

HUYẾT KHỐI ĐỘNG MẠCH THẬN TRÊN BỆNH NHÂN RUNG NHĨ

Trần Nguyễn An Huy* Nguyễn Quốc Việt** Nguyễn Minh Nhựt***

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu thận cấp tính trên bệnh nhân rung nhĩ là tình trạng hiếm gặp và thường bị bỏ sót trên lâm sàng. Cần nghĩ đến nhồi máu thận cấp tính trên bệnh nhân rung nhĩ có tình trạng đau bụng hay đau hông lưng mà không có nguyên nhân bụng ngoại khoa khác.

Phương pháp: Báo cáo ca lâm sàng

Kết quả: chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp tại Bệnh viện Hoàn Mỹ Sài Gòn. Bệnh nhân nam, có tình trạng rung nhĩ với huyết khối cấp tính gây hẹp 80% động mạch thận trái được chẩn đoán và điều trị kịp thời và cho kết quả điều trị tốt.

Kết luận: Nhồi máu thận cấp tính trên bệnh nhân rung nhĩ là một bệnh không phổ biến và dễ bị bỏ sót. Việc chọn lựa phương pháp điều trị phụ thuộc vào từng trường hợp cụ thể.

ABSTRACT

A CASE REPORT: ACUTE RENAL INFARCTION IN PATIENT WITH ATRIAL FIBRILLATION

Background: Acute renal infarction in patient with atrial fibrillation is a rare situation which is easily forgotten. It is necessary to consider acute renal infarction as a cause in atrial fibrillation patient with abdominal or flank pain without any other surgical abdomen causes.

Method: case report

Results: We report a rare case at Hoan My Sai Gon hospital. A male patient with atrial fibrillation and acute embolism resulting in 80% stenosis in left renal artery was diagnosed and successfully treated with good outcome.

Conclusions: Acute renal infarction in patient with atrial fibrillation is an uncommon disease and easily forgotten. The choice of treatment methods depends on the individual case.

ĐẶT VẤN ĐỀ:

Rung nhĩ là tình trạng thường gặp hiện nay trong các bệnh lý nội khoa. Trung bình tỷ lệ mới mắc rung nhĩ khoảng 0,1% mỗi năm ở người dưới 40 tuổi nhưng tăng lên tới 1,5 - 2% ở người

trên 80 tuổi. Ước tính đến 2030 sẽ có 3% người trên 20 tuổi bị rung nhĩ (theo ESC 2016). Rung nhĩ gây ra tình trạng thuyên tắc huyết khối ở nhiều nơi như não, động mạch khác, bao gồm động mạch thận. Tuy nhiên, tình trạng này rất hiếm gặp, khó chẩn đoán, thường bị bỏ sót và ít có nghiên cứu lớn. Điều trị chủ yếu hiện nay là điều trị nội khoa.

TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG:

Bệnh nhân nam Nguyễn V. T., sinh năm 1965 - Địa chỉ P.17, Q.Gò Vấp - TP.HCM, nhập viện ngày 19/2/2018, vì đau bụng. Chiều cùng ngày nhập viện, bệnh nhân đột ngột đau nhói vùng thượng vị lệch trái, đau liên tục thỉnh thoảng có quặn từng cơn và lan sang vùng hông lưng trái, không sốt, không nôn ói, không tiêu lỏng, không đau ngực, không khó thở, tiểu bình thường. Cơn đau kéo dài liên tục và tăng về cường độ nên bệnh nhân nhập cấp cứu.

Tiền căn:

Hẹp khí van 2 lá hậu thấp, hở van động mạch chủ và được nong van 2 lá cách 30 năm.

Nhồi máu não bán cầu phải cách nay 20 năm đồng thời phát hiện rung nhĩ và dùng Sintrom 4mg ¼ viên/ngày cho đến thời điểm nhập viện.

Kết quả INR thường nằm trong khoảng 2-3.

Thuốc đang dùng: Losartan 25mg 1viên, Concor 2.5mg 1viên, Sintrom 4mg ¼ viên.

Tại khoa Cấp cứu:

Bệnh nhân tỉnh, than đau bụng vùng thượng vị lệch trái có kèm lan hông lưng trái, không đau ngực, không khó thở.

Khám bụng mềm, không đề kháng vùng thượng vị, ấn đau nhẹ vùng thượng vị, gan lách không sờ chạm, tim không đều # 80 l/phút, ATTT_r 3/6 LS III lan mờ.

Cận lâm sàng: (ngày 19/2/2018) amylase (-), siêu âm bụng (-), X Quang bụng đứng (-), ECG: rung nhĩ # 80 l/phút, creatinin: 131.9mmol/L, INR 1.58. Chẩn đoán sơ bộ: Viêm dạ dày cấp - Rung nhĩ /Van tim hậu thấp và nhập khoa nội tiêu hóa.

*ThS BS BV Hoàn Mỹ Sài Gòn. ĐT: 0918319386.

Email: huy.tran@hoanmy.com

**BS BV Hoàn Mỹ Sài Gòn. ĐT: 0986868378

Email: dr_vietnguyen@yahoo.com

***BS BV Hoàn Mỹ Sài Gòn. ĐT: 0919191716

Email: drnguyennhut86@gmail.com

Tại khoa Nội tiêu hóa:

Sau 6 giờ, tình trạng bụng vẫn không cải thiện nên được chỉ định chụp MSCT bụng có cản quang. Kết quả cho thấy huyết khối cấp tính gây hẹp 80% động mạch thận trái tại trước chỗ chia.

Siêu âm tim (ngày 20/2/2018): dẫn nhĩ trái, hẹp nhẹ van 2 lá, hở van động mạch chủ nặng hậu thấp, EF=65%, hở 3 lá trung bình, PAPs = 45mmHg.

Tổng phân tích nước tiểu: Leu 25, Ery 250, Pro 150, Glu 100, Bacter (-).

Bệnh nhân được hội chẩn ý kiến chuyên gia lựa chọn phương pháp điều trị: bảo tồn, tiêu sợi huyết chọn lọc hay phẫu thuật. Hội đồng chuyên môn quyết định điều trị bảo tồn bằng Levonox 60mg 1 ống x 2 TDD/12h kèm Sintrom 4mg ¼ viên. Hỗ trợ giảm đau: Ultracet. Theo dõi tình trạng đau bụng, chức năng thận

Sau 24h tình trạng đau bụng giảm 50%. Creatinin: 167.8 mmol/L-> tiếp tục Levonox + Sintrom.

Sau 48h, bệnh nhân giảm đau 80%, khỏe hơn có thể đi lại được và ăn uống tốt hơn. Creatinin giảm xuống 126.5 mmol/L.

Bệnh nhân được tiếp tục điều trị theo phác đồ và được xuất viện khi hết đau bụng, INR 2.57, creatinin 122.4mmol/L, sau đó tiếp tục dùng Sintrom.

Tiếp tục duy trì liều Sintrom, tái khám.

BÀN LUẬN

Huyết khối động mạch thận là tình trạng hiếm gặp trên lâm sàng và thường xuyên bị bỏ sót. Trong nghiên cứu của Korzets và cộng sự từ 1997-2000, họ chỉ phát hiện được 11 trường hợp. Còn trong bài báo của Abdur Baig công bố năm 2012 cho thấy tỉ lệ phát hiện nhồi máu thận tại phòng cấp cứu chỉ vào khoảng 0.007%. Trong khi huyết khối gây lấp mạch máu não được chú ý nhiều hơn và nhiều nghiên cứu hơn. Nguyên nhân được cho là tình trạng hiếm gặp và có các triệu chứng dễ trùng lặp với các bệnh khác dẫn đến bỏ sót bệnh. Trong trường hợp lâm sàng này, bệnh nhân đã được nhập khoa Nội tiêu hóa theo dõi.

Nghiên cứu ở Đài Loan của bác sĩ Chien-Cheng Huang¹ trên bệnh nhân Châu Á đã cho ta thấy những đặc điểm lâm sàng của bệnh.

Nghiên cứu khác kéo dài 45 tháng ở Đài Loan, đã phát hiện được 38 bệnh nhân, với độ tuổi 33-77, thường gặp nhất là trên 50 tuổi. Phần lớn là nam (76,3%). Thời gian chẩn đoán bệnh rất dao động từ 4,1 + 6,5 ngày. Điều này càng cho thấy tình trạng dễ bỏ sót của bệnh. Triệu chứng cơ năng thường gặp là đau bụng và đau hông lưng, đau phía sau ít gặp hơn. Các triệu chứng khác như sốt, nôn ói cũng ít gặp. Các triệu chứng này cũng thường gặp trong các nguyên nhân bệnh lý bụng nội, ngoại khoa khác. Trong nghiên cứu, chỉ có 9 bệnh nhân là có tiền sử thuyên tắc huyết khối, bệnh nhân của chúng tôi cũng có 1 lần đột quỵ trước đây. Trường hợp này, bệnh nhân có những triệu chứng lâm sàng phù hợp với báo cáo của bác sĩ Huang.

Xét nghiệm sinh hóa cần làm để hướng tới chẩn đoán bao gồm LDH máu, Protein niệu, tiểu máu, tăng bạch cầu, chức năng thận. Tiểu máu xuất hiện ở hơn phân nửa các trường hợp trong cả nghiên cứu của người Châu Á và Châu Âu. LDH máu có thể tăng gấp 3 lần giới hạn trên. Tuy nhiên cũng cần phân biệt với nhồi máu mạc treo, nhiễm trùng ổ bụng hoặc là nhồi máu cơ tim.

Về hình ảnh học, chụp mạch máu thận, CT có cản quang và siêu âm là các biện pháp được đề nghị. Trong đó chụp mạch máu thận được xem là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Nghiên cứu của Hazanov và cộng sự, cả 10 ca chụp mạch máu thận đều dương tính. Tuy nhiên đây là một biện pháp xâm lấn, cần nhiều thời gian và kỹ thuật cao. Do đó CT cản quang đã thay thế chụp mạch máu thận để chẩn đoán nhồi máu thận. CT có thể chẩn đoán một cách thuận lợi, không xâm lấn và độ chính xác cao. Ngoài ra còn có thể phân biệt những nguyên nhân khác ngoài thận cũng gây đau bụng. Cũng trong nghiên cứu của bác sĩ Huang khi dùng CT có cản quang cho thấy tỉ lệ nhồi máu ở thận phải, thận trái hay cả hai là như nhau. Siêu âm bụng ít nhạy trong chẩn đoán, trong 27 ca trong nghiên cứu trên, chỉ có 3 ca chiếm 11% là chẩn đoán được nhồi máu thận. Tuy nhiên siêu âm bụng là xét nghiệm rẻ, nhanh để khảo sát bụng.

Về điều trị, hiện chưa có phác đồ rõ ràng. Trong báo cáo về điều trị tiêu sợi huyết trên 7 bệnh nhân của bác sĩ Abdur Baig và cộng sự đã cho thấy, có 1 bệnh nhân diễn tiến đến suy thận

giai đoạn cuối, 1 suy thận giai đoạn trung bình và 2 bệnh nhân tử vong. Do đó hiện nay hầu hết đều đồng thuận sử dụng kháng đông Heparin được tiếp nối bởi Wafarin trong các bài báo cáo trên.

KẾT LUẬN

Nhồi máu thận trên bệnh nhân rung nhĩ là tình trạng hiếm gặp và thường bị bỏ sót trên lâm sàng. Cần nghĩ đến trên bệnh nhân rung nhĩ có tình trạng đau bụng hay đau hông lưng với các yếu tố nguy cơ như đã từng đột quỵ, ung thư, tiểu đường....mà không có nguyên nhân bụng ngoại khoa khác. Chẩn đoán xác định thường dùng hiện nay là CT có cản quang động mạch thận. Điều trị bằng kháng đông Heparin và kháng đông đường uống là lựa chọn ưu tiên.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chien-Cheng Huang et al. Clinical Characteristics of Renal Infarction in an Asian Population, *Ann Acad Med Singapore* 2008;37:416-20
2. Korzets Z, Plotkin E, Bernheim J, Zissin R. The clinical spectrum of acute renal infarction. *Isr Med Assoc J* 2002;4:781-4.
3. Frost L, Engholm G, Johnsen S, Moller H, Henneberg EW, Husted S. Incident thromboembolism in the aorta and the renal, mesenteric, pelvic, and extremity arteries after discharge from the hospital with a diagnosis of atrial fibrillation. *Arch Intern Med.* 2001;161(2):272-276.
4. Hazanov N, Somin M, Attali M, Beilinson N, Thaler M, Mouallem M, et al. Acute renal embolism. Forty-four cases of renal infarction in patients with atrial fibrillation. *Medicine (Baltimore)* 2004;83:292-9.