

ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT VIÊM MỦ MÀNG TIM

BÙI ĐỨC PHÚ và CS

MỞ ĐẦU

Viêm mũ màng ngoài tim (VMMNT) là một bệnh lý với tiên lượng rất nặng nề, tỉ lệ tử vong từ 30-70%. Trong những năm gần đây, điều trị VMMNT có nhiều hướng: điều trị nội khoa, phẫu thuật dẫn lưu màng ngoài tim, cắt bỏ màng ngoài tim... Phân tích 19 trường hợp VMMNT được phẫu thuật tại Bệnh viện Trung ương Huế từ năm 1982-1991, chúng tôi tập trung cho hai vấn đề:

Sự xuất hiện của siêu âm tim cho phép cải thiện chất lượng chẩn đoán và điều trị các VMMNT.

Thái độ xử trí các bệnh nhân VMMNT, đặc biệt vai trò của cắt bỏ rộng rãi màng ngoài tim trong VMMNT.

PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Từ năm 1982 đến 1991. 19 bệnh nhân bị VMMNT được phẫu thuật tại khoa Ngoại Lồng ngực Tim mạch Bệnh viện Trung ương Huế.

- Tỉ lệ Nam/Nữ = 13/6. Tuổi: 2 – 67 tuổi, 9 trường hợp tuổi nhỏ hơn 15 tuổi. Bệnh nhân nhập viện với nhiều lý do khác nhau: khó thở (n=12 trường hợp), đau ngực (n= 3), suy dưỡng (n=1), abscess đa ổ (n =2), sốt kéo dài (n = 1). Chẩn đoán viêm mũ màng ngoài tim được đặt ra khi chọc dò có mũ ở túi cùng màng ngoài tim.

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu tiền cứu.

KẾT QUẢ

1. Hoàn cảnh xuất hiện bệnh.

- Khoảng thời gian khởi bệnh và được chẩn đoán thường dài. Trong số các bệnh nhân được nghiên cứu, chỉ có 18% bệnh nhân được chẩn đoán trong vòng 10 ngày, các trường hợp khác đều đến bệnh viện rất muộn.

- Các bệnh đồng phát trong lô nghiên cứu chúng tôi:

. Bệnh phổi, màng phổi cấp:viêm phế quản phổi (n = 8), tràn mũ màng phổi (n = 4).

. Viêm màng não mũ (n = 1)

.Tiêu điểm nhiễm trùng khác gây nhiễm trùng huyết: absces phần mềm (n=2), viêm khớp (n=1).

. Có 3 bệnh nhân VMMNT tiên phát do không tìm thấy tiêu điểm khởi phát nhiễm trùng.

2. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng.

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng

Triệu chứng	n	%
Suy tim phải	19	100
Khó thở	19	100
Đau vùng trước tim	7	37
Thay đổi tổng trạng chung	11	58
Tiếng cọ màng ngoài tim	4	21
Chèn ép tim	7	37
Sốt kéo dài	17	89

Bảng 2. Triệu chứng điện tim, x quang,siêu âm ở bệnh nhân VMMNT

Triệu chứng		n	%
Điện tâm đồ	Điện thế thấp	15	79
	Rối loạn khử cực	16	84
X Q	Bóng tim lớn	19	100
	Tràn dịch màng phổi	5	26
	Viêm phế quản phổi	8	42,1
	Vôi hoá màng ngoài tim	0	0
Siêu âm	TDMNT lượng vừa	03	15,8
	TDMNT lượng nhiều	10	52,4

	Viêm dính vách hoá MNT	06	31,6
--	------------------------	----	------

2. Phương pháp điều trị.

- Điều trị nội khoa chỉ tạm thời nhưng đóng vai trò rất quan trọng cho việc chuẩn bị phẫu thuật, điều trị nội khoa bao gồm kháng sinh liều cao và chọc hút mũ màng ngoài tim.

- Điều trị ngoại khoa: đường mổ ngực trước trái, chúng tôi ghi nhận các dạng tổn thương sau:

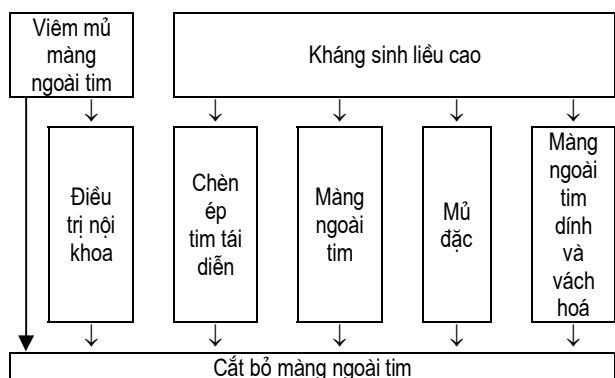
Vôi hoá màng ngoài tim (n=1)

Dày màng ngoài tim từ 3-10mm (n=19)

Dịch màng ngoài tim sau chọc dò (từ 200ml – 500 ml) (n=19)

Màng ngoài tim dày co bóp cơ tim (n=12)

Màng ngoài tim dính và vách hoá (n=7)



Sơ đồ 1. Thái độ xử trí viêm mũ màng ngoài tim

3. Diễn biến sau mổ cắt bỏ màng ngoài tim.

* Tình trạng suy tim:

- Cải thiện rõ: n = 15 trường hợp

- Giảm chậm và không cải thiện hoàn toàn: n = 3

- Nặng hơn và không thay đổi: n = 1 tử vong (5%)

* Viêm mũ màng phổi: n = 1

* Nhiễm trùng thành ngực: n = 2

BÀN LUẬN

Siêu âm tim, một kỹ thuật không xâm nhập đã được báo cáo là một hỗ trợ rất quan trọng trong chẩn đoán và điều trị.

Sự hiện diện dịch trong túi cùng màng ngoài tim quan sát được trên siêu âm hai chiều cho phép hướng dẫn chọc dò dịch màng ngoài tim mà không có nguy hiểm. Trong trường hợp mủ đặc hoặc hình ảnh tăng âm trên siêu âm chúng tôi chứng tỏ rằng màng ngoài tim viêm dính chặt hoặc vách hoá, lúc này phẫu thuật cắt bỏ màng ngoài tim được chỉ định sau khi điều trị nội khoa tích cực với kháng sinh liều cao và chọc dịch. Siêu âm đã không cho phép đo được bề dày của màng ngoài tim, tuy nhiên với kỹ thuật bơm khí vào khoang màng ngoài tim sau khi chọc dò cho phép chúng tôi đo được bề dày màng ngoài tim dựa trên x quang lồng ngực.

Trong số 19 trường hợp VMMNT, tất cả đều cho hình ảnh bóng tim lớn trên x quang ngực thẳng thì chỉ có 12 trường hợp hoặc viêm, dày màng ngoài tim 2-3mm và dính gây co thắt cơ tim. Điều này giải thích tại sao các hội chứng trong VMMNT co thắt không thể hoàn toàn dựa vào các công thức cổ điển vì trong VMMNT co thắt suy tim phải với thể tích tim bình thường trên các thăm dò huyết động học. Thật vậy, những dấu hiệu bệnh lý trong nghiên cứu của chúng tôi cũng như đã được mô tả trong y văn không hoàn toàn đặc hiệu cho bệnh VMMNT co thắt, chẳng hạn những dấu hiệu cổ điển "co thắt" cũng có thể tìm thấy trong bệnh cơ tim tắc nghẽn [2].

Hiện nay, siêu âm tim có thể đưa ra những bằng chứng chèn ép buồng tim phải (vận động nghịch thường của thành tim thì tâm thu và/ hoặc thì tâm trương, dẹt thành sau tâm thất ở thì tâm trương, các khuyết lõm thành tim thì tâm trương...). Phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi màng ngoài tim qua đường mổ ngực trước trái được xem là phương pháp chọn lựa trong điều trị VMMNT co thắt. Trong kỹ thuật này, chúng tôi không những cắt bỏ màng ngoài tim đến tận bờ phải xương ức mà còn cắt bỏ những phần màng ngoài tim bị viêm dày. Đường mổ dọc giữa xương ức không được chọn lựa nhằm tránh biến chứng đáng sợ của nhiễm trùng trung thất [3].

Dẫn lưu màng ngoài tim không hoàn toàn được tiến hành như một phương pháp tạm thời trong lúc chờ đợi phẫu thuật cắt bỏ màng ngoài tim cho dù thể trạng bệnh nhân kém, vì với chọc dò màng ngoài tim trong các trường hợp có mủ có thể rút bỏ tất cả mủ màng ngoài tim. Ngược lại, khi có mủ đặc hoặc có hiện tượng vách hoá màng ngoài tim thì dẫn lưu hoàn toàn không hiệu quả, ngoài ra chúng ta cũng mất đi thời gian quý giá chờ đợi phẫu thuật và kết quả là tình trạng bệnh nhân nặng nề thêm.

Theo dõi sau phẫu thuật các trường hợp được phẫu thuật muộn cho thấy tình trạng suy tim vẫn còn kéo dài (21%) mà nguyên nhân là do màng ngoài tim dày co thắt cơ tim (63%). Điều này lý giải tại sao phẫu thuật cắt bỏ rộng rãi màng ngoài tim được xem là phương pháp được lựa chọn trong VMMNT. Đáng lưu tâm rằng, đa số bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đến viện muộn trong tình trạng nặng nề của bệnh, chỉ có 18% bệnh nhân được chẩn đoán sớm trước 10 ngày. Do đó, tỉ lệ tử vong 5% trong nghiên cứu của chúng tôi là đáng khích lệ so với tỉ lệ tử vong được báo cáo của một số tác giả (14-18%) [4,5].

RÉSUMÉ

La péricardite purulente (PP) est une maladie de pronostic grave, causant une mortalité élevée de 30 – 70%. Le traitement n'est pas univoque : traitement médical, drainage péricardique, péricardectomie... L'apparition d'échocardiographie a-t-elle permis d'améliorer la prise en charge diagnostique et thérapeutique des patients ?

Entre 1982 et 1991, analysait rétrospective de 19 malades opérés dans notre service ayant eu une PP. Il y avait de 13 de sex masculin et 6 de sex féminin (âge de 2 ans- 67ans, 9 cas < 15 ans).

10 patients ont eu l'échocardiographie avec : épanchement péricardique modéré (2/10 cas), de grande abondance (8/10 cas), péricarde adhérent et cloisonné (4/10 cas). 18% des malades diagnostiqué avant 10 jours et plupart des cas sont arrivés tard. Tous les patients ont été péricardectomié avec bon résultat (15 cas), regresse très lentement et pas complète (3cas), décès (1cas = 5%), empyème pulmonaire (1 cas), infection pariétale (2 cas).

Péricardectomie est une méthode de base dans le traitement des PP. L'échocardiographie permet d'améliorer la prise en charge diagnostique et traitement des patients ayant une PP.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Connolly D.C et col, Cardiac catheterization in heart failure and cardiac constriction, J Ann Celi Cardiol 1957, 7, 191-120.
2. Cacoub P. et col, Péricardites chroniques constrictives, La Press Médicale, 1991, 20, 43.
3. Đặng Hanh Đệ, Viêm mũ màng ngoài tim, Công trình nghiên cứu Khoa học y dược, Bộ Y tế, 1970.
4. Nguyễn Hoàng Khoa, Les péricardites chez les enfants, Revue médicale, 1983.
5. Hoàng Phúc Tường và CS, La péricardite de l'enfant, Revue médicale 1986.