



BỆNH CƠ TIM CHU SINH

BS. Vương Tú Nhu

Khoa Phụ Sản, Bệnh viện Mỹ Đức

GIỚI THIỆU

Suy tim xuất hiện trong thời kỳ mang thai được ghi nhận lần đầu tiên từ năm 1849 và lần đầu tiên được mô tả như một hình thức đặc biệt của bệnh lý cơ tim vào những năm 1930. Năm 1971, Denmakis và cộng sự mô tả 27 bệnh nhân với các triệu chứng: tim to, bất thường điện tâm đồ và suy tim sung huyết trong thời kỳ hậu sản và đặt tên là bệnh cơ tim chu sinh.

Bệnh cơ tim chu sinh (peripartum cardiomyopathy – PPCM) là một biến chứng hiếm gặp nhưng nghiêm trọng trong thai kỳ với tần suất 1/2.889 sản phụ sinh con sống ở Hoa Kỳ, thường xuất hiện trong những tháng cuối thai kỳ đến khoảng 5 tháng sau sinh. Bệnh thường xuất hiện nhiều ở phụ nữ Mỹ gốc Phi và cao nhất ở Haiti với tần suất 1/300 trẻ sinh sống, cao gấp 10 lần so với ở Hoa Kỳ. Tỉ lệ tử vong gần 50% trong các báo cáo trước đây và theo nhiều báo cáo gần đây cho thấy tỉ lệ này còn 0-5% tại Hoa Kỳ.

ĐỊNH NGHĨA

Theo Hiệp hội Tim mạch học Châu Âu (2008), bệnh cơ tim chu sinh được định nghĩa là tình trạng giãn nở cơ tim với triệu chứng suy tim xuất hiện trong tháng cuối thai kỳ hoặc trong vòng 5 tháng sau sinh. Định nghĩa này phải loại trừ tình trạng suy tim do các nguyên nhân khác có thể xác định được hoặc các bệnh lý tim mạch được phát hiện trước tháng cuối của thai kỳ, và thêm vào đó phải có sự hiện diện của rối loạn chức năng tâm thu thất trái trên siêu âm tim với phân suất tổng máu của thất trái $<45\%$, phân suất co rút $<30\%$ và chỉ số đường kính thất trái cuối tâm trương $>2,7 \text{ cm/m}^2$ da bề mặt cơ thể.

NGUYÊN NHÂN

Bệnh cơ tim chu sinh là một thể bệnh giãn nở cơ tim không rõ nguyên nhân có liên quan đến thai kỳ. Mặc dù một số nguyên nhân gây bệnh được đưa ra nhưng chưa



có nguyên nhân nào được xác định. Một số nguyên nhân được đề cập đến bao gồm:

Viêm cơ tim

Viêm cơ tim được phát hiện qua mẫu sinh thiết cơ tim thất phải ở những bệnh nhân bị PPCM, với sự xâm nhập của nhiều tế bào lympho, cơ tim phù nề, hoại tử và xơ hóa. Tỉ lệ viêm cơ tim trong PPCM dao động 8,8-78% trong các nghiên cứu khác nhau. Sự hiện diện hay vắng mặt viêm cơ tim trong bệnh cơ tim chu sinh không giúp tiên lượng bệnh.

Nhiễm virus

Sau khi nhiễm virus, đáp ứng miễn dịch bệnh lý có thể xảy ra chống lại trực tiếp protein mô cơ tim làm rối loạn chức năng tâm thất.

Bultmann và cộng sự đã tìm thấy Parvovirus B19, Human herpes virus 6, Epstein-Barr virus, DNA Cytomegalovirus trong mẫu mô sinh thiết nội mạc cơ tim của 8/26 (31%) bị bệnh cơ tim chu sinh liên quan với miễn dịch mô với tình trạng viêm mô kẽ.

Kuhl và cộng sự nhận thấy ở những bệnh nhân nhiễm virus (chẩn đoán qua sinh thiết nội mạc cơ tim), phân suất tổng máu thất trái (EF) được cải thiện ở những bệnh nhân được điều trị diệt virus thành công (từ 50,2% lên 58,1%; P<0,001), trong khi đó EF giảm ở những bệnh nhân điều trị diệt virus thất bại (từ

54,3% xuống 51,4%; P<0,01).

Lyden và Huber thực hiện nghiên cứu tiêm virus coxsackie và echovirus trên chuột và nhận thấy rằng tình trạng viêm cơ tim nặng nề hơn nếu con chuột đang mang thai.

Di truyền lặn

Di truyền lặn là hiện tượng các tế bào của thai tồn tại trong cơ thể người mẹ và đôi khi tạo ra đáp ứng miễn dịch.

Theo Ansari và cộng sự, trong mẫu huyết thanh của những bệnh nhân bị PPCM có chứa nồng độ kháng thể cao và phần lớn là các kháng thể chống lại mô cơ tim của người bình thường (37, 33, 25 kD). Ngoài ra, trong máu ngoại vi của những bệnh nhân này có chứa nồng độ cao microchimerism thai nhi trong tế bào đơn nhân, bất thường cytokin và nồng độ thấp tế bào T điều hòa CD4 và CD25lo.

Trong nghiên cứu của Warraich và cộng sự tại Nam Phi, Mozambique và Haiti thì tần suất cũng như sự hoạt hóa globuline miễn dịch không khác nhau giữa các bệnh nhân PPCM, không phân biệt vùng địa lý.

Sự chết theo chương trình và viêm

Sự chết theo chương trình của tế bào cơ tim xảy ra khi có hiện tượng suy tim và có thể góp phần gây rối loạn chức năng cơ tim. Các nghiên cứu trên chuột cho thấy tình trạng chết theo chương trình của tế bào cơ tim có liên quan đến bệnh lý cơ tim chu sinh.

Fas và Fas ligand là những protein bề mặt đóng vai trò trong quá trình chết theo chương trình. Sliwa và cộng sự tiến hành nghiên cứu tiến cứu đơn trung tâm, theo dõi theo chiều dọc trên 100 bệnh nhân PPCM ở Nam Phi trong 6 tháng. Trong quá trình theo dõi, 15 bệnh nhân tử vong và tìm thấy nồng độ Fas/Apo-1 trong huyết thanh tăng cao có ý nghĩa (P<0,05). Ngoài ra, người ta nhận thấy CRP trong huyết tương và TNF alpha

tăng và có liên quan với tăng đường kính tâm thất trái và giảm EF của tâm thất trái.

Trong nghiên cứu về rối loạn chức năng tâm thất trái ghi nhận nồng độ TNF alpha và interleukin-6 tăng cao ở những bệnh nhân suy tim nặng.

Huyết động học bất thường

Trong thai kỳ có hiện tượng tăng cung lượng tim và thể tích máu dẫn đến có hiện tượng phì đại tâm thất trái thoáng qua và có hồi phục để đáp ứng nhu cầu của mẹ và thai nhi. Cung lượng tim đạt mức tối đa ở khoảng tuần lễ thứ 20 của thai kỳ.

Rối loạn chức năng tâm thu thất trái trong 3 tháng cuối thai kỳ và thời gian đầu sau sinh trở về bình thường khi cung lượng tim giảm.

Các nguyên nhân khác

Prolactin, phức hợp miễn dịch, tổng hợp nitric oxide cơ tim, loạn dưỡng cơ tim... cũng có liên quan đến bệnh cơ tim chu sinh.

CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ CAO

Theo Demakis và cộng sự, những yếu tố nguy cơ của bệnh cơ tim chu sinh bao gồm:

- Đa sản.
- Tuổi mẹ: mặc dù bệnh có thể xảy ra ở bất kỳ lứa tuổi nào nhưng các bằng chứng cho thấy bệnh gặp nhiều hơn ở người trên 30 tuổi.
- Đa thai.
- Tiền sản giật.
- Cao huyết áp thai kỳ.
- Béo phì.
- Điều trị giảm gà với beta-agonist.
- Chủng tộc Mỹ gốc Phi.
- Tầng lớp kinh tế xã hội thấp.

BỆNH CẢNH LÂM SÀNG VÀ CẬN LÂM SÀNG

Bệnh cơ tim chu sinh bao gồm rối loạn chức năng tâm thu thất trái ở những người không có tiền căn bệnh lý tim mạch. Chẩn đoán chỉ khi loại trừ các nguyên nhân khác gây bệnh lý cơ tim.

Tiêu chuẩn chẩn đoán khi có đủ cả 4 yếu tố:

- Suy tim tiến triển trong những tháng cuối thai kỳ hoặc trong khoảng 5 tháng sau sinh.
- Không xác định được nguyên nhân gây suy tim.
- Không có tiền căn bệnh lý tim mạch trước những tháng cuối thai kỳ.
- Phân suất tổng máu thất trái <45% hoặc phối hợp với phân suất co rút <30% đo trên M-mode và đường kính cuối tâm trương thất trái >2,7 cm/m² da bì mặt cơ thể.

Triệu chứng suy tim

Các triệu chứng của suy tim như khó thở, chóng mặt, phù chân và khó thở khi nằm có thể xảy ra ở những thai phụ bình thường. Do đó, những bệnh nhân bị bệnh cơ tim chu sinh có thể nhằm đó là những triệu chứng thường gặp khi mang thai.

- Khó thở và khó thở khi nằm do tử cung to chèn ép cơ hoành hoặc thở nhanh do ảnh hưởng của progesterone. Khó thở kịch phát về đêm, ho về đêm, xuất hiện các triệu chứng và tiếng rì rào ở phổi và sung huyết ở gan thúc đẩy suy tim nặng hơn.
- Hoa mắt chóng mặt do cung lượng tim thấp.
- Fù chân.
- Đau ngực do viêm màng phổi, ho ra máu, thuyên tắc mạch, đặc biệt thuyên tắc phổi.
- Rối loạn nhịp tim như loạn nhịp nhĩ, ngưng tim do loạn nhịp thất.

Thể tiêm ẩn của bệnh lý cơ tim chu sinh đã được báo cáo với không có các triệu chứng hay dấu hiệu lâm sàng quan trọng.



Ngoài ra, cũng cần phân biệt với các triệu chứng của tiền sản giật thông qua hỏi bệnh sử và khám lâm sàng.

Trong nghiên cứu của Carpreg khảo sát trên 599 thai phụ (445 có bệnh tim bẩm sinh) đã đưa ra 4 dự báo bất lợi cho thai phụ:

- Phân loại chức năng thấp (phân loại NYHA >II) hoặc tím tái.
- Rối loạn chức năng tâm thu thất trái ($EF < 40\%$).
- Tắt nghẽn tim trái (diện tích lỗ van 2 lá $< 2,0 \text{cm}^2$, diện tích lỗ van động mạch chủ $< 1,5 \text{cm}^2$ hoặc độ dốc đỉnh dòng chảy thất trái $> 30 \text{mmHg}$).
- Các bất thường ở tim (loạn nhịp tim, sốc, đột quỵ, phù phổi).

Nguy cơ có thể xảy ra bệnh lý tim mạch nguyên phát là 5% nếu không có hiện diện yếu tố dự báo, là 27% nếu hiện diện 1 yếu tố và 75% nếu có từ 2 yếu tố trở lên.

Việc chẩn đoán chậm trễ có thể gây ra suy tim nặng hơn và tỉ lệ tử vong cao hơn, do đó, cần nghĩ đến bệnh cơ tim chu sinh khi có những triệu chứng cơ năng giống suy tim.

Vai trò của chẩn đoán hình ảnh trong chẩn đoán bệnh

Siêu âm tim là phương pháp chẩn đoán hình ảnh quan trọng trong bệnh cơ tim chu sinh, nhưng MRI có thể là công cụ hữu ích bổ sung cho siêu âm tim. Ngoài ra, MRI giúp chẩn đoán cơ chế tổn thương cũng như giúp đánh giá co bóp toàn bộ hay từng vùng cơ tim. Mức độ ngấm thuốc cản quang gadolinium chậm giúp phân

biệt thê và vùng cơ tim hoại tử, và có khả năng hướng dẫn sinh thiết vùng cơ tim bất thường nhưng chưa có bằng chứng xác định vai trò của ngấm thuốc cản quang chậm trong tiên lượng những bệnh nhân này.

Theo Kawano và cộng sự thì mức độ ngấm thuốc chậm trên MRI được cải thiện sau khi bệnh nhân được điều trị bằng β -blocker, ARB, spironolactone và chức năng tim được phục hồi.

Leurent và cộng sự sử dụng MRI tim để hướng dẫn sinh thiết cơ tim ở những vùng bất thường. Phương pháp này hiệu quả hơn sinh thiết mù.

ĐIỀU TRỊ

Quyết định lâm sàng trong điều trị bệnh cơ tim chu sinh cần cân nhắc đến hiệu quả của điều trị đối với thai nhi cũng như người mẹ.

Điều trị suy tim trong thai kỳ

Ngoài việc hạn chế muối và dịch truyền, các loại thuốc chính điều trị suy tim có thể được xem xét, ngoại trừ thuốc ức chế men chuyển và thuốc chẹn thụ thể angiotensin là chống chỉ định cho đến khi sau sinh. Vì vậy, điều trị bao gồm digoxin ở liều thấp nhất có thể (nhằm mục đích duy trì nồng độ trong huyết thanh 0,5-0,8 ng/ml), các β -blocker như carvedilol, bisoprolol, metoprolol, thuốc lợi tiểu quai như frusemide, thuốc giãn mạch như hydralazine, nitrate. Việc điều trị nên được tiếp tục cho đến lúc chức năng tâm thu thất trái hồi phục khi nghỉ hoặc khi truyền dobutamin liều thấp (được đánh giá bằng siêu âm dobutamin). Điều trị nên giảm dần theo thời gian và cố gắng dừng lại sau 6-12 tháng.

Trong khi chuyển dạ, việc kiểm soát cơn đau rất quan trọng và nén sinh giúp khi đủ điều kiện.

Điều trị thuốc kháng đông

Trong thai kỳ, nguy cơ huyết khối mạch máu tăng do nồng độ của các yếu tố đông máu II, VII, VIII, X và

fibrinogen huyết tương tăng cao và nguy cơ này có thể kéo dài đến 6 tuần sau sinh.

Các trường hợp huyết khối động mạch, tĩnh mạch và huyết khối tim đã được báo cáo ở những phụ nữ bệnh cơ tim chu sinh và có liên quan đến mức độ giãn của buồng tim, mức độ giảm co bóp của cơ tim và rung nhĩ.

Những bệnh nhân có bằng chứng của tắc mạch hệ thống với rối loạn chức năng trái nghiêm trọng hoặc có bằng chứng của huyết khối tim nên được điều trị kháng đông.

Thay tim

Những bệnh nhân bị suy tim nặng mặc dù đã điều trị nội khoa tối đa thì nên được thay tim. Tuy nhiên, việc thay tim đòi hỏi tay nghề của người bác sĩ cũng như cần có các trang thiết bị hỗ trợ.

Các phương pháp điều trị mới

Pentoxifylline giúp cải thiện các triệu chứng lâm sàng,

chức năng thất trái cũng như cải thiện tiên lượng cho bệnh nhân.

Immunoglobuline tiêm tĩnh mạch giúp cải thiện phân suất tổng máu cũng như làm giảm nồng độ các cytokine viêm như thioredoxin.

Bromocriptine (Parlodel) là phương pháp điều trị mới trong bệnh lý cơ tim chu sinh. Hai bệnh nhân bị bệnh cơ tim chu sinh được điều trị với bromocriptine cho thấy có hiệu quả tốt.

Một số phương pháp điều trị khác được đưa ra như thuốc chẹn kênh calci, statins, kháng thể đơn dòng, interferon beta, tạo hình cơ tim...

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Miernicuk LM, Williams K, Davis DR et al. (2006). Frequency of peripartum cardiomyopathy. Am J Cardiol; 97:1765-1768.
2. Ramaraj R, Sorrell VL (2009). Peripartum cardiomyopathy: causes, diagnosis, and treatment. Cleve Clin J Med; 76(5):289-296.



SỨ MỆNH

Nâng cao kiến thức và cải thiện thực hành lâm sàng của cán bộ y tế về bệnh học, chẩn đoán và điều trị lạc nội mạc tử cung.

HOẠT ĐỘNG

SGE mong muốn thực hiện sứ mệnh thông qua các hoạt động liên quan bệnh lạc nội mạc tử cung:

- ❖ Cập nhật và cung cấp thông tin chuyên ngành
- ❖ Huấn luyện các kỹ năng chuyên môn
- ❖ Thúc đẩy và thực hiện các nghiên cứu khoa học