

Biểu đồ 3.3. Đánh giá kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật

Nhận xét: Về kết quả chăm sóc điều dưỡng, 80.0% đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở mức khá, 1.5% mức trung bình.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi được thực hiện trên 130 người bệnh có độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là $65,68 \pm 13,1$ tuổi. Đa số người bệnh có độ tuổi >60 tuổi chiếm 77.7%; từ 40 – 60 chiếm 13.8%; <40 tuổi chiếm 8.5%. kết quả này cũng tương đồng với nghiên cứu về bệnh Glacom như Bùi Thị Vân Anh, đánh giá tại Nam Định, độ tuổi thường mắc bệnh Glacom là sau 55 tuổi (72,5%): từ 40 – 54 tuổi chiếm 23% [1]. Về tiền sử bệnh của đối tượng nghiên cứu: tiền sử bệnh có thể là yếu tố nguy cơ gây bệnh Glacom: 83.8% người bệnh có tiền sử bệnh toàn thân; 41.1% có tiền sử bệnh tại mắt; 18.5% tiền sử gia đình người bệnh có người mắc bệnh. tiền sử dùng corticoid tại mắt, toàn thân và tiền sử đã phẫu thuật Glacom bằng nhau chiếm 16.9%. Nghiên cứu của Đỗ Thị Nhung: tiền sử gia đình có người mắc bệnh Glacom chiếm 21% [5]. Đánh giá kết quả chăm sóc: 100% người bệnh khi vào viện đều được ghi nhận tình trạng toàn thân, DHST, triệu chứng cơ năng, triệu chứng thực thể, đánh giá thị lực nhãn áp và đánh giá tinh thần người bệnh. 93% người bệnh được đánh giá sàng lọc tình trạng dinh dưỡng. Có 53.1% người bệnh chưa được hướng dẫn cách vệ sinh tay. 100% người bệnh trong ngày phẫu thuật được nhận định DHST, đánh giá về tinh thần, hoàn tất thủ tục hành chính trước PT, theo dõi DHST, vệ sinh mắt PT, đánh giá mắt mổ và thực hiện y lệnh thuốc. 93% người bệnh được ghi nhận tình trạng toàn thân. 80% người bệnh được nhận định tình trạng mắt sau phẫu thuật. 77.7% người bệnh được hướng dẫn chế độ ăn sau phẫu thuật. 86,9% người bệnh được hướng dẫn cách chăm sóc mắt sau phẫu thuật. 80% người bệnh được thực hiện phân cấp chăm sóc. Đa số người bệnh cải thiện triệu chứng cơ năng tại mắt sau phẫu thuật và khi ra viện: triệu

chứng nhìn mờ giảm dần từ 93.1% lúc vào viện giảm xuống 2.3% sau phẫu thuật và khi ra viện là 1.5%. Chói sợ ánh sáng, chảy nước mắt từ 58.5% giảm xuống 32.3% sau phẫu thuật, khi ra viện là 17.7%. Triệu chứng đau nhức mắt khi vào viện chiếm 64.6%, sau phẫu thuật 40.0%, và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết đau nhức 0%. Đau đầu chiếm 27.7% lúc vào viện, sau phẫu thuật giảm xuống 3.8%, khi ra viện 0%. Buồn nôn, nôn 16.9% khi vào viện, sau phẫu thuật và khi ra viện người bệnh hoàn toàn hết triệu chứng buồn nôn, nôn 0%. Triệu chứng nhìn quàng tán sắc khi vào viện chiếm 36.2%, sau phẫu thuật 17.7%, khi ra viện 0%. Về các triệu chứng thực thể của người bệnh sau phẫu thuật và khi ra viện đều giảm: mi mắt phù nề khi vào viện 23.1%, sau phẫu thuật 13.8%, khi ra viện 1.5%. kết mạc cương tụ khi vào viện chiếm 86.2%, sau phẫu thuật 39.2%, khi ra viện 6.9%. Khi vào viện giác mạc phù chiếm 44.6%, sau phẫu thuật 31.5%, khi ra viện giảm xuống 3.1%. Thị lực của người bệnh có sự thay đổi rất đáng kể trước phẫu thuật và khi ra viện ở các nhóm: ST (-) - < ĐNT 3m (40.8% → 13.8%), ĐNT 3m - < 3/10 (32.3% → 24.6%), nhóm $3/10 \leq 7/10$ tăng từ 20.8% lên 45.4%, nhóm $> 7/10$ tăng từ 6.2% lên 16.2%. Sự thay đổi thị lực của người bệnh khi vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Một số nghiên cứu trước cũng cho thấy người bệnh sau phẫu thuật đã được cải thiện nhãn áp và thị lực. Nghiên cứu của Ngô Gia Tùng, cho thấy 6/41 mắt (14.6%) tăng thị lực; 24/41 (58,5%) có thị lực ổn định [10]. Nhãn áp trước và sau phẫu thuật giảm đáng kể. NA trung bình trước và sau phẫu thuật: $36,32 \pm 9,866$ giảm xuống $12,5 \pm 2,418$. Mức NA giảm $23,762 \pm 10,002$. Sự thay đổi nhãn áp của người bệnh lúc vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$). Một số nghiên cứu cũng đưa ra kết quả sự thay đổi nhãn áp sau phẫu thuật giảm đáng kể như: nghiên cứu của Trần Tất Thắng, trước phẫu thuật, nhãn áp trung bình là $21,1 \pm 3,9$ mmHg; 26,8% nhãn áp ≥ 24 mmHg; sau phẫu thuật nhãn áp trung bình giảm đáng kể ($p < 0,05$) còn $17,4 \pm 1,1$ mmHg; 100% đã về mức nhãn áp dưới 24 mmHg [7]. Kết quả chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh: 80.0% người bệnh đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở

V. KẾT LUẬN

5.1. Kết quả hoạt động chăm sóc

- Về kết quả chăm sóc điều dưỡng theo đánh giá chung của người bệnh: 80.0% đánh giá thực hiện chăm sóc ở mức tốt, 18.5% chăm sóc ở

mức khá, 1.5% mức trung bình.

- Đa số người bệnh thấy rất hài lòng trong quá trình nằm điều trị chiếm 66.2%, người bệnh hài lòng chiếm 20.7%. có 8.5% người bệnh không có ý kiến gì.

5.2. Kết quả điều trị chăm sóc

- Thị lực của người bệnh có sự thay đổi rất đáng kể trước phẫu thuật và khi ra viện ở các nhóm: thị lực ST (-) đến < ĐNT 3m từ 40.8% giảm xuống 13.8%; thị lực ĐNT 3m đến < 3/10 từ 32.3% giảm xuống 24.6%, nhóm 3/10 ≤ 7/10 tăng từ 20.8% lên 45.4%, nhóm > 7/10 tăng từ 6.2% lên 16.2%. sự thay đổi thị lực của người bệnh khi vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0,001$).

- Nhấn áp trước và sau phẫu thuật giảm đáng kể. Sự thay đổi nhấn áp của người bệnh lúc vào viện so với lúc ra viện có ý nghĩa thống kê ($P < 0.001$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bùi Thị Vân Anh và Đào Lâm Hường** (9/2017). Kết quả ứng dụng mô hình quản lý người bệnh

Glocôm tại tỉnh Nam Định. Tạp chí Y học Việt Nam, 453 (tháng 4 số 2)

2. **Mai Lan Anh** (2019), "Đánh giá kết quả tạo hình môngd mắt bằng laser trong điều trị Glocôm góc đóng nguyên phát cấp tính", luận văn thạc sỹ y học, trường Đại học Y Hà Nội.
3. **Bệnh học Glocôm Nhà Xuất Bản Y Học, Đại học Y Hà Nội** (2023)
4. **Đỗ Thị Dung và Dương Quỳnh Chi** (2022). Khảo sát hoạt động thị giác của bệnh nhân Glocôm sử dụng bảng VF4. Tạp chí Y dược lâm sàng 108, 17.
5. **Đỗ Thị Ngọc Hà** (2009). Đánh giá kết quả lâu dài của phẫu thuật cắt củng mạc sau điều trị Glocôm góc mở nguyên phát. Luận văn Thạc Sĩ Y học Đại học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Hồng Hạnh** (2023). Chăm sóc người bệnh phẫu thuật Glôcôm và một số yếu tố liên quan tại Khoa Glôcôm Bệnh viện Mắt Trung Ương năm 2022 - 2023. Trường Đại học Thăng Long.
7. **Nghiêm Thị Hồng Hạnh** (2010). Đánh giá tình trạng sẹo bong sau phẫu thuật cắt củng mạc điều trị Glocôm nguyên phát bằng máy Visante OCT. Luận văn Thạc Sĩ Y học Đại học Y Hà Nội
8. **Trần Tất Thắng và Trịnh Thị Hà** (2021). Kết quả điều trị phẫu thuật của Glocôm góc đóng nguyên phát. Tạp chí Y học Việt Nam, 508 (tháng 11 số 1)

THIẾU MÁU VI MẠCH ĐẠI TRÀNG: CÁC YẾU TỐ NGUY CƠ, THAY ĐỔI GIẢI PHẪU MẠCH MÁU ĐẠI TRÀNG, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VIÊM ĐẠI TRÀNG THIẾU MÁU. CA LÂM SÀNG VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Thái Nguyên Hưng¹, Nguyễn Văn Huy²

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả ca lâm sàng viêm đại tràng thiếu máu trên BN có nhiều yếu tố nguy cơ với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS), kết quả điều trị phẫu thuật ca LS thiếu máu ĐT. 2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ và điểm lại Y vấn. **Kết quả nghiên cứu:** BN nữ, 83 T, có TS liệt 1/2 người trái do cao HA, đang điều trị ĐTĐ. Vào viện vì đau bụng hố chậu trái, ỉa máu đỏ, không sốt. Khám không sờ thấy mass. Chụp CLVT dày thành đại tràng trái, dịch ổ bụng. Nội soi đại tràng (NSĐT) ĐT xích ma hẹp, phù nề, mủn, xuất huyết, có viêm đỏ, viêm loét và giả mạc. XN: hồng cầu 4,03 T/L; huyết sắc tố (Hb):119 g/L; hematocrite 0,36 L/L; bạch cầu (BC) 13,11 G/L; tiểu cầu 303 G/L. fibrinogen 7,31 g/L;

prothrombin 116%; glucose 8,33 mmol/L; creatinin 98 mmol/L; ure 3,86 mmol/L; CLVT: Dày thành ĐT trái, dịch ổ bụng. Nội soi đại tràng (NSĐT): Viêm đỏ, phù nề, có giả mạc, chảy máu, viêm loét sùi ĐT xích ma gây hẹp lòng ĐT. Tổn thương trong mô: ĐT xích ma dày quanh chu vi, hẹp, phù nề, tím, viêm loét có giả mạc, xuất huyết, có điểm hoại tử. Phẫu thuật: Cắt đoạn ĐT xích ma. Kết quả GPB: Viêm loét có giả mạc, có điểm hoại tử, hẹp lòng ĐT. **Kết luận:** Viêm đại tràng thiếu máu là bệnh lý thiếu máu không do tắc mạch thường xảy ra ở bệnh nhân ngoài 60-70 T, có nhiều yếu tố nguy cơ như bệnh lý tim mạch, rung nhĩ, loạn nhịp, tăng HA, xơ vữa mạch máu, đái tháo đường hoặc các BN nặng có huyết động thấp, dùng các thuốc gây nghiện, loạn thần, chống viêm giảm đau không steroid hoặc sau mổ vỡ phình ĐM chủ, lọc máu chu kỳ, bệnh nhân tảo bón kéo dài... Biểu hiện lâm sàng mơ hồ, chủ yếu là đau bụng, ỉa lỏng, ỉa phân đen (thiếu máu đại tràng phải) hay ỉa máu đỏ (thiếu máu đại tràng trái). Chụp CLVT có giá trị chẩn đoán cao. Các tổn thương qua NSĐT không tương xứng với mức độ tổn thương thành đại tràng. Điều trị nội khoa các trường hợp tổn thương nhẹ và vừa bao gồm nhìn ăn, hút dạ dày, dùng kháng sinh cephalosporin thế hệ III và quinolone. Phẫu thuật khi đại tràng hẹp hay thủng và có dấu hiệu phúc mạc. Phẫu thuật cấp cứu khi

¹Bệnh viện K

²Trường Y - Dược Phenikaa, Đại học Phenikaa, Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.6.2025

Ngày phản biện khoa học: 22.7.2025

Ngày duyệt bài: 29.8.2025

viêm phúc mạc hoại tử đại tràng (thủng) có tỷ lệ biến chứng và TV cao (>48%-54%)

SUMMARY

ISCHEMIC COLITIS: RISK FACTORS, COLONIC VASCULAR MALFORMATION, CLINICAL, PARACLINICAL FEATURES AND SURGICAL MANAGEMENT OF ISCHEMIC COLITIS. CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

The aims of study: 1. Evaluation the clinic, paraclinic features and surgical management of ischemic colitis patient (case report). 2. Evaluation of risk factors and literature review. **Patient and method:** Retrospective study (case report). **Result:** Female patient, aged of 83 year olds. Medical history: Hypertension and diabetes mellitus. Hospitalization for abdominal pain and lower gastrointestinal bleeding (hematocheria). Physical examination: No palpable mass, pain in left lower abdomen with tenderness, Digital examination: bright blood stool. Abdominal CTscanner revealed segmental sigmoid thickening and pericolic stranding. Colonoscopy: Stricture and circumferential ulcer of sigmoid colon, edematous and fragile mucosa, segmental erythema (sigmoid colon) and mucosa bleeding... + Laboratory test: Red blood cell count 4,03 T/L; Hemoglobine 119 g/L; Hematocrite 0,36 L/L; White cell count 13,11 G/L; Platelete count 303 G/L; Fibrinogen 7,31 g/L; Prothrombin 116%; Glucose 8,33 mmol/L; Creatinin 98 mmol/L; Ure 3,86 mmol/L; Albumin 38,1 g/L; GOT 18,76 U/L; GPT 15,1 U/L, CEA 1,16 ng/ml. + Intraoperative findings: Intraabdominal fluid, sigmoid thickening wall and stricture. + Operation performed: Sigmoid segmentectomy with side to end anastomosis. + Histopathologic findings: Stricture, inflammatory and ulcer of colon with scattered necrosis. - **Conclusion:** Ischemic colitis could occur in patients greater than 60 -70 year olds. Risk factors associated with ischemic colitis are cardiovascular diseases, atherosclerosis, atrial fibrillation, hypertension, diabetes mellitus, constipation, chronic kidney disease, aortic aneurysm repaire or certain medications such as non-steroidal anti-inflammatoru drugs (NSAIDs), oestrogen therapy and also hypotension... Clinical symptoms are vague and nonspecific consisting of abdominal pain, lower abdominal tenderness, lower gastrointestinal bleeding, diarrhea. Cross sectional CT is the best judged transmural involvement (the depth of inflammation) as colonoscopy alone cannot reliably confirm or exclude transmural lesion. Medical management is indicated for moderated case consisting of intravenous resuscitation, blood glucose control, bowel rest (fasting, nasogastric tube placement) and intravenous antibiotic. Surgical management indicated for perforation or stricture of colon and patients with peritoneal signes (Type II). The postoperative mortality rate is elevated to 48-54% for peritonitis of colonic perforation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm đại tràng (ĐT) thiếu máu có nguyên nhân chính không phải do tắc các mạch máu lớn của đại tràng như động mạch (ĐM) mạc treo

tràng trên (MTTT) hay ĐM mạc treo tràng dưới (MTTD) mà thường do thiếu máu của hệ mạch máu nhỏ với tổn thương là viêm dày, hẹp lòng ĐT và hoại tử ĐT.

Trên thế giới, bệnh viêm ĐT thiếu máu được báo cáo từ 1966 tuy nhiên ở nước ta cho tới nay bệnh lý này chưa được nghiên cứu nhiều. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ, các phương pháp chẩn đoán và điều trị còn chưa được nghiên cứu.

Thiếu máu hệ mạch nhỏ là nguyên nhân thiếu máu chiếm 50-60% các trường hợp thiếu máu hệ tiêu hóa. Các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn gần đây cho thấy tỷ lệ tử vong (TV) sau cắt ĐT hoại tử vì thiếu máu vi mạch là 48% -54%, tỷ lệ biến chứng sau mổ 85,7%. Bởi vậy, chúng tôi báo cáo ca lâm sàng viêm ĐT thiếu máu (thiếu máu vi mạch) với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật ca lâm sàng thiếu máu ĐT.
2. Đánh giá các yếu tố nguy cơ và điểm lại y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hồi cứu ca lâm sàng (hiếm gặp).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

BN nữ, 83 tuổi.

- + TS Đái tháo đường (ĐTĐ) đang điều trị.
- + TS cao HA đang điều trị, đã tai biến mạch não điều trị nhiều năm, yếu ½ người trái.
- + Hạn chế vận động háng trái (cứng khớp)
- Lâm sàng: BN đau bụng hố chậu trái, ỉa máu nhiều lần, không sốt.
- + Khám: Bụng béo, mềm, không sờ thấy U.
- + Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVT): Dày thành ĐT trái. dịch ổ bụng
- + Nội soi đại tràng (NSĐT): Viêm đỏ, phù nề, có giả mạc, chảy máu, viêm loét sùi ĐT xích ma gây hẹp lòng ĐT



Ảnh 1: NSĐT, viêm loét sùi có giả mạc gây hẹp lòng ĐT xích ma, tím, xuất huyết (có điểm necrose)

- Xét nghiệm (XN):

+ Công thức máu (CTM): Hồng cầu (HC): 4,03 T/L; Huyết sắc tố (Hb):119 g/L; Hematocrite 0,36 L/L; Bạch cầu (BC) 13,11 G/L; Tiểu cầu 303 G/L. Fibrinogen 7,31 g/L; Prothrombin 116%;

Glucose 8,33 mmol/L; Creatinin 98 mmol/L, Ure 3,86 mmol/L; Albumin 38,1 g/L; GOT 18,76 U/L; GPT 15,1 U/L, CEA 1,16 ng/ml

+ Tổn thương trong mô: Bụng có dịch trong, số lượng trung bình, ĐT xích ma dày, gây hẹp ĐT xích ma, thành ĐT dày, phù nề, có điểm tím (hoại tử), lòng ĐT viêm loét chảy máu, có nhiều giả mạc.

+ Chẩn đoán trong mô: Viêm ĐT thiếu máu, hoại tử (ischemic colitis).

+ Mổ cắt đoạn ĐT xích ma, nối ĐT trái- trực tràng tận-bên 2 lớp (vắt-rời PDS 3.0).

+ Kết quả GPB: Viêm dày thành đại tràng, xuất huyết có điểm hoại tử, loét sùi gây hẹp đại tràng.

IV. BÀN LUẬN

Viêm ĐT thiếu máu, hoại tử là dạng hay gặp nhất của bệnh lý thiếu máu đường tiêu hóa xảy ra khi có tắc mạch, hẹp mạch máu hoặc giảm cung lượng tưới máu một cách có hệ thống. Tỷ lệ viêm ĐT thiếu máu chiếm 75% số thiếu máu đường tiêu hóa và chiếm 15,6/100.000 dân theo thống kê của Marston [1].

Bệnh lý viêm đại tràng thiếu máu (ischemic colitis) được mô tả lần đầu tiên năm 1966 bởi Marston do thiếu máu cung cấp cho đại tràng. Từ Ischemia xuất phát từ từ Hy Lạp Iskhaiamos nghĩa là ngừng chảy máu. Khi lượng máu cung cấp cho ĐT không đủ để đáp ứng nhu cầu chuyển hóa của ĐT sẽ gây ra viêm ĐT, loét ĐT và xuất huyết. Nguồn gốc của quá trình viêm ĐT xuất phát từ hậu quả trực tiếp của tổn thương thiếu máu và tái cấp máu trong đó quá trình tái cấp máu (reperfusion) giải phóng nhiều gốc oxy hóa tự do và các cytokines viêm để phục hồi tái cấp máu bình thường [1]. Những tổn thương của quá trình tái cấp máu nặng nề hơn thiếu máu: Vi khuẩn xuyên mạch, co thắt mạch máu ruột, loạn khuẩn ruột gây tổn thương đại tràng. [1]

Thiếu máu ĐT xảy ra từ niêm mạc đến thanh mạc trong đó niêm mạc là lớp hoạt động chuyển hóa mạnh nhất ĐT và cũng là lớp bị ảnh hưởng đầu tiên. Hoại tử, bong tróc và phù nề niêm mạc, chảy máu dưới niêm mạc, hoại tử thành ĐT.

Các dạng tổn thương được mô tả là dày thành đại tràng, hẹp lòng ĐT (dạng u sùi) và hoại tử ĐT.

Viêm ĐT thiếu máu là bệnh thiếu máu vi

mạch ĐT chiếm 50-60% các nguyên nhân thiếu máu ĐT, bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi, có TS bệnh lý mạch máu như cao HA, xơ vữa ĐM... BN thường có các triệu chứng đau bụng không rõ ràng, mơ hồ, khó chịu, ỉa máu đến các triệu chứng nặng, hoại tử ĐT, sốc nhiễm trùng, nhiễm độc (NTND).

Biểu hiện lâm sàng phụ thuộc vào vị trí tổn thương, độ sâu của thiếu máu, thường bao gồm đau bụng, ỉa lỏng, ỉa phân đen, ỉa máu đỏ. Triệu chứng có thể thuyên giảm hoặc dẫn đến cấp cứu ngoại khoa do thủng ĐT.

Bệnh lý viêm ĐT thiếu máu chẩn đoán phân biệt với tắc cấp tính mạch mạc treo gây thiếu máu ruột hoàn toàn dẫn đến hoại tử ruột cần mổ cấp cứu. Tuy nhiên thiếu máu cấp tính không do tắc mạch mạc treo cũng có thể xảy ra trên BN có bệnh lý toàn thân nặng và huyết động không ổn định (Hạ HA, HA thấp).

+ Thái Nguyên Hưng và CS [2] báo cáo 1 BN nam, 60 tuổi, hoại tử toàn bộ đại tràng/ BN đã mổ ung thư trực tràng. Tổn thương trong mô cho thấy toàn bộ ĐT trái, ĐT phải, ĐT ngang hoại tử không do tắc mạch. BN sốc nhiễm trùng nhiễm độc, được mổ cắt toàn bộ ĐT cấp cứu; sau mổ điều trị tại ICU dài ngày, chạy thận nhân tạo chu kỳ.

- Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy BN nữ, 83 tuổi, thể trạng béo, cao huyết áp, liệt nhẹ 1/2 người trái do tai biến mạch não cũ, đái tháo đường (ĐTĐ) đang điều trị, xuất hiện đau bụng không rõ ràng hố chậu trái, ỉa lỏng, ỉa máu đỏ. NSĐT thấy hẹp ĐT xích ma gây bán tắc ruột, vị trí hẹp ĐT viêm dày, có nhiều giả mạc và có điểm tím hoại tử (necrose). Chúng tôi cắt ĐT xích ma với chẩn đoán viêm ĐT thiếu máu, hoại tử, hẹp. Diễn biến hậu phẫu ổn định. Sau mổ theo dõi 2 tháng cho thấy BN ỉa phân thành khuôn, không ỉa máu, không đau bụng. Kết quả GPB là viêm ĐT thiếu máu.

Chúng tôi nhận thấy rằng vấn đề chẩn đoán, thái độ xử trí và điều trị viêm đại tràng thiếu máu ở nước ta gặp nhiều khó khăn và chưa được biết đến và nghiên cứu nhiều trong khi bệnh lý này đã được nghiên cứu với số lượng lớn ở các nước phát triển.

Bảng 1: Các nghiên cứu trên thế giới

Tác giả - năm	n	Điều trị không mổ (n)	Phẫu thuật (n)	Tỷ lệ chết Không mổ (%)	Tỷ lệ chết sau mổ (%)
Reissfelder et al (2011)	177	0	177	-	85 (48%)
Moszkowicz et al (2014)	191	17	174	0(0)	84 (48)
Medina et al (2004)	53	35	18	0 (0)	5 (28)
Paterno et al (2010)	253	205	48	10(5)	16 (33)
Genstorfer et al (2014)	100		100		54(54)
Sadot et al (2014)	117	96	21	3 (3)	2 (10)

Glauser et al (2011)	49	45	4	0(0)	1(25)
Flobert et al (2000)	60	39	21	3 (7)	4(20)
Gistein et al (2018)	63	50	13	12 (24)	6(50)
Castleberry et al (2013)	115	-	115	-	43 (37)
Anon et al (2006)	69	54	15	1(0,02)	7 (46)
Cosme et al (2013)	135	123	12	4 (0,03)	4 (33)

Kết quả nghiên cứu ở Bảng 1 cho thấy tỷ lệ TV sau mổ rất cao (48%-54%). Viêm ĐT thiếu máu (đặc biệt là có biến chứng thủng, viêm phúc mạc) là tổn thương nặng, khó chẩn đoán trên BN cao tuổi, có nhiều yếu tố nguy cơ. Tuy nhiên, trường hợp tổn thương thành ĐT nhẹ và trung bình có thể điều trị nội khoa.

+ Các yếu tố nguy cơ bao gồm tuổi cao (> 60), xơ vữa động mạch (ĐM), hút thuốc lá, chạy thận chu kỳ, rung nhĩ, sử dụng các thuốc chống viêm giảm đau non-steroid kéo dài, dùng oestrogen, ĐTĐ, cao HA, thiếu máu... Lọc máu nhân tạo thường tạo ra các cục máu đông nhỏ/BN có mạch máu kém đàn hồi.

Các yếu tố nguy cơ và nguyên nhân có thể chia làm 4 nhóm:

1. Nhóm tắc mạch (thromboembolic)
2. Nhóm huyết động giảm (hypovolemia)
3. Nhóm do thuốc.
4. Nhóm iatrogen.

+ Nhóm tắc mạch thường do rung nhĩ, hội chứng kháng phospholipid (tự miễn). Xơ vữa ĐM gây hẹp lòng mạch máu là yếu tố nguy cơ gây viêm ĐT thiếu máu.

+ Nhóm huyết động giảm bao gồm BN suy tim, thiếu máu, huyết áp thấp hay sốc nhiễm trùng nhiễm độc.

+ Các thuốc gây nguy cơ thiếu máu ĐT: Hóa chất điều trị ung thư, thuốc vận mạch, estrogen, cocaine, amphetamine, ergotamine, thuốc chống loạn thần, thuốc chống viêm giảm đau không streroid (NSAIDs).

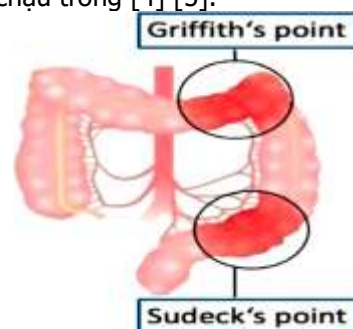
+ Nhóm Iatrogen bao gồm sau mổ vỡ phình ĐM chủ do kẹp ĐM hoặc cục máu đông hình thành trong túi phình.

Một nghiên cứu trên 60 BN viêm ĐT thiếu máu cho thấy 20% có rung nhĩ. Nghiên cứu khác cho thấy 25% số BN viêm ĐT thiếu máu sử dụng thuốc điều trị rối loạn nhịp tim, 32 % dùng chống đông [3].

- Các bất thường về giải phẫu: Các vùng nhạy cảm về thiếu máu của đại tràng, được gọi là watershed areas, là các vùng tiếp nối giữa các hệ mạch. Những vùng này có ít tuần hoàn bên (collateral circulation) [5]. Tác giả Griffith mô tả vùng giữa ĐM đại tràng giữa của ĐM mạc treo tràng trên và nhánh lên của động mạch ĐT trái (1 động mạch của ĐM mạc treo tràng dưới). Vùng này không có tiếp nối mạch ở khoảng 5%

số BN và thường nghèo mạch, mạch máu kém phát triển.

+Tương tự là cung mạch Sudeck's: Đây là vùng nối giữa ĐT xích ma dưới cùng và ĐM trực tràng trên. Kết quả mổ tử thi 64 BN để nghiên cứu cung Sudeck cho thấy có 3 BN (5%) không có vòng nối, đa số mạch ở đây đều kém phát triển hay ít phát triển. Tuy nhiên cung Sudeck ít gây ảnh hưởng khi phẫu thuật đại trực tràng do được hệ mạch máu dưới niêm mạc của trực tràng tốt cấp máu từ ĐM trực tràng giữa và dưới của Đm chậu trong [4] [5].



Ảnh 2: Cung Griffith's và cung Sudeck's

- Về lâm sàng và chẩn đoán:

Dấu hiệu LS phụ thuộc vào vị trí giải phẫu cũng như mức độ viêm thiếu máu, các triệu chứng thường gặp là đau bụng (87%), ỉa lỏng (56%), ỉa máu (84%). Ỉa máu thường gặp trong thiếu máu ĐT bên trái và trực tràng trong khi thiếu máu ĐT phải ít gặp ỉa máu nhưng đau bụng nhiều hơn. Ỉa phân đen có thể gặp trong viêm ĐT thiếu máu của ĐT phải. Khám bụng có thể thấy bụng phản ứng mức độ nhẹ, vừa, thường không sốt, sốt xuất hiện khi thủng hay tắc mạch. Các nghiên cứu cho thấy tỷ lệ viêm ĐT thiếu máu chiếm 75% ở ĐT trái, 25% ở góc lách, 10% ở ĐT phải [1][4].

- Chẩn đoán hình ảnh

+ Chụp CLVT có thuốc cản quang: Có thể thấy thành ĐT dày và thâm nhiễm mỡ quanh ĐT trên 1 đoạn ĐT. Tuy nhiên, NSĐT chỉ phát hiện được thiếu máu ĐT trong 15%-39% các trường hợp dày thành ĐT. Với thiếu máu ĐT phải, CLVT thấy ĐT giãn, có dịch ổ bụng, có khí thành ĐT. Một số hình ảnh CLVT có thể nhầm với bệnh Crohn như dấu hiệu bia bản (target sign), hẹp ĐT, niêm mạc tăng đậm. Các dấu hiệu hẹp ĐT thường xuất hiện sau các đợt thiếu máu cấp tính.

+ Nội soi đại tràng (NSDT): Chỉ nên NSDT khi không có dấu hiệu phúc mạc. Có thể thấy ban đỏ rải rác, đốm xuất huyết, có hay không có xước và loét. Có thể gặp tam chứng: rãnh dọc, có loét và viêm ĐT (single trip sign). Khi ĐT hoại tử, niêm mạc chuyển sang mờ tối, có các đốm xanh đen. Cho tới nay, chưa có dữ liệu cho thấy sự tương quan giữa mức độ nặng của bệnh và những tổn thương qua NSDT. Tuy nhiên, nếu tổn thương qua NSDT chỉ có rãnh dọc hay viêm xước được phân loại nguy cơ thấp. Các tổn thương như loét dọc hay loét theo khẩu kính ĐT (longitudinal or circumferential ulcer) được cho là nguy cơ cao. Những BN có tổn thương nặng qua NSDT thường nằm viện lâu ngày, có bệnh lý hay thiếu máu cơ tim và những bệnh hệ thống nặng (connective tissue disorders). [6]

+ Hiệp hội tiêu hóa Mỹ (American College of Gastroenterology) khuyên nên NSDT đến đoạn ĐT xa nhất có thể với áp lực thấp, nên NSDT trong vòng 48 h đầu tiên. Tuy nhiên, cần chẩn đoán phân biệt với các bệnh lý khác nhất là ung thư đại trực tràng qua kết quả sinh thiết. Đặc điểm mô

bệnh học thường là viêm teo niêm mạc, thiếu máu, phù nề niêm mạc, viêm cấp. Hoại tử ĐT thường thấy rõ qua NSDT và kết quả sinh thiết.

- Điều trị: Điều trị viêm ĐT thiếu máu bao gồm điều trị nội khoa và ngoại khoa phối hợp giữa bác sỹ nội tiêu hóa và ngoại khoa. Các trường hợp nhẹ có thể điều trị nội khoa tuy nhiên các trường hợp ranh giới nên được theo dõi tại khoa ngoại.

+ Điều trị nội khoa bao gồm điều trị hỗ trợ và điều chỉnh các nguyên nhân gây tắc mạch. Bồi phụ nước điện giải đường tĩnh mạch, điều chỉnh đường huyết đối với BN có ĐTĐ.

++ Nhịn ăn để ruột nghỉ ngơi, nếu có liệt ruột nên đặt sond hút dạ dày. Thời gian để ruột nghỉ dựa vào mức độ cải thiện triệu chứng (khoảng 2-3 ngày).

++ Dùng kháng sinh: Phối hợp kỵ khí và cephalosporin thế hệ III hoặc fluoroquinolone trong 7 ngày (kéo dài hơn nếu BN nặng). Nên dùng Heparin trong lượng phân tử thấp. Khi BN ra viện nên phối hợp dùng thuốc chống đông hay chống ngưng tập tiểu cầu.

Bảng 2: Các đặc điểm phối hợp với viêm ĐT thiếu máu nặng và điều trị nội thất bại

Đặc điểm BN	Biểu hiện lâm sàng	Đặc điểm các xét nghiệm	Chụp CLVT
BN nam	Dấu hiệu viêm phúc mạc (VPM)	Thiếu máu	Dịch tự do ổ bụng (OB)
Đang điều trị suy thận	Không có XHTH thấp	Bạch cầu tăng	Thiếu máu khu trú ở ĐT phải
Có TS rung nhĩ	Nhịp tim nhanh hay loạn nhịp	+ Giảm natri máu + Giảm tiểu cầu + CRP tăng + Tăng Lactate máu	

+ Các yếu tố kết hợp với tỷ lệ TV cao sau mổ: Tuổi > 75 T; Suy đa tạng; Thang điểm ASA ≥ 4; Mất máu trong mổ > 500ml; Lactate trước mổ > 2.5; Suy thận cấp; Sử dụng catecholamine trước và trong mổ; Suy tim; Phẫu thuật cắt toàn bộ hoặc gần toàn bộ ĐT.

+ Mức độ nặng của viêm thiếu máu ĐT được xếp là yếu tố tiên lượng nặng, được phân 3 loại [7]:

+ Type I : Tổn thương thiếu máu niêm mạc.

+ Type II: Thiếu máu cơ.

+ Type III: Thiếu máu toàn bộ thành ĐT (transmural inflammation).

Các tổn thương thành ĐT được phát hiện với độ chính xác cao qua chụp CLVT. Đối với type I-II, không có dấu hiệu toàn thân phối hợp nên chỉ định điều trị nội khoa trước. Đối với Type II có dấu hiệu toàn thân (HA giảm, suy tạng), nên chỉ định (CĐ) mổ. Type III thường phối hợp với dấu hiệu toàn thân, nên CĐ mổ. Các dấu hiệu nặng nên CĐ mổ sớm như: Đau liên tục không có ỉa máu, tổn thương rộng toàn bộ ĐT hoặc chỉ có tổn thương ĐT phải, xuất hiện dấu hiệu viêm phúc mạc hoặc

dấu hiệu viêm phúc mạc tăng lên [8].

+ Kết quả phẫu thuật BN của chúng tôi cho thấy nếu ĐT chưa thủng (Type II), có viêm loét, dày và phù nề thành ĐT, chưa có dấu hiệu phúc mạc, mổ phiến cắt đoạn ĐT cho kết quả tốt. Khi thủng ĐT có viêm phúc mạc hay sốc nhiễm trùng nhiễm độc, hay BN có nhiều yếu tố nguy cơ như trường hợp BN này (ĐTĐ, cao HA, liệt 1/2 người do tai biến mạch não), thống kê cho thấy tỷ lệ TV có thể cao tới 48-54%, BN có thể điều trị kéo dài ở ICU.

V. KẾT LUẬN

Viêm đại tràng thiếu máu là bệnh lý thiếu máu không do tắc mạch thường xảy ra ở bệnh nhân ngoài 60-70 T, có nhiều yếu tố nguy cơ như bệnh lý tim mạch, rung nhĩ, loạn nhịp, tăng HA, xơ vữa mạch máu, đái tháo đường hoặc các BN nặng có huyết động thấp, dùng các thuốc gây nghiện, loạn thần, chống viêm giảm đau không steroid hoặc sau mổ vỡ phình ĐM chủ, lọc máu chu kỳ, bệnh nhân táo bón kéo dài...

Biểu hiện lâm sàng mơ hồ, chủ yếu là đau