

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP HỘI CHỨNG BRUGADA TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM RUỘT THỪA CẤP TẠI KHOA NGOẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

*Lê Huy Cường, Trần Nguyễn Quang Trung
Khoa Ngoại, Bệnh Viện An Giang*

TÓM TẮT

Viêm ruột thừa cấp là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất, tuy nhiên hội chứng Brugada lại là một bệnh hiếm với tỷ lệ 1-12/100.000 dân/năm ở Đông Nam Á. Hội chứng này đã ảnh hưởng rất lớn đến tiên lượng bệnh nhân. Chúng tôi báo cáo một trường hợp hội chứng Brugada trên viêm ruột thừa cấp đã gặp tại Khoa Ngoại – Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

ABSTRACT

Acute appendicitis is the most common emergency surgery, however, Brugada syndrome is a rare disease with the rate from 1 to 12/100.000 in South East Asia. Brugada syndrome has a bad prognosis. In this study, we discuss one case of Brugada syndrome in young patient, who has acute appendicitis at The Surgery department of An Giang Centre General Hospital.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Những năm 1980, đột tử về đêm không giải thích được là 1 hội chứng có tần suất cao ở các nước Đông Nam Á, người ta phát hiện những người đàn ông trẻ di cư từ các nước Đông Nam Á sang Mỹ bị chết đột ngột trong lúc ngủ nhưng hoàn toàn khỏe mạnh trước đây và không có bệnh tim thực thể. Sau đó, ở đầu thập niên 1990 bệnh này được mô tả ở Thái lan, Philippine, Nhật. Do đó bệnh lý này có tên là *Lai Tai* theo tiếng Thái, hoặc *Pokkuri* theo tiếng Nhật đều mang ý nghĩa chết đột ngột khi ngủ đêm. Hội chứng này được xem là nguyên nhân hàng đầu gây tử vong ở người đàn ông trẻ ở Thái Lan và là thách thức lớn đến nền y tế và xã hội nước này, nguyên nhân tử vong chính là rung thất và đã có rất nhiều nghiên cứu về căn nguyên của rung thất ở các bệnh nhân này, nhưng đều không thành công.

Năm 1992 Brugada P. và Brugada J. là tác giả đầu tiên mô tả 8 bệnh nhân đột tử và có biểu hiện rất giống nhau trên ECG được gọi là hội chứng Brugada. (Hội chứng này bao gồm Block nhánh phải có ST chênh lên ở V1, V2, V3 trên điện tâm đồ, khoảng QT bình thường và không có bằng chứng của bệnh tim thực tổn). Năm 1998 bệnh này được giải thích cơ chế bệnh sinh và đề xuất cách điều trị tốt nhất. Sau nhiều năm nghiên cứu, người ta thấy rằng đột tử về đêm xảy ra ở khắp nơi trên thế giới, có biểu hiện trên lâm sàng và cận lâm sàng giống nhau và nó không giới hạn ở 1 vùng địa lý nào [3].

Đây là trường hợp hội chứng Brugada xảy ra trên bệnh nhân viêm ruột thừa cấp, chúng tôi gặp tại Bệnh viện Đa khoa Trung tâm An Giang.

BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nam, 45 tuổi, dân tộc: Kinh, nghề nghiệp: làm ruộng, vào viện vì đau bụng vùng hố chậu (P),

Bệnh sử: bệnh khởi phát cách nhập viện khoảng 2 ngày, Bệnh nhân đau bụng âm ỉ quanh rốn, sau đó đau khu trú hố chậu (P) kèm cảm giác chán ăn. BN không sốt, không nôn ói. BN không điều trị gì, nhập viện BV ĐKTT An Giang.

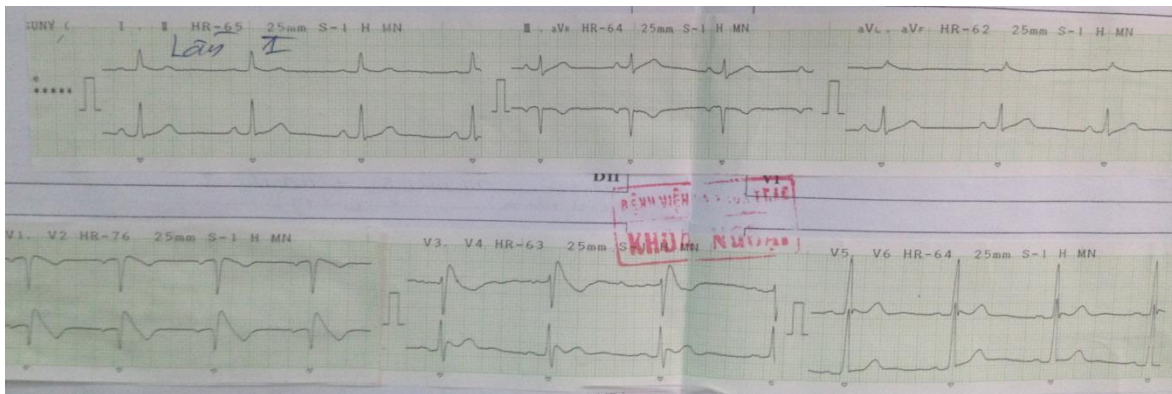
Tiền sử: a) bản thân: tăng huyết áp không điều trị, huyết áp max 150mmHg, chưa từng có những cơn ngất trước đây. Thường có những cơn khó thở về đêm.

b) Gia đình: không ghi nhận bệnh lý Nội - Ngoại khoa có liên quan, gia đình không có ai bị ngất hay đột tử.

Tình trạng lúc nhập viện: Bệnh nhân tỉnh, tiếp xúc tốt. Da niêm hồng, tổng trạng trung bình. Tim đều, tần số: 70 lần/phút, phổi trong. Bụng mềm, ấn đau hố chậu (P). Gan lách không sờ chạm.

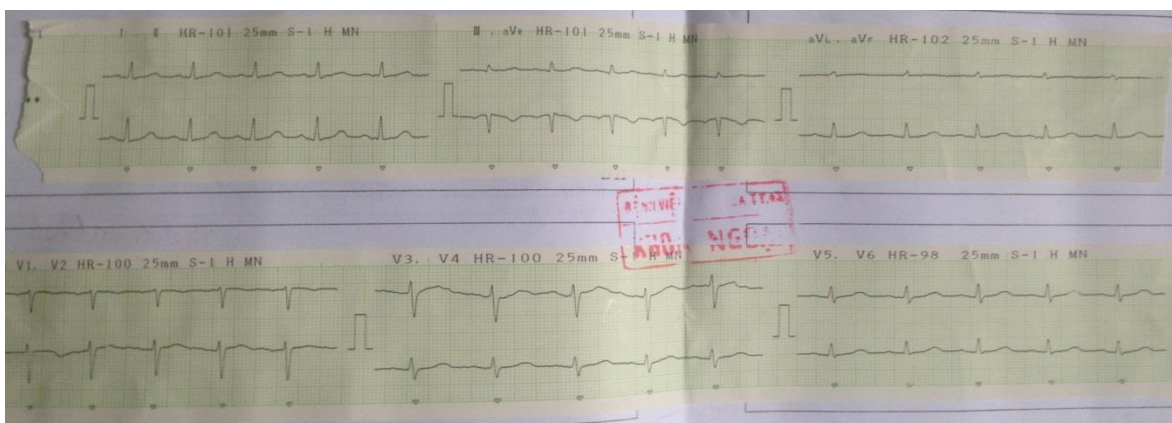
Kết quả cận lâm sàng: Công thức máu: bạch cầu 16.300/mm³, Neu 78,2%, Lympho 16,5%, hồng cầu 5.180.000/mm³, Hb 15,3 g/dL, tiểu cầu 224.000/mm³. Sinh hóa máu: CRP 89,26mg/dl, urê 3,8 mmol/L, creatinin 86 μmol/L, glucose 4,6 mmol/L, Na⁺ 137,7 mmol/L, K⁺ 3,6 mmol/L, Cl⁻ 102 mmol/L, AST 23 U/L, ALT 29 U/L. Siêu âm bụng tổng quát: hố chậu (P) có hình ngón tay 48mm, hình bia 14mm, kết luận: hình ảnh Viêm ruột thừa, X-quang ngực: bình thường.

ECG (lần 1): ST chênh lên ở V1, V2 và V3 với đoạn cuối ST dốc xuống dần, ST-T có dạng hình vòm.



Xử trí trước mổ: Glucolyte II 500ml (TTM), Ceftriaxon 1g 2 lọ (TMC), Atropin 0,25g 2 ống (TMC).

Đo lại ECG (lần 2): ST đã giảm chênh rất nhiều sau tiêm atropin.

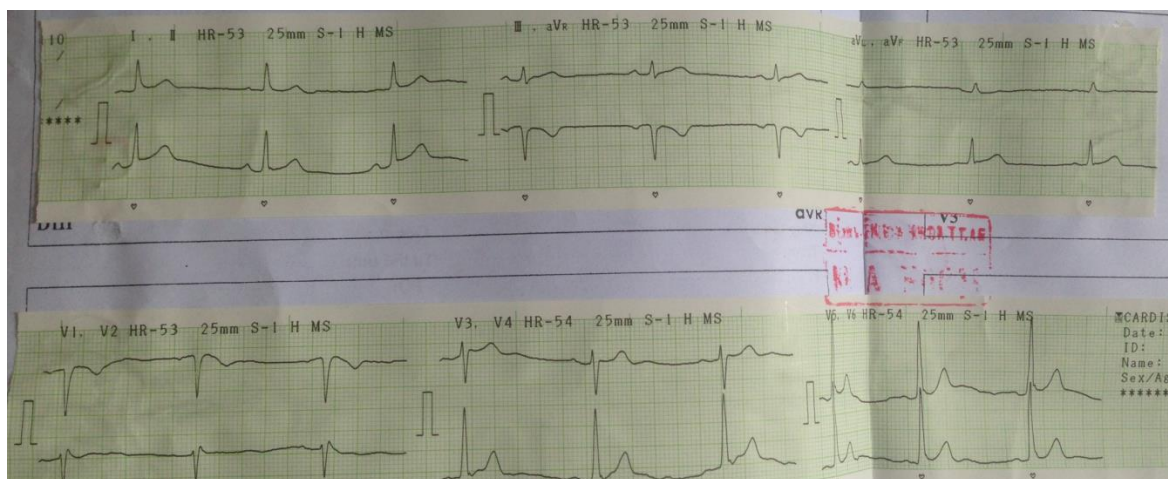


Chẩn đoán trước mổ: Viêm phúc mạc khu trú do ruột thừa hoại tử vỡ/ Hội chứng Brugada type 1.

Điều trị: Bệnh nhân được phẫu thuật sau khi nhập viện 10 giờ, với phương pháp phẫu thuật: Cắt ruột thừa, rửa bụng, Dẫn lưu Douglas. Phương pháp vô cảm: gây tê tủy sống. BN được xuất viện sau 6 ngày điều trị, trong tình trạng ổn, bệnh tình, da niêm hồng, ăn uống tốt, đại tiện bình thường, vết mổ khô, nhịp tim đều, tần số khoảng 60 lần/phút, phổi không rale.

Các cận lâm sàng sau mổ: Troponi T 0,003 ng/ml, ProBNP 62,88 pg/ml, các chỉ số công thức máu trong giới hạn bình thường, CRP 29,96 mg/dL.

ECG (lần 3) đã trở về bình thường



BÀN LUẬN

Viêm ruột thừa cấp tính là một cấp cứu bụng ngoại khoa gặp nhiều nhất chiếm 60-70% trong tất cả cấp cứu ngoại khoa về bụng. Tuy nhiên, hội chứng Brugada lại là 1 bệnh ít gặp, với tỷ lệ lưu hành từ 1-5/100.000 dân/năm ở châu Âu và 12/100.000 dân/năm ở Đông Nam Á, riêng Thái Lan tỉ lệ cao nhất 30/100.000 dân [2], [7]. Kể từ năm 1992, đã có 1 sự gia tăng theo cấp số nhân trong số các trường hợp được báo cáo về bệnh này, đến một mức độ mà hội nghị thứ 2 đồng thuận báo cáo trong năm 2005 rằng nguyên nhân thứ hai gây tử vong ở nam giới <40 tuổi (chỉ sau chấn thương) [3]. Tại Việt Nam, hội chứng này bắt đầu được chú ý trong khoảng 10 năm gần đây, trong những lần khám sức khỏe đại trà cũng có thể bắt gặp những bệnh nhân có điện tâm đồ dạng hội chứng này. Trong thời gian từ 01/01/2004 đến 01/05/2005 tại Bệnh viện Đại học Y dược Huế chỉ phát hiện 18 trường hợp điện tim nghi ngờ, nhóm tuổi chủ yếu là 40-50 tuổi, tất cả đều là nam giới không triệu chứng. Tuy nhiên, tỉ lệ bệnh thực sự ở Việt Nam vẫn là một ẩn số vì chưa có những nghiên cứu tầm soát quy mô lớn.

Khoảng 80% người bệnh là nam giới, và các triệu chứng điển hình thường xảy ra ở tuổi 40. Điều này phù hợp với bệnh nhân của chúng tôi. Tỷ lệ mắc bệnh ở Nam cao hơn hẳn nữ, trong nhiều nghiên cứu, tỷ lệ dao động từ 8 đến 10 lần dù bệnh là do đột biến gene trên nhiễm sắc thể thường chứ không phải nhiễm sắc thể giới tính. Các nghiên cứu trên động vật đã cho rằng do ảnh hưởng của hormone testosterone tác động lên [2].

Về sinh lý bệnh, hội chứng Brugada là bệnh lý di truyền trội trên nhiễm sắc thể thường. Đột biến gene SCN5A (gene mã hóa một đơn vị alpha của kênh Natri) sẽ gây

bất thường cấu trúc phân tử protein kênh Natri trên màng tế bào. Trong hoạt động điện của tế bào cơ tim, kênh Natri có vai trò quan trọng để điều chỉnh các dòng Na^+ đi vào hay đi ra tế bào. Vì vậy, khi bất thường trong kênh Natri, hoạt động điện học bị rối loạn, dẫn đến loạn nhịp, thậm chí gây ra “bão điện” và ngừng tim [2], [5].

Dựa vào tiêu chuẩn chẩn đoán hội chứng Brugada của hội tim mạch Châu Âu năm 2002 [**Error! Reference source not found.**], chúng tôi đã có thể chẩn đoán xác định bệnh nhân của chúng tôi là hội chứng Brugada type 1. Tuy nhiên, trong tiền sử gia đình bệnh nhân, không có ai ngất hay đột tử về đêm cả. Đó là vì, dù SCN5A là một gene trội, nhưng không phải di truyền hết tất cả mọi thành viên gia đình. Bằng chứng là trong một thế hệ con, không phải ai cũng mắc phải hội chứng này. Điều này cũng phù hợp với nghiên cứu của Nguyễn Đức Hoàng [1] khi chỉ có 5/20 thành viên trong phả hệ được nghiên cứu mắc hội chứng này. Sau khi đã chẩn đoán xác định, chúng tôi đã chỉ định phẫu thuật cấp cứu cho bệnh nhân, với tiên lượng dè dặt trước mổ, vì biết rằng nguy cơ đột tử sẽ có thể xảy ra khi can thiệp ngoại khoa. Do đó, việc chỉ định thuốc chống loạn nhịp trước mổ (Atropin) là điều cần thiết, và ECG trước mổ của bệnh nhân đã có sự giảm chênh của đoạn ST ở V1, V2 và V3.

Chăm sóc sau mổ bệnh nhân của chúng tôi cũng là một điều cần lưu ý. Vì một số loại thuốc như: thuốc chống trầm cảm, ức chế Beta, hỗn hợp Glucose và insulin, thuốc kháng Histamin hoặc tình trạng sốt, tăng/giảm K^+ , tăng Ca^{2+} có thể làm chuyển tiếp hay làm nặng hơn hội chứng này [2]. Chúng tôi đã rất cẩn trọng khi sử dụng thuốc sau mổ, luôn bù đủ dịch cho BN và không để sốt và rối loạn nước - điện giải xảy ra. Trong suốt thời gian hậu phẫu, chúng tôi theo dõi và không thấy xuất hiện những cơn khó thở về đêm, vì chúng tôi e ngại sẽ có những cơn nhịp nhanh thất hay rung thất thoáng qua (do tình trạng kích thích phế vị khi đang ngủ).

Sau khi bệnh nhân xuất viện, chúng tôi hẹn ngày tái khám, đánh giá tình trạng vết mổ đã diễn tiến tốt và không ghi nhận được những cơn ngất hay khó thở về đêm nữa, chúng tôi hướng dẫn BN không vận động thể lực gắng sức và dặn dò thân nhân: khi BN có biểu hiện sốt, khó thở hay ngất bắt buộc phải nhập viện điều trị. Việc điều trị tiếp theo cho hội chứng Brugada trên BN này là vấn đề mà chúng tôi cân nhắc. Cây máy khử rung chuyển nhịp (ICD) là một biện pháp hiệu quả nhất, vì các thuốc chống loạn nhịp như Amiodarone hay chẹn Beta cũng không mang lại hiệu quả cao. Tuy

nhiên điều kiện kinh tế BN khó khăn và giá thành của máy ICD khá đắt tiền. Dựa theo 2 nghiên cứu gần đây năm 2010 là FINGER^[8] và năm 2011 là PRELUDE^[6], chúng tôi xét thấy BN có ECG type 1 tự nhiên, không có cơn ngất trong tiền sử, không có đột tử và được sốc điện điều trị lần nào, nên việc theo dõi thường xuyên và đánh giá sự xuất hiện các triệu chứng mà chúng tôi áp dụng với BN là phù hợp.

KẾT LUẬN

Việc chẩn đoán bệnh lý ngoại khoa có kết hợp với bệnh lý tim mạch đa phần là dễ dàng, nhưng một số loạn nhịp tim hiếm gặp như hội chứng Brugada thì rất dễ nhầm lẫn với các rối loạn nhịp tim khác. Việc chuẩn bị đầy đủ các phương tiện cấp cứu, theo dõi sát bệnh nhân và quan tâm đến dấu hiệu sinh tồn (đặc biệt là thân nhiệt), điện giải đồ là rất cần thiết để can thiệp kịp thời. Giáo dục sức khỏe cho bệnh nhân và tầm soát cha mẹ, anh chị em của bệnh nhân là việc nên làm để tránh việc đột tử xảy ra.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đức Hoàng (2007), “Hội chứng Brugada nhân một gia đình”, *Tạp chí Tim mạch học số 47*, p.16-19.
2. Trần Hữu Toàn Khoa (2011), “Hội chứng Brugada – nhân một trường hợp lâm sàng”, *Bệnh Viện Nhân Dân 115*.
3. Hà Hoàng Kiệt (2014), “Hội chứng Brugada”, *Bệnh học tim mạch*, Nhà xuất bản Quân đội nhân dân.
4. Hoàng Văn Quý (2011), “Hội chứng Brugada”, *Hội nghị khoa học phân hội Điện sinh lý và tạo nhịp tim 2011*.
5. Phạm Hữu Văn (2015), “Bảo điện – từ ca lâm sàng đến tổng quan”, *Huấn luyện nâng cao và chuyên sâu – Hội tim mạch học TP. Hồ Chí Minh*”,
6. Silvia G. Priori (2012), “Risk Stratification in Brugada Syndrome”, *Journal of the American College of Cardiology*, Vol. 59, p.37-45.
7. Tarascon Internal medicine & Critical Care Pocketbook (2009), “Brugada Syndrome”, Fourth Edition.
8. Probst V. (2010), “Long-term prognosis of patients diagnosed with Brugada syndrome: Results from the FINGER Brugada syndrome Registry”, *Circulation - American Heart Association*, no.121, p.635-643.