

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA TẮC RUỘT DO DÍNH SAU MỔ

Đặng Ngọc Hùng¹, Đặng Như Thành¹, Lê Lộc¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu giới hạn về thời gian điều trị nội khoa bảo tồn và các yếu tố giúp tiên lượng và chỉ định phẫu thuật trong điều trị tắc ruột do dính sau mổ

Phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu và hồi cứu, mô tả thực hiện trên 123 trường hợp nhập viện tại Bệnh viện Trung ương Huế với chẩn đoán tắc ruột do dính sau mổ được điều trị nội khoa bảo tồn hoặc bằng các phương pháp phẫu thuật (mổ mở hay mổ nội soi)

Kết quả: Các triệu chứng lúc nhập viện của bệnh nhân tắc ruột do dính sau mổ không phải lúc nào cũng đầy đủ. Hai triệu chứng luôn luôn xuất hiện là đau bụng và bí trung đại tiện. Thời gian điều trị nội khoa trung bình là 7,2 ngày (3 – 11 ngày). Thời gian điều trị nội bảo tồn trước khi chỉ định mổ trong nhóm phẫu thuật chung là 5,2 ngày, của nhóm tắc ruột do dính đơn thuần là 5,8 ngày, của nhóm tắc ruột do dính có biến chứng là 2,5 ngày. Có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về tần suất xuất hiện của triệu chứng mạch nhanh, phản ứng thành bụng và sốt cao > 38 độ C giữa nhóm tắc ruột do dính đơn thuần và nhóm tắc ruột do dính có biến chứng (thắt nghẹt, hoại tử)

Kết luận: Với điều kiện bệnh nhân được theo dõi sát, thời gian điều trị bảo tồn có thể kéo dài trên 10 ngày trước khi chỉ định mổ. Các dấu hiệu mạch nhanh, sốt cao, phản ứng thành bụng có thể được sử dụng để tiên lượng và chỉ định mổ lúc vào viện hoặc trong quá trình theo dõi.

Từ khóa: tắc ruột do dính sau mổ

ABSTRACT

NON-OPERATIVE MANAGEMENT OF POST-OPERATIVE ADHESIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Dang Ngoc Hung¹, Dang Nhu Thanh¹, Le Loc¹

Objective: To investigate on the time limit of non-operative management of post-op adhesive bowel obstruction and to determine factors for prognosis and indications of surgery.

Methods: A retrospective and prospective descriptive study conducted from 11/2008 to 9/2013 including 123 cases diagnosed with postoperative small bowel obstruction and treated at Hue Central Hospital by either conservative management or surgical management (open or laparoscopic surgeries)

Results: Classical signs and symptoms of bowel obstruction did not always present on admission. Abdominal pain and obstipation were the constant symptoms that always existed. Average duration of observation in medical treatment group was 7.2 days (3-11 days). The duration of observation prior to surgery was 5.2 days, and it was shorter in complicated obstruction than that in simple obstruction

1. Khoa Ngoại Tiêu hóa, BVTW Huế

- Ngày nhận bài: (received): 5/7/2014, Ngày phản biện (revised): 12/11/2014;

Ngày đăng bài (Accepted): 25/11/2014

- Người phản biện: PGS.TS Phạm Như Hiệp, PGS.TS Nguyễn Văn Hỷ

- Người phản hồi (corresponding author): Đặng Ngọc Hùng

- Email: dr.dangngochung@gmail.com

(2.5 vs 5.8 days). There were statistically differences in the frequency of rebound tenderness, high grade fever > 38°C, tachycardia between simple and complicated obstruction groups prior to surgery.

Conclusion: With closely monitoring, the duration of observation can be extended over 10 days prior to indication of surgery. Signs including tachycardia, high grade fever, rebound tenderness can serve as prognostic factors and as suggestion of the need for surgery on admission or during observation.

Key words: Postoperative small bowel obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do dính sau mổ là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp. Đây là nguyên nhân thường gặp nhất của tắc ruột non, chiếm 75% các trường hợp [10]. Tắc ruột sau mổ thường diễn tiến thuận lợi và đáp ứng tốt với phương pháp điều trị nội khoa bảo tồn bằng cách cho bệnh nhân nhịn ăn, đặt ống thông mũi dạ dày, dùng kháng sinh và dịch chuyển để đảm bảo thể tích tuần hoàn và năng lượng. Tuy nhiên, khoảng 30% bệnh nhân diễn tiến không thuận lợi, dẫn đến các biến chứng nặng nề, ảnh hưởng đến tính mạng bệnh nhân như viêm phúc mạc, rối loạn điện giải, trụy tim mạch [8]. Một số tác giả nhấn mạnh vai trò của phẫu thuật trong điều trị những đợt tắc ruột do dính sau mổ để tránh những biến chứng có thể xảy ra đối với bệnh nhân do phẫu thuật chậm trễ [11]. Các tác giả khác cho rằng điều này là không cần thiết vì phần lớn các trường hợp tắc do dính sau mổ đều đáp ứng với điều trị nội khoa và sau khi gỡ dính, các quai ruột vẫn có nguy cơ tạo dính mới như cũ [10]. Mặc dù đã có nhiều nghiên cứu bàn về các phương pháp điều trị của tắc ruột do dính sau mổ, các nhà nghiên cứu vẫn chưa có một sự thống nhất cao về thời gian kéo dài của điều trị bảo tồn và các yếu tố tiên lượng cho sự thành công của phương pháp điều trị nội khoa. Do đó, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm góp thêm các bằng chứng về giới hạn thời gian kéo dài của điều trị bảo tồn cũng như xác định các yếu tố dự báo về nguy cơ phải chuyển mổ của bệnh nhân.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Từ 11/2008 đến 9/2013 có 57 bệnh nhân tắc ruột sau mổ nhập viện tổng cộng 123 lần tại Bệnh

viện Trung ương Huế. Trong đó có 72 trường hợp nhập viện, bệnh nhân được điều trị nội khoa bảo tồn, 51 trường hợp được chỉ định phẫu thuật lúc vào viện hoặc trong quá trình theo dõi

Tiêu chuẩn chọn bệnh:

- Bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật vùng bụng
- Có các dấu hiệu lâm sàng của tắc ruột cơ học bao gồm đau bụng, nôn mửa, chướng bụng và bí trung đại tiện

- Có dấu hiệu của tắc ruột non thể hiện trên phim Xquang bụng đứng, siêu âm bụng hoặc CT scan bụng

Tiêu chuẩn loại trừ

- Các bệnh nhân có tiền sử ung thư được loại trừ một các kỹ lưỡng bằng các xét nghiệm về chất chỉ điểm ung thư và các phương pháp chẩn đoán hình ảnh như CT scan tùy thuộc vào loại ung thư.

- Nguyên nhân tắc ruột được xác định trong mổ không phải do dính (ung thư, lao...)

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả, tiến cứu và hồi cứu

Số liệu được thu thập dựa trên các hồ sơ bệnh án. Các đặc điểm nghiên cứu bao gồm các đặc điểm chung, các đặc điểm về tiền sử như tiền sử phẫu thuật vùng bụng (loại phẫu thuật, thời gian từ lần phẫu thuật gần nhất đến nay, các đợt điều trị tắc ruột do dính trước kia bằng phương pháp nội khoa hoặc ngoại khoa). Các đặc điểm về lâm sàng như mạch, nhiệt, huyết áp, các triệu chứng của hội chứng tắc ruột như đau bụng, nôn mửa, bí trung đại tiện, chướng bụng, dấu kích thích phúc mạc và các hình ảnh Xquang và siêu âm tại thời điểm vào viện và diễn tiến của các triệu chứng này trong quá trình điều trị được ghi nhận.

Nội dung điều trị nội khoa bao gồm đặt ống thông dạ dày và hút dạ dày ngắt quãng, truyền

Bệnh viện Trung ương Huế

dịch để bồi phụ nước và điện giải theo điện giải đồ, kháng sinh. Bệnh nhân được theo dõi bởi phẫu thuật viên chuyên ngành tiêu hóa 30 phút và 1 giờ một lần về các dấu hiệu toàn thân như mạch, huyết áp, số lượng dịch qua ống thông dạ dày, cơn đau và tình trạng bụng. Căn cứ vào diễn biến của các triệu chứng lâm sàng mà chúng tôi quyết định hướng xử trí cụ thể tiếp theo.

Nội dung của phương pháp phẫu thuật (mở, nội soi ổ bụng) bao gồm thăm sát tình trạng dịch ổ bụng, tình trạng dính, tình trạng của các quai ruột và giải quyết các nguyên nhân gây tắc. Vị trí của tổ chức dính là nguyên nhân gây tắc, các biến chứng toàn thân và tại chỗ của tắc ruột được ghi nhận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung

Trong thời gian nghiên cứu, có 57 bệnh nhân với tổng số lần nhập viện là 123 được chẩn đoán tắc ruột do dính sau mổ nhập viện và điều trị tại Bệnh viện Trung ương Huế. Trong đó, tỷ lệ nam/nữ là 1,36. Tuổi trung bình của đối tượng nghiên cứu là 54,14 $\pm$ 16,72 tuổi trong đó tuổi nhỏ nhất là 12, lớn nhất là 85 tuổi.

3.2. Đặc điểm về tiền sử

3.3. Các đặc điểm về lâm sàng

Bảng 2. Các triệu chứng lâm sàng tại thời điểm vào viện

Triệu chứng	Chung		Mổ		Không mổ		p
	n (123)	%	n (51)	%	n (72)	%	
Đau bụng	123	100	51	100	72	100	>0,05
Nôn, buồn nôn	114	92,7	51	100	63	87,5	<0,05
Bí trung đại tiện	123	100	51	100	72	100	>0,05
Trướng bụng	103	83,7	39	76,5	64	88,9	>0,05
Rắn bò	84	68,3	18	35,3	66	91,7	<0,05
Quai ruột nổi	60	48,8	23	45,1	36	50	>0,05
Phản ứng thành bụng	23	18,7	10	19,6	13	18,1	>0,05
Mạch >90 l/phút	32	26	19	37,3	13	18,1	<0,05
Sốt > 38°C	27	22	22	43,1	5	6,9	<0,05
Bạch cầu >15000	46	37,4	41	80,4	5	6,9	<0,05
Ure máu tăng	53	43,1	36	70,6	17	23,6	<0,05

Bảng 1. Các cơ quan được phẫu thuật trong tiền sử

Cơ quan được phẫu thuật	n
Ruột thừa	27
Ruột non	10
Sản phụ khoa	8
Dạ dày	6
Đại tràng	2
Đường mật	2
Lách	2
Tiền liệt tuyến	1
Vùng bẹn	2
Tổng cộng	57

Đường mổ bụng thường gặp nhất là đường mổ Macburney (43,9%), tiếp đến là đường trắng giữa trên và dưới rốn (40,4%).

Số lần mổ bụng thay đổi từ 1-3 lần, trong đó phần lớn bệnh nhân phẫu thuật bụng 1 lần (78,9%)

Khoảng thời gian từ lần mổ trước đến lần này thay đổi rất nhiều tùy bệnh nhân. Khoảng thời gian ngắn nhất là 9 ngày, và dài nhất là 33 năm.

Thời gian trung bình từ khi đau đến khi vào viện là 45,5 $\pm$ 23 giờ. Trong đó sớm nhất là 3 giờ và muộn nhất là 15 ngày.

Về số lần nhập viện để điều trị tắc ruột sau mổ, phần lớn bệnh nhân mới nhập viện lần đầu tiên để điều trị (52,6%). Cá biệt có trường hợp nhập viện điều trị đến 5 lần.

Bảng 3. Thời gian điều trị nội khoa bảo tồn

Thời gian điều trị bảo tồn (ngày)	Điều trị nội khoa	Tắc ruột do dính đơn thuần	Tắc ruột do dính có biến chứng
	n = 71	n = 42	n = 10
1	0	1	4
2	0	2	1
3	1	4	3
4	4	6	1
5	7	9	0
6	10	5	1
7	18	4	0
8	15	2	0
9	9	3	0
10	5	1	0
11	2	2	0
12	0	1	0
13	0	1	0

Có 52 trường hợp nhập viện phải được phẫu thuật (mổ mở, mổ nội soi) để giải quyết nguyên nhân dính. Khoảng thời gian theo dõi trước khi chỉ định mổ của nhóm phẫu thuật chung là 5,2 ngày (thay đổi từ vài giờ đến 13 ngày), của nhóm tắc ruột

do dính đơn thuần là 5,8 ngày, của nhóm tắc ruột do dính có biến chứng là 2,5 ngày. Thời gian theo dõi trước khi chỉ định mổ của nhóm tắc ruột do dính có biến chứng (thắt nghẹt, hoại tử) ngắn hơn nhóm dính đơn thuần (5,8 ngày so với 2,5 ngày).

Bảng 4. So sánh tắc ruột do dính đơn thuần và tắc ruột do dính đã có biến chứng

Triệu chứng trước mổ	Tắc ruột do dính đơn thuần		Tắc ruột do dính có biến chứng		p
	n (42)	%	n (10)	%	
Phản ứng thành bụng	2	4,8	8	80	<0,05
Mạch >90 l/phút	9	21,4	10	100	<0,05
Sốt > 38°C	14	33,3	8	80	<0,05
Bạch cầu >15000	32	76,2	9	90	>0,05
Ure máu tăng	28	66,7	8	80	>0,05

IV. BÀN LUẬN

Các số liệu gần đây cho thấy sự hình thành dính sau mổ gặp trong 93 -100% trường hợp và hầu như không thể tránh được[4]. Trong số này, nguy cơ diễn tiến thành tắc ruột trên lâm sàng thay đổi từ 0,3% - 10,7% tùy theo tác giả[5]. Sự hình thành dính sau

các phẫu thuật bụng có cả hai mặt lợi và hại. Một mặt, nó giúp khu trú các phản ứng viêm và sự rò rỉ dịch tiêu hóa từ các miệng nối. Mặt khác, nó thể gây gập góc, xoắn, hẹp làm cản trở sự lưu thông của dịch tiêu hóa dẫn tới tắc ruột. Tắc ruột có thể xảy ra rất sớm sau mổ như trong nghiên cứu

Bệnh viện Trung ương Huế

của chúng tôi là 9 ngày, hoặc rất lâu sau mổ (có thể tới 33 năm). Các phẫu thuật thường liên quan đến tắc ruột sau mổ là các phẫu thuật cắt ruột thừa hở. Đường mổ thường gặp nhất là đường Macburney và đường giữa trên và dưới rốn. Các nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự [3].

Chẩn đoán tắc ruột sau mổ thường dựa vào các triệu chứng kinh điển của hội chứng tắc ruột, bao gồm đau bụng, nôn mửa, bí trung đại tiện và chướng bụng kết hợp với tiền sử phẫu thuật vùng bụng. Tuy nhiên, các triệu chứng kinh điển này không phải khi nào cũng đầy đủ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có đau bụng và bí trung đại tiện là luôn luôn xuất hiện. Các triệu chứng còn lại có thể không đầy đủ. Theo Bùi Thanh Hải (2008), có 10% bệnh nhân không nôn, và 15% bệnh nhân không trướng bụng [1]. Theo Phạm Như Hiệp (1996), hai triệu chứng có ở tất cả các trường hợp là đau bụng và trướng bụng, ít gặp nhất là phản ứng thành bụng (6%), các triệu chứng khác như quai ruột nổi, dấu rắn bò, điểm đau khu trú) xuất hiện với tần suất thay đổi trong 13 -82% [2].

Xét về khoảng thời gian điều trị bảo tồn, một số tác giả cho rằng chỉ nên theo dõi bệnh nhân trong khoảng thời gian 24-48 giờ, nếu không có kết quả thì nên chỉ định mổ để tránh các biến chứng nguy hiểm do chỉ định mổ chậm trễ gây ra. Hướng dẫn điều trị tắc ruột non do dính Bologna năm 2013 khuyến cáo rằng các bệnh nhân không có các dấu hiệu của thất bại, viêm phúc mạc hoặc không có triệu chứng nôn nhiều liên tục, bệnh nhân bán tắc ruột có thể được điều trị nội an toàn [10]. Một số tác giả khác cho rằng có thể theo dõi bệnh nhân dài hơn. Shih (2013) cho rằng có thể theo dõi tới 12 ngày (trung bình 6,9 ngày) nếu bệnh nhân được theo dõi sát, không có các dấu hiệu gợi ý biến chứng xảy ra trên lâm sàng [6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng cho kết quả tương tự, thời gian điều trị nội của chúng tôi dài nhất là 11 ngày, trung bình 7,2 ngày. Trong tất cả các trường hợp này, các bệnh nhân đều hồi phục và không có biến chứng gì xảy ra. Thật vậy, theo Fevang (2004) mặc dù bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật giảm nguy cơ nhập viện

trong tương lai vì tắc ruột do dính nhưng nguy cơ của tắc ruột do dính tái phát cần phải phẫu thuật lại trong tương lai không khác nhau giữa nhóm điều trị phẫu thuật và điều trị nội khoa bảo tồn [5]. Williams và CS (2005) trong nghiên cứu so sánh giữa điều trị bảo tồn và phẫu thuật ở bệnh nhân tắc ruột non cũng cho thấy mặc dù các bệnh nhân điều trị phẫu thuật có tần suất tái phát thấp hơn và thời gian tái phát lâu hơn nhưng thời gian nằm viện của họ cũng dài hơn các bệnh nhân được điều trị bảo tồn [12].

Một số nghiên cứu đã nêu lên vai trò của các chất cản quang tan trong nước như gastrographin trong tiên lượng và điều trị tắc ruột do dính sau mổ [9]. Chen (2005) và CS còn điều trị các bệnh nhân bán tắc ruột do dính sau mổ với phác đồ đường uống bao gồm magie sulfat, L. acidophilus, và simethicone an toàn, hiệu quả và làm giảm thời gian nằm viện [7]. Tuy nhiên, các phương pháp này cần được nghiên cứu nhiều hơn trước khi áp dụng vào thực tế thực hành lâm sàng.

Khi so sánh triệu chứng khi chỉ định mổ của nhóm tắc ruột đơn thuần và nhóm đã có biến chứng, ta thấy các dấu hiệu như sốt cao, mạch nhanh, bạch cầu tăng, phản ứng thành bụng, tăng ure máu đều xuất hiện nhiều hơn ở nhóm tắc ruột đã có biến chứng. Điều này chứng tỏ rằng các dấu hiệu trên là gợi ý của thất bại hoặc hoại tử ruột. Tuy nhiên, các triệu chứng trên không phải khi nào cũng xảy ra đồng thời và đầy đủ. Phần lớn các bệnh nhân được chỉ định phẫu thuật (42/52 trường hợp) thực sự chưa có biến chứng thất bại hay hoại tử ruột khi mở bụng. Điều này gợi ý rằng, các bệnh nhân này có thể tự khỏi nếu ta kiên định điều trị bảo tồn trong khoảng thời gian dài hơn.

V. KẾT LUẬN

Tần suất thực tế của các biến chứng nghiêm trọng ở bệnh nhân tắc ruột non do dính sau mổ là khá thấp. Phần lớn các bệnh nhân có thể được điều trị bảo tồn. Với điều kiện bệnh nhân được theo dõi sát, thời gian điều trị bảo tồn có thể kéo dài trên 10 ngày trước khi chỉ định mổ. Các dấu hiệu mạch nhanh, sốt cao, phản ứng thành bụng có thể được sử dụng để tiên lượng và chỉ định mổ lúc vào viện hoặc trong quá trình theo dõi.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bùi Thanh Hải (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, Xquang, siêu âm và chỉ định điều trị tắc ruột sau mổ*, Luận án Tiến sĩ, Học viện Quân y,
2. Phạm Như Hiệp (1996), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định điều trị tắc ruột sau mổ*, Luận án Phó Tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Học viện Quân Y, Bộ Quốc Phòng, tr. 87-89.
3. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu (2010), “Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ”, *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14(4), tr. 1-7.
4. Diaz, JJ Jr, Bokhari, F, Mowery, NT, Acosta, JA, Block, EF, Bromberg, WJ (2008), “Guidelines for management of small bowel obstruction”, *J Trauma*, 64 (6), pp. 1651-64.
5. Fevang, B. T., Fevang, J., Lie, S. A., Soreide, O., Svanes, K., Viste, A. (2004), “Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction”, *Ann Surg*, 240 (2), pp. 193-201.
6. Shih, S. C., Jeng, K. S., Lin, S. C., Kao, C. R., Chou, S. Y., Wang, H. Y., Chang, W. H., Chu, C. H., Wang, T. E. (2003) “Adhesive small bowel obstruction: how long can patients tolerate conservative treatment?”, *World J Gastroenterol*, 9(3), pp. 603-5.
7. Shyr-Chyr Chen, Lee Chien-Chang, Chiung-Yuan Hsu, Yen Zui-Shen, Fang Cheng-Chung, H. M. Ma Matthew, Wen-Jone Chen, Lai Hong-Shiee, Lee Po-Huang, Lin Fang-Yue, Chen Wei-Jao (2005), “Progressive Increase of Bowel Wall Thickness Is a Reliable Indicator for Surgery in Patients With Adhesive Small Bowel Obstruction”, *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(9), 1764-71.
8. Daniel I. Chu, Melanie L. Gainsbury, Lauren A. Howard, Arthur F. Stucchi, James M. Becker (2013) “Early Versus Late Adhesiolysis for Adhesive-Related Intestinal Obstruction: A Nationwide Analysis of Inpatient Outcomes”, *Journal of Gastrointestinal Surgery*, 17(2), pp. 288-97.
9. Salomone Di Saverio, Fausto Catena, Luca Ansaloni, Margherita Gavioli, Massimo Valentino, Antonio Daniele Pinna (2008), “Water-Soluble Contrast Medium (Gastrografin) Value in Adhesive Small Intestine Obstruction (Asio): A Prospective, Randomized, Controlled, Clinical Trial”, *World J Surg*, 32(10), pp. 2293-304.
10. Salomone Di Saverio, Federico Coccolini, Marica Galati, Nazareno Smerieri, Walter L. Biffl, Luca Ansaloni, Gregorio Tugnoli, George C. Velmahos, Massimo Sartelli, Cino Bendinelli, Gustavo Pereira Fraga, Michael D. Kelly, Frederick A. Moore, Vincenzo Mandalà, Stefano Mandalà, Michele Masetti, Elio Jovine, Antonio D. Pinna, Andrew B. Peitzman, Ari Leppaniemi, Paul H. Sugarbaker, Harry Van Goor, Ernest E. Moore, Johannes Jeekel, Fausto Catena (2013), “Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group”, *World Journal of Emergency Surgery*, 8
11. Osarumwense Osifo, Mike Ovueni (2010), “Is nonoperative management of adhesive intestinal obstruction applicable to children in a resource-poor country?”, *African Journal of Paediatric Surgery: AJPS*, 7(2), pp. 66-70.
12. Stephen B. Williams, Jose Greenspon, Heather A. Young, Bruce A. Orkin (2005), “Small Bowel Obstruction: Conservative vs. Surgical Management”, *Diseases of the Colon & Rectum*, 48(6), pp. 1140-6.