

TAKOTSUBO SYNDROME IN A PATIENT WITH ANXIETY DISORDER: A CASE REPORT

Nguyễn Phương Thảo¹, Hoàng Quốc Việt¹, Trần Văn Quý¹, Đinh Văn Tới¹, Hoàng Thị Thanh Hoa¹

¹Vinmec Ha Long International General Hospital - 10A Le Thanh Tong, Hong Gai, Quang Ninh, Vietnam

Received: 13/04/2026

Revised: 23/05/2026; Accepted: 25/06/2026

ABSTRACT

Background: Takotsubo Syndrome (TTS), also known as “Broken Heart Syndrome,” is a stress-induced cardiomyopathy that mimics acute coronary syndrome. Although generally reversible, TTS can lead to severe acute heart failure, particularly in patients with underlying psychological disorders.

Case presentation: A 65-year-old female with a history of anxiety disorder was admitted with acute chest pain and dyspnea following a recent emotional stressor. Laboratory investigations revealed elevated cardiac biomarkers, and electrocardiography demonstrated ST-segment elevation in leads V1–V4. Transthoracic echocardiography on admission showed the typical pattern of apical ballooning with severely reduced left ventricular ejection fraction (33%). Coronary angiography excluded significant obstructive coronary artery disease. The patient was diagnosed with Takotsubo syndrome and managed with optimal medical therapy along with psychological support. At the 2-year follow-up, clinical symptoms remained stable, and cardiac function had fully normalized.

Conclusion: This case highlights the necessity of differential diagnosis for TTS in postmenopausal women and the importance of managing anxiety disorders in holistic patient care.

Keywords: Takotsubo Syndrome, Acute heart failure, Anxiety disorder, Apical ballooning.

*Corresponding author

Email: v.thaonp28@vinmec.com Phone: (+84) 936919122 DOI: 10.52163/yhc.v67iCD8.5676



HỘI CHỨNG TAKOTSUBO TRÊN NGƯỜI BỆNH CÓ TIỀN SỬ RỐI LOẠN LO ÂU: BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Nguyễn Phương Thảo¹, Hoàng Quốc Việt¹, Trần Văn Quý¹, Đinh Văn Tới¹, Hoàng Thị Thanh Hoa¹

¹Bệnh viện đa khoa quốc tế Vinmec Hạ Long - 10A Lê Thánh Tông, Hồng Gai, Quảng Ninh, Việt Nam

Ngày nhận bài: 13/04/2026

Ngày chỉnh sửa: 23/05/2026; Ngày duyệt đăng: 25/06/2026

TÓM TẮT

Bối cảnh: Hội chứng Takotsubo (TTS) là một bệnh lý cơ tim do stress, có biểu hiện lâm sàng dễ nhầm lẫn với hội chứng mạch vành cấp. Mặc dù thường hồi phục nhanh, TTS có thể gây ra các biến chứng suy tim cấp nghiêm trọng, đặc biệt trên nhóm bệnh nhân có rối loạn tâm lý nền.

Tóm tắt ca bệnh: Bệnh nhân nữ, 65 tuổi, có tiền sử rối loạn lo âu, nhập viện vì đau ngực cấp và khó thở sau một sang chấn tâm lý. Kết quả cận lâm sàng ghi nhận men tim tăng và điện tâm đồ cho thấy ST chênh lên từ V1-V4. Siêu âm tim lúc vào viện ghi nhận hình ảnh phình móm tim điển hình với phân suất tống máu (EF) giảm nặng (33%).

Diễn biến: Chụp mạch vành qua da loại trừ tắc nghẽn động mạch vành có ý nghĩa. Bệnh nhân được chẩn đoán hội chứng Takotsubo và điều trị nội khoa tích cực kết hợp liệu pháp tâm lý. Sau 2 năm theo dõi, các triệu chứng lâm sàng ổn định và chức năng tim hồi phục hoàn toàn.

Kết luận: Ca bệnh nhấn mạnh tầm quan trọng của việc chẩn đoán phân biệt TTS ở phụ nữ sau mãn kinh và vai trò của việc kiểm soát rối loạn lo âu trong điều trị toàn diện.

Từ khóa: Hội chứng Takotsubo, Suy tim cấp, Rối loạn lo âu, Phình móm tim.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hội chứng Takotsubo (Takotsubo syndrome – TTS) là một dạng bệnh cơ tim cấp tính đặc trưng bởi rối loạn chức năng thất trái thoáng qua, thường biểu hiện lâm sàng tương tự hội chứng vành cấp. (Elesber et al., 2006; Templin et al., 2015) Bệnh nhân thường nhập viện với đau ngực, biến đổi điện tâm đồ và tăng men tim, do đó dễ bị chẩn đoán nhầm là nhồi máu cơ tim, đặc biệt trong giai đoạn cấp.

Trong những năm gần đây, cùng với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh, TTS ngày càng được nhận diện nhiều hơn và được xem là một thực thể lâm sàng riêng biệt. Bệnh chiếm khoảng 1–2% các trường hợp nghi ngờ hội chứng vành cấp và gặp chủ yếu ở phụ nữ lớn tuổi. (Elesber et al., 2006; Templin et al., 2015) Mặc dù đa số trường hợp có diễn biến thuận lợi, một số bệnh nhân vẫn có thể xuất hiện biến chứng nặng trong giai đoạn cấp, nhấn mạnh tầm quan trọng của chẩn đoán chính xác.

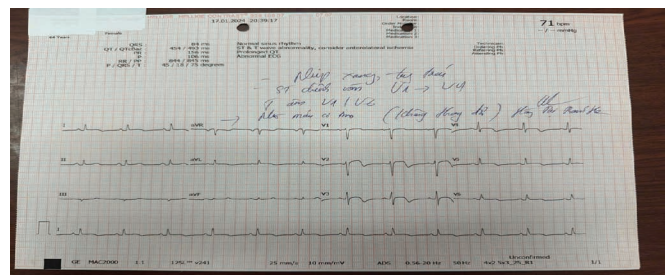
TTS có mối liên quan chặt chẽ với các yếu tố stress, bao gồm cả stress tâm lý và thể chất. Trong đó, các rối loạn tâm thần như trầm cảm và lo âu được ghi nhận với tần suất cao. (Singh et al., 2022) Tuy nhiên, trong thực hành lâm sàng, việc khai thác và đánh giá các yếu tố này vẫn chưa được chú trọng đầy đủ.

Chúng tôi trình bày một trường hợp TTS ở bệnh nhân nữ có tiền sử rối loạn lo âu, với biểu hiện ban đầu gợi ý hội chứng vành cấp nhưng diễn biến và cận lâm sàng phù hợp với TTS.

2. TRÌNH BÀY CA BỆNH

Bệnh nhân nữ 65 tuổi, có tiền sử rối loạn lo âu với nhiều đợt tổn thương tâm lý, tăng huyết áp và rối loạn lipid máu, vào viện vì đau ngực và khó thở. Triệu chứng khởi phát đột ngột 4 giờ trước với cảm giác tức nặng vùng trước tim, lan lên cổ và cánh tay hai bên, kèm khó thở tăng dần.

Tại thời điểm nhập viện, người bệnh có biểu hiện suy tim cấp, ý thức tỉnh táo, huyết động tạm ổn định, khó thở NYHA III. Điện tâm đồ 12 chuyển đạo cho thấy nhịp xoang, ST chênh lên ở các chuyển đạo trước tim (V2-3) kèm theo sóng T âm lan tỏa từ V2 đến V5 (Hình 1).



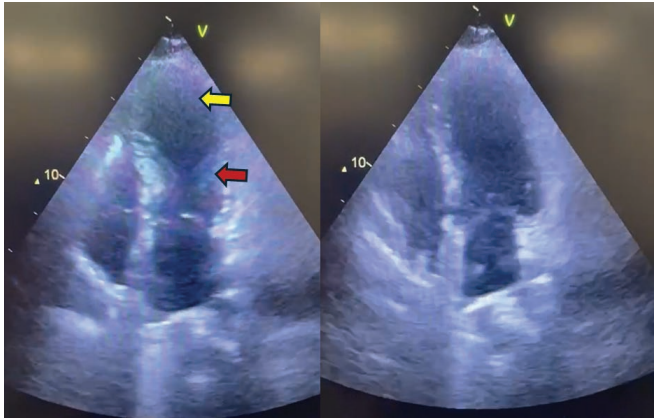
Hình 1. Điện tâm đồ (ECG) lúc nhập viện

Xét nghiệm sinh hóa ghi nhận troponin T tăng ở mức 81 ng/L, NT-proBNP là 4300 pg/mL. Các xét nghiệm công thức máu, chức năng thận và điện giải đồ, không ghi nhận bất thường. Siêu âm tim qua thành ngực ghi nhận vô động vùng móm thất trái và tăng động vùng đáy (Hình 2). Phân

*Tác giả liên hệ

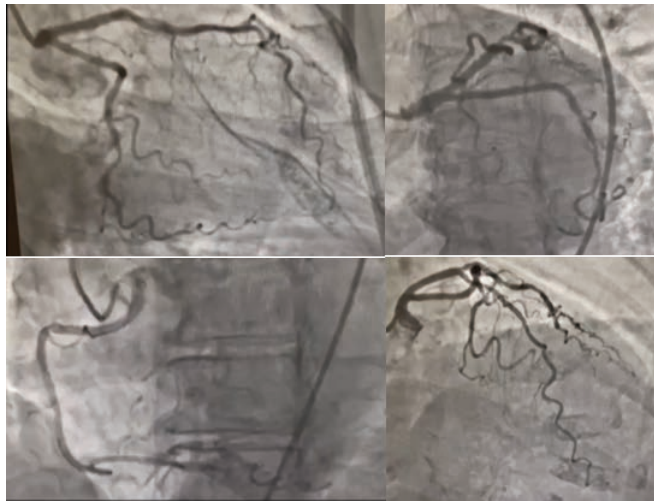
Email: v.thaonp28@vinmec.com Điện thoại: (+84) 936919122 DOI: 10.52163/vhcm.v67iCD8.5676

suất tổng máu thất trái giảm 33%. Buồng tim không giãn và không có huyết khối trong buồng tim.



Hình 2. Siêu âm tim lúc vào viện có hình vô động vùng mỏm (mũi tên vàng) và tăng động vùng đáy (mũi tên đỏ)

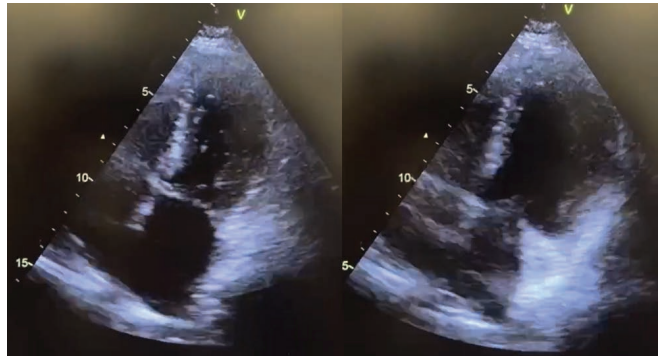
Bệnh nhân được chẩn đoán – Nhồi máu cơ tim cấp có ST chênh lên và chỉ định chụp động mạch vành cấp cứu. Kết quả cho thấy không có tổn thương hẹp có ý nghĩa trên các nhánh động mạch vành (Hình 3).



Hình 3. Chụp động mạch vành cấp cứu không có tổn thương hẹp đáng kể

Bệnh nhân được điều trị nội khoa tích cực trong giai đoạn cấp với lợi tiểu quai nhằm kiểm soát tình trạng ứ dịch và thuốc điều trị rối loạn lo âu. Sau 3 ngày điều trị, khi huyết động ổn định, bệnh nhân hết đau ngực và không còn khó thở, các thuốc nền tảng cho suy tim phân suất tổng máu giảm được khởi trị, bao gồm sacubitril/valsartan 50 mg, dapagliflozin 10 mg, spironolactone 12,5 mg và bisoprolol 2,5 mg.

Tại thời điểm ra viện, chức năng tim hồi phục dần, LVEF từ 33% lên 47%. Điện tâm đồ trước khi ra viện cho thấy cải thiện các biến đổi ST-T so với thời điểm nhập viện. Siêu âm tim thành ngực tại thời điểm 3 tháng cho thấy chức năng thất trái trở về bình thường, không còn rối loạn vận động vùng (Hình ảnh 4). Sau khi chức năng thất trái hồi phục, các thuốc điều trị suy tim được đánh giá lại và điều chỉnh theo hướng giảm liều dần, dựa trên diễn biến lâm sàng và kết quả siêu âm tim định kỳ. Sau 2 năm theo dõi, bệnh nhân ổn định, không có các đợt tái phát cấp tính.



Hình 4. Siêu âm tim sau 3 tháng cho thấy chức năng thất trái hồi phục hoàn toàn và không rối loạn vận động vùng

3. THẢO LUẬN

Hội chứng Takotsubo thường biểu hiện tương tự hội chứng vành cấp, chiếm khoảng 1–2% các trường hợp có tăng men tim, gặp chủ yếu ở phụ nữ sau mãn kinh. (Kuwowski et al., 2007; Prasad et al., 2008; Templin et al., 2015) 265 Thể điển hình chiếm đa số, trong khi thể đảo ngược hiếm gặp, khoảng 2–3% các trường hợp.

Trường hợp của chúng tôi là bệnh nhân nhập viện với đau ngực, biến đổi điện tâm đồ và tăng men tim. Ca bệnh của chúng tôi có các đặc điểm hướng tới TTS. Mức tăng troponin tương đối thấp so với mức độ suy giảm chức năng thất trái, trong khi NT-proBNP tăng cao rõ rệt. Điểm không tương xứng giữa các chỉ dấu sinh học đã được ghi nhận trong nhiều nghiên cứu và là yếu tố gợi ý giúp phân biệt với nhồi máu cơ tim, trong đó troponin thường tương quan với mức độ hoại tử cơ tim.

Để chẩn đoán, chúng tôi áp dụng thang điểm InterTAK; với đặc điểm nữ giới (25 điểm), trên 50 tuổi (10 điểm) có yếu tố tâm lý trước khởi phát (+12 điểm), không ghi nhận ST chênh xuống trên ECG (+6 điểm). Tổng điểm InterTAK đạt 53 điểm, tương ứng với xác suất cao của hội chứng Takotsubo.

Về hình ảnh học, rối loạn vận động vùng không phù hợp với phân bố của một nhánh động mạch vành cụ thể, với hình ảnh vô động vùng mỏm kèm tăng động vùng đáy điển hình. So với báo cáo của Barbaryan và cộng sự, bệnh nhân của chúng tôi thuộc thể điển hình, trong khi ca bệnh được báo cáo là thể đảo ngược với tăng động vùng mỏm và giảm động vùng đáy. (Barbaryan et al., 2016) Sự khác biệt này phản ánh tính đa dạng về hình thái của hội chứng Takotsubo và cho thấy chẩn đoán cần được đặt trong bối cảnh lâm sàng tổng thể.

Cơ chế bệnh sinh của hội chứng Takotsubo được cho là đa yếu tố, trong đó tăng catecholamine cấp tính đóng vai trò trung tâm, gây độc trực tiếp lên cơ tim, co thắt vi mạch và rối loạn chức năng nội mạc. Tuy nhiên, việc định lượng catecholamine một cách có hệ thống trong giai đoạn cấp hiện nay vẫn chưa được thực hiện phổ biến tại nhiều trung tâm. Việc triển khai xét nghiệm này một cách quy chuẩn không chỉ giúp củng cố chẩn đoán phân biệt ở những trường hợp khó, mà còn hỗ trợ đánh giá mức độ nặng của cơn bão giao cảm để có hướng xử trí phù hợp.

Sự phân bố không đồng đều của thụ thể β -adrenergic trong cơ tim được cho là giải thích sự khác biệt giữa các thể hình thái, như thể điển hình và thể đảo ngược. (Lyon et al., 2008) Báo cáo của Barbaryan và cộng sự, thể đảo ngược được cho là liên quan đến phân bố thụ thể khác biệt theo tuổi, với vùng đáy nhạy cảm hơn ở bệnh nhân trẻ hơn, trong khi ở phụ nữ lớn tuổi, thể điển hình vùng mỏm chiếm ưu thế, phù hợp với đặc điểm bệnh nhân của chúng tôi. (Barbaryan et al., 2016). Bên cạnh đó, rối loạn lo âu thông qua trục não

– tìm với sự hoạt hóa mạn tính của hệ thần kinh giao cảm có thể làm tăng tính nhạy cảm với stress và góp phần khởi phát bệnh. (Templin et al., 2015) Tương tự bệnh nhân của chúng tôi có rối loạn lo âu trước khi khởi phát, củng cố vai trò của stress trong cơ chế bệnh sinh.

Về điều trị, chúng tôi áp dụng chiến lược điều trị suy tim theo khuyến cáo ESC 2023, với nguyên tắc khởi trị sớm các liệu pháp nền tảng ngay khi huyết động cho phép. (McDonagh et al., 2023) Trong giai đoạn cấp, lợi tiểu quai được sử dụng nhằm kiểm soát tình trạng ứ dịch, đồng thời điều trị rối loạn lo âu được duy trì. Sau khi huyết động ổn định (sau 3 ngày), các liệu pháp nền tảng được khởi trị nhằm hỗ trợ phục hồi chức năng thất trái. Tuy nhiên, do chưa có hướng dẫn điều trị đặc hiệu cho hội chứng Takotsubo, cách tiếp cận này chủ yếu dựa trên ổn định huyết động và ngoại suy từ điều trị suy tim.

Về diễn biến lâm sàng, báo cáo của Barbaryan, chức năng tim hồi phục hoàn toàn sau 2 tuần, trong khi ở bệnh nhân của chúng tôi, sự hồi phục được ghi nhận sau theo dõi 3 tháng và ổn định trong 2 năm theo dõi. (Barbaryan et al., 2016) Sự khác biệt này có thể liên quan đến thể đảo ngược có thể liên quan đến mức tăng men tim cao hơn do vùng cơ tim bị ảnh hưởng rộng hơn, trong khi thể điển hình thường có biểu hiện suy tim rõ hơn. (Nef et al., 2007).

Mặc dù thường được xem là có tiên lượng thuận lợi, các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ biến chứng cấp không thấp và có thể tương đương hội chứng vành cấp trong một số trường hợp. (Singh et al., 2022) Do đó, việc nhận diện đúng không chỉ giúp tránh các can thiệp không cần thiết mà còn có ý nghĩa trong theo dõi và quản lý lâu dài.

Tuy nhiên, ca bệnh của chúng tôi có một số hạn chế trong chẩn đoán. Cụ thể, chưa thực hiện cộng hưởng từ tim để loại trừ hoàn toàn viêm cơ tim. Ngoài ra, các nguyên nhân khác trong nhóm nhồi máu cơ tim không tắc nghẽn mạch vành như co thắt mạch vành hoặc vi huyết khối chưa được đánh giá một cách hệ thống. Do đó, mặc dù các dữ kiện lâm sàng, cận lâm sàng và hình ảnh học phù hợp với hội chứng Takotsubo, việc loại trừ hoàn toàn các chẩn đoán phân biệt vẫn còn hạn chế.

4. KẾT LUẬN

Hội chứng Takotsubo cần được nghĩ đến trong bệnh cảnh giả hội chứng vành cấp, đặc biệt khi mạch vành bình thường. Ca bệnh này gợi ý mối liên quan giữa stress tâm lý và khởi phát bệnh trên nền rối loạn lo âu, tuy nhiên cần thêm các nghiên cứu trong tương lai để khẳng định vai trò nhân quả.

Đạo đức nghiên cứu: Đây là báo cáo ca lâm sàng, không yêu cầu phê duyệt của Hội đồng Đạo đức. Người bệnh đã được giải thích đầy đủ và đồng ý cho sử dụng thông tin lâm sàng, hình ảnh và dữ liệu liên quan cho mục đích nghiên cứu và công bố khoa học, với cam kết đảm bảo ẩn danh.

Đóng góp của các tác giả: Tác giả chính: Trực tiếp thăm khám, điều trị, thu thập số liệu lâm sàng, phân tích hình ảnh chuyên khoa và chịu trách nhiệm chính trong việc soạn thảo bản thảo. Các tác giả đồng hành: Tham gia điều trị, thực hiện can thiệp mạch vành, kiểm tra dữ liệu và phê duyệt bản thảo cuối cùng.

Mâu thuẫn lợi ích: Nhóm tác giả không có mâu thuẫn lợi ích liên quan đến nghiên cứu này.

Lời cảm ơn: Nhóm tác giả xin trân trọng cảm ơn Ban Giám đốc và các đồng nghiệp tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Hạ Long đã hỗ trợ về chuyên môn và điều kiện thực hiện báo cáo. Xin cảm ơn kíp trực Khoa Tim mạch và Đơn vị Can thiệp mạch đã tham gia điều trị bệnh nhân. Chúng tôi cũng cảm ơn bệnh nhân và gia đình đã đồng ý cung cấp thông tin cho mục đích nghiên cứu.

5. TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Barbaryan, A., Bailuc, S. L., Patel, K., Raqeeem, M. W., Thakur, A., & Mirrahimov, A. E. (2016). An Emotional Stress as a Trigger for Reverse Takotsubo Cardiomyopathy: A Case Report and Literature Review. *American Journal of Case Reports*, 17, 137–142. doi:10.12659/AJCR.896549
- [2] Elesber, A. A., Prasad, A., Bybee, K. A., Valeti, U., Motiei, A., Lerman, A., Chandrasekaran, K., & Rihal, C. S. (2006). Transient cardiac apical ballooning syndrome: Prevalence and clinical implications of right ventricular involvement. *Journal of the American College of Cardiology*, 47(5), 1082–1083. doi:10.1016/j.jacc.2005.12.004
- [3] Kurowski, V., Kaiser, A., von Hof, K., Killermann, D. P., Mayer, B., Hartmann, F., Schunkert, H., & Radke, P. W. (2007). Apical and midventricular transient left ventricular dysfunction syndrome (tako-tsubo cardiomyopathy): Frequency, mechanisms, and prognosis. *Chest*, 132(3), 809–816. doi:10.1378/chest.07-0608
- [4] Lyon, A. R., Rees, P. S. C., Prasad, S., Poole-Wilson, P. A., & Harding, S. E. (2008). Stress (Takotsubo) cardiomyopathy—A novel pathophysiological hypothesis to explain catecholamine-induced acute myocardial stunning. *Nature Clinical Practice. Cardiovascular Medicine*, 5(1), 22–29. doi:10.1038/ncpcardio1066
- [5] McDonagh, T. A., Metra, M., Adamo, M., Gardner, R. S., Baumbach, A., Böhm, M., Burri, H., Butler, J., Čelutkienė, J., Chioncel, O., Cleland, J. G. F., Crespo-Leiro, M. G., Farmakis, D., Gilard, M., Heymans, S., Hoes, A. W., Jaarsma, T., Jankowska, E. A., Lainscak, M., ... ESC Scientific Document Group. (2023). 2023 Focused Update of the 2021 ESC Guidelines for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure: Developed by the task force for the diagnosis and treatment of acute and chronic heart failure of the European Society of Cardiology (ESC) With the special contribution of the Heart Failure Association (HFA) of the ESC. *European Heart Journal*, 44(37), 3627–3639. doi:10.1093/eurheartj/ehad195
- [6] Nef, H. M., Möllmann, H., Kostin, S., Troidl, C., Voss, S., Weber, M., Dill, T., Rolf, A., Brandt, R., Hamm, C. W., & Elsässer, A. (2007). Tako-Tsubo cardiomyopathy: Intraindividual structural analysis in the acute phase and after functional recovery. *European Heart Journal*, 28(20), 2456–2464. doi:10.1093/eurheartj/ehl570
- [7] Prasad, A., Lerman, A., & Rihal, C. S. (2008). Apical ballooning syndrome (Tako-Tsubo or stress cardiomyopathy): A mimic of acute myocardial infarction. *American Heart Journal*, 155(3), 408–417. doi:10.1016/j.ahj.2007.11.008
- [8] Samul-Jastrzębska, J., Roik, M., Wretowski, D., Łabyk, A., Ślubowska, A., Bizoń, A., Paczyńska, M., Kurnicka, K., Pruszczyk, P., & Ciużyński, M. (2021). Evaluation of the InterTAK Diagnostic Score in differentiating Takotsubo syndrome from acute coronary syndrome. A single center experience. *Cardiology Journal*, 28(3), 416–422. doi:10.5603/CJ.a2019.0086
- [9] Singh, T., Khan, H., Gamble, D. T., Scally, C., Newby, D. E., & Dawson, D. (2022). Takotsubo Syndrome: Pathophysiology, Emerging Concepts, and Clinical Implications. *Circulation*, 145(13), 1002–1019. doi:10.1161/CIRCULATIONAHA.121.055854
- [10] Templin, C., Ghadri, J. R., Diekmann, J., Napp, L. C., Bataiosu, D. R., Jaguszewski, M., Cammann, V. L., Sarcon, A., Geyer, V., Neumann, C. A., Seifert, B., Hellermann, J., Schwyzer, M., Eisenhardt, K., Jenewein, J., Franke, J., Katus, H. A., Burgdorf, C., Schunkert, H., ... Lüscher, T. F. (2015). Clinical Features and Outcomes of Takotsubo (Stress) Cardiomyopathy. *The New England Journal of Medicine*, 373(10), 929–938. doi:10.1056/NEJMoa1406761