng ngoài tim kèm theo

+ Viêm cơ tim có thể có biểu hiện giống với thiếu máu cục bộ cơ tim hoặc nhồi máu cơ tim cả về triệu chứng và điện tâm đồ.

+ Bất thường vận động thành khu trú có thể do viêm khu trú hoặc thiếu máu cục bộ do co thắt mạch vành.

- Đột tử do tim: Bệnh viêm cơ tim có thể chết đột ngột không đoán trước được giả định là do nhịp nhanh thất hoặc rung thất.

- Rối loạn nhịp:

+ Nhịp nhanh xoang thường gặp hơn rối loạn nhịp nhĩ hoặc thất khác.

+ Hồi hợp thường do ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất ( ngoại tâm thu thất thường gặp hơn )

+ Bloc tim mới khởi phát, rối loạn nhịp chậm khác có thể gây ngất.

+ Chú ý: Rối loạn nhịp có thể thay đổi từ dạng này sang dạng khác và ngược lại.

**2.3 Cận lâm sàng:**

- Điện tâm đồ ( ECG ):

+ Có thể bình thường hoặc bất thường không đặt hiệu ( thay đổi ST không đặc hiệu )

+ Ngoại tâm thu thất, nhĩ, rối loạn nhịp thất phức tạp, nhịp nhanh nhĩ, rung nhĩ

+ Bloc tim cao độ ( thường gặp trong bệnh Lyme, Sarcoidosis tim, viêm cơ tim tế bào khổng lồ tự phát )

+ Một số bệnh nhân có kiểu ECG tương tự bệnh nhân viêm màng ngoài tim cấp tính ( gợi ý viêm màng ngoài tim - cơ tim ) hoặc nhồi máu cơ tim cấp.

+ Biểu hiện sóng Q hoặc bloc nhánh trái có thể kèm tử suất hoặc ghép tim cao hơn trong một số nghiên cứu.

- Dấu ấn sinh học tim:

***+*** Tăng men tim có thể gặp ở một số bệnh nhân ( do hoại tử cơ tim )

+ Tăng Troponin ( I hoặc T ) thường gặp hơn CK - MB ở bệnh nhân viêm cơ tim có bằng chứng từ sinh thiết.

+ Tăng men tim dai dẳng cho thấy hoại tử đang tiến triển.

- X. quang ngực: Bóng tim bình thường hoặc lớn, kèm sung huyết phổi hoặc không sung huyết phổi.

- BNP và NT - ProBNP: Nên đo nếu nghi ngờ suy tim, đây là test ban đầu nhạy nhất trong chẩn đoán suy tim.

**Chẩn đoán hình ảnh tim:**

**a. Siêu âm tim:**

- Phát hiện tổn thương chức năng thất trái: dãn thất trái, thay đổi hình dạng thất trái, bất thường vận động vùng.

- Rối loạn chức năng tâm thu thường toàn thể, nhưng cũng có thể khu trú từng vùng.

- Siêu âm tim có thể phát hiện bệnh màng ngoài tim đồng thời, huyết khối trong tim yên lặng, hở 2 lá , 3 lá chức năng.

- Bệnh nhân viêm cơ tim ác tính thường cải thiện chức năng tâm thu trong vòng vài tháng rõ ràng hơn là viêm cơ tim cấp.

**b. Chụp thất đồ:**

- Thường không cần đến.

- Có thể có ích khi hình ảnh siêu âm tim qua thành ngực không tối ưu, không sẳn có siêu âm tim qua thực quản.

**c. MRI tim:**

- Có thể phát hiện các đặc điểm của viêm cơ tim: ứ huyết và phù do viêm, hoại tử tế bào cơ tim và sẹo, thay đổi kích thước và hình dạng, bất thường vận động toàn bộ hoặc từng vùng, tràn dịch màng ngoài tim kèm theo.

- Có thể giúp khẳng định chẩn đoán mặc dù độ nhạy thay đổi, bất thường không chuyên biệt và tốn nhiều thời gian.

**d. Thông tim:**

- Ở một số bệnh nhân chọn lựa để theo dỏi và điều trị rối loạn huyết động.

- Chụp mạch vành ở một số bệnh nhân chọc lọc có biểu hiện lâm sàng không thể phân biệt với hội chứng mạch vành cấp, bệnh mạch vành ít triệu chứng, bệnh nhân có đặc điểm nguy cơ cao bệnh tim thiếu máu cục bộ trên test không xâm nhập.

**3. CHẨN ĐOÁN:**

**3.1 Khi nào nghi ngờ viêm cơ tim:**

- Biểu hiện lâm sàng của viêm cơ tim rất đa dạng và có thể giống với các bệnh tim không do viêm khác.

- Nên nghĩ đến viêm cơ tim ở các bệnh nhân có hoặc không có dấu hiệu hoặc triệu chứng tim mạch nhưng có men tim tăng, ECG gợi ý tổn thương cơ tim cấp, rối loạn nhịp, bất thường chức năng tim [ trên siêu âm hoặc CMR ( Cardiac Magnetic Resonance )], đặc biệt là các bất thường này mới xuất hiện và không giải thích khác được.

Nên nghi ngờ viêm cơ tim cấp trong các tình huống lâm sàng sau:

a. Khởi phát bất thường tim mạch như suy tim, sốc tim, rối loạn nhịp tim không thể giải thích khác được:

+ Tuổi điển hình giữa 20 - 50.

+ Một số bệnh nhân có bệnh sử nhiễm virus hoặc phát ban, bạch cầu ái toan tăng theo sau tiêm chủng hoặc dùng một thuốc mới. Trong một loạt bệnh nhân viêm cơ tim có bằng chứng sinh thiết, 36% có bệnh sử nhiễm trùng hô hấp trên hoặc viêm ruột gần đây.

b. Khởi phát cấp hoặc bán cấp rối loạn chức năng tâm thu thất trái ( toàn bộ hoặc từng vùng ) mà không có nguyên nhân rõ ràng:

+ Một số bệnh nhân có bằng chứng nhiễm virus, vi khuẩn, ký sinh trùng, rickettsial toàn thân.

***+*** Biểu hiện nhiễm virus cấp tính kèm nhịp tim nhanh không tương xứng với sốt (ví dụ: Parvovirus B19)

c. Viêm màng ngoài tim (nhiễm trùng hoặc tự phát) kèm tăng dấu ấn sinh học tim gợi ý viêm màng ngoài tim - cơ tim.

d. Bệnh nhân (đặc biệt là không có yếu tố nguy cơ tim mạch) biểu hiện dấu ấn sinh học hoặc triệu chứng nhồi máu cơ tim cấp mà kết quả chụp mạch vành bình thường.

- Kết hợp lâm sàng và các test chẩn đoán không xâm nhập bao gồm CMR gợi ý chẩn đoán viêm cơ tim

**3.2 Chẩn đoán xác định;**

- Chẩn đoán xác định dựa vào kết quả sinh thiết nội mạc cơ tim.

- Ở bệnh nhân nghi ngờ viêm cơ tim trên lâm sàng, việc quyết định có sinh thiết nội mạc cơ tim hay không nên dựa vào khả năng kết quả sinh thiết có ảnh hưởng quan trọng đến việc điều trị không ?

**KHI NÀO NÊN SINHH THIẾT NỘI MẠC CƠ TIM ( EMB: EndoMyocardial Biopsy )**

- Trước hết phải loại trừ các nguyên nhân suy tim khác: thiếu máu cục bộ cơ tim, bệnh van tim nặng, bệnh cơ tim phì đại hoặc hạn chế.

- Kế tiếp phải xem xét kết quả EMB sẽ thay đổi điều trị hay không?

Theo AHA/ACCF/ESC 2007: Vai trò của EMB trong 14 bệnh cảnh lâm sàng

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Sốbệnh cảnh | Bệnh cảnh lâm sàng | Nhóm khuyến cáo | Mứcchứng cứ |
| 1 | Suy tim khởi phát < 02 tuần kèm kích thước thất trái bình thường hoặc dãn và rối loạn huyết động | I | B ' |
| 2 | Suy tim mới khởi phát 2 - 3 tuần kèm dãn thất trái và rối loạn nhịp thất mới, bloc A- V II/III, không đáp ứng điều trị thông thường | I | B |
| 3 | Suy tim >= 3 tháng kèm thất trái dãn và rối loạn nhịp thất mới, bloc tim II, III hoặc không đáp ứng điều trị thông thường trong vòng 1- 2 tuần | IIa | C |
| 4 | Suy tim kèm bệnh cơ tim dãn bất kể thời gian kèm nghi ngờ phản ứng dị ứng và hoặc tăng bạch cầu ái toan | IIa | C |
| 5 | Suy tim kèm nghi ngờ bệnh cơ tim anthracycline | Ila | C |
| 6 | Suy tim kèm bệnh cơ tim hạn chế không giải thích được | Ila | C |
| 7 | Nghi u tim | Ila | C |
| 8 | Bệnh cơ tim ở trẻ em không giải thích được | Ila | C |
| 9 | Suy tim mới khởi phát 2 tuần - 3 tháng kèm dãn thất trái mà không có rối loạn nhịp mới và đáp ứng với điều trị thông thường 1 - 2 tuần | Ilb | B |
| 10 | Suy tim > 3 tháng kèm dãn thất trái, không có rối loạn nhịp mới hoặc bloc tim II/III và đáp ứng điều trị thông thường 1 - 2 tuần | IIb | C |
| 11 | Suy tim kèm bệnh cơ tim phì đại không giải thích được | IIb | C |
| 12 | Nghi loạn sản thất phải hoặc bệnh cơ tim thất phải gây loạn nhịp | IIb | C |
| 13 | Rối loạn nhịp thất không giải thích được | IIb | C |
| 14 | Rung nhĩ không giải thích được | III | C |

**4. ĐIỀU TRỊ:**

**4.1 Điều trị đặc hiệu ( theo nguyên nhân gây bệnh ):**

- Một số mầm bệnh gây viêm cơ tim có thể được điều trị đặc hiệu: nhiễm Cytomegalovirus, viêm tim do Lyme, lao, hội chứng viêm phổi do nhiễm khuẩn ( Legionnaire’s disease ), nhiễm Salmonella, Shigella, bệnh virus vẹt, Leptospirosis, Brucellosis, Candidiasis, Coccidioidomycosis, Cryptococcosis, Toxoplasmosis, Trichinosis, viêm cơ tim do Lupus.

**4.2 Điều trị nâng đỡ:**

- Một vài điều trị nâng đở rất quan trọng như: điều trị suy tim, rối loạn nhịp, hạn chế vận động, kháng đông.

**a. Điều trị suy tim:**

- Hạn chế muối.

- Lợi tiểu cẩn thận ( nếu cần )

- Ức chế men chuyển: Thời gian dùng có thể đến 06 tháng ( nếu chức năng tâm thu thất trái hồi phục hoàn toàn )

- Ức chế beta

- Digoxin không có lợi ( làm tăng tỉ lệ tử vong trong viêm cơ tim do vi rút ở chuột )

- IABP ( Intra Aortic Balloon Pump ) hoặc hổ trợ thất trái xem xét trong trường hợp suy tim kháng trị hoặc sốc tim không đáp ứng với điều trị nội khoa.

**b. Tránh vân động**: nhầm giảm gánh nặng cho tim ở giai đoạn cấp đặc biệt ở bệnh nhân có kèm theo sốt, hội chứng đáp ứng viêm hệ thống, suy tim.

**c. Rối loạn nhịp:** Viêm cơ tim có thể dẫn đến rối loạn nhịp nhanh hoặc chậm, điều trị từng trường hợp cụ thể.

- Ngoại tâm thu thất hoặc nhĩ không triệu chứng hoặc rối loạn nhịp không triệu chứng thoáng qua không cần điều trị.

- Nhịp nhanh trên thất có thể gây ra hoặc làm nặng thêm tình trạng suy tim, nếu dai dẵng có triệu chứng nên chuyển về nhịp xoang.

- Nhịp chậm có triệu chứng không dai dẵng có thể điều trị bằng thuốc.

- Cấy ICD có thể có lợi ở những bệnh nhân rối loạn nhịp thất nguy hiểm nhưng không phải ở giai đoạn cấp, cần điều trị nội khoa tối ưu và chờ đợi thời điểm tối ưu nhất là trên một năm.

- Block A-✓ hoàn toàn và hoặc nhịp chậm có triệu chứng trong giai đoạn cấp nên đặt máy tạo nhịp tạm thời.

**4.3 Điều trị kháng đông:** chỉ định warfarin cho các trường hợp sau:

- Rung nhĩ.

- Huyết khối buồng tim.

**4.4 Điều trị khác:**

- Corticosteroids có thể có vai trò trong điều trị viêm cơ tim do nguyên nhân không phải nhiễm trùng ( ví dụ: bệnh collagen mạch máu )