

em lứa tuổi này ở vùng ĐBSCL lại thấp hơn đáng kể so với vùng ĐBSH cả về tỷ lệ sâu và chỉ số DMFT ($p < 0,05$).

Về điều trị, năm 2019 trẻ em 12 tuổi vùng ĐBSCL có 10,88% các trường hợp răng sâu được điều trị bảo tồn, cao hơn so với hai mươi năm trước ($p < 0,05$). Tỷ lệ này ở vùng ĐBSH năm 2019 là 15,00%, cũng cao hơn 20 năm trước. Như vậy, cả hai vùng đồng bằng của đất nước đều có biểu hiện khởi sắc về chăm sóc điều trị răng vĩnh viễn sâu cho trẻ em thời gian qua tuy rằng ở mức độ còn thấp.

IV. KẾT LUẬN

- Tình trạng sâu răng sữa trẻ em 6 – 11 tuổi vùng ĐBSCL ở mức cao cả về tỷ lệ sâu và chỉ số dmft trong suốt hai thập niên qua và không có biểu hiện thuyên giảm, biểu hiện các yếu tố nguy cơ gây sâu răng còn tiềm ẩn.

- Tỷ lệ các răng sữa sâu được điều trị bảo tồn trong suốt hai thập kỷ qua ở mức rất thấp, thể hiện các hoạt động chăm sóc và dự phòng sâu răng ở hàm răng sữa trẻ em còn yếu kém.

- Tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em 6 – 17 tuổi vùng ĐBSCL gia tăng theo tuổi ở cả hai thời điểm, năm 1999 và 2019.

- Sau hai thập niên, tình trạng sâu răng vĩnh viễn ở trẻ em từ 9 – 17 tuổi giảm xuống cả về tỷ lệ sâu và chỉ số DMFT so với năm 1999. Đặc

điểm này thể hiện các hoạt động chăm sóc học đường ở trường học có kết quả.

- Năm 1999, hầu hết các răng vĩnh viễn sâu ở trẻ em các lứa tuổi không được điều trị bảo tồn. Năm 2019, tỷ lệ các răng vĩnh viễn sâu ở các trẻ em lớn từ 12 – 17 tuổi được điều trị bảo tồn đã tăng lên những còn ở mức thấp, ở mức từ 11,11% đến 13,86%.

- So với vùng ĐBSH, tình trạng sâu răng vĩnh viễn trẻ em 12 tuổi vùng ĐBSCL năm 1999 cao hơn nhưng hai mươi năm sau, năm 2019, thì tình trạng sâu răng vĩnh viễn trẻ em lứa tuổi này lại thấp hơn đáng kể cả về tỷ lệ sâu và chỉ số DMFT.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trịnh Đình Hải, Nguyễn Thị Hồng Minh, Trần Cao Bình.** National Oral Health Survey of Vietnam 2019. Medical publishing house. Hanoi 2019.
2. **Trịnh Đình Hải, Đào Ngọc Phong.** Phương pháp nghiên cứu dịch tễ học lâm sàng trong nha khoa. NXB Y học. 2014.
3. **Tran Van Truong, Trinh Dinh Hai, Lam Ngoc An et al.** National Oral Health Survey of Vietnam 2001. Medical publishing house. Hanoi 2002.
4. **Trịnh Đình Hải.** Dự phòng sâu răng cộng đồng bằng fluor. NXB Y học. 2014.
5. **Trịnh Đình Hải.** Oral Health promotion for school children in Vietnam. Medical publishing house. Hanoi 2011.

MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM BỆNH LÝ TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc¹, Vũ Công Định²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét một số đặc điểm bệnh lý tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 52 người bệnh tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. Ghi nhận các biến số: Tuổi; Tiền sử bệnh (tiền sử phẫu thuật bụng, tiền sử các bệnh lý nội khoa kèm theo, tiền sử ăn uống và tiền sử mất răng); Triệu chứng lâm sàng và Xquang ổ bụng; Tổn thương trên chụp cắt lớp vi tính ổ bụng và tổn thương trong phẫu thuật. **Kết quả:** Tuổi trung

bình là 69,7 tuổi. 30,8% có tiền sử phẫu thuật ổ bụng (17,3% có tiền sử mổ cắt dạ dày); 28,8% có bệnh lý nội khoa kèm theo. 23,1% có tiền sử ăn uống là yếu tố nguy cơ dẫn đến tắc ruột do bã thức ăn; 21,1% có mất răng, ăn nhai kém. Đau bụng cơn gập 98,1%. 100% có chướng bụng; Quai ruột nổi gập 80,8%; Dấu hiệu rắn bò gập 21,1%; Sờ thấy khối gập 5,7%; 96,2% có mức nước hơi điển hình trên Xquang ổ bụng. Có 48/52 trường hợp được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ. Trong đó 97,9% có dấu hiệu tắc ruột; 66,7% thấy hình ảnh nguyên nhân tắc là bã thức ăn. Trong phẫu thuật 92,3% có dịch ổ bụng; 98,1% có giãn ruột. Vị trí bã thức ăn thường gặp nhất ở hồi tràng chiếm 80,8%; 15,4% có bã thức ăn ở 2 vị trí trong ống tiêu hóa; 11,5% có bã thức ăn ở cả dạ dày và ruột. **Kết luận:** Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người cao tuổi. Tiền sử mổ cắt dạ dày, tiền sử ăn uống và mất răng là những yếu tố gợi ý nguyên nhân tắc ruột. Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp có hiệu quả trong chẩn đoán nguyên nhân và vị trí gây tắc ruột. **Từ khóa:** tắc ruột, bã thức ăn, Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

²Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: TS.BS Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 5.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.2.2024

Ngày duyệt bài: 11.3.2024

SUMMARY**SOME DISEASES CHARACTERISTICS OF OF INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY PHYTOBEAZOAR AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL**

Objective: Review some diseases characteristics of intestinal obstruction caused by phytobezoars at Thai Binh Provincial General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, performed on 52 patients with intestinal obstruction caused by phytobezoars operated at Thai Binh Provincial General Hospital from January to June 2023. Variables recorded: Age; Medical history (history of abdominal surgery, history of accompanying medical diseases, history of eating fiber and history of tooth loss); Clinical symptoms and abdominal X-ray; Lesions on abdominal computed tomography and lesions during surgery. **Results:** Mean age was 69.7 years. 30.8% had a history of abdominal surgery (17.3% had a history of gastric bypass surgery); 28.8% had accompanying medical diseases. 23.1% had a history of eating high-fiber foods, which is a risk factor for intestinal obstruction caused by phytobezoars; 21.1% had tooth loss and poor chewing. Abdominal pain occurs in 98.1%. 100% had abdominal distention; Floating intestinal loops occur in 80.8%; Signs of snake crawling occurred in 21.1%; The mass was palpable in 5.7%; 96.2% of patients had a typical air-fluid level on abdominal X-ray. There were 48/52 cases with preoperative abdominal computed tomography. Of these, 97.9% had signs of intestinal obstruction; 66.7% saw the image that the cause of the blockage was phytobezoars. During surgery, 92.3% had peritoneal fluid; 98.1% had intestinal dilatation. The most common location of phytobezoars is in the ileum, accounting for 80.8%; 15.4% had phytobezoars in 2 locations in the digestive tract; 11.5% had phytobezoars in the stomach and intestines. **Conclusion:** Intestinal obstruction caused by phytobezoars is common in the elderly. History of gastric bypass surgery, history of eating high-fiber foods and tooth loss are factors that suggest the cause of intestinal obstruction. Computed tomography is an effective method in diagnosing the cause and location of intestinal obstruction.

Keywords: intestinal obstruction, phytobezoars, Thai Binh Provincial General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do bã thức ăn (BTA) là một trong những loại tắc ruột cơ giới, thuộc nhóm bí. Nguyên nhân do khối bã thức ăn nằm trong lòng ruột gây bí tắc và làm ứ trệ lưu thông của đường tiêu hóa. Bã thức ăn được hình thành và chủ yếu nằm tại dạ dày, khi di chuyển xuống ruột non, tùy thuộc vào kích thước tương đối của khối bã so với khẩu kính lòng ruột mà trở thành nguyên nhân gây tắc [1].

Người cao tuổi, mất răng, sức ăn nhai kém; thói quen nhai không kỹ khi ăn ảnh hưởng đến quá trình nghiền nát thức ăn. Một số loại thức ăn

nhều chất xơ, một số bệnh lý tại dạ dày hoặc một số bệnh nội khoa mạn tính là những yếu tố thuận lợi hình thành bã thức ăn [2], [3], [4].

Bã thức ăn có thể di chuyển trong ống tiêu hóa nên tắc ruột do bã thức ăn có bệnh cảnh với hình thái lâm sàng đa dạng, triệu chứng không đặc hiệu và rầm rộ như tắc ruột nhóm thắt nghẹt. Việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân tắc ruột do bã thức ăn trước mổ còn gặp nhiều khó khăn và tỷ lệ còn thấp chỉ từ 3% - 18% [3], [4]

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về bệnh lý này. Ngày nay với những thói quen ăn uống đa dạng, bệnh cảnh lâm sàng phong phú nên việc chẩn đoán và xử trí bệnh ở giai đoạn sớm cần phải được đánh giá thực tế và chính xác hơn.

Mục tiêu của nghiên cứu: Nhận xét một số đặc điểm bệnh lý tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

52 người bệnh tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật cấp cứu tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 04 năm 2023. Đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

Chọn mẫu toàn bộ những người bệnh đủ tiêu chuẩn

Ghi nhận các số liệu về Tuổi; Tiền sử bệnh (tiền sử phẫu thuật bụng, tiền sử các bệnh lý kèm theo, tiền sử ăn uống và tiền sử mất răng); Triệu chứng lâm sàng và Xquang ổ bụng; Tổn thương trên chụp cắt lớp ổ bụng và tổn thương trong phẫu thuật

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 52 người bệnh được phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 8 năm 2023 chúng tôi có kết quả như sau: Tuổi trung bình của người bệnh là $69,7 \pm 16,8$ tuổi (31 - 99) Độ tuổi gặp chủ yếu > 60 tuổi chiếm 71,1%

Bảng 1. Tiền sử

Tiền sử		Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật dạ dày	Mổ cắt dạ dày	09	17,3
	Khâu lỗ thủng dạ dày	01	1,9
Phẫu thuật bụng khác	Tắc ruột do BTA	1	1,9
	PTNS Cắt túi mật	2	3,8
	Mổ sản khoa	1	1,9
	PT cắt u mạc treo	1	1,9

	PTNS cắt ruột thừa	1	1,9
Bệnh nội khoa kèm theo	Viêm loét dạ dày - tá tràng	3	5,8
	Tim mạch	12	23,1
Ăn uống	Măng	9	17,3
	Mít	3	5,8
Rung răng, nhai kém		11	21,1

Nhận xét: 30,8% có tiền sử phẫu thuật ổ bụng (17,3% có tiền sử mổ cắt dạ dày). 28,8% có tiền sử bệnh lý nội khoa kèm theo. 23,1%, có tiền sử ăn uống là yếu tố nguy cơ dẫn đến tắc ruột do bã thức ăn. 21,1% được ghi nhận rung, nhai kém.

Bảng 2. Triệu chứng lâm sàng và X quang

Triệu chứng		Số lượng (n=52)	Tỷ lệ %
Đau bụng	Đau cơn	46	88,5
	Đau âm ỉ liên tục	6	11,5
	Nôn	37	71,2
Bí trung đại tiện		39	75
Mạch (l/p)	< 80	16	30,8
	80 - 100	34	65,4
	> 100	2	3,8
Nhiệt độ	< 37,5°C	46	88,5
	37,5 - 38,5°C	6	11,5
Chướng bụng		52	100
Quai ruột nổi		42	80,8
Rắn bò		11	21,1
Sờ thấy khối		3	5,7
Có mức nước mức hơi trên phim X quang		50	96,2

Nhận xét: Triệu chứng cơ năng phổ biến nhất là đau bụng, gặp 98,1%. Mạch nhanh gặp 3,8%. 100% có chướng bụng. Quai ruột nổi gặp 80,8%. Dấu hiệu rắn bò gặp 21,1%. Sờ thấy khối gặp 5,7%. 96,2% BN có mức nước hơi điển hình.

Bảng 3. Kết quả CT Scanner ổ bụng (48/52 BN)

Hình ảnh	Số lượng	Tỷ lệ %
Có dịch ổ bụng	34	65,4
Dấu hiệu tắc ruột	47	97,9
Dấu hiệu dây thành quai ruột	12	25
Dấu hiệu thâm nhiễm mỡ quanh vị trí tắc	6	12,5
Dây thành + thâm nhiễm mỡ quanh vị trí tắc	5	10,4
Thấy bã thức ăn ở ruột	32	66,7
Kích thước bã thức ăn		
Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình
28	50	36,1
SD		5,3

Nhận xét: Có 48/52 trường hợp được chụp CT bụng trước mổ. Trong đó 97,9% có dấu hiệu tắc ruột. 66,7% thấy hình ảnh nguyên nhân tắc là bã thức ăn.

Bảng 4. Đặc điểm ổ bụng và quai ruột tắc trong mổ

		Số người bệnh	Tỷ lệ (%)
Ổ bụng có dịch	Dịch trong	42	80,8
	Dịch hồng	6	11,5
Ổ bụng không có dịch		4	7,7
Quai ruột giãn đơn thuần		51	98,1
Quai ruột giãn xung huyết, xuất huyết		1	1,9

Nhận xét: trong phẫu thuật 92,3% trường hợp có dịch ổ bụng và 98,1% có giãn ruột non đơn thuần.

Bảng 5. Đặc điểm bã thức ăn phát hiện trong mổ

Số lượng bã thức ăn		Số ca	Tỷ lệ %
1 khối		44	84,6
2 khối		7	13,5
> 2 khối		1	1,9
Vị trí bã thức ăn		Số ca	Tỷ lệ %
1 vị trí	Hồng tràng	2	84,6
	Hồi tràng	42	
2 vị trí	Hồng tràng + Dạ dày	5	15,4
	Hồi tràng + Dạ dày	1	
	Hồi tràng + hồng tràng	2	
Vị trí tắc ruột non so với góc hồi manh tràng (cm)			
Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	SD
10	200	58,9	41,3

Nhận xét: Vị trí bã thức ăn thường gặp nhất ở hồi tràng chiếm 80,8%, khoảng cách trung bình từ vị trí tắc đến góc hồi manh tràng là 58,9 cm. Có 15,4% người bệnh có bã thức ăn ở 2 vị trí trong ống tiêu hóa. 11,5% có bã thức ăn ở cả dạ dày và ruột

IV. BÀN LUẬN

Tuổi trung bình của người bệnh trong nghiên cứu là 69,7 ± 16,8 tuổi (31 - 99). Độ tuổi gặp chủ yếu trên 60 tuổi chiếm 71,1%. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự kết quả của Đặng Quốc Ái (2023) [5] với tuổi trung bình là 60 (31 - 84) tuổi. Nhóm nghiên cứu trên 50 tuổi có 41 BN, chiếm 91,1%; trên 60 tuổi 27 BN, chiếm 60%; trên 70 tuổi 18 BN, chiếm 40%. Điều này có thể liên quan với cơ chế sinh bệnh của tắc ruột do bã thức ăn. Kết quả này phù hợp với phần lớn các nghiên cứu về bã thức ăn của các tác giả trong và ngoài nước.

Có 16 người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, trong đó có 09 người bệnh có tiền sử mổ cắt dạ dày (17,3%) và 1 người bệnh đã từng mổ khâu lỗ thủng dạ dày (1,9%). Phẫu thuật dạ dày là một trong những yếu tố nguy cơ hàng đầu gây lên tắc ruột do bã thức ăn. Tiền sử phẫu thuật dạ

dày theo các tác giả: Đặng Quốc Ái (2023) [5] là 26,6%. Seang Seyha (2021) [4] là 12,7%.

Trong tiền sử phẫu thuật ổ bụng khác, chúng tôi có 1,9% có tiền sử phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn, 3,8% tiền sử mổ nội soi cắt túi mật, 1,9% mổ nội soi cắt ruột thừa, 1,9% mổ cắt u mạc treo và 1,9% mổ sản khoa. Tiền sử phẫu thuật tuy không ảnh hưởng tới cơ chế hình thành bã thức ăn trong đường tiêu hóa, nhưng lại là điều kiện thuận lợi, góp phần làm tăng nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn. Do tiền sử phẫu thuật ổ bụng gây dính ruột, làm hẹp lòng ruột, tạo ra những giải xơ, gập góc, hoặc những đám dính, làm cho sự lưu thông của đường tiêu hóa bị cản trở và bã thức ăn khó vượt qua những chỗ như thế. Hơn thế nữa những người bệnh có tiền sử phẫu thuật ổ bụng làm cho bệnh cảnh lâm sàng của tắc ruột do bã thức ăn trở nên phức tạp. Nếu không thăm khám kỹ tiền sử ăn uống, cơ địa người bệnh thì dễ chẩn đoán nhầm là tắc ruột sau mổ. Các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới đã nêu lên vai trò bệnh lý dạ dày trong sự hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa cũng như biến chứng của nó. Những người bệnh viêm loét dạ dày-tá tràng, được điều trị bằng các thuốc giảm tiết, giảm co bóp làm giảm lượng axit dịch vị. Thức ăn, đặc biệt là sợi xơ thực vật không được cắt đứt phân hủy theo cơ chế hóa học, là điều kiện thuận lợi hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa [4], [5].

Nhiều tác giả trong nước cũng như trên thế giới đã nêu lên vai trò bệnh lý dạ dày trong sự hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa cũng như biến chứng của nó. Người ta cho rằng ở những người bệnh viêm loét dạ dày-tá tràng, được điều trị bằng các thuốc giảm tiết, giảm co bóp làm giảm lượng axit dịch vị. Thức ăn, đặc biệt là sợi xơ thực vật không được cắt đứt phân hủy theo cơ chế hóa học, là điều kiện thuận lợi hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa. Nghiên cứu của chúng tôi có 5,8% người bệnh có tiền sử bị viêm loét dạ dày - tá tràng, 23,1% người bệnh có tiền sử mắc bệnh tim mạch [2], [4].

Theo các báo cáo chúng tôi tìm hiểu được, hầu hết những người bệnh tắc ruột do bã thức ăn gặp trong thời gian thu hoạch các loại cây quả chứa chất xơ, chất chát cao, người bệnh có điều kiện ăn uống các loại quả này. Tiền sử ăn uống có thể được ghi lại theo lời kể của người bệnh khi thăm hỏi tiền sử, nhưng phần lớn các trường hợp được hỏi cứu sau phẫu thuật là tắc ruột do bã thức ăn [4], [5]. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận tiền sử có 03 trường hợp ăn mít, chiếm 5,8% và 9 trường hợp tiền sử ăn măng, hồng, cam quýt, chiếm 17,3%. Măng là

thức ăn có nhiều chất xơ, nhất là măng khô có nhiều đoạn già hóa gỗ rất khó tiêu hóa nên người già không nên ăn nhiều. Đặc biệt, nếu ăn khi đói, dạ dày còn trống rỗng, nồng độ HCl cao, hoa quả có nhiều chất xơ, nhiều nhựa dễ bị kết tủa làm kết dính các sợi xơ thực vật tạo thành khối bã rắn chắc. Thói quen ăn quá nhanh, nhai không kỹ các loại thức ăn nhiều chất xơ là một trong những nguyên nhân dẫn đến nguy cơ gây tắc ruột do bã thức ăn.

Tình trạng răng miệng và sức nhai kém cũng là yếu tố thuận lợi cho tình trạng tắc ruột do bã thức ăn. Trong tổng số 52 người bệnh nghiên cứu của chúng tôi có độ tuổi chủ yếu > 60 tuổi, người bệnh rụng răng với 21,1%, nhai kém gặp 20,6%.

Trong số những triệu chứng ban đầu của tắc ruột do bã thức ăn, đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất và cũng là triệu chứng điển hình. Qua thống kê chúng tôi thấy 100% có đau bụng. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với kết quả của Seang Seyha (2021) [4] là 100%. Trong nghiên cứu đau cơn là triệu chứng điển hình của tắc ruột, chiếm 88,5%. Theo Đặng Quốc Ái (2023) [3] tỷ lệ đau bụng cơn là 100%.

Nôn cũng là triệu chứng thường gặp của tắc ruột do bã thức ăn. Theo tác giả Hán An Ninh (2022) (2022) [9], 38/40 bệnh nhi tắc ruột do bã thức ăn có triệu chứng này, 28/38 người bệnh nôn ra dịch vàng/xanh, chỉ có 9/38 người bệnh có nôn dịch lẫn máu đỏ sẫm. Trong nghiên cứu nôn gặp ở 37 người bệnh, chiếm 71,2%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Đặng Quốc Ái (2023) [3] là 91,1%.

Trong tắc ruột, bí trung đại tiện cũng là triệu chứng đặc trưng và hay gặp. Mặc dù bí trung tiện lại là triệu chứng phụ thuộc vào trả lời chủ quan của người bệnh, có nhiều người bệnh không để ý đến triệu chứng này. Chúng tôi ghi nhận bí trung đại tiện gặp 75%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Seang Seyha (2021) [4] với 71,4%.

Chướng bụng là triệu chứng gặp ở cả 52 người bệnh, chiếm 100%. Trong đó ghi nhận mức độ chướng của người bệnh tăng lên ở thời điểm chỉ định mổ so với lúc vào viện là 53,8%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác như Hán An Ninh (2022) [5] là 97,5%, Đặng Quốc Ái (2023) [3] là 88,9%.

Quai ruột nổi, dấu hiệu đặc trưng của tắc ruột cơ giới, tại thời điểm chỉ định mổ chúng tôi ghi nhận triệu chứng này chiếm 80,8%. Theo các tác giả thì triệu chứng "quai ruột nổi" có thể gặp với tần suất thấp hơn. Do cơ chế bệnh là tắc ruột do bí tắc, nên toàn bộ các quai ruột phía trên chỗ

tắc đều giãn từ từ và đồng đều, khác với cơ chế tắc ruột do thắt nghẹt, quai ruột bị nghẹt giãn độc lập và nhanh hơn các quai ruột khác nên trong thời gian theo dõi tình trạng bụng của người bệnh tắc ruột do bã thức ăn, giai đoạn đầu mức độ chướng bụng ít và quai ruột nổi không điển hình, nhưng tại thời điểm bã gây bí tắc ở vị trí hẹp của ống tiêu hóa thì triệu chứng chướng và quai ruột nổi sẽ điển hình hơn [5], [6].

Dấu hiệu rắn bò thể hiện tình trạng tăng nhu động của ruột. Trong nghiên cứu, dấu hiệu rắn bò chiếm 21,1%. Dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò là những dấu hiệu quan trọng trong tắc ruột cơ giới. Các dấu hiệu này xuất hiện trong cơn đau, do vậy các trường hợp có triệu chứng này được chúng tôi ghi nhận tại thời điểm chỉ định mổ [2], [5].

Sờ thấy khối khi thăm khám ổ bụng cũng là dấu hiệu gợi ý nguyên nhân gây tắc ruột. Tuy nhiên phát hiện khối thường gặp khó khăn trong những trường hợp thành bụng đầy, trong cơn đau, bụng chướng, khối bã thức ăn đã di chuyển xuống thấp. Việc sờ thấy khối đôi khi mang tính thời điểm và "may mắn". Trong nghiên cứu, sờ thấy khối gặp 5,7%. Cả 03 trường hợp này đều là những người bệnh có thành bụng mỏng, và khai thác được tiền sử ăn mẫn trước đó.

Chụp bụng không chuẩn bị có giá trị cao trong chẩn đoán xác định tắc ruột và giúp cho việc quyết định phẫu thuật kịp thời. Tuy nhiên việc chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột dựa trên Xquang bụng là rất khó khăn. Trong nghiên cứu, không có trường hợp nào được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn trước mổ dựa vào Xquang bụng như một số tác giả đã mô tả. Trong nghiên cứu, hình ảnh mức nước - mức hơi gặp 96,2%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác, độ nhạy của XQ bụng không chuẩn bị trong chẩn đoán tắc ruột dao động khoảng 79,4% - 100% [5], [6]. Sở dĩ có những trường hợp tắc ruột do bã thức ăn được chụp phim không thấy mức nước hơi điển hình có thể là do đặc điểm của bệnh lý này là mỗi khi có nhu động ruột, khi ruột giãn ra thì cục bã thức ăn di chuyển chút ít, đồng thời 1 ít dịch, khí cũng thoát qua được để xuống dưới. Điều đó cũng giải thích dấu hiệu nôn, bí trung tiện có lúc có, có lúc không.

Ngày nay, CT scanner là thăm dò cận lâm sàng được áp dụng rộng rãi và có tỷ lệ chẩn đoán nguyên nhân cao. Trên phim CT thì bã thức ăn có hình ảnh là một khối hình ovan, tròn hoặc hình ống có gianh giới rõ ràng nằm trong lòng ruột, có hình ảnh dạng hỗn hợp tỉ trọng và có lẫn khí bên trong khối. CT scanner bụng trong chẩn đoán nguyên nhân gây tắc ruột được báo cáo là 73 đến 95% và độ chính xác chẩn đoán

đôi với tắc ruột do bã thức ăn là khoảng 65 đến 100%[7],[8]. Trong nghiên cứu, chụp CT scanner ổ bụng chiếm 92,3%; Có hình ảnh tắc ruột điển hình chiếm 97,9%; Xác định được nguyên nhân tắc do bã thức ăn chiếm 66,7%. Kết quả của chúng tôi xác định được nguyên nhân bã thức ăn là 66,7%.

Quan sát ổ bụng trong phẫu thuật, chúng tôi ghi nhận có dịch trong ổ bụng chiếm 92,3%. Hán An Ninh (2022) [5], Đặng Quốc Ái (2023) [3], đa số là dịch trong, dịch vàng trong, dịch hồng, tình trạng tổn thương tại ruột biểu hiện ở nhiều mức độ, nhiều hình thái khác nhau. Tuy nhiên nổi bật rõ là tình trạng tắc ruột thể hiện ở tất cả các trường hợp phẫu thuật: phía trên chỗ tắc ruột giãn, phía dưới chỗ tắc ruột xẹp. Số liệu chúng tôi thu thập được có giãn đơn thuần chiếm 98,1%. Có 1,9% ngoài biểu hiện của tình trạng tắc ruột còn thấy có dấu hiệu ruột xung huyết.

Có 08 người bệnh có trên 1 khối bã thức ăn, trong đó 06 người bệnh có bã thức ăn ở dạ dày và 02 người bệnh có bã thức ăn ở hồng tràng kèm theo. Vị trí bã thức ăn thường gặp nhất ở hồi tràng chiếm 85,6% và khoảng cách trung bình từ góc hồi manh tràng đến vị trí tắc là 58,9 cm. Điều này phù hợp với lý thuyết cho rằng tắc ruột do bã thức ăn hay gặp ở đoạn cuối hồi tràng do đường kính ruột nhỏ và có van hồi manh tràng. Các tác giả cũng thống kê thấy bã thức ăn thường quan sát ở vị trí 50 - 70 cm cách góc hồi manh tràng do vị trí này có kích thước nhỏ nhất. Với những người bệnh đã phẫu thuật dạ dày, vị trí tắc bã thức ăn có liên quan đến kích thước miệng nối. Với những miệng nối rộng (trên 3 cm) có thể dễ gây lên tình trạng tắc ruột non do lượng lớn bã từ dạ dày vào ruột non qua miệng nối và gây lên tắc những vị trí đoạn trên của ruột non ngay gần miệng nối và ngược lại. Trong quá trình mổ tắc ruột do bã thức ăn, ngoài việc giải quyết nguyên nhân gây tắc - bã thức ăn, việc kiểm tra kỹ toàn bộ ống tiêu hóa từ dạ dày đến hết ruột non là vô cùng quan trọng để tránh bỏ sót bã thức ăn có thể tiếp tục gây tắc ruột [2], [5].

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người cao tuổi. Tiền sử mổ cắt dạ dày, tiền sử ăn uống và mất răng là những yếu tố gợi ý nguyên nhân tắc ruột. Chụp cắt lớp vi tính là phương pháp có hiệu quả trong chẩn đoán nguyên nhân và vị trí gây tắc ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Gin Way Law, Diwei Lin and Rebecca

- Thomas** (2015), Colonic phytobezoar as a rare cause of large bowel obstruction, *BMJ Case Reports*. 2015, tr. bcr2014208493.
- Pazouki, M. Pakaneh, A. Khalaj et al.** (2014), Blood bezoar causing obstruction after laparoscopic Roux-en-Y gastric bypass, *Int J Surg Case Rep*. 5(4), tr. 183-5.
 - Đặng Quốc Ai** (2023) và Đinh Văn Chiến (2023), Kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn, *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 525, tr. 5.
 - Seang Seyha** (2021), Đánh giá kết quả sớm tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật tại bệnh viện bạch mai, Đại học Y Hà Nội, Hà Nội.
 - Hán An Ninh** (2022), và Phạm Duy Hiền (2022), Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi trung ương, giai đoạn 2017-2021, *Tạp chí Y học Việt Nam*. Tập 519.
 - S. Wang, X. Yang, Y. Zheng et al.** (2021), Clinical characteristics and indications for surgery for bezoar-induced small bowel obstruction, *J Int Med Res*. 49(1), tr. 300060520979377.
 - R. P. G. Ten Broek, P. Krielen, S. Di Saverio et al.** (2018), Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group, *World J Emerg Surg*. 13, tr. 24.
 - J. H. Kim, H. K. Ha, M. J. Sohn et al.** (2003), CT findings of phytobezoar associated with small bowel obstruction, *Eur Radiol*. 13(2), tr. 299-304.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA CÁC CHỦNG DERMATOPHYTES GÂY BỆNH NẤM DA ĐẦU VÀ MỘT SỐ YẾU TỐ LÂM SÀNG

Trần Cẩm Vân¹, Trần Kim Chi¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm phân loại của các chủng Dermatophytes gây bệnh nấm da đầu và một số yếu tố lâm sàng. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 43 bệnh nhân được chẩn đoán nấm da đầu đến khám tại Bệnh viện Da liễu Trung ương từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2021. **Kết quả:** Xác định được 5 chủng Dermatophytes gây bệnh nấm da đầu, trong đó *T. tonsurans* thường gặp nhất với 51,1%, tiếp theo là *M. canis* (26,7%). Bệnh nhân chủ yếu từ 6-16 tuổi, thường gặp chủng *T. tonsurans* và *M. canis*; nhóm trên 16 tuổi chỉ gặp chủng *T. tonsurans*. Chủng *T. tonsurans* đa số gặp các tổn thương không viêm và có chấm đen; trong khi chủng *M. canis* thường không có chấm đen. Không có sự khác biệt có ý nghĩa giữa các loài Dermatophytes và đặc điểm lâm sàng, tuổi của bệnh nhân. **Kết luận:** Nấm da đầu chủ yếu gặp ở trẻ em với hai chủng thường gặp là *T. tonsurans* và *M. canis*. Không có mối liên quan giữa các loài Dermatophytes với tuổi và đặc điểm lâm sàng.

SUMMARY

RELATIONSHIP BETWEEN DERMATOPHYTE SPECIES CAUSING TINEA CAPITIS AND SOME CLINICAL FACTORS

Objectives: Assessing the relationship between dermatophyte species causing tinea capitis and some clinical factors. **Method:** A descriptive cross-sectional study was conducted in 43 patients who were diagnosed with tinea capitis at the National hospital of

Dermatology and Venereology from January 2021 to December 2021. **Results:** Five species of dermatophyte causing tinea capitis have been identified. *T. tonsurans* was the most common fungal isolate (51,1%), followed by *M. canis* (26,7%). The majority of patients were from 6 to 16 years old with *T. tonsurans* and *M. canis*; the age group of over 16 years only found *T. tonsurans*. Most of *T. tonsurans* caused non-inflammatory lesions with black spots; *M. canis* did not usually cause black dots. There were no significant differences between Dermatophytes species and clinical characteristics and age. **Conclusions:** Tinea capitis predominantly affects the pediatric population with *T. tonsurans* and *M. canis* were the most common fungal isolate. There was no association between Dermatophytes species and age and clinical characteristics.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nấm da đầu là tên gọi thường được sử dụng để chỉ tình trạng nhiễm nấm Dermatophyte vùng da đầu và nang tóc. Bệnh hay gặp ở trẻ em, trong khi người lớn ít gặp hơn. Biểu hiện thường thấy của nấm da đầu là rụng tóc, kèm theo vảy da, đôi khi có nhiễm trùng nông bề mặt, gây ngứa, mất thẩm mỹ, ảnh hưởng đến chất lượng cuộc sống và sự phát triển của trẻ. Hiện nay, nuôi cấy bệnh phẩm xác định chủng nấm gây bệnh đang là tiêu chuẩn vàng để chẩn đoán. Nguyên nhân gây nấm da đầu thường do các loài nấm thuộc hai chi Trichophyton và Microsporum, trong đó *T. tonsurans* là căn nguyên hay gặp nhất, đứng thứ hai là *M. canis* [1]. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá mối liên quan giữa đặc điểm phân loại của các chủng Dermatophytes gây bệnh nấm da đầu và một số yếu tố lâm sàng.*

¹Bệnh viện Da liễu Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Trần Cẩm Vân

Email: trancamvan.dl@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.01.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2024

Ngày duyệt bài: 8.3.2024