

- Medicine Pharmacy.
3. **Myles Balfe và các cộng sự.** (2016), "The unmet supportive care needs of long-term head and neck cancer caregivers in the extended survivorship period". 25(11-12), tr. 1576-1586.
 4. **Globalcan** (2022), Globalcan-VietNam-2022.
 5. **Tôn Thị Thanh Thảo và các cộng sự.** (2023), "Khảo sát nhu cầu tư vấn sử dụng thuốc và mức độ hài lòng của bệnh nhân sau khi được tư vấn tại Bệnh viện An Bình", Bản B của Tạp chí Khoa học và Công nghệ Việt Nam. 65(3ĐB).
 6. **Ute Goerling và các cộng sự.** (2020), "Information needs in cancer patients across the disease trajectory. A prospective study", Patient education counseling. 103(1), tr. 120-126.
 7. **Paul Hanly và các cộng sự.** (2016), "Burden and happiness in head and neck cancer carers: the role of supportive care needs". 24, tr. 4283-4291.
 8. **Felicia Marie Knaul và các cộng sự.** (2018), "Alleviating the access abyss in palliative care and pain relief—an imperative of universal health coverage: the Lancet Commission report". 391(10128), tr. 1391-1454.
 9. **Akon Ndiok và Busisiwe %J Scandinavian journal of caring sciences Ncama** (2018), "Assessment of palliative care needs of patients/families living with cancer in a developing country". 32(3), tr. 1215-1226.
 10. **World Health Organization %J Journal of Pain và Palliative Care Pharmacotherapy** (2014), "Strengthening of palliative care as a component of integrated treatment throughout the life course". 28(2), tr. 130-134.

VIÊM ĐẠI TRÀNG TẮC NGHẼN: BÁO CÁO TRƯỜNG HỢP LÂM SÀNG VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Mai Phan Tường Anh¹

TÓM TẮT

Bài báo trình bày trường hợp viêm đại tràng tắc nghẽn (OC). Bệnh nhân được chẩn đoán ban đầu là sốc nhiễm khuẩn và suy đa cơ quan do viêm phúc mạc. Kết quả chẩn đoán hình ảnh cho thấy giãn toàn bộ khung đại tràng và dấu hiệu thiếu máu cục bộ niêm mạc. Trong quá trình phẫu thuật, toàn bộ khung đại tràng được ghi nhận hoại tử đến thanh mạc, với nguyên nhân gây tắc nghẽn là khối u trực tràng dạng vòng nhẫn. Phẫu thuật bao gồm cắt gần toàn bộ đại tràng làm mở hồi tràng ra da và rửa bụng, cùng với điều trị kháng sinh và hỗ trợ hồi sức sau phẫu thuật. Kết quả giải phẫu bệnh xác định khối u là adenocarcinoma tuyến ống nghịch sản độ cao, đoạn đại tràng còn lại có các dấu hiệu đặc trưng của OC như loét niêm mạc và viêm cấp tính. Bài báo cung cấp một cái nhìn tổng quan về cơ chế bệnh sinh của viêm đại tràng tắc nghẽn, các biểu hiện lâm sàng và hình ảnh học, cùng với đặc điểm mô bệnh học. Mặc dù OC hiếm gặp, do có thể dẫn đến các biến chứng nguy hiểm nếu không được phát hiện và xử trí kịp thời nên cần được quan tâm nhiều hơn. Báo cáo cũng đưa ra các chiến lược phẫu thuật nhằm giảm nguy cơ biến chứng sau mổ, bao gồm kiểm tra kỹ tổn thương gần chỗ tắc nghẽn và cân nhắc cắt bỏ rộng hơn nếu cần. Qua đó, bài báo góp phần nâng cao nhận thức về chẩn đoán và xử trí OC ở bệnh nhân có ung thư đại trực tràng. **Từ khóa:** viêm đại tràng tắc nghẽn (OC)

SUMMARY

OBSTRUCTIVE COLITIS: A CASE REPORT

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Mai Phan Tường Anh

Email: mptuonganh@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 14.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025

AND LITERATURE REVIEW

This article presents a clinical case of obstructive colitis (OC). Initial diagnosis indicated septic shock and multi-organ failure due to peritonitis. Imaging studies revealed diffuse colonic dilation and signs of mucosal ischemia. During surgery, the entire colon was found to be necrotic up to the serosal layer, with a high rectal ring-shaped tumor identified as the cause of obstruction. Surgical intervention included subtotal colectomy, ileostomy and abdominal lavage, followed by postoperative antibiotic therapy and critical care support. Histopathological analysis confirmed the tumor as a high-grade tubular adenocarcinoma, with hallmark features of OC, such as mucosal ulceration and acute inflammation. The article provides an in-depth overview of the pathogenesis, clinical presentation, imaging findings, and histological characteristics of obstructive colitis. It underscores the rarity of OC and its potential for severe complications if left undiagnosed or untreated. The authors propose surgical management strategies to mitigate postoperative complications, including meticulous inspection of affected colonic segments and wider resections if necessary. This case highlights the critical importance of early diagnosis and timely intervention in OC, particularly in patients with colorectal cancer.

Keywords: obstructive colitis (OC)

I. GIỚI THIỆU

Viêm đại tràng tắc nghẽn (OC - Obstructive Colitis) đã được mô tả trong nhiều thập kỷ, đây là tình trạng tổng thương viêm xảy ra ở đại tràng phía trên các tổn thương gây tắc nghẽn đại tràng[1-4], tình trạng này có thể được miêu tả bằng nhiều thuật ngữ khác nhau như viêm đại tràng hoại tử cấp tính"[1], "viêm đại tràng tắc nghẽn"[5], "viêm đại tràng thiếu máu cục bộ", "viêm đại tràng giả mạc", hoặc đơn giản là "bệnh

loét đại tràng”, “viêm đại tràng cấp tính thứ phát do tắc nghẽn” hoặc “viêm đại tràng không đặc hiệu”.

Tỷ lệ viêm đại tràng tắc nghẽn được biết là chiếm 0,3–7% trong tổng số ung thư đại tràng. Mặc dù viêm đại tràng tắc nghẽn đã được công bố trên y văn trong nhiều thập kỷ, nhưng đây vẫn là một bệnh lý ít được quan tâm dù gây biến chứng nặng[6].

Mục đích của báo cáo này là đề cập đến một trường hợp viêm đại tràng tắc nghẽn kèm theo ung thư đại tràng và xem lại y văn để góp phần nhận biết và xử trí thích hợp.

II. TÓM TẮT CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 54 tuổi, nhập viện với các triệu chứng đau bụng âm ỉ dưới rốn lan tỏa khắp bụng, kèm theo buồn nôn và nôn 4 đến 5 lần trong ngày. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý tiêu hóa, tuy nhiên đã từng điều trị bệnh tim mạch trước đây. Bệnh nhân được đưa vào khoa cấp cứu với tình trạng mạch nhanh, huyết áp tụt nghiêm trọng (60/40 mmHg), bệnh nhân không sốt. Khám bụng cho thấy bụng để kháng và đau khắp bụng. Các xét nghiệm cho thấy công thức máu có số lượng bạch cầu tăng 17,2 K/uL CRP 273 Crea 193 μ mol/L.

Kết quả chụp CT cho thấy túi mật căng to, không bắt thuốc tương phản, kèm theo dấu hiệu thâm nhiễm mỡ và ít dịch tự do trong ổ bụng. Khung đại tràng giãn lớn với ứ đọng dịch. Khung đại tràng giãn lớn với bắt thuốc tương phản kém ở đại tràng (hình 1). Kết luận chẩn đoán ban đầu là sốc nhiễm khuẩn và suy đa cơ quan do viêm phúc mạc nghi do hoại tử đại tràng.

Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi thám sát ghi nhận toàn bộ khung đại tràng hoại tử đến thành mạc nên quyết định cắt gần toàn bộ đại tràng và được rửa bụng; khi xé bệnh phẩm ghi nhận niêm mạc đại tràng và đoạn cuối hồi tràng hoại tử đen toàn bộ với sang thương nguyên nhân gây tắc ruột là một khối u trực tràng cao (hình 2); bệnh nhân tiếp tục được theo dõi tại khoa hồi sức và điều trị bằng thuốc vận mạch cùng kháng sinh. Kết quả giải phẫu bệnh sau phẫu thuật cho thấy khối u tuyến ống đại tràng với dấu hiệu nghịch sản độ cao. Hai bờ cắt ở đại tràng và hồi tràng đều có dấu hiệu viêm cấp tính (hình 3).

III. BÀN LUẬN

Viêm đại tràng tắc nghẽn gặp ở 0,3–7% trong tổng số ung thư đại tràng và như nhau ở hai giới trên 50 tuổi[6]. Đại tràng trái, đặc biệt là đại tràng sigma, thường bị viêm đại tràng tắc nghẽn, có thể là nguyên nhân gây ra tỷ lệ mắc

ung thư đại tràng sigma cao và ung thư đại tràng trái thường tiến triển dạng vòng nhẫn gây tắc ruột nhiều hơn [7].

Có nhiều ý kiến khác nhau về tỷ lệ mắc viêm đại tràng tắc nghẽn. Rutledge báo cáo rằng khoảng một phần trăm các trường hợp ung thư đại tràng sẽ có viêm đại tràng trong khi đó Glotzer và cộng sự chỉ báo cáo sáu trường hợp viêm đại tràng trong số 1.886 trường hợp ung thư đại tràng trong 12 năm[2]. Toner và cộng sự báo cáo tỷ lệ viêm đại tràng tắc nghẽn là 7%[8]. Tỷ lệ thấp viêm đại tràng tắc nghẽn thứ phát sau ung thư đại tràng cũng thể hiện trên số lượng nhỏ các trường hợp lâm sàng được báo cáo. Nhưng có lẽ viêm đại tràng tắc nghẽn có thể có tần suất cao hơn đáng kể vì có thể khó nhận biết tại thời điểm phẫu thuật.

Bệnh nhân không có tiền sử viêm đại tràng và không có biểu hiện viêm loét đại tràng phát triển sau đó ở phần ruột còn lại sau phẫu thuật trong thời gian theo dõi. Các triệu chứng lâm sàng là đau bụng, táo bón hoặc tiêu chảy phân lỏng, đại tiện ra máu, buồn nôn và nôn, chủ yếu do ung thư ruột kết tắc nghẽn gây ra. Họ thường có biểu hiện sốt và đau bụng.

Năm 1964, Glotzeretal đã báo cáo các vết loét gây ra bởi hẹp đại tràng thực nghiệm tương tự như viêm đại tràng tắc nghẽn trên chó[5]. Ông định nghĩa các đặc điểm của vết loét như sau: 1) tổn thương viêm loét ở phía miệng so với vị trí tắc nghẽn; 2) niêm mạc đại tràng phía hậu môn so với vị trí tắc nghẽn thì bình thường về mặt đại thể và mô học; và 3) niêm mạc bình thường hiện diện giữa vị trí tắc nghẽn và tổn thương loét, và ranh giới của các vùng này là rõ ràng về mặt mô học. Các tác giả khác cũng cho thấy đại thể của viêm đại tràng tắc nghẽn là loét lớn, không đều với niêm mạc được bao phủ bởi dịch tiết xuất huyết và mủ. Các vết loét thường có dạng tuyến tính và theo chiều dọc. Các bờ của vết loét thường được xác định rõ ràng với niêm mạc xen kẽ còn nguyên vẹn. Các đảo niêm mạc giữa các vết loét có phù nề và tắc nghẽn. Ít khi thấy polyp giả. Thành của đại tràng thường dày lên, giòn và dễ vỡ[1]. Niêm mạc của đại tràng xa khối u là bình thường cả về mặt đại thể và vi thể. Thông thường, 2–6 cm ngay gần khối u không có loét và viêm. Phần còn lại của đại tràng gần sẽ có các mức độ viêm và loét khác nhau. Điều này khác với ung thư đại tràng làm phức tạp thêm tình trạng viêm loét đại tràng thực sự, trong đó có sự liên quan ở xa khối u cũng như gần khối u[7].

Về mặt vi thể, các tổn thương bao gồm mô hạt với thâm nhiễm viêm cấp tính và mãn tính

hỗn hợp thay thế niêm mạc và thường là lớp dưới niêm mạc. Đôi khi tình trạng này lan vào cơ niêm mạc, kèm theo viêm phúc mạc và thủng. Như vậy về mặt bệnh học mô học, viêm đại tràng tắc nghẽn tương tự như viêm đại tràng thiếu máu cục bộ, được đặc trưng bởi tình trạng xói mòn hoặc loét nông giới hạn ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc. Các phát hiện vi thể phổ biến nhất của viêm đại tràng tắc nghẽn là hoại tử niêm mạc với tình trạng mất tế bào biểu mô, xuất huyết, sung huyết và thâm nhiễm bạch cầu trung tính rõ rệt.

Nguồn gốc thiếu máu cục bộ có lẽ chủ yếu là do giảm tưới máu khi tăng áp lực trong lòng đại tràng, giãn đại tràng và co thắt [7]. Cơ chế nhiễm trùng kết hợp thiếu máu cục bộ cũng đã được cho là nguyên nhân của OC: hệ vi khuẩn phân thay đổi có thể có vai trò trực tiếp hoặc gián tiếp trong sự phát triển của viêm đại tràng tắc nghẽn. Khi áp suất trong lòng đại tràng vượt quá 35 cmH₂O trong vài giờ, máu nuôi thành đại tràng không đủ sẽ dẫn đến tổn thương do thiếu máu cục bộ. Khi áp lực lòng đại tràng duy trì 40 cmH₂O sẽ có vùng đại tràng hoại tử [7]. Các tắc nghẽn đại tràng thứ phát do ung thư dạng vòng nhẵn có áp suất duy trì trên mức đó đủ để làm giảm máu nuôi niêm mạc và gây ra các tổn thương như vậy. Tuy nhiên, không có mối tương quan giữa mức độ nghiêm trọng của tình trạng viêm và mức độ tắc nghẽn hoặc giãn của ruột [1, 2].

Ban đầu, tổn thương do thiếu máu cục bộ của thành đại tràng giãn chủ yếu ảnh hưởng đến các lớp niêm mạc và dưới niêm mạc, là những lớp nhạy cảm nhất với tình trạng thiếu oxy. Thanh mạc và cơ chịu đựng giảm tưới máu tốt hơn và có khả năng duy trì trạng thái bình thường ngay cả khi các lớp niêm mạc và dưới niêm mạc đã bị thay đổi đáng kể. Do đó, ngay cả những tổn thương thiếu máu cục bộ nghiêm trọng đôi khi cũng khó phát hiện trong quá trình phẫu thuật nội soi.

Nếu viêm đại tràng tắc nghẽn bị bỏ qua và thực hiện miệng nối, tỷ lệ biến chứng có thể tăng lên 25% với tỷ lệ bục xì và rò tử vong đáng kể [3, 6]. Do đó, điều quan trọng là phải mở ruột sau khi cắt đoạn đại tràng chứa u và kiểm tra bề mặt niêm mạc của ruột giãn và dày lên để loại trừ bất kỳ tổn thương viêm hoặc thiếu máu cục bộ thứ phát do tắc nghẽn ở gần đoạn đại tràng dự kiến làm miệng nối. Điều này có thể đảm bảo miệng nối an toàn ngừa bục xì hoặc hẹp miệng nối sau này. Một số tác giả còn khuyến cáo nếu phát hiện thấy loét, cần tiến hành sinh thiết lạnh và cắt thêm đại tràng rộng rãi nếu cần.

Viêm đại tràng tắc nghẽn liên quan đến ung

thư đại tràng rất khó phát hiện trước khi phẫu thuật và thường được phát hiện tình cờ bởi phẫu thuật viên hoặc bởi các bác sĩ giải phẫu bệnh. Do đó, viêm đại tràng tắc nghẽn luôn phải được ghi nhớ trong quá trình phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng. Phẫu thuật viên phải kiểm tra đoạn đại tràng đã cắt nhằm không để lại các tổn thương liên quan và loại trừ tổn thương thiếu máu cục bộ ở nơi thực hiện miệng nối, từ đó ngăn ngừa các biến chứng nghiêm trọng sau mổ. Bác sĩ chẩn đoán hình ảnh nên cảnh giác với sự liên quan của tổn thương thiếu máu cục bộ gần với ung thư đại tràng tắc nghẽn.

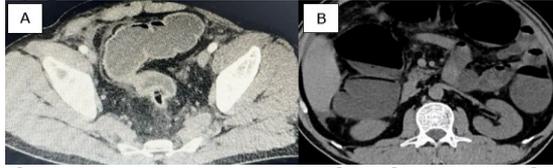
Về điều trị thì viêm đại tràng tắc nghẽn có thể điều trị bằng phẫu thuật cắt bỏ phần đại tràng bị tắc nghẽn là phương pháp điều trị chủ yếu trong hầu hết các trường hợp, đặc biệt khi có nguy cơ thủng hoặc hoại tử. Trong một số trường hợp bệnh nhân không chịu được cuộc phẫu thuật và chưa có dấu hiệu viêm phúc mạc, nội soi có thể được sử dụng để giải áp và tránh nguy cơ thủng. Phương pháp này có thể đi kèm với việc đặt stent hoặc hút dịch để làm giảm áp lực trong lòng đại tràng. Mục đích của phương pháp này là giảm áp lực lòng đại tràng từ đó giúp tái tưới máu niêm mạc đại tràng [9].

Trong trường hợp lâm sàng này, bệnh nhân được chỉ định mổ vì nhiễm khuẩn huyết do hoại tử đại tràng, sang thương u trực tràng chỉ được phát hiện trong mổ. Kết quả giải phẫu bệnh cho thấy các dấu hiệu điển hình của OC, bao gồm loét niêm mạc, viêm cấp tính, và sự hiện diện của tế bào ung thư tại các đoạn ruột bị tắc nghẽn.

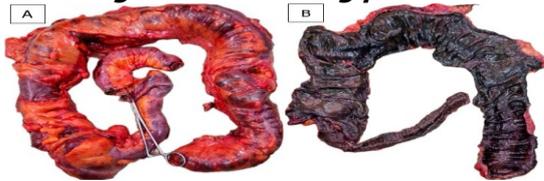
IV. KẾT LUẬN

Việc phát hiện sớm các dấu hiệu của OC và can thiệp kịp thời có thể giúp ngăn ngừa các biến chứng nguy hiểm như thủng ruột và nhiễm trùng huyết. Báo cáo trường hợp này cho thấy tầm quan trọng của việc phối hợp giữa các chuyên khoa trong việc chẩn đoán và điều trị viêm đại tràng tắc nghẽn, đặc biệt ở những bệnh nhân có tiền sử ung thư đại tràng. Lưu ý viêm đại tràng tắc nghẽn liên quan đến ung thư đại tràng-trực tràng là một tổn thương giới hạn ở niêm mạc hoặc dưới niêm mạc. Rất khó để xác định viêm đại tràng tắc nghẽn trong quá trình phẫu thuật nội soi vì bề mặt thanh mạc của đại tràng có thể là phát hiện bình thường. Phẫu thuật viên phải nhận thức đầy đủ rằng các biến chứng nguy hiểm có thể xảy ra nếu thực hiện miệng nối tại đoạn ruột bị ảnh hưởng. Nếu phát hiện bất kỳ tổn thương đáng ngờ nào, cần cân nhắc cắt bỏ thêm ruột hoặc đưa hai đầu ra ngoài. Nhờ đó, có thể ngăn ngừa các biến chứng

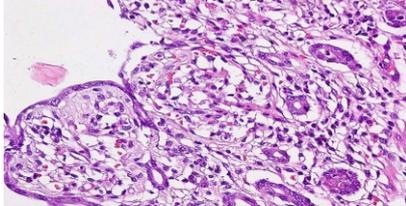
nghiêm trọng như bực xì miệng nổi hoặc hẹp miệng nổi.



Hình 1: A: sang thương đích là u dạng vòng nằm ở trực tràng cao. B: hình ảnh khung đại tràng giãn toàn bộ với niêm mạc đại tràng bắt thuốc tương phản kém



Hình 2: A: đại tràng hoại tử đến lớp thanh mạc, chưa có chỗ thủng. B: niêm mạc đại tràng và đoạn cuối hồi tràng hoại tử đen



Hình 3: Hình ảnh mô bệnh học của đại

tràng với niêm mạc viêm cấp và hoại tử

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hurwitz A and Khaffif R A. Acute necrotizing colitis proximal to obstructing neoplasms of the colon. Surg Gynecol Obstet. 1960;111:749-52.
2. Glotzer D J, Roth S I and Welch C E. Colonic ulceration proximal to obstructing carcinoma. Surgery. 1964;56:950-6.
3. Anchrow M I, Clark J F and Benjamin H G. Ischemic colitis proximal to obstructing carcinoma of the colon: report of a case. Disease Colon Rectum.1971;14(1):38-42.
4. Harada T, et al. Acute gangrenous colitis proximal to obstructive cancer of the sigmoid colon. Japanese Journal Surgery. 1975;5(1):39-47.
5. Glotzer D J and Gpihl B G. Experimental obstructive colitis. Archives of Surgery. 1966; 92(1):1-8.
6. Tsai M H, Yang Y C and Leu F J. Obstructive colitis proximal to partially obstructive colonic carcinoma: a case report and review of the literature. International Journal Colorectal Disease, 2004;19(3):268-72.
7. Chang H K, et al. Obstructive colitis proximal to obstructive colorectal carcinoma. Asian Journal Surgery, 2009;32(1):26-32.
8. Toner M, Condell D and O'Briain D S. Obstructive colitis. Ulceroinflammatory lesions occurring proximal to colonic obstruction. American Journal Surgical Pathology. 1990;14(8):719-28.
9. Arai J, Suzuki N and Hayakawa Y. Severe obstructive colitis treated with repeated colonoscopic decompression. DEN Open. 2023;4(1):e233.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA NHIỄM UREAPLASMA Ở MẸ GIAI ĐOẠN THAI KỲ VÀ BỆNH LÝ TRẺ SƠ SINH

Mai Kiều Anh¹, Đào Thị Ngoan¹, Nguyễn Thúy Hà¹, Ngô Văn Dần¹, Hoàng Quỳnh Lan¹, Dương Thị Dung¹, Đàm Thị Quỳnh¹, Hoàng Thị Ngọc Khuyên¹, Đặng Thu Thủy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Tìm hiểu mối liên quan giữa việc nhiễm Ureaplasma trong giai đoạn thai kỳ của mẹ tới bệnh lý trẻ sơ sinh tại Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City trong 2 năm, từ 1/2023 đến 12/2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Đối tượng nghiên cứu là 146 phụ nữ có thai có kết quả xét nghiệm Ureaplasma dương tính và 154 phụ nữ có thai có kết quả Ureaplasma âm tính và trẻ sơ sinh của họ tại Bệnh viện ĐKQT Vinmec Times City từ 01.01.2023 đến 31.12.2024. **Kết quả:** Nhiễm

Ureaplasma spp chủ yếu liên quan đến nhiễm khuẩn tiết niệu của mẹ ($p < 0.05$). Việc điều trị Azithromycin ở những phụ nữ nhiễm Ureaplasma có liên quan tỉ lệ thuận có ý nghĩa thống kê với nhiễm khuẩn sơ sinh sớm ($p < 0.05$). U.parvum liên quan đối với hội chứng suy hô hấp ở trẻ sơ sinh có ý nghĩa thống kê so với U.urealyticum ($p=0.02$). **Kết luận:** Nhiễm Ureaplasma ở phụ nữ mang thai có thể liên quan đến một số biến chứng trong thai kỳ và quá trình chuyển dạ, đặc biệt là nhiễm khuẩn tiết niệu ở mẹ cũng như nhiễm khuẩn sơ sinh sớm. U. parvum có thể đóng vai trò độc lực quan trọng hơn so với U. urealyticum trong nguyên nhân gây hội chứng suy hô hấp của trẻ sơ sinh. **Từ khóa:** Ureaplasma spp, nhiễm khuẩn tiết niệu ở phụ nữ mang thai, nhiễm khuẩn ở trẻ sơ sinh, suy hô hấp ở trẻ sơ sinh

SUMMARY

THE CORRELATION BETWEEN MATERNAL UREAPLASMA INFECTION AND EARLY

¹Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City
 Chịu trách nhiệm chính: Mai Kiều Anh
 Email: maikieuanh76@gmail.com
 Ngày nhận bài: 7.10.2025
 Ngày phản biện khoa học: 25.11.2025
 Ngày duyệt bài: 9.12.2025