

CHƯƠNG I

TIM MẠCH

THẤP TIM

Mục tiêu

1. Nắm được các dấu chứng lâm sàng và cận lâm sàng của thấp tim.
2. Vận dụng để chẩn đoán và điều trị thấp tim.
3. Nắm được tầm quan trọng của phòng thấp sơ cấp và thứ cấp.

Nội dung

I. ĐẠI CƯƠNG

1. *Thấp tim*: là một bệnh viêm nhiễm toàn thể, biểu hiện ở nhiều cơ quan mà chủ yếu là ở khớp và tim, bệnh có những đặc điểm sau:

- Là hậu quả chậm của viêm đường hô hấp trên do liên cầu tan huyết nhóm A.
- Xuất hiện thành từng đợt cách nhau hàng tháng, hàng năm có khi cả chục năm.
- Cơ chế sinh bệnh nghiêng về tự miễn.
- Thương tổn van tim có thể mãn tính, tiến triển đưa đến suy tim.
- Phòng bệnh thường hiệu quả.

2. Dịch tễ học

- Tuổi trẻ: 5 -15 tuổi.
- Mùa lạnh ẩm làm dễ viêm họng.
- Sinh hoạt vật chất: bệnh thường gặp ở các nước chậm phát triển, có điều kiện sống

thấp.

- Bệnh xảy ra sau viêm họng do liên cầu, hoặc nhiễm liên cầu nhưng không có triệu chứng, bệnh dễ tái phát nhất là ở bệnh nhân thấp tim cũ.

II. BỆNH NGUYÊN, CƠ CHẾ SINH BỆNH

1. Bệnh nguyên

Liên cầu tan huyết nhóm A là vi trùng gây bệnh do hiện tượng quá mẫn sau nhiễm liên cầu. Nếu căn cứ vào phân loại theo Protein M thì có khoảng 60 type khác nhau, liên cầu gây viêm họng thuộc type 1, 2, 4, 12. Tỷ lệ mắc bệnh khoảng 30%.

2. Cơ chế sinh bệnh

- Chưa rõ, nghiêng về tự miễn. Có sự tương tự giữa kháng nguyên của liên cầu và kháng nguyên tim (mang kháng thể chống liên cầu và tim, protein M, kháng nguyên glycoprotein đặc biệt giống protein của van tim).

- Kháng thể (KT) đặc hiệu: Kháng thể chống tim, chống tế bào não, KT chống Glycoprotein, Antistreptolysin O. Các kháng thể này tăng từ tuần thứ 1 đến tuần thứ 4 của bệnh.

- Cơ địa di truyền: Dễ mắc bệnh, có nguy cơ tái phát kéo dài suốt đời.

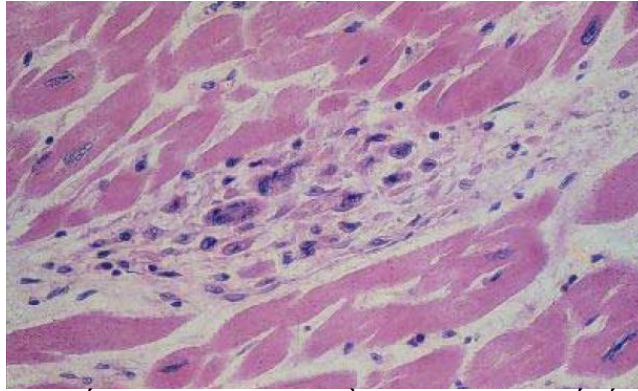
III. GIẢI PHẪU BỆNH

Thương tổn tiến triển

1. *Giai đoạn đầu*: Gây phù mô liên kết, thâm nhiễm tế bào thoái hóa dạng fibrin, có thể hoại tử (cơ tim).

2. *Giai đoạn sau*

- Có hạt Aschoff nằm gần mạch máu, hạt này được cấu tạo:



Hạt Aschoff trong cơ tim: Tế bào cơ tim lớn, nhiều nhân, có một số tế bào có nhiều hạt nhân

+ Trung tâm là một vùng hoại tử dạng fibrin, sau đó đến một vùng tế bào dạng biểu mô với những tế bào không lồ nhiều nhân ngoài cùng là tế bào đa dạng nhất là lympho và tương bào.
+ Những nốt này tồn tại nhất là màng trong tim gây ra các nốt sẹo ở van tim và cột cơ của van tim.

- Thương tổn ở tim: có thể cả 3 lớp cấu tạo tim và mô liên kết.
- Màng trong tim: Thương tổn van hai lá 40%. Van 2 lá kết hợp van động mạch chủ 40%. Van động mạch chủ đơn thuần 10-15%. Van dày xơ cứng cuộn lại gây hở, van dính các mép lại gây hẹp.
- Cơ tim: Giãn các sợi cơ tim, viêm xơ, thâm nhiễm tế bào đa nhân dạng Aschoff.
- Màng ngoài tim: Tổn thương có hình thái sợi không đặc hiệu hay phản ứng viêm dạng fibrin và thường có dịch màu vàng khoảng 50-200ml, có khi màu đỏ, đục.
- Tổn thương mô liên kết: Viêm thoái hóa dạng fibrin.
- + Tổn thương khớp: tiết dịch fibrin, vô trùng, không ăn mòn mặt khớp.
- + Thương tổn não: Gặp ở thể vân gây múa giật.
- + Thương tổn da: là các hạt Meynet còn gọi là hạt Aschoff ngoài da.

IV. TRIỆU CHỨNG HỌC

1. Lâm sàng: Thay đổi nhiều tùy cơ quan bị tổn thương và độ trầm trọng.

1.1. Khởi phát

- Sốt cao đột ngột đầu nhiễm độc nếu biểu hiện viêm khớp là chính.
- Sốt từ từ, sốt nhẹ không rõ nếu viêm tim là chính.

1.2. Khớp: Điển hình là viêm các khớp lớn là chính với sưng - nóng - đỏ - đau hạn chế cử động, di chuyển hồi phục nhanh chóng trong vòng 2 - 3 tuần, nhất là khi có điều trị, khởi hoàn toàn không để lại di chứng ở khớp, các khớp thường gặp là: khớp vai, khớp gối, khuỷu, cổ tay, cổ chân, có khi không viêm khớp điển hình, một số trường hợp không có biểu hiện ở khớp.

1.3. Tim: Viêm tim là biểu hiện nặng nhất của thấp tim, là biểu hiện duy nhất có để lại thương tổn quan trọng vĩnh viễn và gây tử vong. Có thể gây viêm cả 3 lớp cấu tạo của tim:

- Viêm màng ngoài tim
- + Đau vùng trước tim.
- + Có khi nghe được tiếng cọ màng ngoài tim.
 - Viêm cơ tim
- + Tiếng tim mờ
- + Suy tim: nhịp tim nhanh, tiếng ngựa phi, ngoại tâm thu, cũng có khi nhịp tim rất chậm, loạn nhịp. Bloc nhĩ thất các cấp.
- Viêm màng trong tim: Hay gặp là các tiếng thổi tâm thu ở mỏm do hở van 2 lá và hoặc tiếng thổi tâm trương ở đáy tim do hở van ĐMC.

1.4. Những biểu hiện khác

- Thần kinh:

+ Múa giật: là những cử động không tự ý, nhanh biên độ lớn ở chi, cổ, mặt. Trương lực cơ giảm, xuất hiện muộn và thường gặp ở nữ.

+ Viêm não và viêm dây thần kinh cũng có thể gặp.

- Ngoài da

+ Nốt dưới da (hạt Meynet) đường kính vài milimét đến 1cm thường thấy ở mặt dưới của các khớp lớn, mật độ chắc, không đau, dấu hiệu viêm thường xuất hiện muộn.



Hình ảnh hạt dưới da (hình 1) và ban đỏ vòng (hình 2, 3)

+ Ban đỏ vòng: vòng cung không thâm nhiễm, thay đổi nhanh, gặp ở thân và gốc chi.

- Thận: Viêm thận từng ô: có protein niệu nhẹ, huyết niệu vi thể. Cũng có khi gặp viêm cầu thận cấp lan tỏa.

- Phổi và màng phổi: Tràn dịch màng phổi, phù phổi xung huyết một hay hai bên.

- Bụng: Đau bụng có khi nhầm với ruột thừa viêm.

2. Cận lâm sàng

2.1. Biểu hiện phản ứng viêm cấp trong máu

- VS tăng cao thường >100 mm trong giờ đầu.

- Bạch cầu tăng 10.000 - 15.000/mm³ chủ yếu đa nhân trung tính.

- Fibrinogen tăng: 6 - 8 g/l; Tăng (alpha 2 và gamma Globulin).

- C-reactive Protein (CRP) dương tính.

2.2. Biểu hiện nhiễm liên cầu

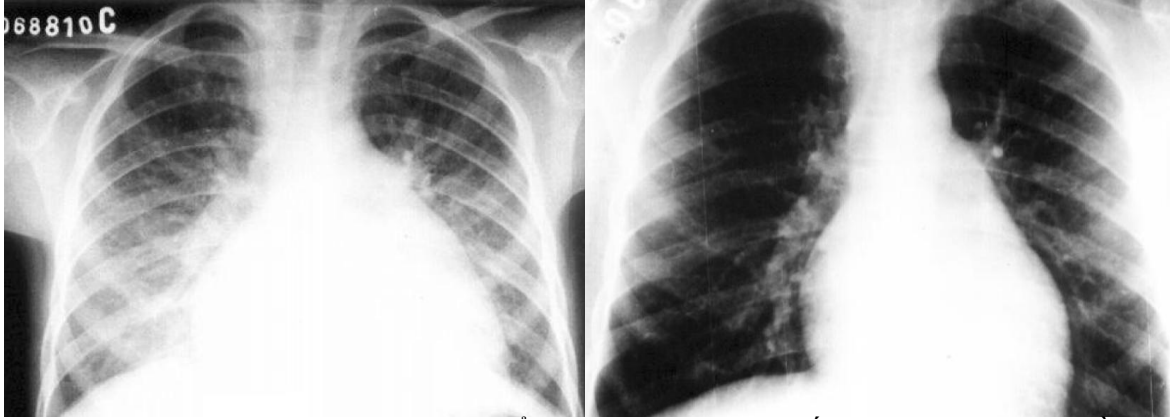
- Cây dịch họng tìm liên cầu: Thường dương tính, ngoài đợt viêm chỉ 10 % dương tính.

- Kháng thể kháng liên cầu tăng trong máu > 500 đơn vị Todd/ml.

- Antistreptokinase tăng gấp 6 lần bình thường.

2.3. Điện tim: Rối loạn dẫn truyền nhĩ thất, PR kéo dài. Có các rối loạn nhịp: Ngoại tâm thu, bloc nhĩ thất các cấp.

2.4. X quang: Bóng tim có thể bình thường hoặc lớn hơn bình thường, nếu viêm cơ tim thấy dấu ứ trệ tuần hoàn phổi, bóng tim lớn.



Hình ảnh XQ tim của bệnh nhân 8 tuổi bị viêm cơ tim do thấp tim (trước và sau điều trị)

V. TIẾN TRIỂN VÀ BIẾN CHỨNG

1. *Thể thông thường*: Lâm sàng cải thiện rất nhanh.

- Triệu chứng khớp giảm sau 24-48h, PR còn kéo dài sau vài ngày, VS còn tăng sau 2-3 tuần.

- Tất cả các triệu chứng thường mất sau 2 tháng.

2. *Thể nặng*

- Thấp tim ác tính

+ Gặp trẻ nhỏ < 7 tuổi.

+ Viêm tim toàn bộ đặc biệt là viêm cơ tim cấp hoặc não, thận, phổi.

+ Sốt kín đáo, đau khớp ít.

+ Điều trị ít kết quả.

- Thể tiến triển

+ Tiến triển chậm hơn.

+ Có sự nối tiếp các đợt cấp và đợt lui bệnh.

+ Luôn bị di chứng trầm trọng ở tim (van tim).

3. *Thể di chứng*: Thường ở màng trong tim:

- Van hai lá: Tổn thương nhiều nhất gây hở hẹp van 2 lá sau 2 năm.

- Van động mạch chủ: Hẹp hở van động mạch chủ, hở ĐMC đơn thuần còn hẹp thì hiếm.

- Van 3 lá: rất hiếm gặp, thường kết hợp với các van khác.

4. *Viêm màng trong tim nhiễm khuẩn*: biến chứng nặng, Osler hay gặp ở hở các van hơn là hẹp.

5. *Tái phát*: Hay gặp ở bệnh nhân không dự phòng thấp tim tốt.

VI. CHẨN ĐOÁN

1. *Chẩn đoán xác định*: Khó khăn trong đợt thấp đầu tiên, dựa vào các tiêu chuẩn của Jones.

1.1. Tiêu chuẩn chính

- Viêm tim.
- Ban vòng.
- Viêm khớp.
- Nốt dưới da.
- Múa giật.

1.2. Tiêu chuẩn phụ

- Sốt
- Đau khớp
- PR kéo dài
- VS tăng, bạch cầu tăng, C Reative Protein-CRP (+)
- Tiền sử thấp hay bị bệnh tim sau nhiễm liên cầu.

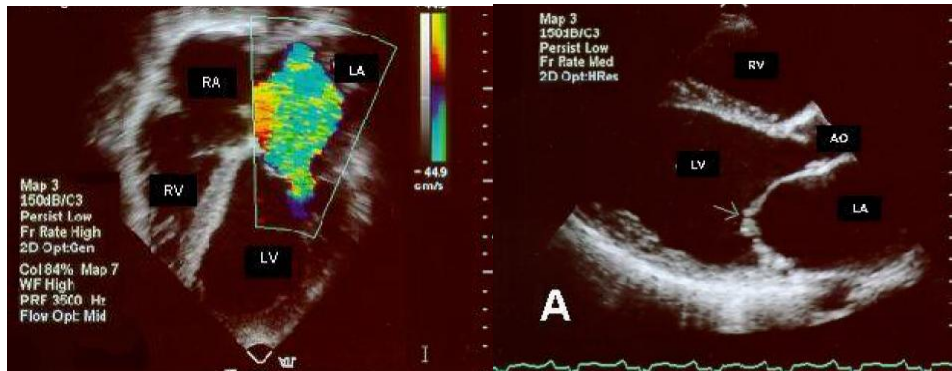
1.3. Tiêu chuẩn mới bị nhiễm liên cầu

- Tăng dần nồng độ kháng thể kháng liên cầu.
- Vừa bị bệnh tinh hồng nhiệt (Scarlatine).

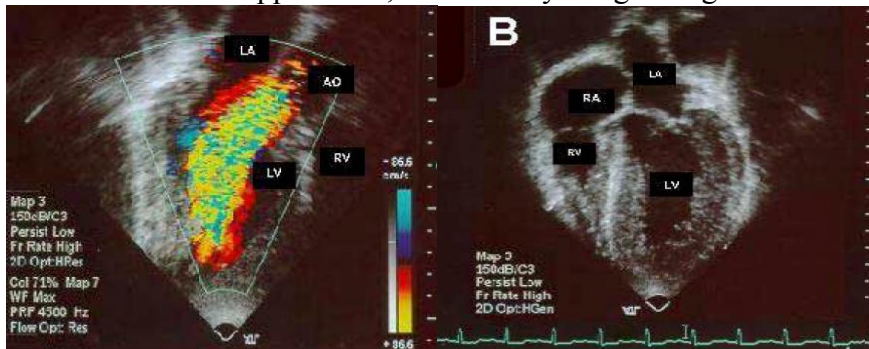
Khi chẩn đoán thấp tim phải có 2 tiêu chuẩn chính, hoặc 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ và mới bị nhiễm liên cầu.

1.4. Siêu âm Doppler tim

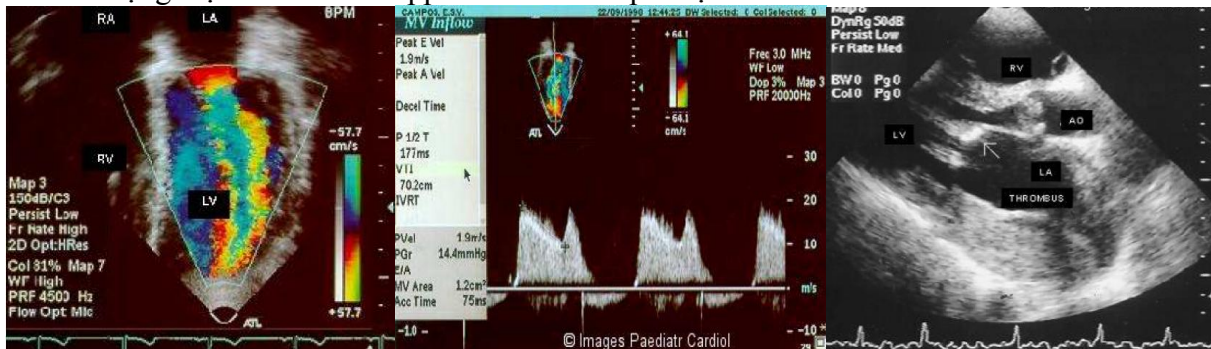
- Siêu âm 2 bình diện và M-Mode có thể thấy tràn dịch màng tim, các biến đổi các van tim, mức độ rối loạn chức năng tim và tăng áp phổi.
- Siêu âm Doppler và Doppler màu: Phát hiện hở van 2 lá, van ĐMC, cho phép đánh giá mức độ hở.



Hở van 2 lá trên Doppler màu, van 2 lá dày đóng không khít trên 2D



Hở van động mạch chủ trên Doppler màu 2D và phì đại thất trái trên siêu âm 2D



Hẹp van 2 lá trên Doppler màu 2D, trên Doppler liên tục (đo diện tích van 2 lá-MVA=1,2cm²) và hẹp van 2 lá trên siêu âm 2D

2. Chẩn đoán phân biệt

- Viêm đa khớp dạng thấp: Viêm nhiều khớp nhỏ, biến dạng khớp, teo cơ, cứng khớp buổi sáng, tiến triển kéo dài.
- Viêm khớp do lậu cầu: Viêm thường một khớp, thường khớp gối, dịch khớp có vi khuẩn.
- Lao khớp: Thường trên cơ thể suy kiệt, sốt dai dẳng, thường sau lao phổi, khớp thường gặp: khớp háng, cột sống lưng.
- Lupus ban đỏ: Ban hình cánh bướm ngoài da, biến đổi màu da, đau nhiều khớp, thương tổn thận nặng, tổn thương màng phổi, bụng và nhiều cơ quan.

2.5. Viêm màng ngoài tim, cơ tim do virus: Bệnh tiến triển rầm rộ, cấp tính, sốt cao, cọ màng ngoài tim, rối loạn nhịp tim, rối loạn dẫn truyền đặc biệt là block nhĩ thất hoàn toàn, có thể tử vong, đối với thể thông thường thường khỏi hoàn toàn không để lại di chứng.

VII. TIÊN LƯỢNG: Phụ thuộc vào tổn thương tim.

- Nếu không tổn thương tim trong đợt đầu hoặc viêm tim nhưng tim không to, chẩn đoán và điều trị sớm, dự phòng đầy đủ, không tái phát thì tiên lượng tốt, 90% phòng được biến chứng tim.

- Nếu tổn thương tim đợt đầu không dự phòng đầy đủ theo phác đồ thì tiên lượng xấu đi nhiều.

- Theo Fridberg và Jones: 10 - 20% bệnh sau đợt thấp tim đầu sẽ trở thành trẻ tàn phế. Tử vong sau 2 - 6 năm.

- Số còn lại sống đến tuổi trưởng thành:

- 65% bệnh nhân sinh hoạt bình thường.

- 25 % sống sức khỏe giảm sút nhiều và là gánh nặng cho gia đình và xã hội.

VIII. KẾT LUẬN

- Là bệnh gặp ở người trẻ, nguyên nhân do liên cầu.

- Bệnh cảnh đa dạng.

- Chẩn đoán ban đầu khó, khi chẩn đoán được thì tim đã bị tổn thương.

- Diễn biến khó lường, dự phòng suốt đời nói lên tầm quan trọng của thấp tim tác động lên tim đặc biệt là buồng tim trái.