

DOI: 10.59715/pntjmp.1.3.8

## Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo ruột cấp tính tại Bệnh viện Bình Dân

Trần Mộc Hiệp<sup>1</sup>, Trương Nguyễn Hoài Linh<sup>2</sup>, Nguyễn Công Minh<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Bác sĩ phòng khám Ngoại, Bệnh viện Đa Khoa Đức Tâm;

<sup>2</sup>Khoa Ngoại Lồng Ngực, Bệnh Viện Thống Nhất.

<sup>3</sup>Bộ môn Ngoại Đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch, TP.HCM.

### Tóm tắt

**Đặt vấn đề:** Tắc mạch mạc treo ruột đòi hỏi được chẩn đoán sớm và chính xác trước khi ruột hoại tử nhằm giúp giảm tỉ lệ tử vong sau mổ. Nghiên cứu này được thực hiện để mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, nguyên nhân của tắc mạch và đánh giá hiệu quả điều trị.

**Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu hồ sơ bệnh án tại phòng lưu trữ hồ sơ bệnh viện Bình Dân từ 01/2015 - 06/2021. Tất cả những thông tin của bệnh nhân được thu thập theo một mẫu bệnh án nghiên cứu.

**Kết quả:** Nghiên cứu ghi nhận 27 bệnh nhân độ tuổi trung bình là 50,8 với tỉ số giới tính là 1,7 (male/female). Tất cả bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, và kèm theo các vấn đề rung nhĩ 15,8%, suy tim 15,8%, tăng huyết áp 36,8%. Sau mổ, ghi nhận các biến chứng gồm suy đa tạng 40,5%, sốc nhiễm trùng 7,4%. Kết quả điều trị đạt tốt ở 25,8%, trung bình 51,9%, xấu 22,2%.

**Kết luận:** Điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo ruột vẫn còn nhiều thách thức liên quan đến tỉ lệ biến chứng cao. Các nghiên cứu cần tiếp tục tìm hiểu các yếu tố liên quan đến biến chứng để dự phòng.

**Từ khóa:** Tắc mạch mạc treo ruột cấp, thiếu máu mạc treo, huyết khối động mạch mạc treo, huyết khối tĩnh mạch mạc treo.

### Abstract

#### Outcome assessment of acute mesenteric embolism operation in Binh Dan Hospital

**Introduction:** Mesenteric embolism must be early and correctly diagnosed before the bowel has necrosis, which will decrease mortality after an operation. This study was conducted to describe clinical, paraclinical, and etiological characteristics of mesenteric embolism and assess operative outcomes.

**Methods:** A retrospective study based on patient records of Binh Dan hospital from January 2015 to Jun 2021. All patient's characteristics were collected by a study form.

**Results:** Our study selected 27 mesenteric embolism patients, whose average age is 50,8 and gender ratio is 1.7. All patients have stomachaches, which comprised 15,8% with atrial fibrillation, 15,8% with heart failure, and 36,8% with hypertension. At post-operation, 40,5% patients had multiorgan dysfunction syndrome and 7,4% with septic shock. Overall, the operative outcome of 25,8% of patients was good; 51,9% was moderate; and 22,2% was bad.

**Ngày nhận bài:**

31/3/2022

**Ngày phản biện:**

09/6/2022

**Ngày đăng bài:**

20/7/2022

**Tác giả liên hệ:**

Trần Mộc Hiệp

**Email:** bstranmochiep@gmail.com

**ĐT:** 0903164657

**Conclusions:** The acute mesenteric embolism surgery remains challenging due to its high complication rate. Future studies should continue to explore associated factors of complications for complications prevention.

**Keywords:** Mesenteric embolism acute, mesenteric ischemia, mesenteric vein thrombosis, mesenteric artery thrombosis.

## 1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc mạch mạc treo ruột đòi hỏi được chẩn đoán sớm và chính xác trước khi ruột hoại tử sẽ giúp hạ thấp tỉ lệ tử vong sau mổ cho bệnh nhân [3, 10]. Từ trước đến nay mặc dù đã có nhiều phương pháp chẩn đoán được áp dụng như chụp động mạch, siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính khảo sát mạch mạc treo... nhưng do triệu chứng lâm sàng không điển hình và các xét nghiệm thường quy không đặc hiệu nên tỉ lệ hoại tử ruột và tử vong do tắc mạch mạc treo vẫn còn cao [3, 5, 12, 17].

Ở Việt Nam, việc chẩn đoán và điều trị tắc mạch mạc treo còn gặp nhiều khó khăn, tỷ lệ mổ muộn cao. Theo nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2009) có 67% số bệnh nhân bị hoại tử ruột [3], nghiên cứu của Văn Tần và Hoàng Danh Tấn (2011) là 91,7% [4]. Còn nghiên cứu của Nguyễn Tuấn, Nguyễn Tấn Cường và cộng sự thì tỉ lệ này chiếm 95,2% [1]. Trong những năm gần đây đã có một số báo cáo về bệnh lý tắc mạch mạc treo nhưng số lượng còn ít và chưa đầy đủ [1, 2].

Thiếu máu mạc treo ruột gây tắc động mạch mạn tính, còn gọi là thiếu máu mạc treo ruột mạn tính ít gặp, thường nhầm lẫn và dễ bỏ sót, dẫn đến chẩn đoán trễ. Tử vong do hiện tượng “kém hấp thu kéo dài” hoặc “hoại tử ruột” vì không chẩn đoán được sớm. Khai thác kỹ bệnh sử và loại suy các bệnh khác là phương thức tối ưu hiện nay. Chưa có một xét nghiệm chuyên biệt, đặc hiệu nào giúp chẩn đoán sớm thiếu máu mạc treo ruột mạn tính. Phải loại các nguyên nhân “đau bụng mơ hồ sau khi ăn” và “sút cân” không giải thích được. Hãy nghĩ đến và đi tìm chứng cứ huyết khối động mạch, nhờ các chẩn đoán hình ảnh không xâm lấn như: siêu âm Doppler, chụp cắt lớp vi tính và chụp cộng hưởng từ. Từ đó chẩn đoán thiếu máu mạc treo ruột mạn tính.

Mục đích điều trị bệnh này là ngăn ngừa biến chứng tắc mạch mạc treo cấp tính, gây hoại tử ruột và tử vong do kém dưỡng sau này.

Gần đây, can thiệp mạch ít xâm lấn mang lại hiệu quả cao. Kết quả dài hạn phần khởi, nhờ kết hợp với bơm thuốc tiêu sợi huyết trước khi làm can thiệp mạch qua da cho các trường hợp tắc động mạch cấp trên nền mạn, và đặt Stent thường quy tái thông cho một hoặc nhiều động mạch tạng cùng lúc. Hiện nay, bệnh viện Bình Dân đã thực hiện thuốc tiêu sợi huyết như Heparin, Streptokinase, Urokinase hoặc chất kích hoạt Plasminogen mô (Alteplase) qua can thiệp mạch, kết hợp với thủ thuật hút huyết khối động mạch (Thrombus Aspiration) trong điều trị tắc mạch mạc treo. Tại Việt Nam cũng đã có những tổng kết về phẫu thuật tắc mạch mạc treo nói chung, nhưng vẫn còn ít công trình nghiên cứu tập trung vào đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo. Nghiên cứu này nhằm khảo sát hiệu quả điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo ruột cấp tính và phân tích, tìm hiểu ưu, nhược điểm của từng kỹ thuật, đặc biệt là những kỹ thuật và quan niệm mới về phẫu thuật bệnh lý này.

## 2. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Thiết kế nghiên cứu

Nghiên cứu mô tả hồi cứu hàng loạt ca lâm sàng được thực hiện từ 1/2015 đến 6/2021 tại khoa Ngoại tổng quát, bệnh viện Bình Dân.

### 2.2. Đối tượng

Nghiên cứu chọn vào bệnh nhân có chẩn đoán là hoại tử ruột hoặc thiếu máu ruột do tắc mạch mạc treo ruột cấp tính được điều trị phẫu thuật tại Bệnh Viện Bình Dân có đầy đủ hồ sơ bệnh án. Những bệnh nhân hoại tử ruột do nguyên nhân khác như viêm ruột hoại tử, tắc ruột, xoắn ruột... được loại ra khỏi nghiên cứu. Trong thời gian nghiên cứu, tất cả 27 trường hợp thỏa tiêu chí chọn mẫu đã được đưa vào nghiên cứu.

### 2.3. Biến số nghiên cứu

Nghiên cứu thu thập các nhóm biến số chính gồm đặc điểm cá nhân, tiền sử, triệu

chứng lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán nguyên nhân, điều trị phẫu thuật và kết quả điều trị.

#### 2.4. Xử lý số liệu

Dữ liệu được ghi nhận vào mẫu bệnh án nghiên cứu đảm bảo đầy đủ các thông tin cho nghiên cứu. Các dữ liệu được xử lý và phân tích bằng phần mềm thống kê SPSS. Thống kê mô tả các biến số định lượng sử dụng trung bình và độ lệch chuẩn, giá trị lớn nhất và giá trị nhỏ nhất. Thống kê mô tả các biến số định tính sử dụng tần số và tỉ lệ %. Số liệu được trình bày ở dạng bảng và biểu đồ.

#### 2.5. Vấn đề y đức

Đây là nghiên cứu hồi cứu chỉ mô tả kết quả và quá trình điều trị của bệnh nhân, không can thiệp vào quá trình điều trị nên không vi phạm y đức. Mặt khác tất cả các thông tin cá nhân và bệnh tật đều được giữ bí mật thông qua việc mã hoá trên máy tính để đảm bảo quyền lợi riêng tư của bệnh nhân. Đề tài đã được thông qua Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu Y Sinh Học của Trường Đại Học Y Khoa Phạm Ngọc Thạch.

### 3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

#### Đặc điểm mẫu nghiên cứu

Trong 6 năm từ 2015 đến tháng 6 năm 2021 chúng tôi nghiên cứu có 27 trường hợp tắc mạch mạc treo ruột được phẫu thuật tại bệnh viện Bình Dân. Trong đó 63% bệnh nhân là nam và tỉ số giới tính là 1,7. Độ tuổi trung độ trung bình của bệnh nhân là 50,8, thấp nhất là 26 và cao nhất là 90.

#### Tiền sử và bệnh phối hợp

Một số tiền sử phổ biến gồm dùng thuốc chống đông và dùng digoxin (cùng chiếm 14,8%), tắc mạch ngoại biên và mô viêm ruột thừa (cùng chiếm 11,1%), phẫu thuật tim mạch và mô viêm tụy cấp (cùng chiếm 3,7%). Nhiều bệnh phối hợp đã được ghi nhận trong đó phổ biến nhất là tăng huyết áp. Một số bệnh phối hợp khác gồm bệnh van tim, rung nhĩ, loạn nhịp, đái tháo đường, B20 (cùng chiếm 15,8%).

Tất cả bệnh nhân vào viện với triệu chứng đau bụng với thời gian trung bình từ lúc phát hiện triệu chứng đến vào viện là 3,1 ngày. Bệnh nhân được theo dõi tại viện trung bình 10,8 giờ trước khi được chỉ định phẫu thuật.

**Bảng 1.** Tiền sử và bệnh phối hợp

	Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tiền sử bệnh		
Tắc mạch ngoại biên	3	11,1
Phẫu thuật tim mạch	1	3,7
Dùng chống đông	4	14,8
Dùng digoxin	4	14,8
Mô viêm ruột thừa	3	11,1
Mô viêm tụy cấp	1	3,7
Bệnh phối hợp		
Tăng huyết áp	7	36,8
Bệnh van tim	3	15,8
Rung nhĩ, rối loạn nhịp hoàn toàn	3	15,8
Đái tháo đường	3	15,8
Suy thận	1	5,3
Tắc mạch ngoại biên	1	5,3
Viêm phổi	2	10,5

	<b>Bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
B20	3	15,8
Khác	7	36,8
Lý do vào viện		
Đau bụng	27	100
Thời gian bệnh	Trung bình	Tối thiểu - Tối đa
Từ khi có triệu chứng đến nhập viện	3,1 ngày	1 - 7 ngày
Thời gian theo dõi tại viện	10,8 giờ	2 - 22 giờ

Tổn thương phát hiện trong mổ

**Bảng 2.** Tổn thương phát hiện trong mổ

<b>Tổn thương phát hiện trong mổ</b>	<b>Bệnh nhân</b>	<b>Tỉ lệ (%)</b>
Tình trạng ổ bụng		
Ổ bụng nhiều dịch máu loãng	2	7,4
Ổ bụng nhiều dịch tiêu hóa	1	3,7
Tổn thương ruột		
Ruột non	21	77,8
Ruột non + đại tràng	6	22,2
Chiều dài ruột bị tổn thương (n = 22)		
< 100 cm	5	22,7
≥ 100 cm	17	77,3
Tổn thương mạch máu		
Tắc động mạch mạc treo	12	44,4
Tắc tĩnh mạch mạc treo	6	22,2
Tắc mạch muện	9	33,3
Tai biến trong mổ	0	0
Xử trí tổn thương		
Cắt đoạn ruột	22	81,5
Mở bụng mà không xử lý gì	5	18,5

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 11,1% bệnh nhân có phát hiện tổn thương trong mổ. Trong đó 7,4% ổ bụng có nhiều dịch máu loãng, ruột non hoại tử nhiều, và 3,7% ổ bụng có nhiều dịch tiêu hoá do tổn thương hoại tử gây thủng hồi tràng. Tỉ lệ tổn thương ruột non là 77,8% và tổn thương cả ruột non và đại tràng là 22,2%. Trong số 22 bệnh nhân có chiều dài ruột bị tổn thương ghi nhận 77,3% bệnh nhân có tổn thương dài từ 100 cm trở lên.

Dạng tổn thương mạch máu phổ biến nhất là tắc động mạch mạc treo chiếm 44,4%, kể đến là tắc mạch muện chiếm 33,3% và tắc tĩnh mạch mạc treo chiếm 22,2%.

Xử trí chủ yếu là cắt đoạn ruột ở 81,5% bệnh nhân. Còn lại 18,5% bệnh nhân mở bụng mà không xử lý gì.

Kết quả điều trị

Bảng 3. Kết quả điều trị

	Bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Biến chứng sớm sau phẫu thuật		
Suy đa tạng	11	40,74
Sốc nhiễm trùng	3	11,1
Suy thận cấp	1	3,70
Suy hô hấp	1	3,70
Xuất huyết tiêu hóa	1	3,70
Nhiễm trùng vết mổ	3	11,11
Tắc mạch chi	2	7,41
Nhồi máu cơ tim	0	0
Hoại tử ruột thêm	0	0
Rò tiêu hóa	0	0
Kết quả		
Tốt	7	25,93
Trung bình	14	51,85
Xấu	6	22,22
Tử vong	4	14,8

Biến chứng phổ biến nhất ghi nhận sau mổ là suy đa tạng chiếm 40,7%, ngoài ra còn ghi nhận sốc nhiễm trùng và nhiễm trùng vết mổ (cùng chiếm 11,1%), tắc mạch chi (7,4%) và suy hô hấp, suy thận cấp, xuất huyết tiêu hóa (cùng chiếm 3,7%).

#### 4. BÀN LUẬN

Đặc điểm chung của nhóm bệnh nhân

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ chọn những bệnh nhân có tắc động mạch mạc treo, được khẳng định trong lúc mổ và hoặc kết quả giải phẫu bệnh lý. Do đó, chúng tôi chỉ so sánh phân bố của giới tính với các nghiên cứu có tiêu chuẩn chọn bệnh tương tự. Trong 27 bệnh nhân của chúng tôi có 17 nam (62,96%) và 10 nữ (37,04%). Tỉ lệ nam/nữ vào khoảng 1,7. So với số liệu của Nguyễn Tuấn và cộng sự [6] nghiên cứu 48 bệnh nhân tắc mạch mạc treo ruột tại bệnh viện Chợ Rẫy tỉ lệ nam/nữ là 1,5. Tỉ lệ nam/nữ trong nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn và cộng sự (2009) [3] là 1,25, của Văn Tần và Hoàng Danh Tấn là 3. Endean và cộng sự [16], nghiên cứu 58 bệnh nhân tắc mạch mạc treo tại Mỹ, tỉ lệ nam/nữ là 0,8. Theo Kassahun và cộng sự [20], nghiên cứu 60 bệnh nhân tắc mạch mạc

treo tại Đức, tỉ lệ nam/nữ là 0,6. Như vậy, tỉ lệ nam/nữ của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự với các nghiên cứu trên.

Đặc điểm lâm sàng

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 trường hợp (15,79%) có rung nhĩ, loạn nhịp hoàn toàn, 3 trường hợp (15,79%) có bệnh van tim, 7 trường hợp (36,84%) có tăng huyết áp, 1 trường hợp (5,26%) tắc mạch ngoại biên kèm theo. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn và cộng sự (2014) [6] tại bệnh viện Chợ Rẫy tỉ lệ bệnh nhân có rung nhĩ là 39,6%, bệnh van tim là 20,8%, tăng huyết áp là 45,8% và tắc mạch ngoại biên là 6,2%. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường và cs (2008) [1], có 19% số bệnh nhân có rung nhĩ, 33% có tăng huyết áp, 4,7% có tắc mạch ngoại biên kèm theo.

Rung nhĩ: Theo Edwards [15], trong 32 bệnh nhân bị thuyên tắc động mạch cấp tính, tiền sử

mới bị rối loạn nhịp tim được ghi nhận ở 53% trường hợp và thuyên tắc động mạch ngoại biên đồng thời xảy ra ở 31% trường hợp. Tình trạng loạn nhịp tim phổ biến nhất là rung nhĩ mạn tính (53%). Theo Batellier [9], trong 82 bệnh nhân thuyên tắc động mạch mạc treo tràng trên cấp tính, chỉ có 3,5% trường hợp không biết nguyên nhân gây tắc, tất cả các bệnh nhân còn lại đều có bệnh tạo cục thuyên tắc. Cục thuyên tắc xuất phát từ các buồng tim trái ở 74 trường hợp (90%), 65 bệnh nhân trong số này có rối loạn nhịp tim hoàn toàn do rung nhĩ. Theo Endean [16], nguồn gốc của cục thuyên tắc thường xuất phát từ tim, liên quan nhiều nhất đến rung nhĩ. Trong nhóm bệnh nhân thuyên tắc động mạch, 82% có rung nhĩ, trong khi ở nhóm huyết khối động mạch không có trường hợp nào có rung nhĩ. Nghiên cứu của Kougiyas [23] cũng có kết quả tương tự, nhóm bệnh nhân thuyên tắc động mạch có tỉ lệ mắc bệnh rung nhĩ cao hơn so với nhóm huyết khối động mạch (46% so với 13%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn và cộng sự (2014) [6] tỉ lệ bệnh nhân có rung nhĩ ở nhóm tắc động mạch gặp nhiều hơn nhóm tắc tĩnh mạch. Trong nhóm 12 bệnh nhân tắc động mạch của chúng tôi có 2 trường hợp rung nhĩ - loạn nhịp hoàn toàn, trong nhóm 6 bệnh nhân tắc tĩnh mạch mạc treo có 1 trường hợp rung nhĩ - loạn nhịp hoàn toàn.

**Bệnh tim:** Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận trong 3 bệnh nhân (15,79%) bị bệnh van tim, có 1 bệnh nhân tắc động mạch mạc treo, 1 bệnh nhân tắc tĩnh mạch và 1 bệnh nhân tắc cả động mạch và tĩnh mạch. Theo Endean [16], trong nhóm thuyên tắc động mạch, 91% có kèm bệnh tim, 27% có nhồi máu cơ tim, 5% có can thiệp mạch vành trước đó, bệnh van tim 9%, suy tim 45%. Trong nhóm bệnh nhân huyết khối động mạch, 45% có bệnh tim, 25% có nhồi máu cơ tim, 20% có can thiệp mạch vành trước đó, 4% có bệnh van tim, 15% có suy tim. Tác giả nhận thấy, huyết khối gây thuyên tắc động mạch thường xảy ra ở nhóm bệnh nhân có bệnh tim.

**Tăng huyết áp:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ bệnh nhân bị tăng huyết áp là 7 TH (36,84%). Theo Nguyễn Tuấn và cộng sự [6] có 45,8% trường hợp bệnh nhân có tăng huyết áp. Theo Hsu [18], bệnh nhân thiếu máu mạc

treo ruột cấp tính do tắc động mạch có tỉ lệ tăng huyết áp cao hơn so với nhóm tắc tĩnh mạch. Theo Endean [16], trong nhóm thuyên tắc động mạch 50% có tăng huyết áp, nhóm huyết khối động mạch 45% có tăng huyết áp. Trong nhóm bệnh nhân tăng huyết áp của chúng tôi có 4/7 bệnh nhân (57,14%) được xác định tắc động mạch, 3/7 bệnh nhân (42,86%) được xác định tắc động mạch và tĩnh mạch

**Tắc mạch ngoại biên:** Theo Edwards [15] trong số 32 bệnh nhân bị thuyên tắc động mạch mạc treo cấp tính, 19 bệnh nhân có nguồn của cục thuyên tắc được khẳng định, tim là vị trí xuất nguồn phổ biến nhất (89%). Thuyên tắc động mạch ngoại biên đồng thời xảy ra ở 31% trường hợp và vị trí thuyên tắc động mạch ngoại biên thường gặp nhất là ở chân (90%). Theo Ottinger [25], 14% bệnh nhân thuyên tắc động mạch mạc treo có thuyên tắc động mạch ngoại biên trước đó, và tiền sử này giúp gợi ý chẩn đoán bệnh thuyên tắc động mạch mạc treo. Theo Batellier [9] trong 82 bệnh nhân thuyên tắc động mạch mạc treo tràng trên cấp tính, bệnh sử cho thấy một hoặc nhiều đợt thuyên tắc động mạch ở 29 bệnh nhân (35%). Có tổng cộng 46 thuyên tắc đồng thời được thấy trong các phần khác của cơ thể ở 36 bệnh nhân (44%); 5 xảy ra ở tay; 21 ở chân và 15 trường hợp ở động mạch thận hoặc ở một động mạch tạng khác. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 1 bệnh nhân (5,26%) tắc tĩnh mạch chi dưới kèm huyết khối tĩnh mạch mạc treo.

**Các dấu hiệu phát hiện trong mổ**

Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi đều được phẫu thuật và có ghi nhận hoại tử ruột do nhồi máu tắc mạch mạc treo. Về vị trí tổn thương ruột có 77,78% số bệnh nhân tổn thương hoại tử cả ruột non và đại tràng, 22,22% tổn thương hoại tử ruột non (Biểu đồ 3.6.). Về mức độ tổn thương ruột chúng tôi có 77,27% số bệnh nhân có chiều dài đoạn ruột hoại tử  $\geq 100$  cm (Biểu đồ 3.7). Về tổn thương mạch mạc treo có 44,44% số trường hợp tắc động mạch, 22,22% số trường hợp tắc tĩnh mạch và 33,33% số trường hợp tắc mạch muện (tắc cả động mạch và tĩnh mạch). Theo nghiên cứu của Hsu và cộng sự [18], huyết khối tĩnh mạch mạc treo thường ảnh hưởng đến hồng tràng (74% so với 31% của nhóm bệnh nhân tắc động mạch), trong khi nhóm bệnh nhân tắc động mạch thường ảnh

hường đến đại tràng (55% so với 11% của nhóm huyết khối tĩnh mạch), sự khác biệt này có ý nghĩa. Ritz [27] nghiên cứu hồi cứu 187 trường hợp nhồi máu mạc treo được điều trị phẫu thuật từ 1980 đến 2002, trong đó 61 trường hợp có cắt bỏ đoạn ruột, tỉ lệ bệnh nhân có cắt bỏ trên 100 cm ruột là 50%. Biến chứng sau mổ tỉ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 51,28%. Kết quả của các nghiên cứu khác là từ 55% - 68% [15, 18-21, 28].

#### Kết quả điều trị

Biến chứng sớm sau mổ: Biến chứng suy đa tạng hay gặp nhất 11 TH (40,74%), sau đó là biến chứng sốc nhiễm trùng 3 TH (11,11%), suy thận cấp 2 TH (16,67%), suy hô hấp 1 TH (8,33%). Trong Nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường và cộng sự [1] biến chứng suy hô hấp chiếm 20,8%, suy thận 18,8%. Nghiên cứu của Văn Tần và Hoàng Danh Tấn [4] biến chứng suy đa tạng là 33,3%, nhiễm trùng huyết là 41,7%, suy hô hấp là 33,3%. Kết quả nghiên cứu của Kassahun [20] cũng ghi nhận biến chứng sau mổ phổ biến nhất là suy hô hấp và suy đa tạng. Kougiaris [21] thì có 14% bệnh nhân viêm phổi, 11% bệnh nhân suy thận và 10% bệnh nhân có nhiễm khuẩn huyết sau mổ. Theo Hsu [18], biến chứng hô hấp là thường gặp nhất, chiếm 16% trường hợp, tiếp theo là nhiễm khuẩn huyết, chiếm 14% trường hợp, và nhiễm khuẩn vết mổ ở 13% trường hợp. Xuất huyết tiêu hóa sau mổ xảy ra ở 1 trường hợp (8,33%), tất cả các trường hợp này đều được điều trị nội khoa thành công, biến chứng tắc mạch ngoại biên gặp ở 2 trường hợp (16,67%), bệnh nhân này được mổ lấy huyết khối động mạch khoeo phải sau phẫu thuật tắc mạch mạc treo ruột 4 ngày. So sánh với nghiên cứu của Nguyễn Tuấn [6] có 3 trường hợp (6,25%) có xuất huyết tiêu hóa sau mổ, nhiễm trùng vết mổ gặp ở 14,6% số trường hợp. Vì đây là nghiên cứu hồi cứu trong thời gian dài nên chúng tôi không theo dõi được bệnh nhân về những ảnh hưởng của việc điều trị phẫu thuật nên chất lượng cuộc sống của bệnh nhân và tiên lượng xa của bệnh tắc mạch mạc treo như suy kiệt sau mổ, hội chứng ruột ngắn ...

Tử vong sau mổ: Trong 27 bệnh nhân có 4 trường hợp tử vong ứng với 14,81%. Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn và cộng sự [6]

tỉ lệ tử vong sau mổ là 43,8%, của Văn Tần và Hoàng Danh Tấn tỉ lệ tử vong sau mổ là 58,3%. Tỉ lệ tử vong sau mổ tắc mạch mạc treo ruột giảm dần theo thời gian công bố của các nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp với việc ứng dụng tích cực các phương tiện chẩn đoán hình ảnh sớm, nhất là việc ứng dụng chụp cắt lớp vi tính nhiều hàng đầu dò để chẩn đoán ở những bệnh nhân nghi ngờ có thiếu máu mạc treo cấp tính [28]. Do đó, chỉ định phẫu thuật tái lưu thông mạch máu kịp thời trước khi có nhồi máu ruột thì sẽ không cần cắt ruột phối hợp hoặc chỉ cắt bỏ một đoạn ngắn ruột hoại tử sau khi tái lưu thông mạch máu [9, 21, 28]. Ryer [28] tiến hành nghiên cứu 93 bệnh nhân tắc mạch mạc treo cấp tính được điều trị tái lưu thông mạch máu trong hai thập niên, tỉ lệ tử vong trong thập niên 1990 là 27% và tỉ lệ tử vong trong thập niên 2000 là 17%. Mặc dù, sự khác biệt này là chưa rõ ràng nhưng có sự thay đổi trong việc ứng dụng các phương tiện chẩn đoán và điều trị. Trong thập niên 2000, hầu hết các bệnh nhân được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính nhiều hàng đầu dò thay vì là chụp động mạch như trong thập niên 1990 và trong giai đoạn sau của nghiên cứu tỉ lệ bệnh nhân được điều trị tái lưu thông mạch máu bằng việc đặt stent động mạch mạc treo tràng trên qua đường mở động mạch và chỉ định phẫu thuật xem lại nhiều hơn.

#### Điểm mạnh, hạn chế của nghiên cứu

Các nghiên cứu trước đây chỉ chủ yếu tổng kết về phẫu thuật tắc mạch mạc treo nói chung và chưa tập trung vào đánh giá hiệu quả phẫu thuật tắc mạch mạc treo. Điểm mạnh trong nghiên cứu này là tập trung vào đánh giá hiệu quả điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo trong bối cảnh có ít các bằng chứng tương đương tại Việt Nam. Dù vậy, chúng tôi ghi nhận hạn chế quan trọng là thiết kế nghiên cứu hồi cứu dựa trên dữ liệu sẵn có do đó không thể khai thác chi tiết hơn các thông tin. Nhiều thông tin về bệnh sử, chẩn đoán có liên quan chặt chẽ với quyết định điều trị và tiên lượng đã chưa được thu thập đầy đủ. Các nghiên cứu trong tương lai nên khắc phục hạn chế này bằng cách áp dụng các thiết kế tiến cứu để chủ động hơn trong thu thập thông tin.

## 5. KẾT LUẬN

Nghiên cứu ghi nhận 27 bệnh nhân độ tuổi trung bình là 50,8 với tỉ số giới tính là 1,7 (nam/nữ). Tất cả bệnh nhân có triệu chứng đau bụng, và kèm theo các vấn đề rung nhĩ 15,8%, suy tim 15,8%, tăng huyết áp 36,8%. Sau mổ, ghi nhận các biến chứng gồm suy đa tạng 40,5%, sốc nhiễm trùng 7,4%. Kết quả điều trị đạt tốt ở 25,8%, trung bình 51,9%, xấu 22,2%. Điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo ruột vẫn còn nhiều thách thức liên quan đến tỉ lệ biến chứng cao. Các nghiên cứu cần tiếp tục tìm hiểu các yếu tố liên quan đến biến chứng để dự phòng.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

### Tiếng Việt

1. Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Tấn, Võ Tấn Long và cs (2008) “Kết quả điều trị ngoại khoa tắc mạch mạc treo “. Tạp chí y học TP.HCM, 12 (3), 36.
2. Nguyễn Văn Khôi và cs (2012) “Tắc tĩnh mạch mạc treo cấp: thái độ xử trí và vai trò của việc lấy huyết khối tĩnh mạch”. Tạp chí y học TP.HCM, 16 (2), 116-124.
3. Bùi Trung Nghĩa, Nguyễn Trần Thủy, Trịnh Hồng Sơn (2009) “Thiếu máu cấp mạc treo ruột nhân 9 trường hợp được phẫu thuật tại bệnh viện Việt Đức”. Y học thực hành (12(694)), 40-44.
4. Văn Tần, Hoàng Danh Tấn (2011) “Phát hiện sớm và điều trị tắc mạch mạc treo cấp tính”. Tạp chí khoa học tiêu hóa Việt Nam, 4 (23), 1566-1573.
5. Nguyễn Tuấn, Nguyễn Tấn Cường (2008) “Chẩn đoán, điều trị tắc động mạch mạc treo”. Tạp chí y học TP.HCM, 12 (3), 14.
6. Nguyễn Tuấn (2014) Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, hình ảnh cắt lớp điện toán và kết quả điều trị phẫu thuật nhồi máu ruột do tắc mạch mạc treo, Luận án tiến sỹ y học - TP.HCM,

### Tiếng Anh

7. Acosta, S., Wadman, M., Syk, I., et al. (2010) “Epidemiology and prognostic factors in acute superior mesenteric artery occlusion”. *J Gastrointest Sur*, 14 (4), 628-635.
8. Arthurs, M. Z., Titus, J., Bannazadeh, M., et al. (2010) “A comparison of endovascular

revascularization with traditional therapy for the treatment of acute mesenteric ischemia”. *J Vasc Surg*, 53 (3), 698-704.

9. Batellier, J., Kieny, R. (1990) “Superior mesenteric artery embolism: eighty-two cases”. *Ann Vasc Surg*, 4 (2), 112-116.
10. Boley, S.J., Kaley, R.N (1997) “Mesenteric ischemic disorders”. In: Maingot’s abdominal operations, 10, 655-689.
11. Boley, J. S., Brandt, J. L., Sammartano, J. R. (1997) “History of mesenteric ischemia”. The evolution of a diagnosis and management. *Surg Clin North Am*, 77 (2), 275-288.
12. Boley, S.J., Kaley, R.N (2003) Mesenteric ischemic disorders. IN McGraw-Hill’s (Ed.) Maingot’s Abdominal operations. 655-689.
13. Clavien, A. P., Durig, M., Harder, F. (1988) “Venous mesenteric infarction: a particular entity”. *Br J Surg*, 75 (3), 252-255.
14. Divino, M. C., Park, S. I., Angel, P. L., et al. (2001) “A retrospective study of diagnosis and management of mesenteric vein thrombosis”. *Am J Surg*, 181 (1), 20-23.
15. Edwards MS, Cherr GS, Craven TE, Olsen AW, Plonk GW, Geary RL (2003) “Acute occlusive mesenteric ischemia: surgical management and outcomes”. *Ann Vasc Surg*, 71 (1), 72-79.
16. Endean, D. E., Barnes, L. S., Kwolek, J. C., et al. (2001) “Surgical management of thrombotic acute intestinal ischemia”. *Ann Surg*, 233 (6), 801-808.
17. Horton, K.M., Fishman, E.K (2001) “Multi-detector row CT of mesenteric ischemia: can it be done”. *Radiographics*, 21 (6), 1463-1473.
18. Hsu, P. H., Shan, S. Y., Hsieh, H. Y., et al. (2006) “Impact of etiologic factors and APACHE II and POSSUM scores in management and clinical outcome of acute intestinal ischemic disorders after surgical treatment”. *World J Surg*, 30 (12), 2152-2162.
19. Hussain, D., Sarfraz, L. S., Baliga, K. S., et al. (2009) “Acute mesenteric ischemia: experience in a tertiary care hospital”. *J Ayub Med Coll Abbottabad*, 21 (4), 70-72.
20. Kassahun, T. W., Schulz, T., Richter, O., et al. (2008) “Unchanged high mortality rates from acute occlusive intestinal ischemia: six



- year review". *Langenbecks Arch Surg*, 393 (2), 163-167.
21. Kougiyas, P., Lau, D., Sayed El, F. H., et al. (2007) "Determinants of mortality and treatment outcome following surgical interventions for acute mesenteric ischemia". *J Vasc Surg*, 46 (3), 467-474.
  22. Kumar, S., Sarr, G. M., Kamath, S. P. (2001) "Mesenteric venous thrombosis". *N Engl J Med*, 345 (23), 1683-1688.
  23. Lund, C. E., Han, Y. S., Holley, C. H., et al. (1988) "Intestinal ischemia: comparison of plain radiographic and computed tomographic findings". *Radiographics*, 8 (6), 1083-1108.
  24. Morasch, D. M., Ebaugh, L. J., Chiou, C. A., et al. (2001) "Mesenteric venous thrombosis: a changing clinical entity". *J Vasc Surg*, 34 (4), 680-684.
  25. Ottinger, L.W (1978) "The surgical management of acute occlusion of the superior mesenteric artery". *Ann Surg*, 188 (6), 721-731.
  26. Rhee, Y. R., Gloviczki, P., Mendonca, T. C., et al. (1994) "Mesenteric venous thrombosis: still a lethal disease in the 1990s". *J Vasc Surg*, 20 (5), 688-697.
  27. Ritz, P. J., Germer, T. C., Buhr, J. H. (2005) "Prognostic factors for mesenteric infarction: multivariate analysis of 187 patients with regard to patient age Vasc". *Ann Surg*, 19 (3), 328-334.
  28. Ryer, J. E., Kalra, M., Oderich, S. G., et al. (2012) "Revascularization for acute mesenteric ischemia". *J Vasc Surg*, 55 (6), 1682-1689.
  29. Sternbach, Y. Perler, B.A, W.B Saunders (2002) "Acute mesenteric ischemia". In *Shackelford's surgery of the alimentary tract*, 5, 17-31.