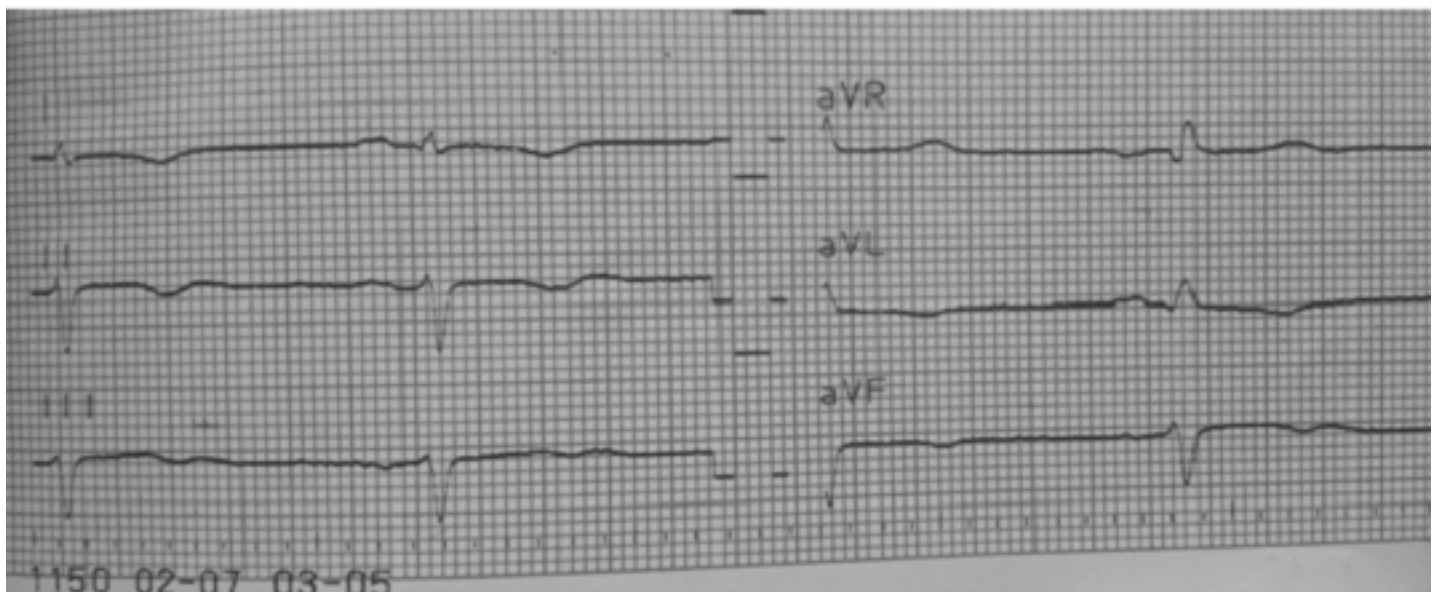
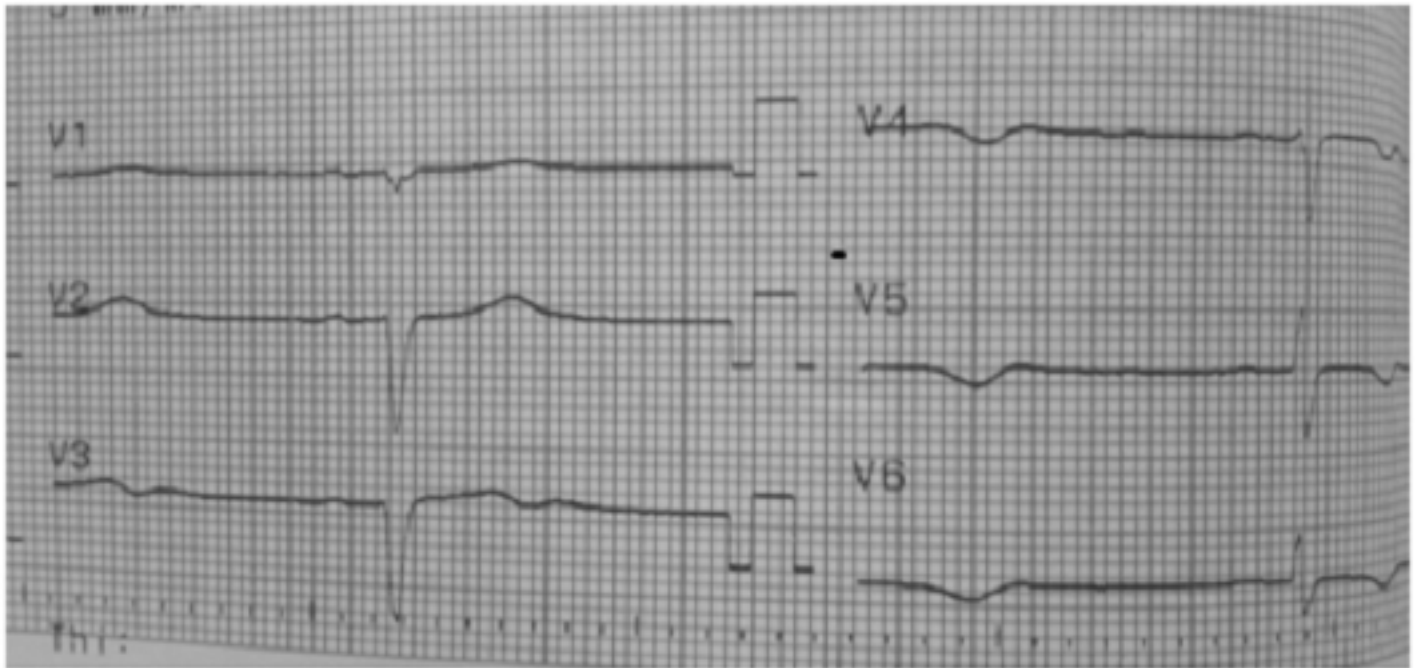


BS. Bùi Văn Bình-BS. Nguyễn Tuấn Long**Ca lâm sàng**

Bệnh nhân nam, 20 tuổi, dân tộc thiểu số, cư trú tại huyện Nam Trà My, nhập viện vào BVĐK Quảng Nam do nuốt khó, điu sic. Tiền Khoa Nội TM, BN tim mạch, không sốt, NYHA II-III, khàn giọng, phát âm khó khăn, thở điu, mạch quay điu 50 lần/phút, HA 110/90mmHg, hong sich, có ít hoch ngoi biên vùng co, mạch điu nuốt khó ngày càng nặng, bệnh nhân không thể ăn hoặc uống. Khai thác tiền sử ghi nhận có biểu hiện sốt, đau hong và giảm mức hong cách đây hơn 1 tháng, BN đic điu tri khoing 2 tuần ở bệnh viện tuyin đii, tình trạng đau hong, sốt có cải thiện, tiếp tục điu tri tại nhà. Nhập viện ngày trước nhập viện Quảng Nam, xuất hiện khó nuốt nên đic chuyển viện. Kết quả xét nghiệm máu: bạch cầu $5,86 \times 10^3/\mu\text{L}$, NT-proBNP 8016pg/mL, hs Troponin T 110,3pg/mL. ECG có hình ảnh nhop chom xoang khoing 50 lần/phút (hình 1). Nội soi hong thấy hong sich, màng hou di đing kém. Siêu âm vùng co có nhiu hoch nho góc hàm phải. Nội soi đing tiêu hóa trên không thấy bất thường. Siêu âm tim ghi nhận thất trái dẫn, giảm co bóp thất trái toàn bộ, EF giảm (45%), các van tim mềm mii, honh $\frac{1}{4}$ van 2 lá, không phát hiện các luing thông bất thường trong tim. Các kết quả cấy đich hong âm tính. Mặc dù từ huyện Nam Trà My, vài tháng qua không có đich bệnh bạch hầu, BN vẫn đic chẩn đoán và điu tri theo hong Viêm co tim bán cop khải năng do bạch hầu, biến chứng liệt hou hong + suy tim. Sau 10 ngày, tình trạng nuốt khó và suy tim cải thiện (NT-proBNP giảm còn 662pg/mL, EF tăng lên 52%), BN đic xuất viện và hẹn tái khám.





Hình nh đi n tâm đ c a b nh nhân

Bàn lu n

B nh b ch h u là b nh nhi m trùng c p tính do vi khu n *Corynebacterium diphtheriae* gây ra. V i s hi u qu c a ch ng trình tiêm ch ng m r ng (TCMR), ngày nay, b ch h u là m t b nh ít g p t i Vi t Nam. Tuy v y, nh ng vùng mà ng i dân không tham gia t t ch ng trình TCMR, b nh lý này v n còn t n t i và gây ra các bi n ch ng nguy hi m.

T n th ng c b n trong b nh b ch h u là quá trình viêm t huy t t o thành màng gi t i c a vào, các t bào bi u mô b ho i t , kèm theo xu t huy t thoát đ ch có nhi u fibrinogen. Fibrinogen g p thrombokinase (đ c gi i phóng ra t t ch c t bào ho i t) s t o thành màng fibrin bám ch t vào p bi u mô. T i c a vào (mũi, h ng thanh qu n, đ ng sinh đ c và da b th ng) tr c khu n b ch h u sinh s n và phát tri n và ti t ra ngo i đ c t . Ngo i đ c t theo h tu n hoàn và b ch huy t đi kh p c th gây ra các t n th ng kh p các c quan (tim, h th n kinh trung ng, th n, th ng th n... [4]. Trong đó, t n th ng tim m ch là nguyên nhân t vong chính, chi m kho ng 50 – 70% [1], [2].

Các tổn thương tim thường xuất hiện sau tuần thứ hai 10-25% BN [5]. Biểu hiện lâm sàng có thể nghe tiếng tim mờ, tiếng ng g a phi... Trên ECG, sẽ thấy biến đổi ST – T, các dòng loạn nhịp tim, rung nhĩ, ngưng tâm thu, nhịp nhanh thất, rung thất, phân ly nhĩ thất... Nếu bệnh nhân có biểu hiện block nhĩ- thất độ 3 thì thường kèm theo tiên lượng rất tệ dù được cấy máy tạo nhịp. Đây là mô t biến chứng trầm trọng đòi hỏi sự chăm sóc theo dõi chặt chẽ, theo dõi và điều trị tích cực.

Các biến chứng thần kinh thường xuất hiện sau một thời gian muộn hơn, chiếm 15% các trường hợp. Biểu hiện chủ yếu là tổn thương các đôi dây thần kinh s ở vùng hành não [6]. Liệt khu hai bên và thường liệt vận động, liệt phần mềm cơ ở gà tuần thứ 3, liệt cơ vận nhãn thường xuất hiện tuần thứ 5, ngừng cũng có thể xuất hiện trong tuần đầu, đó là nguyên nhân làm cho bệnh nhân nhìn mờ và lác. Viêm dây thần kinh cơ hoành gây liệt cơ hoành thường ở tuần thứ 5 đến tuần thứ 7. Không hoặc liệt các chi chi ở mức độ nhẹ có thể gặp khoảng 30% BN. Theo Logina và cộng sự, các biến chứng thần kinh thường tiến triển nặng khoảng 49 ngày (15-83) và bắt đầu cải thiện sau ngày thứ 73 (20-115) [4], [6]. Trong trường hợp này, BN bắt đầu có biểu hiện phục hồi tình trạng rối loạn nuốt khoảng sau 1 tháng kể khi khởi phát. Trong giai đoạn này, vai trò của nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch rất quan trọng.

Trên BN này, các biểu hiện chủ yếu do biến chứng của hệ thần kinh với tình trạng liệt khu hai bên khi BN rối loạn nuốt. Các biểu hiện của suy tim / viêm cơ tim trên lâm sàng ở BN khá kín đáo, nhưng các dấu hiệu trên điện tâm đồ, đặc biệt là siêu âm tim, men tim và NT-ProBNP có giá trị gợi ý chẩn đoán.

Hiện nay, các dấu hiệu về siêu âm tim do viêm cơ tim sau bệnh lý ban đầu còn ít. Theo Panamonta và cộng sự, các biểu hiện chính của viêm cơ tim sau nhiễm khuẩn là giãn thất trái hoặc phì đại thất trái. Các biểu hiện của viêm cơ tim trên BN của chúng tôi là tình trạng giảm dòng toàn bộ thất trái, EF giảm (45%). Các biểu hiện rối loạn dẫn truyền trong viêm cơ tim là khá đa dạng từ biến đổi đoạn ST-T, rung nhĩ, ngưng tâm thu, block nhĩ thất các mức độ. Đặc biệt block nhĩ- thất độ 3 thường kèm theo tiên lượng rất tệ dù được can thiệp đặt máy tạo nhịp. Trong nghiên cứu của Panamonta, một nửa trong số 10 BN rối loạn nhịp chậm, ngừng trường hợp block nhĩ thất cấp 3 đều tử vong, dù được cấy máy tạo nhịp [7]. Ở BN của chúng tôi, rối loạn nhịp chậm mức độ nhẹ với hình ảnh nhịp chậm xoang. Có lẽ chính vì vậy, tiên lượng của BN cũng sẽ tốt hơn. Tuy nhiên, với lâu dài BN cần được tái khám, theo dõi để kịp thời phát hiện bệnh cơ tim dẫn sau viêm cơ tim.

Kết luận

S hi u qu c a ch ng trình tiêm ch ng m r ng đã làm gi m t n su t b t g p b nh lý b ch h u và nh ng bi n ch ng c a nó trên lâm sàng. Vi c ch n đoán viêm c tim do b ch h u đôi khi d b b qua. S k t h p ti n s , b nh s , lâm sàng và các xét nghi m b sung cho phép đánh giá BN m t cách toàn di n s giúp chúng ta không b sót nh ng ca b nh ít g p trong k nguyên hi n đ i này.

Tài li u tham kh o

1. Penicillin vs. erythromycin in the treatment of diphtheria. - PubMed - NCBI. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9798043/>> , accessed: 04/03/2017.
2. Predictors of outcome in patients with diphtheria receiving intensive care. - PubMed - NCBI. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16528112/>> , accessed: 04/03/2017.
3. Prognosis in patients with diphtheric myocarditis and bradyarrhythmias: assessment of results of ventricular pacing. - PubMed - NCBI. < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/7917696/>> , accessed: 04/03/2017.
4. B nh b ch h u. H c Vi n Quân y.
5. Kneen R., Nguyen M.D., Solomon T., et al. (2004). Clinical features and predictors of diphtheritic cardiomyopathy in Vietnamese children. Clin Infect Dis Off Publ Infect Dis Soc Am, 39(11), 1591–1598.
6. Logina I. and Donaghy M. (1999). Diphtheritic polyneuropathy: a clinical study and comparison with Guillain-Barré syndrome. J Neurol Neurosurg Psychiatry, 67(4), 433–438.
7. Manat Panamonta (2014). Historical assessment of diphtheritic myocarditis from a hospital in northeastern Thailand. Asian Biomed.