

biến chứng nhưng chưa theo dõi xa về chỉ số BMI, các đặc điểm lâm sàng có thể gặp sau mổ. Bệnh nhân này sẽ tiếp tục được theo dõi, tái khám để đánh giá hiệu quả của phương pháp mổ.

VI. KẾT LUẬN

Hội chứng động mạch mạc treo tràng trên là bệnh lý hiếm gặp, cần lưu ý mức độ nặng nhẹ của người bệnh trên lâm sàng.

Do các triệu chứng không đặc hiệu và không có xét nghiệm nhạy, nên việc chẩn đoán trong hầu hết các trường hợp đều bị trì hoãn.

Chụp cắt lớp vi tính có giá trị trong chẩn đoán xác định.

Các trường hợp cấp thường được điều trị bảo tồn, trong khi các trường hợp mạn tính đòi hỏi phải can thiệp phẫu thuật.

Nhiều phương pháp phẫu thuật đã được thực hiện để điều trị hội chứng động mạch mạc treo tràng trên. Ngoài Phẫu thuật nội soi nối tá tràng – hỗng tràng là phương pháp điều trị phẫu thuật tiêu chuẩn thì “Phẫu thuật nội soi giải phóng D3 – D4 tá tràng và góc Treitz, cắt đôi hỗng tràng, đưa khối tá – hỗng tràng sang bên phải động mạch mạc treo tràng trên rồi thực hiện miệng nối hỗng tràng – hỗng tràng” tuy khó hơn về mặt kỹ thuật nhưng có thể giải quyết triệt để việc ứ tắc ở tá tràng – dạ dày, vừa hạn chế biến chứng rò tiêu hóa vì miệng nối là hỗng tràng – hỗng tràng cũng là một lựa chọn cần được cân nhắc và đánh giá thêm nhiều hơn nữa.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. T. Welsch, M. W. Büchler, and P. Kienle, “Recalling superior mesenteric artery syndrome,”

Dig. Surg., vol. 24, no. 3, pp. 149–156, 2007, doi: 10.1159/0012097.

2. T. Ali, J. Tomka, I. Bakirli, and I. Bakirov, “Surgical Treatment of Wilkie’s Syndrome by Vascular Transposition,” Cureus, vol. 14, no. 4, p. e24251, doi: 10.7759/cureus.24251.
3. A. Rehman, A. Saeed, T. Shaukat, K. Jamil, A. H. Zaidi, and K. Abdullah, “Wilkie’s syndrome,” J. Coll. Physicians Surg.--Pak. JCPSP, vol. 21, no. 1, pp. 43–45, Jan. 211.
4. A. Oka et al., “Superior mesenteric artery syndrome: Diagnosis and management,” World J. Clin. Cases, vol. 11, no. 15, pp. 3369–3384, May 223, doi: 10.12998/wjcc.v11.i15.3369.
5. Sơn T. Q., Học T. H., and Kiên Đ. T., “29. Tắc tá tràng do hội chứng động mạch mạc treo tràng trên: Ca lâm sàng và điểm lại y văn,” Tạp Chí Nghiên Cứu Học, vol. 175, no. 2, pp. 248–254, Mar. 224, doi: 10.52852/tcncyh.v175i2.2233.
6. B. Khanal et al., “Superior mesenteric artery syndrome mimicking gastric outlet obstruction: a case report and a literature review,” Ann. Med. Surg., vol. 85, no. 4, pp. 939–942, Mar. 223, doi: 10.1097/MS9.000000000000129.
7. P. G. N. Danushka, R. Jayasinghe, and A. Wijemanne, “Superior mesenteric artery syndrome treatment strategies: A case report,” SAGE Open Med. Case Rep., vol. 11, p. 205313X231184587, July 223, doi: 10.1177/205313X231184587.
8. J. A. Cienfuegos et al., “Minimally Invasive Surgical Approach for the Treatment of Superior Mesenteric Artery Syndrome: Long-Term Outcomes,” World J. Surg., vol. 44, no. 6, p. 1, 220, doi: 10.1007/s0268-20-05413-5.
9. A. Sabry, R. Shaalan, C. Kahlin, and A. Elhoofy, “Superior Mesenteric Artery Syndrome Managed with Laparoscopic Duodenojejunostomy,” Minim. Invasive Surg., vol. 222, p. 4607440, Aug. 222, doi: 10.1155/222/4607440.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH LIÊN QUAN ĐẾN HOẠI TỬ RUỘT Ở BỆNH NHÂN CÓ KHÍ TĨNH MẠCH CỬA TRÊN CẮT LỚP VI TÍNH

Nguyễn Duy Khang¹, Nguyễn Sĩ Bảo², Âu Dương Mỹ Vân¹,
Trần Vương Trung¹, Huỳnh Quang Huy^{3,4}

TÓM TẮT

Khí tĩnh mạch cửa là một dấu hiệu hình ảnh học ít gặp, tỉ lệ phát hiện trên siêu âm khoảng 0,005%¹. Tuy ít gặp trên lâm sàng nhưng khí tĩnh mạch cửa thường

xuất hiện trong những bệnh cảnh nặng liên quan đến các nguyên nhân nguy hiểm tính mạng đặc biệt là hoại tử ruột. Chẩn đoán hoại tử ruột vẫn còn nhiều khó khăn do bệnh nhân diễn tiến nhanh và không có những dấu hiệu đặc hiệu. Bên cạnh những trường hợp diễn tiến nặng vẫn có những bệnh nhân không triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Việc quyết định điều trị phẫu thuật hoặc điều trị nội khoa cho các trường hợp khí tĩnh mạch cửa phụ thuộc vào xác định nguyên nhân. Tuy nhiên việc xác định tình trạng hoại tử ruột của các trường hợp này dựa vào hình ảnh học, triệu chứng lâm sàng hoặc xét nghiệm của bệnh nhân cũng không chắc chắn, nhất là ở những bệnh nhân lớn tuổi. Do đó chúng tôi thực hiện nghiên cứu hồi cứu các trường hợp có khí tĩnh mạch cửa trên cắt lớp vi tính

¹Bệnh viện Nhân Dân 115

²Trường đại học Khoa học Sức khỏe

³Trường đại học Y khoa Phạm Ngọc Thạch

⁴Bệnh viện Bình Dân, Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Duy Khang

Email: khangduy0810@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2025

Ngày duyệt bài: 24.10.2025

với mục tiêu xác định các đặc điểm hình ảnh có liên quan với tình trạng hoại tử ruột. **Phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu hàng loạt ca có kết quả cắt lớp vi tính khí tĩnh mạch cửa trong 5 năm (từ 2020 đến 2025). **Kết quả:** Nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân có khí trong tĩnh mạch cửa được phát hiện trên cắt lớp vi tính, đa phần các bệnh nhân là nữ chiếm tỉ lệ 59%. Nguyên nhân thường gặp nhất là hoại tử ruột với 63% các trường hợp, sau đó là các nguyên nhân khác lần lượt: thủng ống tiêu hoá (14,8%), viêm ruột (7,4%), tắc ruột (3,7%), viêm ruột thừa (3,7%), sau đốt RFA gan (3,7%) và không xác định được nguyên nhân (3,7%). Đặc điểm hình ảnh có khí trong thành ruột, kiểu hình khí dạng đường và bắt thuốc thành ruột kém có mối liên hệ với tình trạng hoại tử ruột. **Kết luận:** Khí tĩnh mạch cửa trên CLVT là một dấu hiệu ít gặp. Nguyên nhân gây ra các trường hợp khí tĩnh mạch cửa rất đa dạng, trong đó hoại tử ruột chiếm tỉ lệ cao nhất. Có một số trường hợp không xác định được nguyên nhân mặc dù đã được phẫu thuật bụng thăm sát. Dấu hiệu hình ảnh có khí trong thành ruột, khí thành ruột dạng đường và bắt thuốc thành ruột kém có mối liên hệ với tình trạng hoại tử ruột. **Từ khóa:** Khí tĩnh mạch cửa, khí thành ruột, hoại tử ruột. **Viết tắt:** CLVT- cắt lớp vi tính

SUMMARY

SOME IMAGING FEATURES ASSOCIATED WITH BOWEL NECROSIS IN PATIENTS WITH PORTAL VENOUS GAS ON COMPUTED TOMOGRAPHY

Portal venous gas (PVG) is a rare radiological finding, with an ultrasound detection rate of approximately 0.005%. Although infrequent in clinical practice, its presence often indicates severe underlying conditions, particularly bowel ischemia, a life-threatening emergency. Diagnosing bowel ischemia remains challenging due to its rapid progression and the lack of specific clinical signs. Some patients may present with mild or even no symptoms. The decision between surgical and conservative treatment in cases of portal venous gas depends heavily on identifying the underlying cause. However, determining the etiology based on imaging, clinical presentation, and laboratory results is often uncertain, especially in elderly patients. Therefore, we conducted a retrospective study of cases with portal venous gas identified on computed tomography (CT) scans to evaluate imaging features associated with bowel necrosis. **Methods:** We conducted a retrospective case series analysis of patients diagnosed with PVG on CT imaging over five years (2020–2025). **Results:** 27 patients were identified with PVG on CT, with females accounting for 59% of cases. The most common underlying cause was bowel necrosis (63%), followed by gastrointestinal perforation (14.8%), enteritis (7.4%), bowel obstruction (3.7%), appendicitis (3.7%), post-radiofrequency ablation (RFA) of the liver (3.7%), and unknown etiology (3.7%). CT findings such as pneumatosis, linear pattern of pneumatosis, and poor bowel wall enhancement were significantly associated with bowel necrosis. **Conclusion:** PVG is a rare but critical imaging sign on CT. Its etiologies are diverse, with bowel necrosis being the most prevalent.

In some cases, the underlying cause remains undetermined even after exploratory laparotomy. CT findings such as pneumatosis, linear pattern of pneumatosis, and poor bowel wall enhancement were associated with bowel ischemia

Keywords: Hepatic portal venous gas, pneumatosis, bowel necrosis

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Khí tĩnh mạch cửa là một dấu hiệu hình ảnh học ít gặp, tỉ lệ phát hiện trên siêu âm khoảng 0,005%¹. Tuy ít gặp trên lâm sàng nhưng khí tĩnh mạch cửa thường xuất hiện trong những bệnh cảnh nặng liên quan đến các nguyên nhân nguy hiểm tính mạng đặc biệt là hoại tử ruột. Tuy nhiên vẫn có những trường hợp khí tĩnh mạch cửa ở những bệnh nhân không có triệu chứng hoặc triệu chứng nhẹ. Ngày nay tỉ lệ phát hiện khí tĩnh mạch cửa ngày càng tăng nhờ các phương tiện hình ảnh học như siêu âm, chụp cắt lớp vi tính phát triển rộng rãi. Nhưng chẩn đoán hoại tử ruột vẫn còn nhiều khó khăn do bệnh nhân diễn tiến nhanh, không có những dấu hiệu đặc hiệu. Vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm ra các dấu hiệu hình ảnh gợi ý hoại tử ruột ở các bệnh nhân có khí tĩnh mạch cửa.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: Các trường hợp được chụp CLVT có tiêm thuốc tương phản ghi nhận có khí tĩnh mạch cửa tại bệnh viện Nhân Dân 115 trong 5 năm (từ 1/1/2020 đến 31/12/2025).

Tiêu chuẩn chọn mẫu: Được chụp CLVT có tiêm thuốc tương phản có kết quả ghi nhận có khí tĩnh mạch cửa.

Tiêu chuẩn loại trừ: Các trường hợp hình ảnh không đạt chất lượng

Phương pháp nghiên cứu:

Thiết kế nghiên cứu hồi cứu, mô tả hàng loạt ca
Phương tiện nghiên cứu: Máy CLVT Siemens SOMATOM Definition AS 64 dãy đầu dò, tái tạo lát cắt mỏng độ dày 1mm.

Phần mềm xử lí và tái tạo hình ảnh Vue PACS version 12.1.5.7014.

Bệnh nhân được chụp 3 thì: không tiêm thuốc tương phản, thì động mạch, thì tĩnh mạch

Các dấu hiệu hình ảnh được đánh giá độc lập bởi 2 bác sĩ chẩn đoán hình ảnh có kinh nghiệm hơn 10 năm trong chẩn đoán CLVT bụng chậu. Nếu có sự không thống nhất về kết quả của hai bác sĩ, hai bác sĩ sẽ hội ý và đưa ra kết luận cuối cùng.

Nguyên nhân của các trường hợp gây ra khí tĩnh mạch cửa được ghi nhận dựa theo hồ sơ bệnh án của bệnh nhân, thứ tự ưu tiên như sau: (1) kết quả giải phẫu bệnh, (2) tường trình phẫu thuật – chẩn đoán sau mổ, (3) chẩn đoán lâm

sàng theo hồ sơ bệnh án.

Dữ liệu nghiên cứu được xử lý bằng phần mềm SPSS Statistics 20. Các giá trị $p < 0,05$ được xem là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê

Đạo đức trong nghiên cứu. Đây là một nghiên cứu hồi cứu, mô tả các trường hợp bệnh thông qua hồ sơ và các hình ảnh CLVT của bệnh nhân. Nghiên cứu không can thiệp trên bệnh nhân, không làm tổn hại đến sức khoẻ của bệnh nhân, không làm thay đổi quá trình điều trị của bệnh nhân. Thông tin của bệnh nhân được bảo mật. Đề tài đã được thông qua bởi hội đồng đạo đức y sinh của bệnh viện Nhân Dân 115.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu của chúng tôi có 27 bệnh nhân có khí trong tĩnh mạch cửa trong đó bệnh nhân nhỏ tuổi nhất trong nghiên cứu là 33 tuổi, lớn tuổi nhất là 88. Đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu là nữ giới, tỉ lệ nữ/nam là 16/11. Nguyên nhân của các trường hợp lần lượt được ghi nhận ở bảng 3.1.

Bảng 0.1. Bệnh nhân phẫu thuật và nguyên nhân

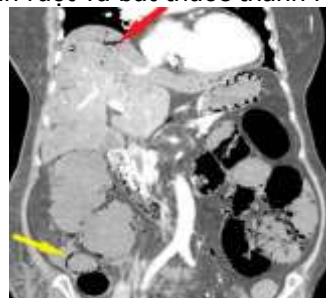
	Có phẫu thuật (18)	Không phẫu thuật (9)	Tổng (27)
Nguyên nhân			
Hoại tử ruột	10(55,5%)	7(77,8%)	17(63%)
Tắc ruột	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (3,7%)
Thủng ống tiêu hoá	4 (22,1%)	0 (0%)	4 (14,8%)
Viêm ruột	1 (5,6%)	1 (11,1%)	2 (7,4%)
Viêm ruột thừa	1 (5,6%)	0 (0%)	1 (3,7%)
Sau đốt u gan bằng sóng cao tần	0 (0%)	1 (11,1%)	1(3,7%)
Không xác định	1 (5,6%)	0 (0%)	1(3,7%)

Bảng 0.2 Các dấu hiệu hình ảnh giữa nhóm có và không hoại tử ruột

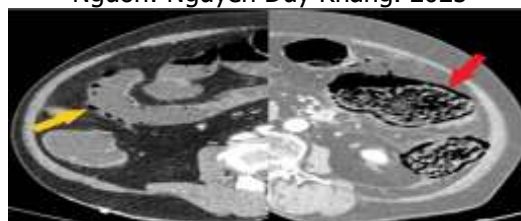
	Tổng (n=27)	Hoại tử ruột (n=17)	Không hoại tử ruột (n=10)	p
Có khí trong thành ruột	24	17	7	0,04*
Vị trí khí trong thành ruột	24	17	7	0.49
Chỉ ở ruột non		14	7	
Chỉ ở đại tràng		1	0	
Cả ruột non và đại tràng		2	0	
Kiểu hình khí trong thành ruột	24	17	7	<0,01*
Dạng đường		16	2	
Dạng bóng khí		1	5	

Có phù nề mạc treo	27	3	1	0,52
Cổ thâm nhiễm mỡ mạc treo	27	13	7	0,7
Cổ dịch tự do ổ bụng	27	11	7	0,56
Cổ khí tự do ổ bụng	27	1	3	0,13
Cổ tắc động mạch mạc treo	27	2	0	0,38
Cổ tắc tĩnh mạch mạc treo	27	0	0	
Cổ giãn quai ruột	27	12	6	0,57
Giãn ruột non		10	5	
Giãn đại tràng		1	0	
Giãn ruột non và đại tràng		1	1	
Cổ dày thành ruột	27	3	3	0,56
Dày thành ruột non		2	2	
Dày thành đại tràng		1	0	
Dày thành ruột non và đại tràng		0	1	
Cổ đậm độ thành ruột cao trên thì không thuốc	27	1	0	0,63
Cổ thành ruột bắt thuốc kém	27	17	0	<0,01*

Trong nghiên cứu của chúng tôi, các đặc điểm khí trong thành ruột, kiểu hình khí thành ruột dạng đường và thành ruột bắt thuốc kém có mối liên hệ với nguyên nhân hoại tử ruột. Trong các trường hợp hoại tử ruột, kiểu hình khí trong thành ruột dạng đường thường gặp hơn chiếm 94%. 100% trường hợp hoại tử ruột đều có khí trong thành ruột và bắt thuốc thành ruột kém

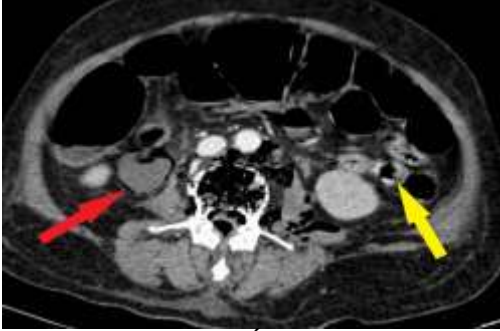


Hình 0.1. Khí trong thành ruột (mũi tên vàng) và khí trong tĩnh mạch cửa (mũi tên đỏ) ở một bệnh nhân hoại tử ruột
"Nguồn: Nguyễn Duy Khang. 2025"



Hình 0.2. Bên trái: khí trong thành ruột dạng bóng khí (mũi tên vàng) của một bệnh nhân.

bệnh nhân hoại tử ruột. Hình phải: khí trong thành ruột dạng đường (mũi tên đỏ) ở một bệnh nhân nữ 79 tuổi, hoại tử ruột do tắc ruột quai kín đại tràng ngang – đại tràng trái do thoát vị thành bụng
 “Nguồn: Nguyễn Duy Khang. 2025”



Hình 0.3. Quai ruột bắt thuốc kém và có khí trong thành (mũi tên đỏ) và quai ruột bắt thuốc bình thường (mũi tên vàng) ở một bệnh nhân hoại tử ruột
 “Nguồn: Nguyễn Duy Khang. 2025”

IV. BÀN LUẬN

Tuổi của các bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi trải dài từ 33 đến 88 tuổi với đa số các bệnh nhân là nữ giới.

Các nguyên nhân được ghi nhận trong nghiên cứu: hoại tử ruột chiếm tỉ lệ cao nhất với 63%, tiếp theo sau là các nguyên nhân ít gặp hơn như viêm ruột, thủng ống tiêu hoá, viêm ruột thừa, sau can thiệp đốt u gan bằng sóng cao tần, và 1 trường hợp không xác định được nguyên nhân mặc dù đã được phẫu thuật thăm sát. Các nguyên nhân này đa phần khá tương đồng với các nghiên cứu khác của các tác giả như Daneshmand (2020)², Arai (2021)³, hay các nghiên cứu về khí thành ruột và khí tĩnh mạch cửa của các tác giả Yoshida (2024)⁴, Treyaud (2017)⁵. Tuy tỉ lệ các nguyên nhân có thể khác nhau giữa nghiên cứu của chúng tôi và các nghiên cứu khác nhưng nguyên nhân thường gặp nhất vẫn là hoại tử ruột.

Trong nghiên cứu của chúng tôi các dấu hiệu hình ảnh như có khí trong thành ruột, kiểu hình khí dạng đường, bắt thuốc thành ruột kém có mối liên hệ với nguyên nhân hoại tử ruột. Điều này tương đồng với các kết quả của các nghiên cứu về khí thành ruột và khí tĩnh mạch cửa của các tác giả Arai (2021)³, Các nghiên cứu của các tác giả Arai (2021)³, DuBose (2013)⁶, Yoshida (2024)⁴ còn ghi nhận thêm các dấu hiệu như giãn các quai ruột, dịch ổ bụng, thâm nhiễm mỡ có liên quan đến nguyên nhân hoại tử ruột hoặc diễn tiến nặng.

Khí trong thành ruột trong nghiên cứu của chúng tôi đa phần gặp ở ruột non, đa số gặp khí dạng đường. Tuy nhiên các nghiên cứu khác với cỡ mẫu lớn hơn ghi nhận khí thường gặp ở đại tràng nhiều hơn như Treyaud (2017)⁵, Fleck (2024)⁷. Có thể do các nghiên cứu trên có tiêu chuẩn chọn mẫu là cả các trường hợp khí trong thành ruột và khí tĩnh mạch cửa. Trong quá trình thực hiện một nghiên cứu khác về khí thành ruột chúng tôi quan sát thấy các trường hợp khí trong thành đại tràng ở các trường hợp không hoại tử ruột hiếm khi đi kèm khí tĩnh mạch cửa. Đa phần khí trong thành đại tràng do nguyên nhân tắc ruột.

Các đặc điểm khác như thâm nhiễm mỡ mạc treo, dịch tự do ổ bụng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng thường gặp ở các bệnh nhân hoại tử ruột. Tuy nhiên các dấu hiệu này cũng có thể gặp trong các bệnh lý khác như viêm ruột, thủng ống tiêu hoá. Dấu hiệu giãn ruột non thường gặp ở các trường hợp hoại tử ruột, theo quan sát của chúng tôi, các trường hợp hoại tử ruột non thường có ruột non giãn và lòng ứ đọng dịch, dấu hiệu này có thể gợi ý các vị trí có thể hoại tử ruột.

V. KẾT LUẬN VÀ KIẾN NGHỊ

CLVT có nhiều vai trò trong chẩn đoán các trường hợp khí tĩnh mạch cửa. Các dấu hiệu khí trong thành ruột, khí thành ruột dạng đường và thành ruột bắt thuốc tương phản kém có mối liên hệ với tình trạng hoại tử ruột. Các nghiên cứu về tình trạng khí tĩnh mạch cửa và khí trong thành ruột cần khảo sát thêm các đặc điểm về lâm sàng và xét nghiệm để có nhiều thông tin hơn, góp phần chẩn đoán nguyên nhân và tiên lượng của bệnh nhân

LỜI CẢM ƠN

Nhóm tác giả cảm ơn bệnh viện Nhân Dân 115, các kĩ thuật viên khoa chẩn đoán hình ảnh, các bác sĩ lâm sàng, hội đồng đạo đức và phòng lưu trữ hồ sơ đã tạo điều kiện thuận lợi cho chúng tôi thực hiện nghiên cứu này. Cảm ơn bác sĩ Nguyễn Minh Qui, bác sĩ Đào Xuân Hà, bác sĩ Phạm Văn Nhân đã giúp đỡ chúng tôi rất nhiều trong thời gian thực hiện nghiên cứu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Mehl L, Schmidt C, Weidner U, Lock G. Sonographically Detected Hepatic Portal Venous Gas - Prevalence, Causes, and Clinical Implications. *Ultraschall Med.* Aug 2023;44(4):408-413. Portalvenöses Gas im Ultraschall – Prävalenz, Ursachen und klinische Implikationen. doi:10.1055/a-1797-9986
2. Daneshmand A, Parys S, Rao S, Watanabe Y, Sieunarine K. Portal venous gas: different aetiologies and their respective outcomes. *ANZ J*

- Surg. May 2020;90(5):767-771. doi:10.1111/ans.15795
3. **Arai M, Kim S, Ishii H, Takiguchi T, Yokota H.** Portal Venous Gas in Adults: Clinical Significance, Management, and Outcomes of 25 Consecutive Patients. J Nippon Med Sch. May 12 2021;88(2):88-96. doi:10.1272/jnms.JNMS.2021_88-201
 4. **Yoshida N, Sadakari Y, Nakane H, et al.** Extrahepatic Portal Venous Gas Is the Strongest Predictor of Mortality in Patients with Portal Venous Gas and Pneumatosis Intestinalis. The Kurume Medical Journal. 2024;advpubMs7034005. doi:10.2739/kurumemedj.MS7034005
 5. **Treyaud MO, Duran R, Zins M, Knebel JF, Meuli RA, Schmidt S.** Clinical significance of pneumatosis intestinalis - correlation of MDCT-findings with treatment and outcome. Eur Radiol. Jan 2017;27(1):70-79. doi:10.1007/s00330-016-4348-9
 6. **DuBose JJ, Lissauer M, Maung AA, et al.** Pneumatosis Intestinalis Predictive Evaluation Study (PIPES): A multicenter epidemiologic study of the Eastern Association for the Surgery of Trauma. Journal of Trauma and Acute Care Surgery. 2013;75(1):15-23. doi:10.1097/TA.0b013e318298486e
 7. **Fleck M, Zein L, Doussot A, et al.** CT evaluation of bowel wall enhancement in pneumatosis intestinalis: preventing non-therapeutic laparotomies. Abdom Radiol (NY). Jul 2 2024;doi:10.1007/s00261-024-04450-1

NGHIÊN CỨU TỔNG QUAN VỀ MỐI LIÊN QUAN GIỮA THUỐC LÁ VÀ HỘI CHỨNG CHUYỂN HÓA Ở CON NGƯỜI

Trương Hồng Sơn*, Lê Minh Khánh*,
Toàn Thị Ngọc Anh*, Trương Phan Nam Bình*

**Viện Y học ứng dụng Việt Nam*

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thuốc lá đang là một trong những mối đe dọa hàng đầu đối với sức khỏe cộng đồng trên toàn cầu. Tác hại của sử dụng thuốc lá không chỉ dừng lại ở các bệnh lý về hô hấp hay ung thư, mà còn ảnh hưởng sâu rộng đến nhiều khía cạnh sức khỏe khác trong đó có Hội chứng chuyển hóa. Hội chứng Chuyển hóa (Metabolic Syndrome – viết tắt là MetS) là một nhóm các rối loạn chuyển hóa có liên quan với nhau, bao gồm béo phì vùng bụng, rối loạn lipid máu, tăng đường huyết và tăng huyết áp. Nhóm các rối loạn chuyển hóa này làm tăng đáng kể nguy cơ mắc một số bệnh như đái tháo đường type 2 hay bệnh tim mạch. Bên cạnh nhiều yếu tố di truyền hay yếu tố từ lối sống góp phần gây ra MetS, các bằng chứng khoa học ngày càng cho thấy mối liên hệ chặt chẽ giữa việc sử dụng thuốc lá liên quan đến MetS.

Sự tác động của thuốc lá đối với quá trình chuyển hóa gây ra một gánh nặng bệnh tật khổng lồ, làm suy giảm chất lượng cuộc sống, giảm khả năng lao động và tăng chi phí y tế. Việc hiểu rõ cơ chế và mức độ ảnh hưởng của thuốc lá đối với MetS là vô cùng cấp thiết. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm tổng hợp các bằng chứng khoa học hiện tại về việc sử dụng thuốc lá và mối liên quan với MetS đối với cơ thể người.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Tổng quan tài liệu: tổng hợp các nghiên cứu

dựa trên sự kết hợp của các từ khóa, từ các trang web, tài liệu y học và tạp chí y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Tác động của thuốc lá đối với quá trình trao đổi chất của cơ thể: tiêu cực và không hồi phục. Các tác động của khói thuốc lá đã được nghiên cứu và chứng minh khoa học, khi khói thuốc lá gây ra những tác động tiêu cực cả về ngắn hạn và dài hạn đối với quá trình trao đổi chất của cơ thể. Theo nghiên cứu tổng hợp và phân tích gộp của Kan Sun và cộng sự, có mối liên hệ thuận chiều giữa hút thuốc lá chủ động và nguy cơ mắc MetS, với nguy cơ tương đối là 1,26. Sự nhất quán của kết quả còn được thể hiện trên các thiết kế nghiên cứu và các quần thể nghiên cứu khác nhau. Những ảnh hưởng tiêu cực đến quá trình chuyển hóa do thuốc lá gây ra dù không đồng đều nhưng lại thể hiện rõ mối quan hệ với mức độ phơi nhiễm. Theo đó, người hút thuốc lá mức độ nhiều (được định nghĩa là hút từ 20 điếu thuốc trở lên mỗi ngày) có nguy cơ mắc MetS cao hơn đáng kể (với nguy cơ tương đối là 1,42) so với người hút thuốc lá mức độ thấp hơn (nguy cơ tương đối là 1,10). Đối với những người đã bỏ hút thuốc lá, nhóm nam giới đã từng hút thuốc lá có nguy cơ thấp hơn (nguy cơ tương đối là 1,19) so với nhóm nam giới đang hút thuốc lá, nhưng vẫn cao hơn so với nhóm nam giới chưa bao giờ hút thuốc lá. Có thể thấy rằng việc cai thuốc lá rõ ràng là có lợi, nhưng các tổn thương do hút