

Tỷ lệ viêm tĩnh mạch sau đặt CTMNV có sự thay đổi và khác nhau giữa các nhóm:

- NB trên 60 tuổi, nữ giới và người bệnh thể trạng yếu có tỷ lệ viêm tĩnh mạch cao hơn các nhóm còn lại.

- Tỷ lệ viêm tĩnh mạch ở NB sử dụng CTMNV an toàn của Braun là 48,9% cao hơn NB sử dụng CTMNV của hãng Temuro là 38,5%.

- VTM xuất hiện với tỷ lệ cao nhất ở thời điểm lưu từ 96 giờ đến 120 giờ (67,2%), thấp nhất là trong vòng 24 giờ (3,3%).

- Người bệnh được lưu CTMNV ở chi trên có tỷ lệ VTM cao hơn so với chi dưới (45,2% và 38,9%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Stéphanie F. Bernatchez** (2014). Care of Peripheral Venous Catheter Sites: Advantages of Transparent Film Dressings Over Tape and Gauze. *Journal of the Association for Vascular Access*, 19 (4),256-261.
2. **Karen A New và các cộng sự** (2014). Intravascular device use, management, documentation and complications: a point prevalence survey. *Australian Health Review*, 38 (3),345-349.
3. **M. Fernandez-Ruiz và các cộng sự** (2014). Hospital-wide survey of the adequacy in the

number of vascular catheters and catheter lumens. *J Hosp Med*, 9(1),35-41.

4. **Nguyễn Thị Thanh Hồng** (2015). Đánh giá tình hình sử dụng kim luồn tĩnh mạch ngoại biên tại khoa sơ sinh Bệnh viện Nhi Quảng Nam, Đề tài cơ sở, Bệnh viện Nhi Quảng Nam.
5. **Lê Thị Hương** (2013). Đánh giá hiệu quả sử dụng kim luồn tĩnh mạch cho bệnh nhân mới vào tại khoa Nội tổng hợp Bệnh viện Nhi Thanh Hóa. *Tạp chí Điều dưỡng Việt Nam*, 3,74- 78.
6. **Thái Đức Thuận Phong và các cộng sự** (2011). Khảo sát tỉ lệ viêm tại chỗ do đặt Catheter tĩnh mạch ngoại biên tại khoa Hồi sức cấp cứu BVTM An Giang 4-10/2011, Đề tài cơ sở, Bệnh viện Tim mạch An Giang.
7. **Sandra Maria Sampaio Enes và các cộng sự** (2016). Phlebitis associated with peripheral intravenous catheters in adults admitted to hospital in the Western Brazilian Amazon. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 50(2),263-271.
8. **Lyda Zoraya Rojas-Sánchez, Dora Inés Parra và Fabio Alberto Camargo-Figuera** (2015). Incidence and factors associated with the development of phlebitis: results of a pilot cohort study/Incidencia y factores asociados al desarrollo de flebitis: resultados del estudio piloto de una cohorte/Incidência e fatores associados com o desenvolvimento de flebite: resultados do estudo piloto de uma coorte. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(4),61.

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NHỒI MÁU RUỘT DO TẮC MẠCH MẠC TREO RUỘT

Nguyễn Quang Huy¹, Hồ Đặng Đăng Khoa¹, Phạm Thanh Trung¹, Trần Thị Mai Linh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét kết quả phẫu thuật tắc mạch mạc treo. **Phương pháp:** Hồi cứu tất cả bệnh nhân tắc mạch mạc treo được phẫu thuật tại Bệnh viện Nhân dân 115 từ tháng 01/2018 đến 8/2022. **Kết quả:** Có 47 bệnh nhân gồm 22 nam và 25 nữ, tuổi trung bình 63 (thay đổi từ 25 đến 97). Có 13 trường hợp tắc động mạch mạc treo và 34 trường hợp tắc tĩnh mạch mạc treo. Chọc cắt lớp vi tính giúp phát hiện 80,9% huyết khối mạc mạc treo, 100% thành ruột giảm bắt thuốc và phù mỡ mạc treo. Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật là 3,57 ± 2,56 ngày. Phần ruột bị hoại tử: 80,9% là ruột non, 10,6% là ruột non và đại tràng, 8,5% là đại tràng. Phương pháp phẫu thuật: cắt ruột, nối ngay (68,1%), cắt ruột, đưa 1 đầu ra da (17%), cắt ruột và đưa 2

đầu ra da (14,9%). Chiều dài ruột bị hoại tử là 109,26 ± 83,38 cm. Biến chứng sau mổ có 3 trường hợp (6,38%) đều hoại tử ruột tiếp diễn. Thời gian nằm viện trung bình là 8,57 ± 4,27 ngày. Tỷ lệ tử vong là 21,3%. Các yếu tố có khả năng làm tăng tỷ lệ tử vong gồm: nguyên nhân do tắc mạch máu, bệnh thận mạn và tình trạng hoại tử ruột non và đại tràng. **Kết luận:** Điều trị tắc mạch mạc treo vẫn còn là thử thách. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là cần thiết cải thiện kết quả.

SUMMARY

RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA

Aims: To evaluate early results of surgical treatment of acute mesenteric ischemia. **Methods:** Charts of patients who had acute mesenteric ischemia operated at 115 People's Hospital between January 2018 and August 2022 were reviewed. Definite diagnosis was based on operative findings. **Results:** There were 47 patients including 22 males and 25 females with the mean age of 63 years (range 25 – 97 years). 34 patients had mesenteric venous thrombosis and 13 patients had mesenteric embolism. Computed tomography detect 80,9% mesenteric vascular

¹Bệnh viện Nhân dân 115, TP Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm: Nguyễn Quang Huy

Email: huyphat.vn115@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023

occlusion, 100% bowel wall less contrast enhancement and mesenteric fat edema. The time from symptom onset to surgery was $3,57 \pm 3,56$ days. Bowel necrosis: 80,9% small intestine, 10,6% small intestine and colon, 8,5% colon. Surgical methods: bowel resection, immediate anastomosis (68,1%), bowel resection and ostomy (31,9%). The length of necrotic intestine was $109,26 \pm 83,38$ cm. 3 complications after surgery had continued necrosis. Mean hospital stay was $8,57 \pm 4,27$ days (range 1-22 days). 10 patients died postoperatively (21,3%). Factors likely to increase mortality were cause of vascular occlusion, chronic kidney disease, and severity of necrosis of the small intestine and colon. **Conclusions:** Treatment of acute mesenteric ischemia is still a challenge. Early diagnosis and timely operation are necessary to improve outcome.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu cục bộ mạc treo cấp tính (TMCB) mạc treo cấp tính bao gồm những hội chứng lâm sàng khác nhau được đặc trưng bởi sự tưới máu không đủ. TMCB mạc treo chiếm khoảng 0,1% tổng số bệnh nhân (BN) nhập viện và có xu hướng tăng dần, tỉ lệ tử vong lên đến khoảng 30% đến 90% tùy thuộc vào nguyên nhân và giai đoạn bệnh(1,2). TMCB mạc treo cấp tính có thể được phân nhóm theo nguyên nhân như TMCB mạc treo cấp tính do tắc mạch máu (hay tắc mạch mạc treo) và TMCB mạc treo không tắc nghẽn.

Mặc dù đã có nhiều tiến bộ trong việc hiểu biết về bệnh sinh, cải thiện khả năng chẩn đoán bằng các phương tiện hiện đại cùng với việc áp dụng nhiều phương pháp điều trị phối hợp, nhưng tỉ lệ biến chứng và tử vong của nhồi máu ruột do thiếu máu mạc treo vẫn còn rất cao(3) , chiếm khoảng 60 – 97%(4). Do không có các dấu hiệu lâm sàng và triệu chứng đặc hiệu của bệnh nên chẩn đoán thường được thiết lập ở giai đoạn quá trễ, khi ruột đã bị nhồi máu. Ngoài ra, bệnh thường xảy ra ở bệnh nhân lớn tuổi và có kèm theo bệnh nội khoa phức tạp làm ảnh hưởng việc điều trị lúc này, mà chủ yếu là phẫu thuật tái lập lại sự lưu thông dòng máu và cắt bỏ phần ruột không thể sống được.

Mục tiêu nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm việc điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo tại Bệnh viện Nhân dân 115.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Các bệnh nhân hoại tử ruột do tắc mạch mạc treo được phẫu thuật tại khoa Ngoại Tổng quát, Bệnh viện Nhân dân 115 từ 01/2018 đến 08/2022.

2.2. Tiêu chuẩn chọn bệnh. Bệnh nhân được chẩn đoán ra viện là hoại tử ruột có phẫu thuật ổ bụng.

Bệnh nhân có chụp cắt lớp điện toán có cản quang khảo sát mạch máu mạc treo chẩn đoán trước phẫu thuật kèm xác định các dấu hiệu của thành ruột bắt thuốc cản quang kém hoặc không bắt thuốc.

2.3. Phương pháp nghiên cứu. Nghiên cứu cứu hồi cứu.

Cỡ mẫu: có 47 trường hợp được chọn. Chúng tôi thu thập số liệu dựa trên hồ sơ bệnh án và xác định lại hình ảnh tắc mạch máu mạc treo trên hệ thống PACS của bệnh viện tại khoa Chẩn đoán hình ảnh.

2.4. Thu thập và xử lý số liệu. Các số liệu thu thập được xử lý trên máy vi tính theo phần mềm SPSS 20. Dùng phép kiểm Chi bình phương/ chính xác Fisher và phương trình hồi quy logistic thứ tự để xác định các yếu tố liên quan đến tử vong do sau phẫu thuật hoại tử ruột do tắc mạch mạc treo. Các phép kiểm được xem có ý nghĩa khi $p < 0,05$.

2.5. Vấn đề y đức. Nghiên cứu đã được thông qua Hội đồng Đạo đức của Bệnh viện Nhân dân 115 số 2464/QĐ-BVND115 ký ngày 28 tháng 10 năm 2022.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong số 47 TH, nhồi máu ruột do tắc tĩnh mạch mạc treo chiếm 34 TH, do tắc động mạch mạc treo chiếm 13 TH. Nhóm tuổi thường gặp nhất là 70-79 tuổi. Tuổi nhỏ nhất là 25 tuổi, tuổi lớn nhất là 97 tuổi, tuổi trung bình là 63 ± 17 , trung vị là 68 (61,71) tuổi. Có 11 BN dưới 50 tuổi. 22 TH là nam và 25 TH là nữ. Tỉ lệ nam/nữ vào khoảng 0,87. Tuổi trung bình của nhóm BN có nguyên nhân tắc TM là 62 ± 18 (thấp nhất là 25 tuổi, cao nhất là 85 tuổi) và của nhóm tắc ĐM là 65 ± 15 tuổi (thấp nhất là 40 tuổi, cao nhất là 97 tuổi).

Bảng 1. Thời gian chờ phẫu thuật và thời gian có triệu chứng

Thời gian	Tắc ĐM (n=13)	Tắc TM (n=34)
Chờ phẫu thuật (giờ)	23,92±38,32	22,59±17,64
Có triệu chứng (ngày)	4,92±3,49	3,06±1,92

Thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật trung bình của nhóm tắc ĐM dài hơn của nhóm tắc TM có ý nghĩa ($p=0,024$), nhưng sự khác biệt về thời gian chờ phẫu thuật trung bình giữa hai nhóm nguyên nhân thì không có ý nghĩa ($p=0,870$).

Bảng 2. Dấu hiệu trên CCLĐT

Dấu hiệu	Tắc ĐM (n=13)	Tắc TM (n=34)
Huyết khối mạch máu	13	25

Hơi thành ruột	0	9
Hơi tĩnh mạch cửa	0	8
Nhồi máu tạng khác	2	2
Thành ruột giảm thuốc	13	21
Ruột dẫn	0	4
Tắc ruột	0	1
Phù mỡ mạc treo	13	34
Dịch ổ bụng	10	30

Bảng 3. Phần ruột bị nhồi máu

Ruột bị nhồi máu	Tắc ĐM (n=13)	Tắc TM (n=34)
Ruột non	5	33
Ruột non + Đại tràng	5	0
Đại tràng	3	1

Bảng 4. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Tắc ĐM (n=13)	Tắc TM (n=34)
Cắt ruột, nối ngay	5	27
Cắt ruột, đưa 1 đầu ra da	5	3
Cắt ruột, đưa 2 đầu ra da	3	4

Trong 47 TH, đa số TH bị hoại tử ruột non chiếm khoảng 38 TH, 5 TH hoại tử vừa ruột non vừa đại tràng, 4 TH hoại tử đại tràng. Trong nhóm tắc TM, có đến 33 TH bị hoại tử ruột non do tắc TM mạc treo tràng trên, 1 TH bị hoại tử đại tràng do tắc TM mạc treo tràng dưới. Trong nhóm tắc ĐM, 10 TH tắc ĐM mạc treo tràng trên, trong đó 5 TH tắc đoạn xa gây hoại tử ruột non, 5 TH tắc đoạn gốc gây hoại tử vừa ruột non và đại tràng. Còn 3 TH tắc ĐM mạc treo tràng dưới, gây hoại tử đại tràng. Tỷ lệ BN chỉ bị nhồi máu ruột non ở nhóm tắc TM cao hơn nhóm tắc ĐM có ý nghĩa ($p=0,0001$).

47 TH đều phải cắt ruột, 32 TH cắt ruột và tái lập lưu thông, 15 TH còn lại phải làm HMNT, 8 TH HMNT 1 đầu, 7 TH HMNT 2 đầu.

Chiều dài ruột bị hoại tử là $109,26 \pm 83,38$, ngắn nhất là 10cm, dài nhất là 350cm. 6/13 TH (12,8%) tắc ĐM có đoạn ruột hoại tử dài trên 100 cm, trong khi chỉ 16/34 TH (34%) tắc TM có chiều dài đoạn ruột bị hoại tử trên 100 cm, khác biệt này không có ý nghĩa.

Bảng 5. Thời gian nằm viện, biến chứng, tử vong

	Tắc ĐM (n=13)	Tắc TM (n=34)
Thời gian (ngày)	$7,62 \pm 3,94$	$8,94 \pm 4,39$
Biến chứng	1	2
Tử vong	5	5

Thời gian nằm viện trung bình của 47 TH là $8,57 \pm 4,27$ (ngày) (ngắn nhất là 1 ngày, dài nhất là 22 ngày). Thời gian nằm viện trung bình của nhóm tắc TM dài hơn nhóm tắc ĐM có ý nghĩa ($p=0,019$).

Bảng 6. Các yếu tố liên quan đến tử vong sau mổ

Biến số	OR	KTC 95%	Giá trị p
Tuổi ≥ 60	2,625	0,579–11,893	0,202
Giới tính (nữ/nam)	1,969	0,475–8,166	0,480
Nguyên nhân tắc mạch máu (TM/ĐM)	3,625	0,837–15,703	0,045
Thời gian có triệu chứng > 3 ngày	3,422	0,761–15,388	0,154
Rung nhĩ	1,467	0,361–5,963	0,723
Bệnh thận mạn	7,556	1,339–42,633	0,029
Đái tháo đường	2,743	0,528–14,261	0,340
Tăng huyết áp	0,947	0,234–3,831	1
Suy tim	2,743	0,528–14,261	0,340
Thiếu máu cơ tim	0,778	0,139–4,352	1
Hoại tử ruột			
- Ruột non	1		
- Ruột non + Đại tràng	9,9	1,311–74,731	0,026
- Đại tràng	6,6	0,751–58,035	0,089

IV. BÀN LUẬN

Tất cả BN 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 tổn thương ruột có 80,9% BN chỉ hoại tử ruột non, 10,6% tổn thương hoại tử cả ruột non và đại tràng, 8,5% chỉ hoại tử đại tràng. Về mức độ tổn thương ruột chúng tôi có 53,2 BN có chiều dài đoạn ruột hoại tử ≥ 100 cm. Về tổn thương mạch mạc treo có 27,7% tắc động mạch, 72,3% tắc tĩnh mạch. Theo Hsu(5), huyết khối tĩnh mạch mạc treo thường ảnh hưởng đến hồng tràng (74% so với 31% của nhóm BN tắc động mạch), trong khi nhóm tắc động mạch thường ảnh hưởng đến đại tràng (55% so với 11% của nhóm huyết khối tĩnh mạch). Ritz(6) nghiên cứu hồi cứu 187 TH nhồi máu mạc treo được điều trị phẫu thuật từ 1980 đến 2002, trong đó 61 TH có cắt bỏ đoạn ruột, tỷ lệ BN có cắt bỏ trên 100 cm ruột là 50%.

Chúng tôi hồi cứu được 47 trường hợp phẫu thuật cắt ruột do hoại tử ruột, trong đó 68,1% cắt ruột và tái lập lưu thông, các trường hợp còn lại đầu ruột được đưa ra da làm hậu môn nhân tạo. Trong trường hợp tắc chỉ ở một nhánh hoặc phần xa của động mạch mạc treo tràng trên sau khi phân nhánh động mạch hồi đại tràng gây ra hoại tử một đoạn ruột ngắn thì chỉ cần cắt đoạn ruột hoại tử mà không cần phối hợp lấy cục thuyên tắc. Việc quyết định nối ruột ngay trong mổ hoặc đưa đầu ruột ra ngoài làm hậu môn nhân tạo cần phải được cân nhắc kỹ dựa trên tình trạng chung của bệnh nhân, tình trạng ổ

bụng, hoại tử ruột non hay đại tràng và chiều dài của đoạn ruột non còn lại. Đối với ruột non nếu tình trạng ổ bụng sạch, đoạn ruột còn lại được nuôi dưỡng tốt thì nên nối lại ngay, còn lại nếu tình trạng ổ bụng bẩn, tình trạng toàn thân nặng, có nguy cơ nhiễm trùng, bực miệng nổi cao thì nên đưa đầu ruột ra ngoài, tuy nhiên nếu đoạn ruột non còn lại quá ngắn mà đưa ra ngoài thì bệnh nhân có thể tử vong do suy kiệt. Đối với đại tràng, do nuôi dưỡng kém hơn ruột non, thành đại tràng mỏng, tình trạng ruột bẩn nên trong hầu hết các trường hợp có cắt đại tràng do thiếu máu thì 2 đầu ruột được đưa ra ngoài. Theo nghiên cứu của Nguyễn Tấn Cường(7), trong 20 TH được cắt đoạn ruột thì có 3 TH được nối lại ngay, 1 TH đóng đầu dưới và đưa đầu trên ra ngoài, TH (80%) hai đầu ruột được đưa ra ngoài. Nghiên cứu của Nguyễn Tuấn(3) có 46/48 TH phải cắt đoạn ruột, trong đó 23 TH được nối ngay và 23 TH 2 đầu ruột được đưa ra da.

Tỉ lệ biến chứng sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 3,4%. Ở nhóm tắc tĩnh mạch, 2 TH không sử dụng thuốc kháng đông kịp thời sau mổ, thiếu máu cục bộ ruột diễn tiến đến hoại tử ruột phải phẫu thuật lại cắt thêm ruột non, phải đưa 2 đầu ra da, sau đó BN ổn xuất viện. Một TH tắc động mạch phẫu thuật lại cắt đoạn cuối hồi tràng và đại tràng phải, do hoại tử tiếp đại tràng phải, sau đó BN tử vong. Theo Endean(8) và Ritz(6), ngoài phẫu thuật, việc tích cực điều chỉnh các rối loạn góp phần làm tăng sự co thắt mạch máu mạc treo trong giai đoạn hậu phẫu như suy tim, choáng do tim cũng đóng vai trò quan trọng trong việc làm giảm TMCB tái diễn. Nếu có bất kỳ dấu hiệu lâm sàng hay xét nghiệm cận lâm sàng nào nghi ngờ có sự diễn tiến hoặc tái diễn của TMCB ruột trong giai đoạn hậu phẫu thì phải mổ lại. Bên cạnh đó, nếu bác sĩ phẫu thuật có để lại đoạn ruột còn nghi ngờ khả năng sống trong lần mổ đầu tiên, thì phẫu thuật xem lại được thực hiện thường quy sau 24 giờ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ tử vong chiếm 21,3%. Nguyên nhân tử vong phần lớn do suy đa tạng (60%), sốc nhiễm trùng (40%). Trong nghiên cứu của Nguyễn Tuấn(3), tỉ lệ tử vong sau mổ là 43%. Tỉ lệ tử vong sau mổ tắc mạch mạc treo ruột giảm dần theo thời gian công bố của nghiên cứu. Điều này cũng phù hợp với việc ứng dụng chụp cắt lớp vi tính để chẩn đoán ở những BN nghi ngờ có thiếu máu mạc treo cấp tính. Do đó, chỉ định phẫu thuật tái lưu thông mạch máu kịp thời trước khi có hoại tử 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.

Theo Ritz(6), khoảng thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật cũng là yếu tố tiên đoán độc lập cho tử vong sau mổ. Thời gian có triệu chứng là biến số mà các bác sĩ có thể kiểm soát được, vì nó liên quan chặt chẽ đến sự chậm trễ trong chẩn đoán và thời gian BN trải qua tại phòng cấp cứu hoặc thực hiện những xét nghiệm chẩn đoán không cần thiết. Tuy nhiên, vấn đề chủ yếu vẫn là đến viện trễ của BN. Các BN chỉ mất 1,2 giờ từ lúc có chẩn đoán đến khi phẫu thuật, trong khi hầu hết BN đến khoa phẫu thuật từ 12 đến 24 giờ sau khi khởi phát triệu chứng. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian từ khi có triệu chứng đến khi phẫu thuật trung bình là 3,57 ngày (4,92 ngày ở nhóm BN tắc ĐM và 3,06 ngày ở nhóm BN tắc TM). Khi phân tích sự liên quan giữa thời gian có triệu chứng trên 3 ngày với tử vong sau mổ thì đây là yếu tố bảo vệ, mặc dù là trái ngược với kết quả của các nghiên cứu khác, nhưng là yếu tố hợp lý vì trong nghiên cứu của chúng tôi, hầu hết BN tắc ĐM, có tỉ lệ tử vong cao, thường được phẫu thuật trong vòng 3 ngày đầu sau khi khởi phát triệu chứng. Kết quả này cũng tương tự như của các tác giả khác(6,8) là đa số BN trong nhóm tắc TM, có tiên lượng tốt hơn, có thời gian từ khi khởi phát bệnh đến khi phẫu thuật là trên 3 ngày. Điều này được củng cố qua nghiên cứu của Võ Nguyên Khôi(1) là thời gian khởi bệnh trung bình của BN tắc TM mạc treo cấp tính ở nhóm điều trị phẫu thuật là 8 ngày. Theo Endean(8), thời gian khởi phát triệu chứng đến khi vào viện trung bình trong nhóm huyết khối TM mạc treo là 15 ngày.

V. KẾT LUẬN

Bệnh lý tắc mạch máu mạc treo đang có xuất độ ngày càng tăng lên. Việc đánh giá đúng tình trạng thiếu máu ruột trong khi mổ hay đồng thời xác định có nhiều vị trí huyết khối trong mạch máu mạc treo, là một vấn đề khó khăn cho bác sĩ phẫu thuật vì nếu cắt bỏ quá nhiều ruột thì sẽ ảnh hưởng đến tiên lượng sống của bệnh nhân, còn nếu để lại những đoạn ruột không có khả năng sống thì sẽ xảy ra những biến chứng. Để tránh xảy ra biến chứng này, trước hết cần phải đánh giá chính xác khả năng sống của ruột trong lúc mổ bằng cách đánh giá màu sắc của ruột, quan sát nhu động ruột, sờ mạch máu mạc treo và máu chảy ra từ mặt cắt. Chụp cắt lớp điện toán nên được sử dụng thường xuyên khi nghi ngờ có tắc mạch mạc treo và khuyến cáo dùng thuốc kháng đông kịp thời trong thời gian chờ phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Nguyên Khôi** (2012). "Tắc tĩnh mạch mạc treo cấp: thái độ xử trí và vai trò của việc lấy huyết khối tĩnh mạch". Y Học TP.HCM, Tập 16 116-124.
2. **Schoots, I. G., Koffeman, G. I., Legemate, D. A., et al.** (2004). "Systematic review of survival after acute mesenteric ischaemia according to disease aetiology". Br J Surg, 91 (1), 17-27.
3. **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 sĩ Y học – TPHCM.
4. **Kozuch, P. L. and Brandt, L. J.** (2005). "Review article: diagnosis and management of mesenteric ischaemia with an emphasis on pharmacotherapy". Aliment Pharmacol Ther, 21 (3), 201-15.
5. **Hsu, H. P., Shan, Y. S., Hsieh, Y. H., 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- 62; discussion 2163-4.
6. **Ritz, J. P., Germer, C. T. and Buhr, H.J.** (2005). "Prognostic factors for mesenteric infarction: multivariate analysis of 187 patients with regard to patient age". Ann Vasc Surg, 19 (3), 328-34.
7. **Nguyễn Tấn Cường, Nguyễn Tuấn và Võ Tấn Long** (2008). "Kết quả điều trị ngoại khoa tắc mạch mạc treo". Tạp chí Y học TP.HCM, 12 (3), 36
8. **Endean, E. D., Barnes, S. L., Kwolek, C. J., et al.** (2001). "Surgical management of thrombotic acute intestinal ischemia". Ann Surg, 233 (6), 801-8

TÌNH TRẠNG DINH DƯỠNG VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN CỦA TRẺ 3-5 TUỔI TẠI XÃ ĐẠI XUÂN HUYỆN QUẾ VÕ, TỈNH BẮC NINH NĂM 2022

Nguyễn Hà Thu¹, Ngô Lan Trinh¹, Ngô Thị Xuân², Lê Thị Hương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm đánh giá tình trạng dinh dưỡng và một số yếu tố liên quan của trẻ 3 - 5 tuổi tại xã Đại Xuân, huyện Quế Võ, tỉnh Bắc Ninh năm 2022. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên đối tượng trẻ 3 – 5 tuổi. **Kết quả:** Tỷ lệ suy dinh dưỡng của trẻ 3 – 5 tuổi cao ở cả 3 chỉ số, trong đó suy dinh dưỡng thể nhẹ cân là 9,3%; thể thấp còi 20,1%; thể gầy còm là 6,8% và thừa cân, béo phì là 7,9%. Nghiên cứu cho thấy yếu tố giới, cân nặng sơ sinh, thời điểm bú sữa mẹ sau sinh, tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp cấp 2 tuần qua và tình trạng dinh dưỡng liên quan đến nhau. **Kết luận:** Như vậy tỷ lệ suy dinh dưỡng cao ở cả 3 chỉ số; yếu tố giới, cân nặng sơ sinh, thời điểm bú sữa mẹ sau sinh, tiền sử nhiễm khuẩn hô hấp cấp 2 tuần qua và tình trạng dinh dưỡng liên quan đến nhau. Cần có biện pháp can thiệp dự phòng xu hướng thừa cân béo phì, cải thiện tình trạng suy dinh dưỡng của nhóm trẻ mầm non.

Từ khóa: tình trạng dinh dưỡng, trẻ mầm non, yếu tố liên quan, năm 2022.

SUMMARY

NUTRITIONAL STATUS AND ASSOCIATED FACTORS OF CHILDREN AGED 3-5 YEARS IN DAI XUAN COMMUNE, QUE VO DISTRICT, BAC NINH PROVINCE IN 2022

Objective: To assess the nutritional status and

associated factors of children aged 3-5 years in Dai Xuan commune, Que Vo district, Bac Ninh province in 2022. **Participants and Methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on children aged 3-5 years. **Results:** The prevalence of malnutrition among children aged 3-5 years was high across all three indicators, with 9.3% classified as underweight, 20.1% as stunted, and 6.8% as wasted. Additionally, 7.9% of children were classified as overweight or obese. The study revealed a significant association between gender, birth weight, breastfeeding initiation time, recent history of respiratory infection, and nutritional status. **Conclusion:** The high prevalence of malnutrition across all three indicators, along with the interrelated factors of gender, birth weight, breastfeeding initiation time, recent history of respiratory infection, highlights the need for preventive interventions against overweight and obesity trends and improvement of the nutritional status among the preschool-aged group.

Keywords: nutritional status, preschool children, associated factors, 2022.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo ước tính của Tổ chức Y tế Thế giới (WHO), năm 2020, gần 149 triệu trẻ em dưới 5 tuổi suy dinh dưỡng (SDD) thể thấp còi, 45 triệu trẻ SDD thể gầy còm và 38,9 triệu trẻ thừa cân – béo phì¹. Tại Việt Nam, sau 10 năm thực hiện Chiến lược quốc gia về dinh dưỡng (2011 - 2020), nước ta đứng trước gánh nặng kép về dinh dưỡng trẻ em: vừa thiếu vừa thừa dinh dưỡng. Cụ thể, theo kết quả Tổng điều tra Dinh dưỡng toàn quốc 2019 – 2020 của Viện dinh dưỡng quốc gia, tình trạng suy dinh dưỡng thấp còi của trẻ dưới 5 tuổi trên toàn quốc đã giảm từ 29,3% (năm 2010) xuống 19,6% (năm

¹Viện Đào tạo Y học Dự phòng và Y tế Công cộng

²Trung tâm Kiểm soát bệnh tật Tỉnh Bắc Ninh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hà Thu

Email: nghthu11@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.6.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.7.2023

Ngày duyệt bài: 11.8.2023