Viêm cơ tim cấp tại đơn vị Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch, Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai trong năm 2020 - 2021

Tạ Mạnh Cường, Đoàn Tuấn Vũ, Võ Duy Văn, Nguyễn Đức Hòa, Phạm Ngọc Anh, Nguyễn văn Quảng, Nguyễn Thị Thu, Nguyễn Thị Én, Dương Thị Khuyên, Phùng Thị Lan Anh

Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Tạ Mạnh Cường

TÓM TẮT

Mục tiêu, phương pháp nghiên cứu: viêm cơ tim cấp là tình trạng tổn thương cơ tim cấp tính do nhiều nguyên nhân, triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu. Chẩn đoán hiện nay dựa vào tiền sử bệnh, các dấu hiệu và triệu chứng lâm sàng, điện tâm đồ, siêu âm tim, các xét nghiệm huyết học và sinh hóa, trong đó quan trọng nhất là các dấu ấn sinh học (quan trọng nhất là troponin tim), chụp cộng hưởng từ cơ tim với một số bệnh nhân. Về điều trị, chủ yếu là điều trị triệu chứng, điều trị biến chứng và hỗ trợ tình trạng huyết động, hô hấp của người bệnh mà chưa có các biện pháp điều trị đặc hiệu. Chúng tôi tiến hành hồi cứu bệnh án, nhận xét về các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng, điều trị trên 51 bệnh nhân chẩn đoán viêm cơ tim cấp, vào cấp cứu và được chăm sóc tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch, Viện Tim mạch Việt Nam thuộc Bệnh viện Bạch Mai trong 2 năm 2020 – 2021 nhằm rút ra những kinh nghiệm trong chẩn đoán và điều trị bệnh nhân viêm cơ tim cấp.

Kết quả và kết luận: bệnh nhân viêm cơ tim cấp có đặc điểm lâm sàng đa dạng và không đặc hiệu với bệnh cảnh giống hội chứng vành cấp hoặc suy tim. Bệnh gặp chủ yếu ở nam giới (73%), trẻ tuổi tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi dưới 30 tuổi; triệu chứng thường gặp nhất là đau ngực (92,2%) và sốt (60,8%). Đa số bệnh nhân không có rối loạn huyết động lúc vào. Men hs troponin T và NT-proBNP lúc vào trung bình lần lượt là 1860,4 ± 1914,2 ng/L và 439,5 ± 674,8 pmol/L. Xét nghiệm CRP-hs tăng ở 88,3% bệnh nhân. Chức năng tâm thu thất trái trung bình LVEF là 58,8 ± 11,3%. Cộng hưởng từ tim được chụp và chẩn đoán viêm cơ tim cấp ở 8 bệnh nhân. Đa số bệnh nhân có bệnh cảnh lâm sàng ổn định, điều trị hỗ trợ nội khoa chủ yếu, tỷ lệ bệnh nhân cần hỗ trợ tuần hoàn và hỗ trợ xâm lấn ở bệnh nhân bệnh cảnh lâm sàng nặng và tỷ lệ ra viện là 96,1%.

Từ khóa: viêm cơ tim cấp.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm cơ tim cấp là tình trạng tổn thương cơ tim cấp tính do nhiều nguyên nhân, trong đó thường gặp nhất là do vi-rút. Mỗi năm trên thế giới có khoảng 1,5 triệu người mắc bệnh viêm cơ tim, tỷ lệ mắc bệnh từ 10 đến 20 trường hợp trên 100 000 người. Trong giai đoạn cấp có thể gây bệnh cảnh nguy kịch như suy tim cấp nặng, rối loạn nhịp nguy hiểm, sốc tim, thậm chí ngừng tuần hoàn dẫn đến tử vong nhanh chóng.

Hiện nay ở Việt Nam việc chẩn đoán xác định viêm cơ tim dựa trên sinh thiết cơ tim hoặc cộng hưởng từ tim còn nhiều hạn chế, chủ yếu chẩn đoán bằng phương pháp loại trừ. Bệnh nhân thường biểu hiện bằng các triệu chứng lâm sàng khác nhau lúc

vào viện, tại các khoa cấp cứu nói chung và các khoa hồi sức cấp cứu tim mạch nói riêng. Tại Đơn vị Hồi sức Cấp cứu Tim mạch – Viện Tim mạch Quốc Gia Việt Nam, chúng tôi đã tiếp nhận và điều trị các bệnh nhân viêm cơ tim cấp với bệnh cảnh lâm sàng và diễn biến đa dạng, từ mức độ nhẹ đến nặng nề như ngừng tuần hoàn, sốc tim. Bài viết nhằm tổng kết và nhìn lại một cách khái quát về viêm cơ tim cấp trong năm 2020 – 2021 tại Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam.

Tình hình viêm cơ tim cấp tại đơn vị hồi sức cấp cứu tim mạch

Địa điểm

Đơn vị hồi sức và cấp cứu tim mạch, Viện Tim mạch Quốc gia Việt Nam. Nghiên cứu 51 bệnh nhân được chẩn đoán viêm cơ tim cấp nhập viện và điều trị.

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân viêm cơ tim cấp

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân

Đặc điểm	Trung bình ± Độ lệch
Tuổi (TB ± SD)	25,6 ± 5,8
Giới nam (n,%)	37 (73%)
Sốt (n,%)	31 (60,8%)
Triệu chứng cúm (n,%)	20 (39,2%)
Đau ngực (n,%)	47 (92,2%)
Khó thở (n,%)	25 (49%)
Nhịp tim (chu kỳ/phút)	94,3 ± 15,6
HA tâm thu (mmHg)	104,6 ± 14,8

Bệnh thường gặp ở nam giới trẻ tuổi, tỷ lệ nam: nữ là 2,7: 1, độ tuổi chủ yếu dưới 30 tuổi. Có 60,8% bệnh nhân có sốt trước khi nhập viện, triệu chứng cúm gặp ở 39,2% bệnh nhân. Triệu chứng xuất hiện đầu tiên thường là đau ngực (92,2%). Nhịp tim trung bình lúc vào là 94,3 ± 15,6 chu kỳ/phút. Huyết áp tâm thu trung bình là 104,6 ± 14,8 mmHg.

Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Bảng 2. Đặc điểm điện tâm đồ các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (TB ± SD)
Nhanh xoang (n,%)	29 (56,9%)
BAVIII (n,%)	1 (2,0%)
Ngoại tâm thu thất (n,%)	8 (15,7%)
Rung nhĩ (n,%)	2 (3,9%)
ST chênh lên (n,%)	19 (37,3%)
Nhịp nhanh thất/Rung thất	6 (11,8%)

Bệnh nhân viêm cơ tim cấp thường nhập viện với các rối loạn nhịp đa dạng bao gồm cả rối loạn nhịp nhanh và rối loạn nhịp chậm. Các rối loạn nhịp nguy hiểm bao gồm BAV III, Nhịp nhanh thất/ Rung thất chiếm 13,8%, đòi hỏi can thiệp cấp cứu ngay lập tức tại thời điểm vào khoa cấp cứu.

Bảng 3. Đặc điểm sinh hóa máu của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (TB ± SD)
Troponin T vào (ng/L)	1860,4 ± 1914,2
NT-proBNP (pmol/L)	439,5 ± 674,8
CK-MB (U/L)	77,1 ± 57,8
CRP-hs tăng (n;%)	45 (88,3%)
D-dimer tăng (n;%)	40 (78,4%)
Ure (mmol/L)	5,1 ± 2,8
Creatinin (µmol/L)	73,0 ± 30,9
AST (U/L)	96,5 ± 83,6
ALT (U/L)	71,6 ± 93,1
Lactat (mmol/L)	2,9 ± 2,8

Các xét nghiệm marker tim tăng thể hiện tình trạng tổn thương cơ tim cấp và tăng áp lực trong các buồng tim. Dấu ấn viêm tăng ở 45 bệnh nhân (chiếm 88,3%). Nồng độ lactat trung bình là 2,9 ± 2,8 mmol/L.

Bảng 4. Kết quả siêu âm tim qua thành ngực của bệnh nhân nghiên cứu

Đặc điểm	Giá trị (TB ± SD)
LVEDd (mm)	46,7 ± 3,9
LVESd (mm)	31,3 ± 4,3
LVEF (%)	58,8 ± 11,3
IVSd (mm)	8,6 ± 1,6
IVSs (mm)	12,1 ± 1,8
LVPWd (mm)	8,7 ± 1,4
LVPWs (mm)	13,4 ± 1,7
ALĐMP trên 40mmHg (n;%)	6 (11,8%)
Dịch màng ngoài tim (n,%)	15 (29,4%)
Giảm vận động các thành cơ tim (n,%)	20 (39,2%)
Rối loạn vận động vùng (n,%)	0 (0%)

Siêu âm tim qua thành ngực tất cả bệnh nhân nghiên cứu ghi nhận các biến đổi đa dạng và không đồng nhất giữa các bệnh nhân, đa số các bệnh nhân có chức năng tim trong giới hạn bình thường. Các tổn thương ghi nhận được giảm vận động đồng đều các thành cơ tim, tràn dịch màng ngoài tim, chức năng tâm thu thất trái giảm và tăng áp lực động mạch phổi ước tính qua phổi hở ba lá.

Bảng 5. Kết quả chụp động mạch vành và cộng hưởng từ tim

Đặc điểm	Giá trị (TB ± SD)	N
Chụp động mạch vành bình thường (n,%)	26 (100%)	26
Chụp cộng hưởng từ tim		
Phù nề thành cơ tim (n;%)	4 (50%)	8
Ngấm thuốc thì muộn (n;%)	5 (62,5%)	8

Tất cả 26 bệnh nhân được chụp động mạch vành đều có kết quả bình thường thể hiện tổn thương cơ tim không do thiếu máu. Cộng hưởng từ chẩn đoán viêm cơ tim ở 8 bệnh nhân với các hình ảnh điển hình của viêm cơ tim như phù nề thành cơ tim hay ngấm thuốc thì muộn dưới ngoại tâm mạc, gặp ở hơn 50% bệnh nhân được khảo sát.

Kết quả điều trị

Bảng 6. Phương pháp điều trị hỗ trợ và các thuốc điều trị

Đặc điểm	Giá trị (n,%)
Điều trị hỗ trợ	
Nội khoa bằng thuốc (n,%)	43 (84,3%)
Hỗ trợ tuần hoàn ECMO (n,%)	5 (9,8%)
Lọc máu liên tục (n,%)	8 (16,7%)
Máy tạo nhịp tạm thời (n,%)	6 (11,8%)
Thở máy (n,%)	6 (11,8%)
Thuốc điều trị	
Kháng sinh (n,%)	44 (86,3%)
Corticoid (n,%)	45 (88,2%)
ACEI/ARB (n,%)	31 (60,8%)
Chẹn beta giao cảm (n,%)	35 (68,6%)
Vitamin B1 (n,%)	41 (80,4%)
Kết quả điều trị	
Ra viện (n,%)	49 (96,1%)

Bệnh nhân đa số được điều trị bằng nội khoa. Các trường hợp nặng như sốc tim, ngừng tuần hoàn cấp cứu thành công hay các rối loạn nhịp nguy hiểm cần hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể (VA-ECMO) có 5 bệnh nhân (9,8%). Các phương pháp điều trị hỗ trợ khác như lọc máu liên tục, đặt máy tạo nhịp tạm thời hoặc thở máy chiếm dưới 20%. Thuốc được sử dụng điều trị chủ yếu bao gồm kháng sinh, corticoid và các thuốc điều trị suy tim như ACEI/ARB, chẹn beta giao cảm được sử dụng ở trên 80% bệnh nhân được điều trị tại khoa.

Bàn luận

Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu

Nghiên cứu của chúng tôi được tiến hành đơn

trung tâm nhằm mô tả viêm cơ tim cấp được điều trị tại Viện Tim mạch Việt Nam. Viêm cơ tim có thể gặp ở mọi lứa tuổi nhưng thường ở nhóm nam giới, trẻ tuổi, có thể do sự khác biệt về hóc-môn giới tính và ái lực với tác nhân gây bệnh nhưng giả thuyết này còn nhiều tranh cãi. Các tiền triệu khởi phát bệnh có thể gặp ở trên 50% bệnh nhân nhập viện. Triệu chứng chủ yếu khởi phát làm bệnh nhân phải nhập viện trong vòng 48h đầu, không đặc hiệu, có thể giống hội chứng vành cấp hoặc suy tim cấp. Trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần bệnh nhân có biểu hiện giống hội chứng vành cấp (đau ngực 92,2%; điện tâm đồ ST chênh lên 37,3%), sốc tim gặp ở 19,4%. Một số nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm cơ tim do COVID-19 dao động từ 0,5% đến 6%, nhưng theo thống kê của hội tim mạch Hoa Kỳ năm 2020 thì tỷ lệ bệnh nhân viêm cơ tim ở những bệnh nhân nhập viện do COVID-19 là dưới 1%. Viêm cơ tim do vi-rút cúm có biểu hiện lâm sàng tương tự như các vi-rút khác như coxsackie, adenovirus, HPV và là nguyên nhân biến chứng đứng thứ hai gây tử vong sau suy hô hấp. Có nhiều điểm tương đồng giữa bệnh nhân nhiễm cúm và COVID-19, đường lây truyền, yếu tố nguy cơ, mức độ triệu chứng thay đổi. Tuy nhiên viêm cơ tim do vi-rút cúm liên quan chủ yếu đến tình trạng xâm nhập trực tiếp của vi-rút vào cơ tim còn trong COVID-19 cơn bão cytokin chiếm vai trò chủ đạo.

Đặc điểm cận lâm sàng ở bệnh nhân nghiên cứu

Biến đổi điện tim thường gặp nhất là nhịp nhanh xoang (56,9%) và ST chênh lên (37,3%). Nghiên cứu của Chen và cộng sự (2020), biến đổi điện tâm đồ thường gặp nhất là bất thường sóng T với ST chênh lên (44,2%), sau đó là nhịp nhanh xoang (26,3%), ngoại tâm thu thất (8,4%), nhanh thất/block nhĩ thất hoàn toàn gặp ở 8% bệnh nhân, trong đó các yếu tố liên quan đến tình trạng nặng của bệnh bao gồm nhịp nhanh xoang, nhanh thất và block nhĩ thất cao độ. Tổn thương cơ tim được đánh giá thông qua các dấu ấn sinh học bao gồm CK, CK-MB, troponin T, NT-proBNP. Nồng độ troponin T trung bình của bệnh nhân trong nghiên cứu là 1860,4 ± 1914,2 ng/L, không có sự khác biệt giữa nam và nữ (p >0,05). Troponin T là chỉ số có giá trị trong chẩn đoán tình trạng tổn thương cơ tim với độ nhạy và độ đặc hiệu cao. Nghiên cứu của Patriki và cộng sự cho kết quả nồng độ troponin T trung bình ở nam (597 ± 753 ng/L) và ở nữ (255 ± 436 ng/L) là không có sự khác biệt, nồng độ CK ở nam (364 ± 286 U/L) cao hơn so với ở nữ (147 ± 148 U/L) với p < 0,05. Giá trị trung bình NT-proBNP của bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi là 439,5 ± 674,8 pmol/L, thấp hơn ở giới nam so với nữ với p = 0,004. Tình trạng đáp ứng viêm hệ thống được đánh giá qua chỉ số CRP-hs có liên quan chặt chẽ tới đáp ứng viêm hệ thống và các bệnh lý tim mạch. Giá trị trung bình của CRP-hs trong nghiên cứu của Schwuchow-Thonke và cộng sự (2021) là 5,4mg/dL, và với ngưỡng ≥ 8,15 mg/dL thì CRP-hs là một yếu tố độc lập liên quan đến tình trạng viêm cơ tim (p = 0,012) cùng với troponin I (p = 0,017) (không có sự liên quan với tăng nồng độ NT-proBNP). Chức năng tâm thu thất trái LVEF trung bình là 58,8 ± 11,3%. Kích thước buồng thất trái trong giới hạn bình thường, LVEDd là 46,7 ± 3,9mm và LVEDs là 31,3 ± 4,3mm. Trong nghiên cứu của Inaba và cộng sự (2017), chức năng tâm thu thất trái LVEF% trung bình ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp là 49 ± 16%, kích thước các buồng tim LVEDd (49 ± 1,1mm) và LVEDs (37 ± 1,1mm) không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Nghiên cứu của Zuo và cộng sự (2020), buồng thất trái trong giới hạn bình thường ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp lúc nhập viện (LVEDd 45,3 ± 4,7mm; LVEDs 34,9 ± 5,3mm), có tình trạng dày thành buồng tim (IVSd 10,7 ± 1,9mm; IVSs 13,3 ± 1,8mm; LVPWd 10,3 ± 2,1; LVPWs 12,7 ± 1,9mm) và không có sự thay đổi có ý nghĩa lúc ra viện.

Đặc điểm điều trị viêm cơ tim cấp

Điều trị ở bệnh nhân viêm cơ tim cấp dựa vào đặc điểm bệnh cảnh lúc nhập viện của bệnh nhân bao gồm tình trạng suy tim cấp, sốc tim, rối loạn nhịp tim từ nhẹ đến nguy hiểm và các điều trị đặc hiệu, hỗ trợ dựa trên định hướng nguyên nhân và mức độ biểu hiện triệu chứng của bệnh nhân. Theo số liệu các bệnh nhân điều trị tại đơn vị của chúng tôi đa số được điều trị nội khoa hỗ trợ. Các thuốc điều trị được sử dụng chủ yếu là kháng sinh, corticoid và các nhóm thuốc điều trị suy tim. Một số báo cáo trên thế giới về các trường hợp viêm cơ tim gây ra do nhiễm khuẩn và điều trị kháng sinh được thống kê nhưng chưa đánh giá được hiệu quả thật sự là do tình trạng kiểm soát nhiễm khuẩn hay quá trình tự hồi phục tự nhiên của các trường hợp bệnh diễn biến nhẹ và không có dấu hiệu lâm sàng như trong nhiễm vi-rút. Viêm cơ tim cấp do nhiễm Coxiella burnetii đã được báo cáo trong nghiên cứu của Fournier và cộng sự, tất cả bệnh nhân điều trị với kháng sinh doxycyclin ít nhất 14 ngày và cho kết quả 62,5% bệnh nhân khỏi bệnh và hồi phục hoàn toàn. Vogiatzis và Murcia cũng đã báo cáo các ca bệnh tương tự, các bệnh nhân được điều trị bằng doxycyclin và đều cho kết quả tốt. Hoefer và cộng sự, Walder cũng đã báo cáo các trường hợp viêm cơ tim do Chlamydia với biểu hiện suy tim cấp được điều trị bằng kháng sinh erythromycin và kết quả chức năng tim hồi phục bình thường. Paz và Potasman báo cáo các trường hợp viêm cơ tim do Mycoplasma pneumonia đáp ứng tốt với điều trị bằng erythromicin và doxycyclin, các trường hợp đều hồi phục về lâm sàng và chức năng tim trở về bình thường. Kháng sinh nhóm macrolide cũng có thể được sử dụng, không phải vì tác dụng lên nguyên nhân gây bệnh mà thông qua cơ chế ức chế phức hợp metalloproteinases (MMPs) cũng đã được nghiên cứu nhưng chưa cho thấy hiệu quả rõ ràng.

Các biện pháp hỗ trợ tuần hoàn ngoài cơ thể là cần thiết khi các biện pháp hồi sức nội khoa không đáp ứng. Chỉ định VA-ECMO ở những bệnh nhân viêm cơ tim cấp có biến chứng ngừng tuần hoàn, rối loạn nhịp nguy hiểm hoặc sốc tim không cải thiện với các thuốc vận mạch. Nghiên cứu của Carroll (2015) có 57 trường hợp (46%) bệnh nhân được ECMO có ngừng tuần hoàn, trong đó rối loạn nhịp nguy hiểm xuất hiện ở 49% bệnh nhân, có 39% bệnh nhân sống sót và được xuất viện. Tỷ lệ sống còn cao hơn ở những bệnh nhân trẻ tuổi, không có bệnh thận mạn tính và nồng độ lactat lúc vào thấp hơn. Nghiên cứu của Inaba cho thấy tỷ lệ sống còn của bệnh nhân được ECMO là 59%, phân tích gộp của Cheng cho thấy tỷ lệ sống còn của bệnh nhân viêm cơ tim cấp sau ECMO là từ 60% đến 87,5%. Các điều trị hỗ trợ khác bao gồm lọc máu liên tục, đặt máy tạo nhịp tạm thời ở những bệnh nhân có rối loạn nhịp như BAV III và hỗ trợ thông khí xâm nhập kịp thời giúp giảm thiểu tỷ lệ tử vong và cải thiện tiên lượng điều trị cho bệnh nhân.

Bệnh án minh họa

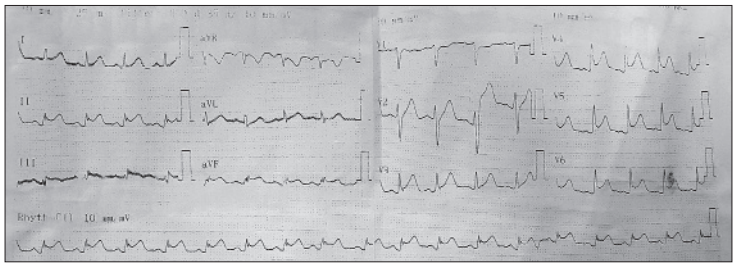
Bệnh nhân nam 22 tuổi, tiền sử khỏe mạnh, không có bệnh lý tim mạch hoặc sử dụng thuốc trước nhập viện. Bệnh nhân vào viện trong tình trạng đau ngực ngày thứ 2, sốt cao từng cơn 38 đến 38,5 độ C kèm rét run, khó thở NYHA II, nhịp tim 110 chu kì/phút, huyết áp 120/80 mmHg, không có tiếng cọ màng ngoài tim.

Xét nghiệm lúc vào viện thể hiện tình trạng hủy hoại cơ tim và tăng áp lực buồng tim với troponin T-hs tăng cao 1526 ng/L, NT-proBNP 324,7; tăng nhẹ men AST/ALT là 102/76 U/L, CRP-hs tăng nhẹ 1,3 mg/dl, xét nghiệm vi sinh test cúm A, B và PCR-SARS-CoV-2 âm tính. Các xét nghiệm bệnh lý hệ thống kháng thể kháng nhân anti-ANA âm tính.

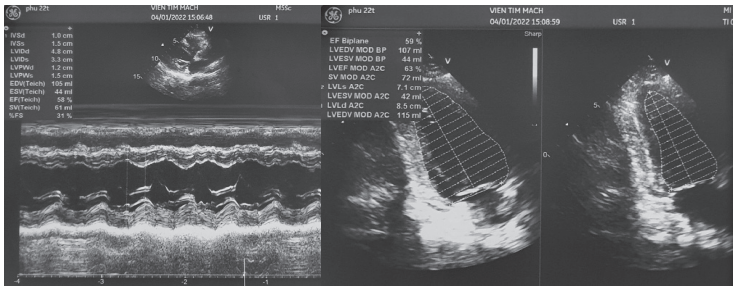
Bệnh nhân được chụp cộng hưởng từ tim vào ngày thứ 3 sau khởi phát triệu chứng, được chẩn đoán viêm cơ tim cấp với các hình ảnh điển hình

phù cơ tim lan tỏa, hình ảnh ngấm thuốc muộn dạng dải vị trí giữa và dưới ngoại tâm mạc, không có dịch màng ngoài tim và không có hình ảnh khiếm khuyết tưới máu cơ tim (Hình 3).

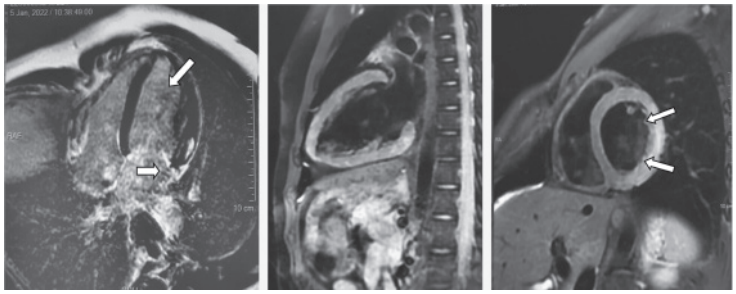
Bệnh nhân trên là một trong những trường hợp điển hình đã được chẩn đoán viêm cơ tim cấp mức độ nhẹ, không rối loạn huyết động được điều trị tại khoa hồi sức cấp cứu tim mạch của chúng tôi. Bệnh nhân được điều trị ổn định, ra viện sau 1 tuần và tiếp tục được theo dõi định kỳ.



Hình 1. Điện tâm đồ với hình ảnh nhịp nhanh xoang và ST chênh lên lan tỏa nhiều chuyển đạo



Hình 2. Hình ảnh siêu âm tim qua thành ngực



Hình 3. Cộng hưởng từ tim với hình ảnh phù nề cơ tim và ngấm thuốc muộn dưới ngoại tâm mạc

KẾT LUẬN

Qua tổng hết các trường hợp viêm cơ tim cấp năm 2020 – 2021 tại Khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực tim mạch, Viện Tim mạch Việt Nam, Bệnh viện Bạch Mai, chúng tôi nhận thấy:

1. Viêm cơ tim cấp là bệnh lý hay gặp ở nam giới trẻ tuổi. Tiền triệu thường gặp giống triệu chứng cúm. Đau ngực là triệu chứng khởi phát thường gặp nhất. Các triệu chứng suy tim trên lâm sàng gặp ở 1/3 bệnh nhân.

2. Biến đổi điện tim thường gặp nhất là nhịp nhanh xoang và thay đổi ST-T. Xét nghiệm men tim Troponin T, nồng độ NT-proBNP tăng cao. Siêu âm tim ở bệnh nhân đa số có chức năng thất trái bảo

tồn, dày nhẹ các thành cơ tim, các bất thường đa dạng và không đồng nhất như tràn dịch màng ngoài tim, giảm vận động đồng đều các thành tim, tăng áp lực động mạch phổi. 3. Chụp động mạch vành cho kết quả bình thường.

4. Cộng hưởng từ tim cho thấy là một công cụ hiệu quả trong chẩn đoán viêm cơ tim cấp với các đặc điểm nổi bật như phù nề thành cơ tim, ngấm thuốc thì muộn.

5. Phần lớn bệnh nhân nhập viện cấp cứu được điều trị nội khoa thành công bằng thuốc. Bệnh nhân nặng cần hỗ trợ tuần hoàn cơ học, lọc máu liên tục hoặc các điều trị xâm lấn khác chiếm tỷ lệ khoảng 10%.

ABSTRACT

Acute Myocarditis in Department for Acute CardioVascular Care, Viet Nam Heart Institute, Bach Mai Hospital in 2020 – 2021

Objectives and methods: Acute myocarditis is an acute myocardial injury due to various causes and clinical symptoms, which are non-specific. Current diagnosis is based on medical history, clinical signs and symptoms, electrocardiogram, echocardiography, hematological and biochemical tests, biomarkers (most importantly cardiac troponin), Cardiac magnetic resonance imaging with some patients. Regarding treatment, mainly symptomatic treatment, treatment of complications and supportive hemodynamic and respiratory status of the patient... We reviewed the patient's medical records, commented on clinical and subclinical symptoms. Clinically, treating over 51 patients diagnosed with acute myocarditis, admitted to the Department for Acute CardioVascular Care, Viet Nam Heart Institute, Bach Mai Hospital in 2 years from 2020 – 2021 to draw experience in the diagnosis and treatment of patients with acute myocarditis.

Result and conclusions: The clinical manifestations were often nonspecific and mimicked acute coronary syndrome or acute heart failure. It was more common in young men (73%), 92,2% patients presented with chest pain. Specific abnormal signs of heart failure such as hepatomegaly, edema, jugular vein distensionwere less prevalent. Sinus tachycardia (56,9%) and ST elevation (37,3%) were the most common signs on electrocardiography. Troponin T was high (1860,4 ± 1914,2 ng/L) and had no sex differences. All patients had coronary angiography were normal (100%) and cardiac MRI with acute myocarditis diagnosed in 8 patients.

Keywords: acute myocarditis.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Caforio ALP, Pankuweit S, et al. Current state of knowledge on aetiology, diagnosis, management, and therapy of myocarditis: a position statement of the European Society of Cardiology Working Group on Myocardial and Pericardial Diseases. *Eur Heart J*. 2013; 34(33):2636-48.

2. Cooper Jr. LT, Keren A, Sliwa K. The Global Burden of Myocarditis: Part 1: A Systematic Literature Review for the Global Burden of Diseases, Injuries, and Risk Factors. *Global Heart*. 2014;9(1):121.

3. Rodriguez-Gonzalez M, Sanchez-Codez MI, Lubian-Gutierrez M, Castellano-Martinez A. Clinical presentation and early predictors for poor outcomes in pediatric myocarditis: A retrospective study. *World Journal of Clinical Cases*. 2019;7(5):548-561.