

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP ĐIỀU TRỊ BỆNH CƠ TIM TAKOTSUBO TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Trần Văn Công Thắng¹, Lê Thanh Liêm¹

TÓM TẮT

Bệnh cơ tim Takotsubo được đặc trưng bởi sự rối loạn vận động vùng tạm thời của thất trái giống như nhồi máu cơ tim cấp nhưng các men tim chỉ tăng nhẹ. Không có bằng chứng của sự tắc nghẽn động mạch vành hoặc nứt vỡ mảng vữa xơ cấp tính. Tỷ lệ mắc bệnh chiếm 1- 2% các bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp.

Chúng tôi báo cáo một trường hợp lâm sàng được điều trị tại khoa Can thiệp tim mạch – Bệnh viện quân y 175. Bệnh nhân nữ, 68 tuổi, vào viện vì lý do đau ngực trái ngày thứ 1, điện tâm đồ (ECG) biến đổi sóng T dạng 2 pha ở V2-V4, xét nghiệm men tim tăng nhẹ. Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Wellen type A, điều trị theo phác đồ hội chứng vành cấp. Kết quả chụp động mạch vành (ĐMV) vừa xơ gây hẹp 30% đoạn RCA1, siêu âm tim phát hiện phình mỏm tim. Những đặc điểm này có thể kết luận là bệnh cơ tim Takotsubo.

Từ khoá: bệnh cơ tim do stress, phình mỏm tim, hội chứng vành cấp.

CASE OF TAKOTSUBO CARDIOMYOPATHY WAS TREATED AT MILITARY HOSPITAL 175

SUMMARY

Takotsubo cardiomyopathy is characterized by transient regional systolic dysfunction of the left ventricle mimicking acute myocardial infarction but with only minimal release of cardiac enzymes. There is a paucity of angiographic evidence of obstructive coronary artery disease or acute plaque rupture. The incidence makes up for 1 to 2% of patients suspected of having acute coronary syndrome.

¹ Bệnh viện Quân y 175

Người phản hồi (Corresponding): Trần Văn Công Thắng (rdthang128@gmail.com)

Ngày nhận bài: 24/01/2022, ngày phản biện: 10/6/2022

Ngày bài báo được đăng: 30/9/2022

We report a clinical case who was treated at Cardiovascular interventional department of Military hospital 175. The patient was female, 68 years old, and admitted because of chest pain on the first day, electrocardiography changed with biphasic T wave in V2–V4, cardiac enzymes were mild increased. This patient was diagnosed with Wellen syndrome type A and managed to the acute coronary syndrome regimen. The results of angiography showed atherosclerosis caused 30% stenosis of the RCA1 segment, echocardiography detected apical aneurysm. These features can be concluded as Takotsubo cardiomyopathy.

Key words: stress-induced cardiomyopathy, apical aneurysm, acute coronary syndrome

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Bệnh cơ tim Takotsubo, còn được gọi là hội chứng Gebrochenes-Herz, hội chứng phình mỏm tim thoáng qua, bệnh cơ tim phình mỏm, hay bệnh cơ tim do stress, là một dạng bệnh cơ tim không do thiếu máu. Bệnh được đặc trưng bởi sự rối loạn vận động vùng tạm thời giống như nhồi máu cơ tim cấp nhưng các men tim chỉ tăng nhẹ. Và không có bằng chứng của sự tắc nghẽn động mạch vành hoặc nứt vỡ mảng xơ vữa cấp tính (1). Trong hầu hết các trường hợp, mức độ rối loạn vận động vùng thường mở rộng hơn so với khu vực tưới máu của một động mạch vành. Thuật ngữ Takotsubo bắt nguồn từ Nhật Bản, có nghĩa là cái bẫy bạch tuộc. Vì nó có hình dạng giống với thất trái thì tâm thu khi xuất hiện phình mỏm.

Bệnh Takotsubo được Sato báo cáo lần đầu với 5 bệnh nhân tại Nhật Bản năm 1990. Bệnh có đặc điểm và triệu chứng lâm sàng giống với hội chứng vành cấp,

thường khởi phát sau những căng thẳng về cảm xúc hoặc thực thể. Trong mô tả bệnh Takotsubo cổ điển, đặc điểm đặc trưng là phình tạm thời vùng mỏm tim. Tuy nhiên, những dữ liệu gần đây cho thấy đặc điểm trên có thể xuất hiện cả ở vùng nền và vùng giữa thất trái với nguyên nhân chủ yếu do hoạt động quá mức của catecholamin (2). Mặc dù bệnh Takotsubo có biểu hiện cấp tính giống như hội chứng vành cấp, nhưng tiên lượng lâu dài thường tốt hơn.

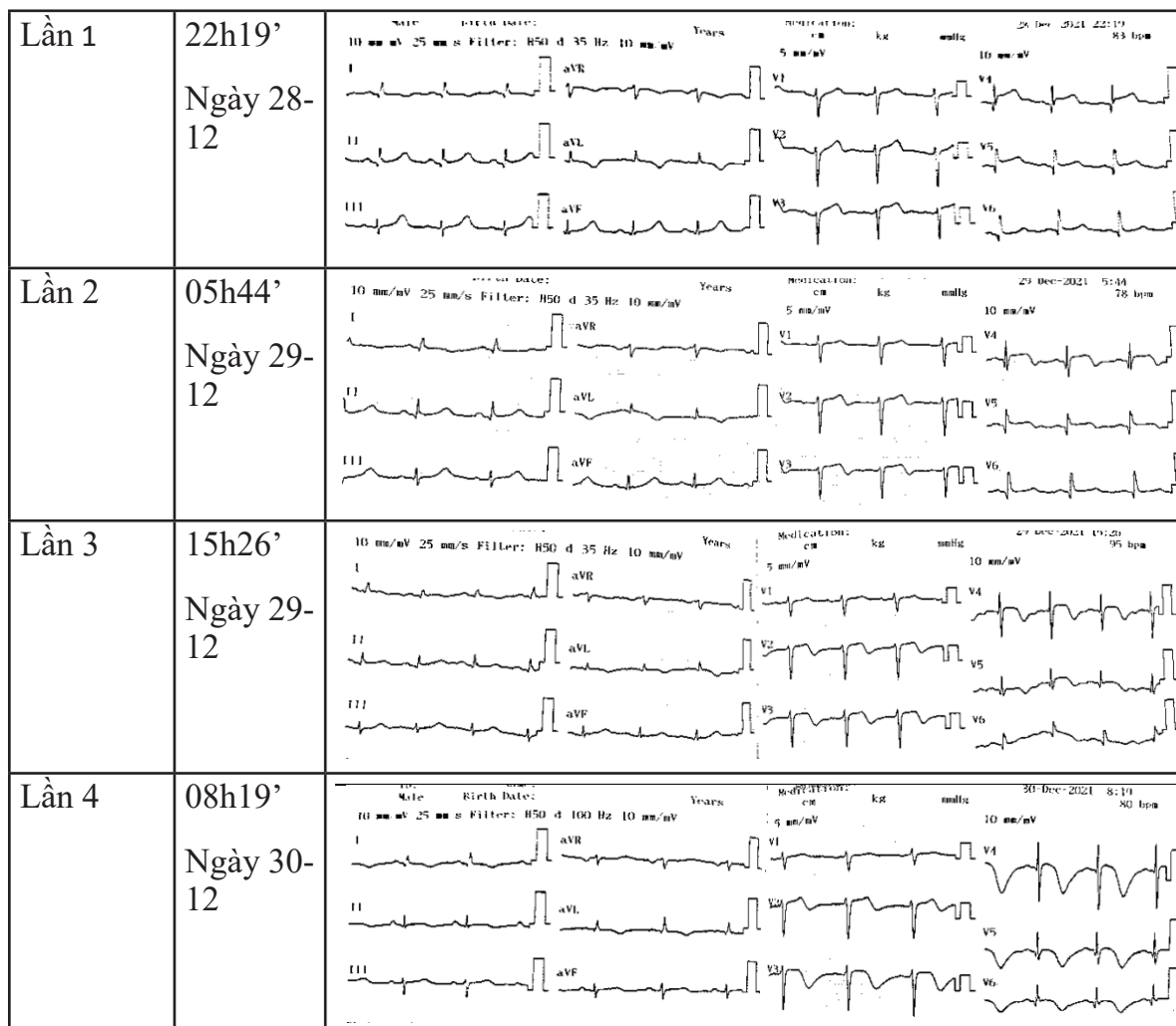
2. GIỚI THIỆU CA BỆNH

Bệnh nhân Nguyễn Thị M. nữ, 68 tuổi, tiền sử: Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 điều trị thường xuyên.

Nhập khoa Can thiệp tim can thiệp – Bệnh viện quân y 175 ngày 28/01/2021 vì đau ngực trái ngày thứ 1.

Lâm sàng: cơn đau thất ngực tương đối điển hình, kèm theo cảm giác mệt, khó thở khi gắng sức.

Seri ECG:



Bảng 1: Biến đổi sóng T qua seri ECG

Bảng 2: Các xét nghiệm máu cơ bản

Chỉ số XN	Giá trị bình thường	Kết quả XN		
TnT	0 – 0,014 ng/ml	0,280	0,401	0,713
CK-MB	0 – 25 U/L	43	53	19
CRP	0 – 5 mg/L	68,5		
BC (N%)	3,6 – 11,2 G/L	12,8 (73,8%)		

Siêu âm tim: giảm vận động vùng vách liên thất về phía mỏm, hình ảnh phình mỏm tim, EF = 58%.

Cắt lớp vi tính ngực: tổn thương dạng kính mờ phân thùy S7, S8 phổi phải. Không thấy bất thường mạch máu lớn trong trường khảo sát.

Chụp ĐMV: vừa xơ nhẹ gây hẹp 30% đoạn 1 động mạch vành phải (RCA1), dòng chảy TIMI 3.



Hình 1: Kết quả chụp ĐMV

Yếu tố khác: 1 tuần trước vào viện, bệnh nhân gặp stress tâm lý do vấn đề quan hệ trong gia đình.

=> Chẩn đoán: Bệnh cơ tim Takotsubo/ Tăng huyết áp – Đái tháo đường type 2 – Viêm phổi.

3. BÀN LUẬN

Bệnh nhân nhập viện vì lí do đau ngực trái ngày thứ 1, cơn đau tương đối điển hình kèm theo cảm giác mệt, khó thở khi gắng sức. Bệnh nhân có nhiều triệu chứng nghi ngờ hội chứng vành cấp:

Tiền sử: Tăng huyết áp, đái tháo đường typ 2.

Đau ngực trái tính chất không ổn định

ECG: sóng T chuyển dạng 2 pha (+/-) ở V2–V4.

Xét nghiệm: men tim tăng có ý nghĩa.

Dựa theo tiêu chuẩn ESC 2018, các triệu chứng của bệnh nhân phù hợp với bệnh cảnh nhồi máu cơ tim vùng trước giai đoạn bán cấp. Xâu chuỗi các đặc điểm trên, chúng tôi đưa ra chẩn đoán ban đầu là hội chứng Wellen type A – một dạng tương đương nhồi máu cơ tim ST chênh lên (3). Bệnh nhân được điều trị theo phác đồ hội chứng vành cấp và hội chẩn để chụp can thiệp động mạch vành.

Tuy nhiên, kết quả chụp ĐMV là mảng vừa xơ gây hẹp nhẹ 30% đoạn RCA1, dòng chảy TIMI 3. Với kết quả này, chúng tôi đã phải xem lại toàn bộ quá trình bệnh lý và đặt lại chẩn đoán. Các dữ kiện mới được xét lại như sau:

1 tuần trước vào viện, bệnh nhân đã gặp stress tâm lý do vấn đề quan hệ trong gia đình.

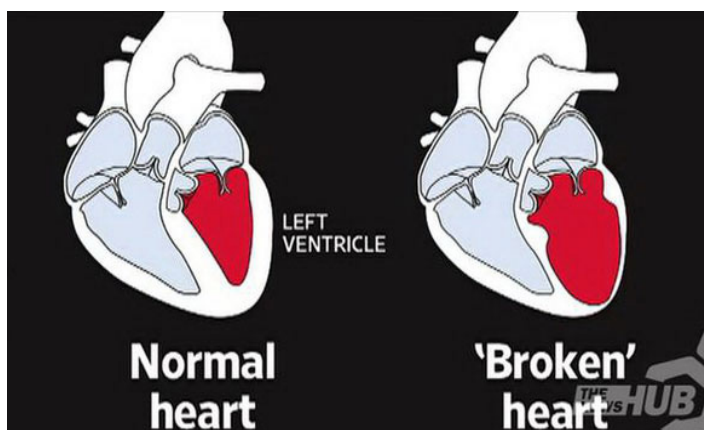
Chụp ĐMV: mảng vừa xơ gây

hẹp nhẹ động mạch vành phải, không có ý nghĩa lâm sàng.

Siêu âm tim: giảm vận động vùng vách liên thất và mỏm tim, tiến triển thành

phình mỏm tim.

Hình ảnh điện tim bất thường mới xuất hiện (sóng T 2 pha), tăng nhẹ men tim Troponin.



Hình 2: Minh họa hội chứng “trái tim tan vỡ”

Dựa theo tiêu chuẩn Mayo Clinic 2004, kết hợp với các dấu hiệu âm tính khác, bệnh nhân được chẩn đoán xác định: bệnh cơ tim Takotsubo. Chẩn đoán bệnh cơ tim Takotsubo có thể được đưa ra ở người lớn (đặc biệt là phụ nữ hậu mãn kinh) có biểu hiện nghi ngờ hội chứng vành cấp, đặc biệt khi biểu hiện lâm sàng và bất thường điện tim không tương xứng với mức độ các marker sinh học của tim. Điều quan trọng phải nhấn mạnh rằng bệnh Takotsubo là chẩn đoán loại trừ và chỉ được đưa ra sau khi chụp động mạch vành vì các đặc điểm không thể phân biệt với hội chứng vành cấp. Có nhiều tiêu chuẩn chẩn đoán bệnh Takotsubo đã được đề xuất, trong đó được chấp nhận rộng rãi nhất là tiêu chuẩn Mayo Clinic 2004 (4).

Nguyên nhân chính xác của bệnh cơ tim Takotsubo thì không được biết đầy

đủ. Nhiều giả thuyết đã được đưa ra, bao gồm hoạt động giao cảm quá mức do tăng tiết catecholamin, co thắt động mạch vành, rối loạn vi mạch máu, nồng độ estrogen thấp, tình trạng viêm, hoặc suy giảm chuyển hóa acid béo cơ tim. Yếu tố nguy cơ để phát triển bệnh là bạo lực gia đình, mất mát người thân, thiên tai thảm họa, tai nạn hoặc chấn thương lớn, thua lỗ tài chính, bị bệnh lý cấp tính, sử dụng chất kích thích như cocaine, amphetamines... và thậm chí là một sự kiện tích cực trong cuộc sống còn gọi là “hội chứng trái tim hạnh phúc”.

Tỷ lệ mắc bệnh thực tế của bệnh cơ tim Takotsubo thì không rõ. Nó chiếm 1-2% các bệnh nhân nghi ngờ hội chứng vành cấp. Một nghiên cứu số bộ gồm 3265 bệnh nhân hội chứng vành cấp có troponin dương tính đã báo cáo tỷ lệ hiện mắc của

Takotsubo là 1,2% (5). Trong khi một tổng quan tài liệu khác về các bệnh nhân biểu hiện nhồi máu cơ tim cấp đã báo cáo tỷ lệ này là 1,7 – 2,2% (6). Takotsubo có khuynh hướng xảy ra ở phụ nữ hậu mãn kinh, tuy nhiên nam giới sẽ có tiên lượng xấu hơn nếu mắc bệnh. Trong nghiên cứu sơ bộ Takotsubo quốc tế, gồm 1750 bệnh nhân ở 26 trung tâm Âu Mỹ, có 88,9% bệnh nhân là nữ giới và độ tuổi trung bình là 66,4 (7).

Mặc dù bệnh cơ tim Takotsubo được cho là lành tính, nhưng các dữ liệu quan sát gần đây cho rằng tỷ lệ shock tim và tử vong tương đương với hội chứng vành cấp. Do đó quản lý bệnh nhân từ đầu nên tập trung vào nhận định và theo dõi sát các biến chứng nặng. Các yếu tố tiên lượng dự hậu nội viện nghiêm trọng bao gồm: khởi kích thể chất, bệnh lý tâm thần hoặc thần kinh cấp tính, nồng độ troponin khởi đầu > 10 lần ULN, và EF < 45% (7). Bệnh nhân nam tăng hơn 3 lần tỷ lệ tử vong và các biến cố tim mạch nguyên phát nghiêm trọng do tăng gánh nặng của các bệnh đồng mắc (8).

Các hướng dẫn về quản lý bệnh Takotsubo đang thiếu khi không có dữ liệu tiến cứu ngẫu nhiên, do đó quản lý dựa trên kinh nghiệm lâm sàng và đồng thuận chuyên gia. Khi biểu hiện đầu tiên của bệnh Takotsubo là giống hội chứng vành cấp, điều trị khởi đầu gồm aspirin, chẹn beta, ức chế men chuyển, hạ lipid máu, và chụp động mạch vành để chẩn đoán loại trừ (9). Liệu pháp điều trị được định hướng

bởi biểu hiện lâm sàng và trạng thái huyết động của bệnh nhân. Do đó, bệnh nhân của chúng ta có tình trạng huyết động ổn định nên phương thức điều trị gồm chẹn beta chọn lọc và ức chế men chuyển ngắn hạn. Kết quả lâm sàng: bệnh nhân đáp ứng tốt với điều trị, các triệu chứng cải thiện rõ rệt.

Mặc dù hầu hết bệnh nhân Takotsubo sẽ hồi phục, nhưng nguy cơ biến chứng của các bệnh nhân nội trú cũng giống nhồi máu cơ tim cấp. Tỷ lệ tử vong của bệnh nhân Takotsubo được báo cáo là khoảng 0 – 8%, và tỷ lệ này trong nghiên cứu sơ bộ Takotsubo quốc tế là 4,1% (7). Tiên lượng bệnh phụ thuộc vào yếu tố khởi kích cơ sở, do đó Takotsubo sẽ được chia thành thể nguyên phát và thứ phát. Takotsubo thể nguyên phát xảy ra sau kích thích tâm lý hoặc cảm xúc; và thể thứ phát xảy ra do các yếu tố thể chất như nhiễm khuẩn huyết, chấn thương, phẫu thuật hoặc bệnh lý trầm trọng khác. Takotsubo thứ phát thường liên quan đến dự hậu nội viện và dài hạn xấu hơn (10). Các biến chứng chính bao gồm tắc nghẽn đường ra thất trái, rối loạn nhịp thất ác tính, rung nhĩ kịch phát hay dai dẳng, tụt huyết áp, hội chứng cung lượng tim thấp, shock tim, suy tim và thuyên tắc huyết khối.

4. KẾT LUẬN

Bệnh cơ tim Takotsubo là một mặt bệnh mới, thường được chẩn đoán là hội chứng vành cấp trên lâm sàng. Với những bằng chứng khoa học trên thế giới gần đây, có thể thấy bệnh không phải ít gặp,

mà thường chúng ta bỏ sót hoặc chẩn đoán nhầm. Với tỉ lệ mắc bệnh khoảng 1% - 2% ở bệnh nhân hội chứng vành cấp, việc nghiên cứu và thống kê bệnh ở Việt Nam cần được quan tâm hơn nhằm đưa ra chiến lược chẩn đoán và điều trị, góp phần đem lại lợi ích cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Zhang L, Piña IL (2019). Stress-Induced Cardiomyopathy. *Heart Fail Clin.* 15(1):41-53.
2. Đặng Việt Đức, Lương Hải Đăng (2013). Bệnh cơ tim Takotsubo. *Tạp chí tim mạch học Việt Nam* số 64/2013, trang 41-49.
3. Ramanathan S, Soaly E, et al (2019). ‘T’ twist: Wellens syndrome. *QJM.* 112(5):373-374.
4. Ghadri JR, Wittstein IS, et al (2018). International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part I): Clinical Characteristics, Diagnostic Criteria, and Pathophysiology. *Eur Heart J.* 39(22):2032-2046.
5. Kurowski V, Kaiser A, et al (2007). Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): frequency, mechanisms, and prognosis. *Chest.* 132(3):809-16.
6. Gianni M, Dentali F, et al (2006). Apical ballooning syndrome or takotsubo cardiomyopathy: a systematic review. *Eur Heart J.* 27(13):1523-9.
7. Templin C, Ghadri JR, et al (2015). Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *N Engl J Med.* 373(10):929-38.
8. Brinjkji W, El-Sayed AM, et al (2012). In-hospital mortality among patients with takotsubo cardiomyopathy: a study of the National Inpatient Sample 2008 to 2009. *Am Heart J.* 164(2):215-21.
9. Ghadri JR, Wittstein IS, et al (2018). International Expert Consensus Document on Takotsubo Syndrome (Part II): Diagnostic Workup, Outcome, and Management. *Eur Heart J.* 39(22):2047-2062.
10. Chhabra L, Sareen P, et al (2019). Mortality in Takotsubo cardiomyopathy should also be accounted based on predisposing etiology. *Ann Noninvasive Electrocardiol.* 24(4):e12664.