

bảo hiểm y tế có mối liên quan độc lập với tử vong. Với kết quả này, cần có biện pháp khuyến khích người dân tham gia bảo hiểm y tế và nâng cao khả năng chi trả của bảo hiểm y tế.

Có nhiều nghiên cứu đã xác nhận sự gia tăng tuổi, mức độ bỏng và bỏng hô hấp là các căn cứ chính để tiên lượng bệnh nhân và là các yếu tố dự báo độc lập tỷ lệ tử vong [7], [8]. Bên cạnh đó, thở máy làm tăng biến chứng viêm phổi, là yếu tố độc lập dự báo tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng nặng [5]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy nhóm bệnh nhân tử vong có tuổi, diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu cao hơn có ý nghĩa thống kê so với nhóm được cứu sống ($p < 0,001$). Tỷ lệ tử vong còn cao hơn đáng kể ở bệnh nhân bỏng hô hấp, tác nhân bỏng là nhiệt khô và hóa chất, bệnh nhân phải thở máy ($p < 0,05$). Khi phân tích hồi quy đa biến giữa tử vong và các yếu tố liên quan cho thấy, các yếu tố gồm sự gia tăng tuổi, gia tăng diện tích bỏng và diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy là yếu tố độc lập dự báo tử vong ở bệnh nhân bỏng.

Trong nghiên cứu này số ngày điều trị ở nhóm cứu sống lớn hơn đáng kể so với nhóm tử vong, số lần phẫu thuật và chi phí điều trị của nhóm cứu sống cao hơn đáng kể so với nhóm tử vong là rõ ràng.

V. KẾT LUẬN

Tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân bỏng rất nặng còn rất cao (47,21%). Sự gia tăng tuổi, không có bảo

hiểm y tế, gia tăng diện tích bỏng, diện tích bỏng sâu, bỏng hô hấp và thở máy có mối liên quan độc lập với tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Toppi J., Cleland H., Gabbe B.** (2019) Severe burns in Australian and New Zealand adults: Epidemiology and burn centre care. *Burns*, 45 (6), 1456-1461.
2. **Pavoni V., Gianesello L., Paparella L. et al.** (2010) Outcome predictors and quality of life of severe burn patients admitted to intensive care unit. *Scandinavian journal of trauma, resuscitation and emergency medicine*, 18 (1), 1-8.
3. **Cheng W., Shen C., Zhao D. et al.** (2019) The epidemiology and prognosis of patients with massive burns: A multicenter study of 2483 cases. *Burns*, 45 (3), 705-716.
4. **Palmieri T. L., Holmes J. H., Arnoldo B. et al.** (2019) Restrictive transfusion strategy is more effective in massive burns: results of the TRIBE multicenter prospective randomized trial. *Military medicine*, 184 (Supplement_1), 11-15.
5. **Wang Y., Tang H.-T., Xia Z.-F. et al.** (2010) Factors affecting survival in adult patients with massive burns. *Burns*, 36 (1), 352-356.
6. **Muangman P., Sullivan S. R., Wiechman S. et al.** (2005) Social support correlates with survival in patients with massive burn injury. *Journal of Burn Care & Rehabilitation*, 26 (4), 352-356.
7. **Lo C. H., Chong E., Akbarzadeh S. et al.** (2019) A systematic review: current trends and take rates of cultured epithelial autografts in the treatment of patients with burn injuries. *Wound Repair and Regeneration*, 27 (6), 693-701.
8. **Dolp R., Rehou S., McCann M. R. et al.** (2018) Contributors to the length-of-stay trajectory in burn-injured patients. *Burns*, 44 (8), 2011-2017.

CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ XOẪN MẠC NỔ LỚN: NHÂN HAI TRƯỜNG HỢP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Trần Bảo Long*, Trịnh Quốc Đạt*, Nguyễn Đức Anh*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Xoắn mạc nối lớn (MNL) là nguyên nhân gây đau bụng cấp hiểm gặp. Triệu chứng lâm sàng của xoắn MNL không điển hình và dễ nhầm lẫn với các bệnh lý cấp cứu ổ bụng như viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp...vv. Chẩn đoán hình ảnh như siêu âm và đặc biệt là chụp cắt lớp vi tính đa dãy (CLVT) có vai trò quan trọng trong chẩn đoán trước mổ, tuy nhiên tỉ lệ chẩn đoán trong mổ của xoắn MNL vẫn còn ở mức khá cao. **Mục tiêu:** Trình bày 2 ca lâm sàng hiểm gặp bị xoắn mạc nối lớn về triệu chứng lâm

sàng, cận lâm sàng, điều trị và điểm lại y văn chẩn đoán xác định cũng như thái độ điều trị loại bệnh lý hiểm gặp này. **Ca lâm sàng:** Mô tả 2 người bệnh (NB) được chẩn đoán và phẫu thuật cấp cứu vì xoắn mạc nối lớn tại khoa Ngoại Tổng hợp- Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, NB được mổ nội soi ổ bụng cắt MNL hoại tử. Diễn biến sau mổ thuận lợi, NB khỏi và ra viện. Qua 2 trường hợp, chúng tôi trình bày và điểm lại y văn nhằm góp phần tìm hiểu thêm về bệnh lý hiểm gặp này. **Kết luận:** Chẩn đoán xoắn MNL là một khó khăn trên thực tiễn lâm sàng vì bệnh hiểm gặp và triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bỏ MNL là phương pháp điều trị an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Xoắn mạc nối lớn, chẩn đoán, phẫu thuật

SUMMARY

DIAGNOSIS AND MANAGEMENT OF OMENTAL TORSION: TWO-CASE REPORT AT HANOI

*Bệnh viện Trường Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm chính: Trần Bảo Long
Email: tranbaolong@hmu.edu.vn
Ngày nhận bài: 4.01.2022
Ngày phản biện khoa học: 3.3.2022
Ngày duyệt bài: 10.3.2022

MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL

Introduction: Omental torsion is a rare cause of an acute abdomen. Symptoms are nonspecific and easily mistaken with other more common intra-abdominal pathologies (e.g. acute appendicitis and cholecystitis). The widespread and increasing use of computed tomography (CT) has played an important role for making a specific diagnosis. However, the intraoperative diagnosis rate of omental torsion is still quite high. **Objectives:** This work aims to describe two patients with diagnosis of omental torsion in terms of clinical and paraclinical symptoms, management strategies and review of the literature confirming the diagnosis as well as the treatment attitude of this rare disease. **Case report:** We present two patients who were diagnosed and urgently operated for torsion of primary omentum at the Department of General Surgery- Hanoi Medical University Hospital, the patients underwent laparoscopic surgery to remove necrotic omentum. The postoperative course was favorable, the patients recovered and were discharged from the hospital. **Conclusion:** Omental infarction generally presents with nonspecific clinical signs often masquerading as other more common abdominal diagnosis. Laparoscopically omentectomy is a safe method in diagnosis and management of this condition.

Key words: Omental torsion, diagnosis, surgery

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Xoắn MNL là tình trạng bệnh lý hiếm gặp do MNL xoắn trên chính nó đặc biệt theo trục dọc làm cản trở lưu thông mạch máu dẫn tới nhồi máu hay hoại tử MNL.¹ Tỷ lệ xoắn MNL rất thấp, chỉ từ 0,0016 %-0,37 % khi so sánh với viêm ruột thừa.² Kể từ ca xoắn MNL đầu tiên được Eitel báo cáo năm 1899 cho đến năm 2017 có hơn 300 trường hợp được thông báo.² Chẩn đoán xoắn MNL trước mổ thường khó do triệu chứng lâm sàng không đặc hiệu, dễ nhầm lẫn với bệnh cảnh của nhiều bệnh cấp cứu ngoại khoa ổ bụng khác. Chẩn đoán hình ảnh có nhiều thông tin hữu ích giúp chẩn đoán xác định. Có hai phương pháp tiếp cận điều trị xoắn MNL bao gồm mổ và điều trị bảo tồn. Nhân hai trường hợp xoắn MNL nguyên phát, một trường hợp chẩn đoán trong mổ và một trường hợp chẩn đoán trước mổ, chúng tôi trình bày và điểm lại ý kiến về chẩn đoán cũng như điều trị bệnh lý hiếm gặp này.

II. BÁO CÁO CA LÂM SÀNG

Ca lâm sàng 1. NB Trương Thị L., 47 tuổi, giới tính nữ (mã NB: 2112047348), nhập viện khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ngày 23 tháng 12 năm 2021 với lý do đau dưới sườn phải ngày thứ 2. Bệnh nhân không có tiền sử bệnh lý nội hoặc ngoại khoa, thể trạng béo, BMI= 27,8 kg/m². Khám lâm

sàng: bệnh nhân tỉnh, không sốt, mạch này đều 60 lần/phút, huyết áp 140/70 mmHg, bụng không chướng, ấn đau vùng mạn sườn phải và có phản ứng thành bụng, không có dấu hiệu Murphy, các cơ quan khác chưa phát hiện bất thường.

Xét nghiệm máu cho thấy số lượng bạch cầu (BC) 11,6 G/l, tỷ lệ bạch cầu trung tính (BCTT) 68,6%, tiểu cầu (TC) 266 G/l, nồng độ CRP-hs (CRP high sensitive) 2,92 mg/dL, các kết quả xét nghiệm đông máu cơ bản đều nằm trong giới hạn bình thường.

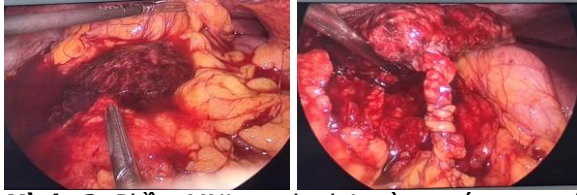
Siêu âm ổ bụng có hình ảnh dày và thâm nhiễm mỡ MNL vùng hạ sườn phải ngang rốn, dịch giữa các quai ruột dày nhất 6mm. Chụp CLVT thấy hình ảnh đám thâm nhiễm mỡ nằm vị trí giữa bụng lệch phải kích thước 6 x 8 x 8 cm, sau tiêm ngấm thuốc không đồng nhất, ranh giới rõ kèm dày thành đại tràng ngang tương ứng, không thấy dấu hiệu "xoáy nước" của các nhánh mạch cấp máu cho MNL vị trí tương ứng; dịch tự do ổ bụng và tiểu khung dày 12mm.



Hình 1: Phim chụp CT ổ bụng cho thấy hình ảnh đám thâm nhiễm mỡ vùng hạ sườn phải, không thấy dấu hiệu "xoáy nước"

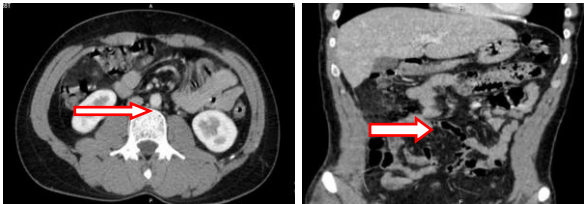
NB được điều trị kháng sinh, giảm đau, nhịn ăn. Sau 12 tiếng theo dõi, thấy đau bụng tăng lên, phản ứng thành bụng rõ, mạch nhanh (mạch 90 lần/phút), huyết áp duy trì ở mức bình thường, không sốt nên được chỉ định nội soi thăm dò ổ bụng.

Đặt 2 trocar 10mm (một đặt trên rốn để luồn camera, 1 ở hố chậu trái) và 1 trocar 5mm ở hố chậu phải. Kiểm tra ổ bụng có khoảng 200ml dịch máu loãng, không có dịch tiêu hóa. MNL cạnh đại tràng góc gan có khối kích thước khoảng 6 x 8 cm tím đen, thâm nhiễm và dính vào các tạng lân cận, nguyên nhân là do xoắn nhiều vòng quanh trục mạch nuôi phần MNL tương ứng. Phần mạc nối lớn còn lại bình thường. Các tạng khác trong ổ bụng không có gì đặc biệt. Chẩn đoán trong mổ: Hoại tử mạc nối lớn do xoắn. Tiến hành lấy dịch ổ bụng nuôi cấy vi khuẩn, kẹp cuống mạch phần mạc nối lớn bị xoắn bằng hemo-lok, cắt giữa các nút kẹp bằng dao hàn mạch ligation. Diễn biến sau mổ thuận lợi, không có biến chứng, ra viện vào ngày thứ 3 sau mổ.



Hình 2: Phần MNL cạnh đại tràng góc gan có khối kích thước khoảng 6 x 8cm tím đen do xoắn nhiều vòng quanh trục mạch nuôi tương ứng, thâm nhiễm và dính vào các tạng lân cận

Ca lâm sàng 2. NB Trần Văn T., 28 tuổi, giới tính nam (mã NB: 2112047348), nhập viện khoa Cấp cứu và Hồi sức tích cực Bệnh viện Đại học Y Hà Nội ngày 26 tháng 12 năm 2021 vì đau bụng quanh rốn và dưới sườn phải ngày thứ 5. NB không có tiền sử bệnh lý, thể trạng trung bình (BMI 23,4 kg/m²). Khởi phát cơn đau vị trí quanh rốn dữ dội, không lan, không buồn nôn, không nôn, đại tiện bình thường, tự điều trị giảm đau, đến ngày thứ 5 đau tăng lên và vào viện trong tình trạng tỉnh, không sốt, mạch 91 lần/phút, huyết áp 130/80 mmHg, thở 19 lần/phút, bụng không chướng, ấn đau và có phản ứng thành bụng vùng dưới sườn phải. Xét nghiệm máu BC 9,97 G/l, BCTT 60,7%, TC 307 G/l, các xét nghiệm đông máu cơ bản trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng có hình ảnh đám thâm nhiễm mỡ vùng hạ sườn phải kèm dịch tự do ổ bụng dày 4mm, ruột thừa đường kính 5mm, thành mỏng, không thâm nhiễm xung quanh. chụp CLVT ổ bụng thấy hình ảnh thâm nhiễm MNL vị trí mạn sườn phải, bên trong có giãn nhẹ các mạch nuôi mạc nối, nghi ngờ có dấu hiệu xoáy nước. NB được chỉ định mổ cấp cứu với chẩn đoán trước mổ là xoắn MNL.



Hình 3: Phim chụp CT ổ bụng cho thấy hình ảnh đám thâm nhiễm mỡ vùng hạ sườn phải, nghi ngờ có dấu hiệu "xoáy nước"

Đặt 3 trocar, 2 trocar 10mm (1 ở trên rốn cho camera, 1 ở hạ sườn trái) và 1 trocar 5mm ở hố chậu phải. Kiểm tra ổ bụng có ít dịch máu đen dưới gan, MNL vị trí dưới sườn phải xoắn 1 vòng gây hoại tử tím đen đoạn MNL tương ứng, các phần MNL còn lại bình thường. Kiểm tra túi mật, ruột thừa và các tạng khác bình thường. Chẩn đoán trong mổ: Hoại tử MNL do xoắn. Tiến hành cắt đoạn MNL bị xoắn bằng ligasure, lau sạch ổ

bụng, bệnh phẩm MNL gửi giải phẫu bệnh. Sau mổ diễn biến ổn định không có biến chứng và NB ra viện sau mổ 2 ngày.



Hình 4: MNL vị trí hạ sườn phải xoắn 1 vòng gây hoại tử tím đen đoạn MNL tương ứng

IV. BÀN LUẬN

Xoắn MNL là một bệnh lý bụng ngoại khoa hiếm gặp và thường gây khó khăn trong việc chẩn đoán xác định trước mổ gồm xoắn MNL nguyên phát và xoắn MNL thứ phát. Xoắn MNL nguyên phát do sự xoắn vặn phần di động của mạc nối do bất thường giải phẫu (mạc nối chẻ đôi, tuần hoàn bất thường), xảy ra sau cơn ho hoặc thay đổi tư thế đột ngột. Thường gặp ở nửa bụng phải do mạc nối bên phải thường dài và biên độ di động lớn hơn. Bệnh lý này xảy ra ở nam trung niên nhiều hơn ở nữ, trong đó thừa cân hoặc béo phì là một trong những yếu tố nguy cơ được nhiều báo cáo nhắc đến.⁶ Xoắn thứ phát thường gặp hơn, yếu tố nguy cơ bao gồm tiền sử phẫu thuật ổ bụng, khối u MNL, các loại thoát vị...vv.⁶ Triệu chứng lâm sàng hay gặp của xoắn MNL là đau vùng hố chậu phải hoặc mạn sườn phải, tuy nhiên triệu chứng đau thượng vị hay quanh rốn cũng được ghi nhận.³ Ngoài ra, phản ứng thành bụng, cảm ứng phúc mạc cũng có thể gặp, và thường được chẩn đoán nhầm với các bệnh lý bụng ngoại khoa thường gặp khác như viêm ruột thừa, viêm túi mật cấp hay viêm tụy cấp. Chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc góp phần làm tăng tỉ lệ chẩn đoán xoắn MNL trước mổ. Hình ảnh điển hình trên CLVT của xoắn MNL là hình ảnh khối thâm nhiễm có tỉ trọng mỡ vị trí hố chậu phải hoặc hạ sườn phải, ranh giới rõ, kèm theo hình ảnh xoáy nước (wirling) của các nhánh mạch cấp máu cho MNL vị trí tương ứng.⁷

Béo phì và thừa cân cũng được nhiều nghiên cứu nhắc đến như là một yếu tố nguy cơ với tỉ lệ 70% NB xoắn MNL là bị thừa cân hoặc béo phì, với cơ chế có thể do sự phân bố không đều chất béo trong MNL dẫn đến sự xoắn vặn và thiếu máu.⁶ Xoắn thứ phát có thể do dính sau mổ, các loại thoát vị, khối u vv...

Hai NB mà chúng tôi gặp không có tiền sử cũng như bệnh lý nào liên quan đến các nguyên

nhân trên. Triệu chứng khởi phát chủ yếu là đau tại vị trí MNL bị tổn thương, và thường là ở phía bên phải do đặc điểm giải phẫu MNL vùng này di động hơn bên trái. Hai NB trong báo cáo này đều bị xoắn phần MNL phía bên phải, đoạn ngay gần đại tràng góc gan, với cuống mạch nằm gần phía đại tràng ngang. Tùy thuộc vào phần MNL bị ảnh hưởng cũng như thời gian thiếu máu mà mức độ đau cũng như phản ứng của thành bụng cũng tăng lên, giai đoạn muộn thậm chí có thể có hội chứng viêm phúc mạc với sự biến động về huyết động. NB nam đau bụng ngày thứ 5, triệu chứng tiến triển chậm hơn có thể do MNL chỉ xoắn 1 vòng quanh trục, do đó phần MNL tương ứng vẫn còn được tưới máu một phần trong giai đoạn đầu. NB nữ có phần cuống mạch nuôi MNL bị xoắn gần 10 vòng quanh trục, chúng tôi theo dõi mức độ đau và phản ứng thành bụng trước mổ so với trước đó 12 tiếng có tăng lên rõ rệt. Nhu động ruột thường không bị ảnh hưởng, các triệu chứng như buồn nôn, nôn ít gặp. Xét nghiệm máu giai đoạn đầu có thể có ít biến động, các chỉ số viêm có thể tăng nhẹ và không đặc hiệu. Cụ thể 2 NB của chúng tôi chỉ có NB nữ có số lượng BC tăng nhẹ, nồng độ protein phản ứng C độ nhạy cao (CRP-hs) cũng tăng nhưng không đáng kể, còn ở NB nam thì các chỉ số đều trong giới hạn bình thường. Từ đó cho thấy nếu chỉ dựa vào thăm khám lâm sàng và xét nghiệm máu đơn thuần thường rất khó để chẩn đoán bệnh lý này trước mổ.

Các chẩn đoán phân biệt bao gồm viêm túi mật cấp, viêm ruột thừa, viêm tụy cấp, tắc ruột non...vv.¹ Dưới sự hỗ trợ của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh như siêu âm ổ bụng và chụp CLVT có tiêm thuốc, chúng tôi đã loại trừ các bệnh lý của túi mật, tụy, tắc ruột và ruột thừa...vv. Trên phim chụp CLVT có tiêm thuốc, hình ảnh điển hình của nhồi máu MNL là tổ chức tỉ trọng mỡ, thâm nhiễm nhưng ranh giới rõ với các tạng lân cận⁸ và dấu hiệu xoắn trên CLVT là hình ảnh "xoáy nước", khi đó MNL bị xoắn quanh trục mạch gây thiếu máu và hoại tử phần MNL tương ứng. Tuy nhiên, ở NB nữ chỉ có dấu hiệu cho thấy MNL bị nhồi máu, không có hình ảnh "xoáy nước" điển hình, không chẩn đoán được xoắn MNL trước mổ. Việc chỉ định mổ nội soi thăm dò ổ bụng phụ thuộc vào việc theo dõi diễn biến mức độ đau và triệu chứng thực thể phản ứng thành bụng. Điều này một lần nữa cho thấy tầm quan trọng của việc theo dõi sát NB, khám lại nhiều lần đánh giá diễn biến của các triệu chứng đóng vai trò quyết định việc đưa ra chỉ định mổ hay không trong thực hành lâm sàng

cấp cứu ngoại khoa.

Điều trị xoắn mạc nối lớn có 2 phương pháp: bảo tồn và mổ.^{3,2,4} Điều trị bảo tồn bao gồm giảm đau, chống viêm và kháng sinh dự phòng được chứng tỏ là phương pháp an toàn với xoắn MNL không biến chứng.² Biến chứng của xoắn MNL bao gồm áp xe MNL hoặc dính tạng do sự tồn tại kéo dài của phần mô hoại tử trong khoang bụng. Ngoài ra, việc bỏ sót chẩn đoán các nguyên nhân bụng cấp khác như viêm ruột thừa cũng sẽ dẫn đến các hậu quả khó lường. Nhiều báo cáo cho thấy việc chỉ định mổ sớm ngay khi diễn biến lâm sàng không thuận lợi hoặc còn băn khoăn trong việc chẩn đoán loại trừ có nhiều ưu điểm, đặc biệt khi có trong tay các công cụ can thiệp ít xâm lấn như nội soi ổ bụng chẩn đoán. Với NB thứ nhất, chúng tôi đã chỉ định mổ nội soi thăm dò sau khi BN vào viện 12 giờ, đánh giá toàn bộ ổ bụng cũng như loại trừ tất cả các nguyên nhân gây đau bụng cấp khác, và cắt bỏ phần MNL hoại tử. Kết quả sau mổ NB ổn định, ra viện sau 3 ngày. Điều trị phẫu thuật cắt bỏ MNL bị xoắn được lựa chọn trong phần lớn các trường hợp nhất là với phẫu thuật nội soi vì các ưu điểm vượt trội như kỹ thuật an toàn, ít xâm lấn, thời gian phục hồi ngắn, nằm viện ngắn, ít biến chứng hơn điều trị bảo tồn.³ Cả 2 NB của chúng tôi đều được cắt MNL bị xoắn bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng và ra viện sau mổ 2 và 3 ngày đã cho thấy ưu điểm vượt trội của phương pháp này trong điều trị cũng như trong chẩn đoán khi không xác định được trước mổ bằng các phương pháp khác.

V. KẾT LUẬN

Xoắn MNL là bệnh lý hiếm gặp, với triệu chứng khởi phát thường là đau nửa bụng bên phải, và thường gây khó khăn trong chẩn đoán vì dễ nhầm lẫn với các bệnh khác như viêm ruột thừa, viêm túi mật...vv. Siêu âm ổ bụng và CLVT có tiêm thuốc rất có ích trong chẩn đoán xác định. Phẫu thuật nội soi ổ bụng cắt bỏ MNL bị xoắn là phẫu thuật được lựa chọn trong phần lớn các trường hợp. Nên thực hiện sớm khi diễn biến lâm sàng không thuận lợi hoặc chưa thể loại trừ được các nguyên nhân gây đau bụng cấp khác. Điều trị xoắn MNL bằng phẫu thuật nội soi ổ bụng là phương pháp an toàn, ít xâm lấn và đem lại kết quả tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Diab J, Badiani S, Berney CR. Diagnosis and Management of Adult Omental Infarction: 10-Year Case Series. *World J Surg.* 2021;45(6):1734-1741. doi:10.1007/s00268-021-06043-1

2. **Costi R, Cecchini S, Randone B, Violi V, Roncoroni L, Sarli L.** Laparoscopic Diagnosis and Treatment of Primary Torsion of the Greater Omentum. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech.* 2008;18(1):102-105. doi:10.1097/SLE.0b013e3181576902
3. **Occhionorelli S, Zese M, Cappellari L, Stano R, Vasquez G.** Acute Abdomen due to Primary Omental Torsion and Infarction. *Case Rep Surg.* 2014;2014:208382. doi:10.1155/2014/208382
4. **Nubi A, McBride W, Stringel G.** Primary omental infarct: conservative vs operative management in the era of ultrasound, computerized tomography, and laparoscopy. *J Pediatr Surg.* 2009;44(5):953-956. doi:10.1016/j.jpedsurg.2009.01.032
5. **Ghosh Y AR.** Omental Torsion. *J Clin Diagn Res.* Published online 2014. doi:10.7860/JCDR/2014/9024.4479
6. **Theriot JA, Sayat J, Franco S, Buchino JJ.** Childhood obesity: a risk factor for omental torsion. *Pediatrics.* 2003;112(6 Pt 1):e460. doi:10.1542/peds.112.6.e460
7. **Abadir JS, Cohen AJ, Wilson SE.** Accurate diagnosis of infarction of omentum and appendices epiploicae by computed tomography. *Am Surg.* 2004;70(10):854-857.
8. **El Sheikh H, Abdulaziz N.** Primary torsion of the greater omentum: Color Doppler sonography and CT correlated with surgery and pathology findings. *Egypt J Radiol Nucl Med.* 2014;45(1):19-24. doi:10.1016/j.ejrm.2013.10.006

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ TIÊN LƯỢNG CỦA BỆNH NHÂN NHỒI MÁU NÃO CÓ BỆNH LÝ TIM MẠCH

Lê Thị Thúy Hồng¹, Võ Hồng Khôi^{1,2,3}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhồi máu não là thể hay gặp nhất của tai biến mạch não chiếm tới 85%. Nhồi máu não do bệnh lý tim mạch chiếm khoảng 15% các nguyên nhân gây đột quỵ não. Đối với bệnh nhân nhồi máu não bệnh lý tim mạch làm tăng nguy cơ tử vong và để lại di chứng nặng nề. **Mục tiêu:** Đánh giá một số yếu tố tiên lượng của nhồi máu não có bệnh lý tim mạch. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 86 bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch điều trị nội trú tại khoa Thần kinh và Viện Tim Mạch Bệnh viện Bạch mai từ tháng 08 năm 2014 đến tháng 08 năm 2015. Nghiên cứu cắt ngang mô tả. **Kết quả:** Tuổi mắc bệnh tập trung cao nhất ở nhóm trên 50 tuổi, có 64 bệnh nhân, chiếm tỷ lệ 74,4%, tỷ lệ nam/nữ = 1,6/1. Điểm hôn mê Glasgow trung bình là 12,9; 57% bệnh nhân nhồi máu não có diện tích nhỏ trên phim cắt lớp vi tính sọ não. Bệnh lý về van tim (40 bệnh nhân) và rung nhĩ (27 bệnh nhân), chiếm tỷ lệ lần lượt là 46,5% và 31,4%. Không có sự khác biệt giữa mức độ hồi phục theo thang điểm Rankin trong các nhóm bệnh tim mạch. Có mối liên quan chặt chẽ giữa điểm hôn mê Glasgow lúc vào viện và kích thước tổn thương trên phim CLVT sọ não với mức độ di chứng của bệnh nhân. **Kết luận:** Nhồi máu não có bệnh lý tim mạch gặp chủ yếu ở người từ 50 đến 70 tuổi, nam gặp nhiều hơn nữ. Điểm hôn mê Glasgow trung bình của bệnh nhân nhồi máu não có bệnh lý tim mạch cao. Hai nhóm bệnh tim mạch hay gặp ở

bệnh nhân nhồi máu não là bệnh lý van tim và rung nhĩ. Không có sự khác biệt giữa mức độ hồi phục theo thang điểm Rankin trong các nhóm bệnh tim mạch, dù nhồi máu não do bệnh tim nào thì di chứng vừa và nặng là chủ yếu. Điểm hôn mê Glasgow lúc vào viện càng thấp và kích thước tổn thương trên phim CLVT sọ não càng lớn thì mức độ tàn tật của bệnh nhân càng nặng.
Từ khóa: Nhồi máu não, bệnh lý tim mạch.

SUMMARY

RESEARCH ON PROGNOSTIC FACTORS OF ISCHEMIC STROKE PATIENTS WITH CARDIOVASCULAR DISEASE

Background: Cerebral infarction is the most common type of cerebrovascular accident, accounting for 85%, cerebral infarction due to cardiovascular disease accounts for about 15% of the causes of cerebral stroke. For patients with cerebral infarction, cardiovascular disease increases the risk of death and severe sequelae. **Objectives:** To evaluate some predictive factors of cerebral infarction with cardiovascular disease. **Methods:** 86 patients were diagnosed with cerebral infarction with inpatient cardiology at the Department of Neurology and the Institute of cardiovascular disease at Bach Mai Hospital from August 2014 to August 2015. cross sectional description. **Results:** The highest prevalence was found in the age group over 50, 64 patients, 74.4%, male / female = 1.6. The average Glasgow coma score is 12.9; 57% of patients with cerebral infarction have a small area on the screen. Heart valves (40 patients) and atrial fibrillation (27 patients), accounting for 46.5% and 31.4%, respectively. There was no difference between levels of cardiovascular rhythm recovery. There was a strong correlation between Glasgow coma score at onset and size of lesions on CT at baseline levels. **Conclusion:** Infarct cerebral infarction occurs mainly in people aged 50-70, men are more common than women. The average Glasgow

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Đại học Y Hà Nội

³Đại học Y Dược ĐHYQG HN.

Chịu trách nhiệm chính: Lê Thị Thúy Hồng

Email: thuyhong.hmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 2.3.2022

Ngày duyệt bài: 11.3.2022