**VIÊM MÀNG NGOÀI TIM**

**1. ĐẠI CƯƠNG**

**Định nghĩa.**

Viêm màng ngoài tim là một tình trạng bệnh lý có nguồn gốc do phản ứng viêm của màng ngoài tim, bệnh hay gặp ở nam> nữ.

**1.2. Nguyên nhân:**

- Viêm màng ngoài tim do nhiễm trùng: virus (coxsakie A, B, quai bị, Adeno, viêm gan), vi trùng sinh mủ (phế cầu, liên cầu, tụ cầu), lao, nấm...

- Viêm màng ngoài tim không do nhiễm trùng: nhồi máu cơ tim, tăng urê máu, khối u tân sinh, chấn thương, sau xạ trị.

- Viêm màng ngoài tim do quá mẫn hoặc tự miễn: thấp khớp cấp, bệnh collagen, do thuốc( procainamid, INH, phenytoin)

**1.3. Phân loại theo lâm sàng:**

- VMNT cấp ( < 6 tuần)

- VMNT bán cấp (từ 6 tuần- 6 tháng)

- VMNT mạn (> 6 tháng)

**2. ĐÁNH GIÁ BỆNH NHÂN**

**Bệnh sử:**

- Đau ngực: đau sau xương ức, đau buốt hoặc âm ỉ, lan lên cổ hoặc sau lưng, đau tăng lên khi ho và hít sâu, giảm khi nằm hoặc cúi người ra trước.

- Sốt và mỏi cơ.

- Khó thở Khám lâm sàng:

- Nghe tim là dấu hiệu chủ yếu để chẩn đoán: có tiếng cọ màng ngoài tim (tiếng cọ thô ráp, rít, âm sắc cao), vị trí liên sườn III bờ trái xương ức.

- Trong trường hợp VMNT co thắt: BN có thể có triệu chứng của suy tim phải: báng bụng, phù ngoại vi, gan to, mạch nghịch (HA tâm thu giảm > 10 mmHg khi hít vào).

Cận lâm sàng:

**2.3.1. Điện tâm đồ**(đây là xét nghiệm rất có giá trị để chẩn đoán xác định, chẩn đoán phân biệt và đánh giá giai đoạn viêm màng ngoài tim).

• Giai đoạn đầu: dấu hiệu tái cực sớm hay nhồi máu cơ tim: ST chênh lên đồng hướng với sóng T dương ở các chuyển đạo trước tim

• Giai đoạn 2: ST về đẳng điện, sóng T dẹt

• Giai đoạn 3: sóng T âm đảo ngược.

• Giai đoạn cuối: sóng T dương trở lại.

Trong trường hợp VMNT co thắt: điện thế thấp, sóng T dẹt, nhĩ trái lớn, có thể co rung nhĩ.

**2.3.2. Chụp tim phổi:** bóng tim to trong trường hợp có TDMNT.

**2.3.3. Cấy máu và cấy đàm:**giúp chẩn đoán 1 số trường hợp VMNT do lao, nhiễm khuẩn huyết hay VNTMNT.

**2.3.4. Xét nghiệm máu:** thường có tăng bạch cầu, Vs tăng, tăng CRP, CK-MB và Troponin I.

**2.3.5. Siêu âm tim:**có thể gặp khoảng trống siêu âm do TDMNT

**2.3.6. Các xét nghiệm khác tìm nguyên nhân khi cần**: CT ngực, MRI tim, chức năng tuyến giáp, tầm soát ung thư, lao, bệnh nội khoa khác...

**3. CHẨN ĐOÁN**

3.1. Chẩn đoán có bệnh khi có ít nhất 2 tiêu chuẩn sau:

3.1.1. Đau ngực điển hình.

3.1.2. Có tiếng cọ màng ngoài tim.

3.1.3. Triêu chứng trên điện tâm đồ.

3.1.4. Siêu âm tim: có TDMNT mói hoặc tình trạng TDMNT nặng lên.

3.2. Chẩn đoán nguyên nhân:

3.2.1. VMNT do virus (chủ yếu do Coxxakie nhóm B và Echovirus): chẩn đoán dựa vào nhiễm trùng hô hấp, đau ngực xuất hiện sau đó với biến đổi ECG và cuối cùng là huyết thanh chẩn đoán.

3.2.2. VMNT do lao: dấu hiệu lâm sàng điển hình thường đến muộn, BN khó thở, sốt, ớn lạnh, ra mồ hôi về chiều tối. Đây là nguyên nhân hàng đầu dan đến viêm màng ngoài tim co thắt. Chụp phim phổi: có thể có hình ảnh lao phổi mới. Siêu âm tim: dấu hiệu có dịch ở khoang màng ngoài tim với nhiều sợi fibrin và có thể có dấu hiệu màng ngoài tim dầy hơn so với bình thường. Xét nghiệm đặc hiệu do lao: ADA (Adenosin deaminase) tăng cao và PCR lao dương tính.

**3.2.3. VMNT sau NMCT:** do VMNT phối hợp hoại tử cơ tim nên có nguy cơ suy tim và tỉ lệ tử vong trong vòng một năm cao. Tất cả các trường hợp sau NMCT cấp mà BN đau ngực và có tiếng cọ màng ngoài tim phải nghĩ đến VMNT sau NMCT.

**3.2.4. VMNT do ung thư:** đa số là do di căn đến màng ngoài tim.

**3.2.5. VMNT co thắt:** thường do vô căn, sau phẫu thuật hoặc tổn thương do xạ, nhiễm trùng, bệnh tự miễn, sau chấn thương, tăng u-rê máu.

**3.3. Chẩn đoán phân biệt:**

• Đau ngực: do bóc tách ĐMC, nhồi máu phổi, viêm phổi hay NMCT.

• Biến đổi ECG: phân biệt với thiếu máu cục bộ cơ tim.

**4. ĐIỀU TRỊ.**

4.1. Nguyên tắc điều trị:

4.1.1. Điều trị VMNT là điều trị nguyên nhân.

4.1.2. Hầu hết những BN bệnh VMNT cấp có thể điều trị hiệu quả với đơn trị liệu. Tuy nhiên, những BN có TDMNT lượng nhiều, TDMNT có rối loạn huyết động, nghi ngờ do nhiễm trùng hay u tân sinh, có bằng chứng của VMNT co thắt nên được điều trị bằng những biện pháp xâm lấn: dẫn lưu hoặc mở màng ngoài tim.

4.2. Đánh giá ban đầu:

4.2.1. Những đặc điểm lâm sàng VMNT cấp ở BN nguy cơ cao cần nhập viện để đánh giá và điều trị :

• Sốt > 38oC

• Có triệu chứng chén ép tim cấp.

• TDMNT lượng nhiều (khoảng trống echo > 20mm).

• Bệnh tự miễn.

• Tiền căn đang điều trị thuốc khàng vitamin K.

• Chấn thương cấp.

• Đáp ứng kém với điều trị NSAID trong 7 ngày.

• Tăng men tim (chẩn đoán phân biệt viêm cơ tim)

4.2.2. Những BN không có những đặc điểm lâm sàng nguy cơ trên có thể được điều trị ngoại trú.

4.3. Điều trị cụ thể:

4.3.1. Giới hạn hoạt động thể lực: vận động nặng có thể làm khởi phát tình trạng bệnh do đó nên tránh hoạt động thể lực nặng cho đến khi hết triệu chứng. Vận động viên không được tham gia các môn thi đấu cho đến khi có bằng chứng ổn định của bệnh, thông thường khoảng 6 tháng, sau đó có thể tập lại khi các xét nghiệm trở về bình thường (chất đánh dấu tình trạng viêm, ECG và siêu âm tim)

4.3.2. Kháng viêm Non-steroid (mục tiêu là giảm đau và hết triệu chứng): liều dùng và thời gian (bảng 1)

✓ Ibuprofen: tuỳ thuộc tình trạng bệnh nặng và đáp ứng với thuốc, Ibuprofen dùng 3 lần/ngaỳ thích hợp làm giảm triệu chứng, có thể lập lại khi cần.

✓ Aspirin: dùng mỗi 4-6h sau đó giảm dần liều mỗi 2-3 ngày trong thời gian điều trị 4 tuần.

✓ Lưu ý:

• Nếu không đáp ứng NSAID hay Aspirin trong 1 tuần (sốt, đau ngực, TDMNT mới, tổng trạng xấu) nên nghĩ đếng nguyên nhân khác hơn là VMNT vô căn hay do virus.

• VMNT sau NMCT cấp, nên dùng Aspirin hơn NSAID.

• Thời gian điều trị tấn công 1-2 tuần.

• Điều trị kháng viêm Non-steroid ảnh hưởng đến niêm mạc dạ dày: thường kết hợp ức chế bơm proton.

4.3.3. Colchicine: đa số BN có thể điều trị khỏi và không tái phát khi dùng đơn trị liệu NSAID. Tuy nhiên, NSAID kết hợp với Colchicin trong giai đoạn đầu có thể giảm tỷ lệ tái phát VMNT.

✓ Liều dùng:

• Colchicin 0.5 mg \*2/ngày trong 3 tháng (BN> 70kg).

• Colchicin 0.5 mg \*1/ngày trong 3 tháng (BN< 70kg).

✓ Tác dụng phụ: tiêu chảy, buồn nôn, ói thường gặp, hiếm hơn là: ảnh hưởng tuỷ xương, độc gan và cơ, suy thận...

✓ Thời gian điều trị: 6 tháng.

**4.3.4. Glucocorticoid:**

✓ Chỉ định khi VMNT không đáp ứng với NSAID, Colchicin và VMNT có nguyên nhân.

✓ Theo Hiệp hội Tim mạch Châu Âu 2004, steroid toàn thân nên hạn chế ở những BN sau:

• BN có triệu chứng không đáp ứng với điều trị chuẩn.

• VMNT liên quan bệnh mô liên kết.

• VMNT tự phản ứng.

• VMNT do tăng urê máu.

✓ Liều lượng:

• Glucocorticoid liều cao (prednison 1mg/kg/ngày) do ESC khuyến cáo năm 2004, ngày nay các nghiên cứu cho thấy liều thấp (prednison 0.2-.05 mg/kg/ngày) có hiệu quả tương đương và hạn chế tác dụng phụ.

• Sau thời gian điều trị tấn công (2-4 tuần), khi hết các triệu chứng thì bắt đầu giảm liều:

\* Liều mỗi ngày > 50mg → giảm 10mg/ngày mỗi 1-2 tuần.

\* Liều mỗi ngày 25- 50mg → giảm 5-10mg/ngày mỗi 1-2 tuần.

\* Liều mỗi ngày 15-25mg → giảm 2.5mg/ngày mỗi 1-4 tuần.

\* Liều mỗi ngày <15mg → giảm 1.25-2.5mg/ngày mỗi 1-6 tuần

• Thời gian: 3 tháng với VMNT cấp và 6 tháng trong VMNT tái phát.

**4.3.5. Các biện pháp xâm lấn:**

✓ Chỉ định:

• TDMNT lượng trung bình đến nhiều, có rối loạn huyết động và gây chèn ép tim cấp .

• TDMNT lượng trung bình đến nhiều, nghi ngờ do nguyên nhân ác tính hay do vi trùng.

• VMNT tái phát thường xuyên với TDMNT.

• Có bằng chứng của VMNT co thắt.

✓ Kỹ thuật:

• Dẫn lưu màng ngoài tim: là phương pháp hiệu quả để ngăn dịch tích tụ trong khoang màng ngoài tim. ồng dẫn lưu sẽ được lưu vài ngày và rút khi lược dịch <20-30m1/24h.

• Mở cửa sổ màng ngoài tim: trong trường hợp VMNT tái phát nguy cơ cao, không đáp ứng với điều trị nội hoặc gây chèn ép tim tái phát.

**4.3.6. Bảng tóm tắt thuốc và thời gian sử dụng:**

✓ Phối hợp điều trị ban đầu:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều lượng | Thời gian điều trị | Giảm liều khi BN hết triệu chứng |
| Ibuprofen | 600-800mg \*3/ngày | 1-2 tuần | Giảm 200-400 mg tổng liều/ 2-3 ngày |
| HOẶC  Indomethacin | 50mg\*3/ngày | 1-2 tuần | Giảm 25-50mg tổng liều/2-3 ngày |
| CỘNG | | | |
| Colchicin | 0.5-0.6mg\*2/ngày | 3 tháng | Không giảm liều |

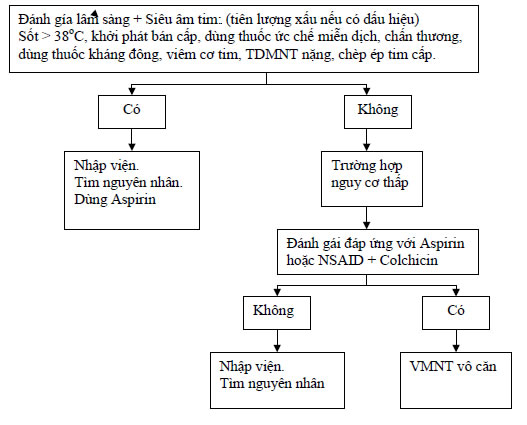
✓ Phối hợp thuốc ở BN sau NMCT.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều lượng | Thời gian điều trị | Giảm liều khi BN hết triệu chứng |
| Aspirin | 650-1000mg  \*3/ngày | 1-2 tuần | Giảm 500-650 mg tổng liều/ 2-3 ngày |
| CỘNG | | | |
| Colchicin | 0.5-0.6mg\*2/ngày | 3 tháng | Không giảm liều |

✓ Trường hợp BN chống chỉ định NSAID

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Thuốc | Liều lượng | Thời gian điều trị | Giảm liều khi BN hết triệu chứng |
| Prednison | 0.25-0.5mg/kg/ngày | 2 tuần | Giảm liều như trên |
| CỘNG | | | |
| Colchicin | 0.5-0.6mg\*2/ngày | 3 tháng | Không giảm liều |

**4.2.7. Lưu đồ đánh giá lâm sàng và siêu âm tim ban đầu ở BN nghi ngờ VMNT cấp.**



**5. THEO DÕI VÀ TÁI KHÁM**

**5.1. Tiêu chuẩn nhập viện**: (Tiếp cận BN VMNT theo Braunwald’s Heart Disease 2012).

✓ Chẩn đoán nghi ngờ và không chắc chắn: khám lâm sàng nghe tiếng tim có tiếng cọ màng ngoài tim, đo ECG để xác định chẩn đoán.

✓ Chẩn đoán nghi ngờ và chắc chắn: thực hiện những xét nghiệm để chẩn đoán nguyên nhân và biến chứng có liên quan: siêu âm tim, kháng thể bệnh tự miễn nếu cần.

**5.2. Chẩn đoán chắc chắn:** khởi đầu điều trị với kháng viêm Non-steroid.

✓ BN có thể xuất viện khi đánh giá tình trạng quá tải thể tích, loạn nhịp nhĩ ổn.

✓ Trước xuất viện điều trị: tiết chế phù hợp, lợi tiểu, thuốc chống loạn nhịp.