

THẤP TIM

I. ĐỊNH NGHĨA

Thấp tim là một bệnh viêm cấp tính có tính chất toàn thân (có liên quan đến miễn dịch) chỉ xảy ra sau một hay nhiều đợt viêm họng do liên cầu beta tan huyết nhóm A theo phân loại của Lancefield. Bệnh biểu hiện bằng một hội chứng bao gồm: Viêm đa khớp, viêm tim, chorea, hạt dưới da, ban đỏ vòng.

- Bệnh thấp tim đã được biết đến từ thế kỷ 17.
- Năm 1944 J. Duckett Jones đưa ra bảng hướng dẫn chẩn đoán thấp tim
- Năm 1988 WHO đã công nhận bảng tiêu chuẩn chẩn đoán thấp tim của Jones đã được sửa đổi.
- Hiện nay trên Thế giới bệnh Thấp tim đã được giải quyết ở các nước phát triển. Các nước khác tỷ lệ bệnh vẫn còn cao. Ở Việt Nam tỷ lệ Thấp tim ở trẻ em < 16 tuổi là 0,45%.

II. NGUYÊN NHÂN

Liên cầu beta tan huyết nhóm A

III. CHẨN ĐOÁN

3.1. Chẩn đoán xác định:

3.1.1. Lâm sàng

- **Viêm họng:** hay gặp trước đó 1-2 tuần.
- **Toàn thân:** Bệnh nhân có sốt nhẹ hoặc sốt cao; toàn thân mệt mỏi, ăn uống kém, có thể ho, đau ngực...
- **Viêm van tim:**
 - + Hay gặp mới xuất hiện thổi tâm thu (TTT) ở mỏm do hở van hai lá (HoHL), âm sắc cao, liền sau T1, dài suốt thì tâm thu, thường lan ra nách và không thay đổi theo tư thế hoặc hô hấp.
 - + Thổi tâm trương ở giữa mỏm (thổi Carey Coombs), có thể do tăng cường độ tiếng T3 do HoHL hoặc do giãn thất trái, viêm van hay biến đổi cột cơ.
 - + Thổi tâm trương ở đáy tim do hở chủ (HoC), tiếng thổi ngay sau T2, âm sắc cao nghe như tiếng gió, cường độ nhẹ dần.
- **Viêm cơ tim:** nhịp tim thường nhanh, tương ứng với tăng 1 độ C - nhịp tim tăng 30 đến 35 ck/ph, có thể có ngoại tâm thu nhĩ hoặc thất, có thể có tiếng ngựa phi ở mỏm hoặc trong mỏm.
- **Viêm màng ngoài tim:** tiếng tim mờ, có thể nghe thấy tiếng cọ màng tim.

- **Viêm khớp:** thường hay gặp ở các khớp nhỏ hoặc khớp lớn như: đầu gối, cổ chân, khuỷu tay, cổ tay... khớp đau di chuyển, hạn chế vận động, sưng- nóng- đỏ. Đặc điểm của viêm khớp là: đáp ứng rất nhanh với Salicylate, khi khỏi không để lại di chứng, không điều trị cũng tự khỏi sau 4 tuần.
- **Múa giật (Sydenham):** do tổn thương thần kinh trung ương. Bệnh nhân lo âu, kích thích, yếu cơ, có những động tác ở một hoặc hai chi với đặc điểm: biên độ rộng, đột ngột, không có ý thức, tăng lên khi thức và giảm hoặc hết động tác nếu tập trung vào một việc nào đó hoặc khi ngủ. Thường hết múa giật sau 4-6 tuần.
- **Ban vòng (ban Besnier):** vòng ban hồng, xếp thành quầng có đường kính của viền 1-2 mm, hay gặp ở thân, mạn sườn, gốc chi, không có ở mặt. Ban mất đi sau vài ngày.
- **Hạt Meynet:** là những hạt nổi dưới da có đường kính khoảng 5-10 mm, dính trên nền xương (khuỷu, gối...) ấn không đau, xuất hiện cùng viêm khớp và viêm tim, mất đi sau vài tuần.
- **Suy tim** (trong trường hợp thấp tim nặng): bệnh nhân khó thở, ho khan, phù, gan to, tĩnh mạch cổ nổi, phổi có ran ẩm...

3.1.2. Cận lâm sàng

- **Máu:**
 - + Huyết học: bạch cầu tăng, máu lắng tăng
 - + Sợi huyết tăng
 - + Protein C tăng
 - + Antistreptolysin O: tăng cao > 200 đơn vị Todd. Tăng nhiều sau nhiễm liên cầu beta tan huyết nhóm A sau 2 tuần, kéo dài 3-5 tuần rồi giảm dần.
- **Điện tâm đồ:** Bloc nhĩ-thất cấp I hay gặp. Có thể gặp bloc nhĩ-thất cấp II, III. Nhịp nhanh xoang. Ngoại tâm thu nhĩ, ngoại tâm thu thất...
- **Chụp tim phổi:** có thể thấy tim to, rốn phổi đậm...
- **Siêu âm tim:** hình ảnh HoHL, HoC, có thể có dịch màng tim...

3.1.3. Chẩn đoán xác định thấp tim theo Tiêu chuẩn Jones đã sửa đổi (1988)

- **Tiêu chuẩn Jones**

Tiêu chuẩn chính	Tiêu chuẩn phụ
Viêm tim	Lâm sàng: + Đau khớp + Sốt Xét nghiệm:
Viêm đa khớp	
Múa giật	
Ban vòng	

Hạt dưới da	+ Tốc độ máu lắng cao + Protein C máu tăng + Điện tâm đồ: PQ kéo dài
-------------	--

- **Bằng chứng nhiễm liên cầu:**

- + Cây dịch họng có liên cầu beta tan huyết nhóm A.
- + Xét nghiệm có kháng nguyên của liên cầu beta tan huyết nhóm A (ASO, acid Hyaluronic)
- + Tăng cao hoặc gia tăng kháng thể kháng liên cầu beta tan huyết nhóm A (Antistreptohyaluronidase)

- **Chẩn đoán xác định thấp tim khi:**

- + Có 2 tiêu chuẩn chính + bằng chứng nhiễm liên cầu beta tan huyết nhóm A
- + Có 1 tiêu chuẩn chính + 2 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm liên cầu beta tan huyết nhóm A

+ Trường hợp đặc biệt:

- . Múa giật = Thấp tim
- . Bệnh nhân ở tuổi trưởng thành bị viêm tim do thấp
- . Bệnh nhân có tiền sử Thấp tim + 2 tiêu chuẩn phụ + bằng chứng nhiễm liên cầu beta tan huyết nhóm A.

3.2. Chẩn đoán phân biệt

- Bệnh viêm khớp dạng thấp
- Viêm cột sống dính khớp
- Bệnh hệ thống...

Chú ý: khi làm xét nghiệm tìm bằng chứng nhiễm liên cầu sẽ âm tính

IV. ĐIỀU TRỊ THẤP TIM

4.1. Nguyên tắc điều trị:

- Điều trị triệu chứng
- Điều trị nguyên nhân
- Phòng bệnh

4.2. Điều trị cụ thể:

Điều trị đợt thấp tim: Nghỉ ngơi, kháng sinh, chống viêm, điều trị triệu chứng

4.2.1. Nghỉ ngơi

STT	Mức độ	Nghỉ trên giường	Đi lại trong phòng
1	Không viêm tim	2 tuần	2 tuần
2	Viêm tim, tim không to	4 tuần	4 tuần

3	Viêm tim, tim to	6 tuần	6 tuần
4	Viêm tim, suy tim	Khi hết suy tim	3 tháng

4.2.2. **Kháng sinh:** vì chưa có vaccine phòng bệnh

- **Benzathine Penicilline**(tiêm):

- + Liều lượng:

- 1.200.000 đv cho bệnh nhân > 30 kg

- 600.000 đv cho bệnh nhân < 30 kg

- + Cách dùng: Tiêm bắp sâu (tiêm mông) một lần duy nhất (thử test trước khi tiêm)

- *Hoặc:* **Penicilline V** (uống):

- + Liều lượng:

- 1g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân > 30 kg

- 0,5g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân < 30 kg

- *Hoặc:* **Erythromicine** (uống)

- + Liều lượng:

- 1g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân > 30 kg

- 0,5g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân < 30 kg

4.2.3. **Chống viêm:** tùy theo mức độ của bệnh

- Chỉ có viêm đa khớp:

- + **Aspirine** 100mg/kg/ngày x 6ngày

- + **Aspirine** 75mg/kg/ngày x 2 tuần

- Chỉ có viêm tim:

- + **Prednisolon** 1-2mg/kg/ngày x 2-3 tuần, nếu máu lắng giảm thì bắt đầu giảm liều

- Nếu viêm cả tim và khớp thì phối hợp cả 2 loại

4.2.4. **Điều trị triệu chứng**

- Điều trị suy tim:

- + Trợ tim: Digoxin 1/4mg/ngày (chú ý theo dõi nhịp tim, nếu nhịp tim < 80 ck/phút hoặc không tác dụng thì dừng thuốc).

- + Lợi tiểu: Furosemid 40 mg x 1-2 viên/ngày (chú ý: điện giải máu)

- + Giãn mạch (thuốc ức chế men chuyển): coversyl 4mg x 1viên/ngày hoặc renitec 5mg x 1 viên / ngày hoặc captopril 25 mg x 1 viên/ ngày... (chú ý: huyết áp bệnh nhân < 90 mmHg thì phải dừng thuốc).

- + Múa vờn:

- Phenobacbital: 16 - 32mg/kg/ngày

- Haloperidol: 0,03 - 1mg/kg/ngày

Chlopromazin: 0,5mg/kg/ngày

IV. TIÊN LƯỢNG VÀ BIẾN CHỨNG

5.1. Tiên lượng: Bệnh được phát hiện sớm và điều trị kịp thời, đúng phương pháp thì có thể khỏi hoàn toàn. Nếu phát hiện bệnh muộn và điều trị không đúng sẽ dẫn đến tình trạng suy tim nặng thậm chí là tử vong.

5.2. Biến chứng: Thường hay gặp là tổn thương van tim gây hẹp van, hở van hoặc hẹp hở van tim. Cũng có thể biến chứng viêm cơ tim, viêm màng ngoài tim (nhưng ít gặp hơn)

VI. PHÒNG BỆNH

6.1. Phòng thấp tiên phát hay phòng thấp cấp I (phát hiện và điều trị kịp thời viêm họng do liên cầu beta tan huyết nhóm A) chọn 1 trong các phác đồ sau:

- **Benzathine Penicilline** (tiêm):

+ Liều lượng:

1.200.000 đv cho bệnh nhân > 30 kg

600.000 đv cho bệnh nhân < 30 kg

+ Cách dùng: Tiêm bắp sâu (tiêm mông) một lần duy nhất

- *Hoặc:* **Penicilline V** (uống):

+ Liều lượng:

1g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân > 30 kg

0,5g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân < 30 kg

- *Hoặc:* **Erythromicine** (uống)

+ Liều lượng: 1g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân > 30 kg

0,5g/ngày x 10 ngày cho bệnh nhân < 30 kg

- *Hoặc* các loại kháng sinh phổ rộng khác như: Cefalecine, Ampiciline...

6.2. Phòng thấp tái phát hay phòng thấp cấp II (cho bệnh nhân đã được chẩn đoán bị bệnh thấp tim).

6.2.1. Thuốc

- **Benzathine Penicilline**(tiêm):

+ Liều lượng:

1.200.000 đv cho bệnh nhân > 30kg

600.000 đv cho bệnh nhân < 30kg

+ Cách dùng: Tiêm bắp sâu(tiêm mông) / 28 ngày

- *Hoặc:* **Penicilline V** (uống):

+ Liều lượng:

1g/ngày cho bệnh nhân > 30 kg

0,5g/ngày cho bệnh nhân < 30 kg

- *Hoặc: Erythromicine* (uống)
- + Liều lượng:
 - 1g/ngày cho bệnh nhân > 30 kg
 - 0,5g/ngày cho bệnh nhân < 30 kg

6.2.2. Thời gian phòng thấp

- Thấp tim chưa có biến chứng van tim: phòng thấp tim tái phát ít nhất là 5 năm và ít nhất đến năm 18 tuổi
- Thấp tim có biến chứng van tim: phòng thấp tim tái phát kéo dài ít nhất đến năm 45 tuổi.

Chú ý: Khi đang tiêm phòng thấp cấp II, nên chuyển thuốc tiêm thành thuốc uống trong các trường hợp sau:

- Bệnh nhân đang bị suy tim nặng
- Bệnh nhân đang bị một bệnh cấp tính khác như: Hen phế quản, viêm phế quản, suy gan, suy thận...
- Bệnh nhân có chỉ định: nong van, mổ sửa van, mổ thay van...
- Bệnh nhân đang mang thai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Thấp tim và bệnh tim do thấp. Nhà xuất bản Y học 2002
2. Cilliers AM. Rheumatic fever and its management. *BMJ*. Dec 2 2006;333(7579):1153-6.
3. Stollerman GH. Rheumatic fever. *Lancet*. Mar 29 1997;349(9056):935-42.
4. Bisno AL, Pearce IA, Stollerman GH. Streptococcal infections that fail to cause recurrences of rheumatic fever. *J Infect Dis*. Aug 1977;136(2):278-85.
5. Shulman ST. Rheumatic heart disease in developing countries. *N Engl J Med*. Nov 15 2007;357(20):2089; author reply 2089.
6. McDonald M, Currie BJ, Carapetis JR. Acute rheumatic fever: a chink in the chain that links the heart to the throat?. *Lancet Infect Dis*. Apr 2004;4(4):240-5.