

Tràn dịch màng ngoài tim (thực hành tim mạch - GS. Nguyễn Lâm Việt)

Tràn dịch màng ngoài tim là một tình trạng bệnh lý khá thường gặp trên lâm sàng. Bệnh có thể hoàn toàn thầm lặng, không có triệu chứng nhưng cũng có thể nguy kịch đến tính mạng bệnh nhân trong bệnh cảnh ép tim. Biểu hiện lâm sàng tùy thuộc vào số lượng dịch cũng như bản chất của dịch.

I. Tràn dịch màng ngoài tim không có dấu ép tim

Khoang màng ngoài tim chứa đựng từ 15 đến 30 ml dịch giúp cho hai lá thành và lá tạng không cọ sát vào nhau. Khả năng chứa tối đa của khoang màng ngoài tim là từ 80 đến 200ml dịch, với số lượng dịch này trên lâm sàng hầu như không nhận thấy các biến đổi về huyết động. Các bệnh nhân viêm màng ngoài tim cấp áp lực tĩnh mạch trung tâm tăng làm giảm sự trở về của hệ tĩnh mạch do đó khả năng chứa dịch của khoang màng tim sẽ tăng lên. Với sự tăng dần của lượng dịch nhiều trường hợp khoang màng tim có thể chứa đến 2 lít dịch mà vẫn chưa có biến đổi huyết động trên lâm sàng. Chèn ép huyết động hay gặp trong các trường hợp dịch quá nhiều hay tăng quá nhanh hoặc trong các trường hợp dịch có nhiều sợi fibrin, tràn dịch màng tim do ung thư.

1.1. Triệu chứng lâm sàng

1.1.1. Triệu chứng cơ năng

- Dịch màng tim tăng dần không làm biến đổi áp lực trong buồng tim thường không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng.
- Đôi khi bệnh nhân có biểu hiện đau âm ỉ, đè p nặng ngực.
- Có thể có các biểu hiện do dịch màng tim đè ép vào các cơ quan lân cận. Khó nuốt do chèn ép vào thực quản, khó thở do chèn ép phổi và xẹp phổi, nấc do chèn ép vào dây thần kinh hoành, nôn và căng bụng do chèn ép các tạng trong ổ bụng.

1.1.2. Triệu chứng thực thể

- Dịch màng tim số lượng ít thường khó thấy các dấu hiệu trên khám thực thể.
- Dịch màng tim số lượng nhiều có thể thấy các dấu hiệu tiếng tim mờ, dấu hiệu của E wart (gõ đục, tiếng thổi của phế quản) và ran ở phổi do chèn ép thứ phát.

1.2. Nguyên nhân

Các nguyên nhân hay gặp gây tràn dịch màng ngoài tim nhiều là viêm màng ngoài tim không rõ nguyên nhân, tăng urê máu, hội chứng thận hư, viêm màng ngoài tim do ung thư hay u nhầy, suy tim ứ huyết, xơ gan, suy giáp, sau phẫu thuật tim và do thuốc.

Bảng 23 - 1. Các nguyên nhân gây tràn dịch màng tim

- Vô căn
- Nhồi máu cơ tim cấp
- Các hội chứng sau tổn thương cơ tim - màng tim: hội chứng Dressler; sau mở màng tim
- Nguyên nhân chuyển hoá: hội chứng urê máu cao, phù niêm, giảm albumin máu....
- Do tia xạ
- Phình tách động mạch chủ ngực
- Chấn thương: đụng dập, do dụng cụ, thủ thuật.)
- Do virus: Coxsackie các týp A, B5, B6; Echovirus; Adenovirus, virus cúm, quai bị, thủy đậu, viêm gan B, HIV....
- Do vi khuẩn: tụ cầu, phế cầu, liên cầu, H. influenzae, não mô cầu, lậu cầu, lao, thương hàn, vi khuẩn gây sốt mò, sốt vệt, L. hemophilia, viêm nội tâm mạc nhiễm khuẩn....
- Do nấm sâu, nấm phủ tạng: Histoplasmosis, Aspergillosis, Blastomycosis, Cocci idiomycosis....

- Các loại nhiễm trùng khác: amíp, Echinococcus, sốt Lyme, M. pneumoniae, Rickettsia....
- U tiên phát (mesothelioma, teratoma, fibroma, leiomyofibroma, sarcoma, lipoma, angioma...) và di căn (ung thư vú, phế quản, lơ - xê - mi, u lympho...)
- Các bệnh miễn dịch (thấp tim, lupus ban đỏ hệ thống, viêm cột sống dính khớp, viêm khớp dạng thấp, viêm mạch, viêm nút quanh động mạch, xơ cứng bì, viêm da và cơ, bệnh Whipple, Behcet, Reiter, sốt Địa Trung Hải, viêm động mạch thái dương, amyloidosis....
- Do thuốc: Procainamide, Hydralazine, Heparin, Warfarin, Phenytoin, Phenylbutazone, Dantrolene, Methysergide, Doxorubicin, Penicillin, Minoxidil, Interleukin....

1.3. Các xét nghiệm chẩn đoán

1.3.1. Điện tâm đồ (ĐTĐ): Kinh điển sẽ thấy dấu hiệu điện thế thấp lan toả. Dấu hiệu luân phiên điện học hay gặp trong các trường hợp dịch màng tim nhiều.

1.3.2. Phim chụp tim phổi: bóng tim không thay đổi khi dịch màng tim chỉ dày 1mm đến 2mm, tim to thường chỉ thấy trong các trường hợp có tràn dịch màng ngoài tim số lượng nhiều hơn 250ml. Tim to với dấu hiệu giãn rộng cung của tĩnh mạch chủ trên, tĩnh mạch đơn (azygos) và giảm tưới máu phổi gợi ý cho chẩn đoán tràn dịch màng ngoài tim.

1.3.3. Siêu âm tim: Là phương pháp hữu hiệu nhất để chẩn đoán và theo dõi tràn dịch màng ngoài tim. Ngoài giá trị chắc chắn trong chẩn đoán, siêu âm còn giúp cho việc đặt dẫn lưu màng tim và đánh giá số lượng dịch còn lại trong khoang màng tim. Tuy nhiên siêu âm ít có giá trị để chẩn đoán sinh bệnh học của các loại dịch màng tim khác nhau.

*** Siêu âm hai bình diện cần tìm các dấu hiệu sau**

- Khoảng trống siêu âm giữa lá thành và lá tạng của màng ngoài tim.
- Hình 23 - 1. Khoảng trống siêu âm khi có TDMT.
- Tăng vận động của các thành tim
- Khi dịch màng tim nhiều có thể thấy dấu hiệu quả tim lúc lắc trong khoang màng tim. Đây chính là cơ chế của hiện tượng luân phiên điện học thấy được trên điện tâm đồ.

*** Kích cỡ của lượng dịch màng ngoài tim có thể xác định thông qua khoảng cách giữa hai lá của khoang màng tim (độ dày của lượng dịch) và kiểu lan toả của dịch màng tim.**

- Lượng dịch ít (dưới 100ml) tập trung chủ yếu ở phía sau và độ dày thường dưới 1 cm.
- Lượng dịch trung bình (từ 100 tới 500ml). Lượng dịch thường bọc xung quanh tim nhưng độ dày vẫn dưới 1 cm hoặc chỉ có ít ở xung quanh các mạch máu lớn.
- Lượng dịch nhiều (hơn 500ml) quả tim bị đẩy ra sau với lượng dịch bọc xung quanh lan lên tới cả các mạch máu lớn, cả ở bên, mòm và phía trước của tim. Độ dày của lượng dịch lớn hơn 1cm ở mọi vị trí.

1.3.4. Các xét nghiệm khác như siêu âm qua thực quản, chụp cắt lớp vi tính, cộng hưởng từ trường hạt nhân có thể áp dụng trong một vài trường hợp cá biệt để nghiên cứu kỹ hơn về màng ngoài tim.

1.3.5. Xét nghiệm dịch màng tim ở những trường hợp dịch nhiều có chọc hút dẫn lưu. Các xét nghiệm cần làm là tìm trực khuẩn lao, sinh hoá, vi khuẩn và tế bào học.

* Xét nghiệm dịch sẽ cho phép xác định một số các nguyên nhân gây bệnh giúp ích rất nhiều cho việc điều trị. Dịch màng tim là máu thường gợi ý có chảy máu mới vào trong khoang màng tim, tuy nhiên nếu dịch màu máu có thể gặp trong các trường hợp bệnh ung thư, nhiễm khuẩn hay viêm nhiễm. Nếu dịch có rất nhiều máu, cần gửi mẫu máu làm xét nghiệm khí máu. Nếu có ày đặc máu cục rõ ràng thì rất có thể đã chọc vào mạch máu hay buồng tim. Dịch mủ nguyên nhân là do vi khuẩn nhiễm trùng. Dịch dưỡng chấp thường do

tổn thương hay tắc ống ngực.

* Cây dịch được chỉ định trong các trường hợp nghi ngờ có nguồn gốc gây bệnh là do nhiễm trùng, bao gồm cả nhiễm virus và nhiễm nấm.

1.4. Điều trị

1.4.1. Nguyên lý chung: Điều trị bao gồm điều trị bệnh nguyên, điều trị các biến động về huyết động do dịch màng tim gây ra.

1.4.2. Điều trị chọc dẫn lu dịch màng ngoài tim qua da

- Chỉ định trong các trường hợp ung thư, nhiễm khuẩn vi khuẩn, nấm.
- Trong các trường hợp tràn dịch màng ngoài tim số lượng dịch nhiều, dù triệu chứng lâm sàng không điển hình cũng vẫn có thể chỉ định chọc dẫn lu dịch màng ngoài tim.
- Chọc dịch màng ngoài tim không nên chỉ định ở các trường hợp dịch màng tim ít.

1.4.3. Điều trị thuốc chống đông: cần hạn chế sử dụng thuốc chống đông trong tuyệt đại đa số các trường hợp tràn dịch màng ngoài tim.

II. Tràn dịch màng ngoài tim có dấu hiệu ép tim

Khi dịch màng tim số lượng nhiều sẽ dẫn đến hiện tượng tăng áp lực trong khoang màng ngoài tim và từ đó sẽ dẫn đến hạn chế tâm trương của tim, quá trình ép tim bắt đầu xảy ra. Bệnh cảnh ép tim được xác định bằng các triệu chứng của tăng áp lực trong các buồng tim, hạn chế sự giãn ra của tâm thất trong thời kỳ tâm trương và làm giảm cung lượng tim.

2.1. Triệu chứng lâm sàng

2.1.1. Triệu chứng cơ năng

Biểu hiện trên lâm sàng là bệnh cảnh của cung lượng tim thấp: bồn chồn, lo lắng hoặc kích thích, lơ mơ ngủ gà, có thể xỉu đi; giảm thể tích nước tiểu; đặc biệt là biểu hiện khó thở; cảm giác chèn ép ngực; suy sụp, chán ăn và gầy sút trong các trường hợp tràn dịch màng ngoài tim mạn tính.

2.2.2. Triệu chứng thực thể

- Tăng áp lực của tĩnh mạch trung tâm, thở nhanh; nhịp tim nhanh; tiếng cọ màng ngoài tim; tiếng tim mờ.
- Các triệu chứng giống như suy tim phải: gan to, tĩnh mạch cổ nổi, có thể có tràn dịch màng phổi phổi hợp...
- Tụt huyết áp và dấu hiệu mạch đảo được xác định là huyết áp giảm thấp hơn 10mmHg khi bệnh nhân hít vào sâu. Cơ chế của hiện tượng này là khi hít vào sâu sẽ làm tăng lượng máu tĩnh mạch trở về thất phải, do xung quanh tim là dịch ép không cho tim nở ra nên thất phải phải nở về phía thất trái làm giảm sự đổ đầy của thất trái, hậu quả cuối cùng là giảm sự tổng máu ngoại biên gây giảm huyết áp. Mạch đảo không đặc hiệu trong ép tim, nó có thể gặp trong bệnh phổi tắc nghẽn, nhồi máu thất phải, nhồi máu phổi hoặc hen phế quản. Sẽ không thấy có mạch đảo trên bệnh nhân có ép tim nhưng chức năng thất trái giảm nhiều và có tăng áp lực tâm trương hoặc trong thông liên nhĩ, hở chủ hay ép từng vùng tim.

2.2. Các xét nghiệm chẩn đoán

2.2.1. Siêu âm tim qua thành ngực: là phương pháp bắt buộc phải thực hiện khi nghi ngờ có ép tim trên lâm sàng. Nó sẽ giúp khẳng định chẩn đoán khi thấy có nhiều dịch trong khoang màng tim.

* Siêu âm hai bình diện cần phân biệt các trường hợp có tăng áp lực tĩnh mạch trung tâm và

hạ huyết áp nhồi máu cơ tim thất phải, viêm cơ thất màng ngoài tim.

* Các dấu hiệu của ép tim bao gồm

- Có dịch ở trong khoang màng ngoài tim (biểu hiện bằng các khoảng trống về siêu âm tim).
- Dấu hiệu ép nhĩ phải thì tâm trương thường bắt đầu từ cuối tâm trương và thấy rõ nhất ở mặt cắt cạnh ức trái trục ngang, dưới sườn và 4 buồng từ móm. Đây là dấu hiệu có độ nhạy cao tuy nhiên độ đặc hiệu chỉ là 82% với giá trị dự báo dương tính là 50%.
- Dấu hiệu ép thất phải thường quan sát thấy tại thành trước thất phải và vùng phễu trong tư thế nằm ngửa. Trục ngang và trục dọc cạnh ức trái là hai mặt cắt thuận lợi nhất để quan sát dấu hiệu này. Cần sử dụng siêu âm TM để khẳng định dấu hiệu này. Dấu hiệu ép thất phải đơn độc trên siêu âm có thể có trước biểu hiện ép tim trên lâm sàng.
- Dấu hiệu ép nhĩ trái.
- Tăng kích thước thất phải và giảm kích thước thất trái một cách bất thường khi bệnh nhân hít vào sâu.
- Thay đổi theo nhịp thở của các dòng chảy qua van nhĩ thất, tăng bất thường dòng chảy qua van ba lá và giảm bất thường dòng chảy qua van hai lá khi bệnh nhân hít vào sâu. Bình thường khi hít vào dòng chảy qua van ba lá không tăng quá 7%, còn dòng chảy qua van hai lá không giảm quá 10%. Nếu khi hít vào, sóng E qua van hai lá giảm hơn 25% thì rất gợi ý có biểu hiện ép tim trên siêu âm.
- Thay đổi theo hô hấp thì hít vào (INSP) và thở ra (EXP) của phổ Doppler xung dòng chảy qua van hai lá (phía trên) và van ba lá (phía dưới) ở bệnh nhân TDMT ép tim.
- Giãn tĩnh mạch chủ dưới. Tĩnh mạch chủ dưới giãn hơn 50% khi bệnh nhân hít vào sâu là dấu hiệu rất nhạy (97%) nhưng độ đặc hiệu chỉ là 40% trong chẩn đoán ép tim.
- Thất trái giả phì đại.

2.2.2. Thông tim phải: quan trọng cho chẩn đoán và đề ra hướng điều trị. Nó khẳng định chẩn đoán p tim, đánh giá sự cản trở huyết động và xác định cung lượng tim, theo dõi sự tiến triển của huyết động sau khi đã được chọc dẫn lưu dịch màng ngoài tim.

- Các dấu hiệu huyết động cần xác định là áp lực nhĩ phải, áp lực mao mạch phổi bít, áp lực tâm trương của động mạch phổi, áp lực giữa tâm trương của thất phải, với chỉ số bình thường từ 10 đến 30mmHg. Trong khi thở ra áp lực mao mạch phổi bít tăng nhẹ so với áp lực trong khoang màng tim do hoạt động nở ra của thất trái. Khi bệnh nhân hít vào áp lực mao mạch phổi bít sẽ tăng dẫn đến chênh áp rất thấp, thậm chí là âm giữa hệ thống tĩnh mạch phổi và thất trái.
- Khi chọc hút dẫn lưu màng ngoài tim cần xác định sự giảm của hầu hết các áp lực trong thông tim (nhĩ phải, thất phải tâm trương, khoang màng tim, áp lực mao mạch phổi bít và áp lực cuối tâm trương của thất trái).

2.3. Điều trị

2.3.1. Nguyên lý chung: Khi đã có chẩn đoán ép tim thì ưu tiên hàng đầu là cần phải hút dẫn lưu dịch màng ngoài tim. Phương pháp có thể thực hiện là chọc hút qua da với gây tê tại chỗ, phẫu thuật dẫn lưu (mở khoang màng tim dưới xương ức, mở cửa sổ màng tim và cắt màng tim gần toàn bộ), nong màng ngoài tim qua da bằng bóng. Trong các trường hợp tràn dịch màng ngoài tim sau mổ, phẫu thuật dẫn lưu màng ngoài tim hay được chỉ định; các trường hợp khác việc chọc hút qua da là phương pháp ưu tiên được lựa chọn với bác sĩ có kinh nghiệm, theo dõi huyết động liên tục và có siêu âm kiểm tra. Soi lồng ngực dưới màn tăng sáng sẽ giúp hạn chế tối đa các biến chứng của thủ thuật.

2.3.2. Điều trị nội khoa: Bao gồm bồi phụ đủ dịch, thuốc nâng huyết áp nếu có tụt áp như Norepinephrine, Dobutamine, tránh dùng các thuốc giãn mạch như Nitroglycerine, Nitroprusside...

2.3.3. Điều trị chọc dẫn lưu qua da: Có thể thực hiện nhanh chóng trong điều kiện cấp

cứu, ít xâm lấn hơn các phương pháp khác và chỉ cần sự chuẩn bị tối thiểu. Biến chứng có thể gặp là chọc vào tim và các mạch máu lớn, chọc vào phổi, phản ứng cường phế vị... Có thể đặt dẫn lưu liên tục nhưng nên tránh trong các trường hợp bề dày dịch ít hơn 1cm, dịch khu trú hay có nhiều sợi fibrin dính chặt.

2.3.4. Nong màng ngoài tim bằng bóng qua da: Chỉ nên áp dụng khi có nhiều kinh nghiệm và ở các bệnh nhân ung thư gây tràn dịch màng ngoài tim. Bóng nong có thể sử dụng là bóng ngoại biên nh Mansfield kích cỡ từ 18 đến 30mm hay bóng Inoue. Sau khi nong có thể đặt dẫn lưu một thời gian để hoàn toàn hết dịch trong khoang màng ngoài tim.

2.3.5. Phẫu thuật: Trong các trường hợp tràn dịch phức tạp, sau mổ hay tái phát dịch thì có thể chỉ định phẫu thuật dẫn lưu dịch màng ngoài tim.

- Mổ dẫn lưu màng ngoài tim dưới xương ức. Có thể thực hiện bằng gây tê tại chỗ. Kỹ thuật thực hiện bằng cách mở một đường rạch nhỏ dưới xương ức để nhìn thấy màng ngoài tim trực tiếp, sau đó sẽ đa ống dẫn lưu vào khoang màng tim.

- Mở cửa sổ màng ngoài tim. Nhằm mục đích tạo ra sự thông thương giữa khoang màng tim và màng phổi trái. Kết quả ngay lập tức là làm giảm bớt áp lực trong khoang màng tim, hơn nữa do làm tăng liên tiếp xúc nên sẽ làm tăng sự hấp thu dịch, từ đó tránh được hiện tượng tái phát tràn dịch màng tim. Đường rạch thường ở vị trí của ngực trái.

- Cắt màng ngoài tim toàn bộ hay gần toàn bộ. Phẫu tích màng ngoài tim ở vị trí sát tĩnh mạch chủ dưới gần cơ hoành cho đến các mạch máu lớn. Phẫu thuật này được lựa chọn trong các trường hợp tràn dịch khu trú hay tràn dịch phổi hợp với co thắt màng ngoài tim.

**Thực hành BỆNH TIM MẠCH
NGUYỄN LÂN VIỆT**