

THIẾU MÁU CẤP MẠC TREO RUỘT: NHẬN 9 TRƯỜNG HỢP ĐƯỢC PHẪU THUẬT TẠI BỆNH VIỆN VIỆT ĐỨC

**NGUYỄN TRẦN THỦY,
BÙI TRUNG NGHĨA, TRỊNH HỒNG SƠN**

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu mạc treo được định nghĩa là tình trạng tưới máu không đủ cho nhu cầu chuyển hóa của bất cứ cơ quan chính yếu nào được cung cấp máu bởi tuần hoàn mạc treo bao gồm dạ dày, gan, túi mật, tụy, lách, ruột non và đại tràng [11]. Thiếu máu cấp mạc treo ruột (acute mesenteric ischemia) được phân loại theo 4 nhóm nguyên nhân đó là thuyên tắc (embolus) động mạch mạc treo tràng trên (ĐMMTTT), huyết khối (thrombosis) ĐMMTTT, thiếu máu mạc treo không do tắc nghẽn (non-occlusive mesenteric ischaemia) và huyết khối tĩnh mạch mạc treo [3], [12]. Đối với thiếu máu đại tràng do thiếu máu động mạch mạc treo tràng dưới hoặc sự chèn ép ruột từ bên ngoài cùng với sự tạo huyết khối tĩnh mạch mạc treo

thứ phát thì có sự khác biệt về mặt nguyên nhân và biểu hiện lâm sàng [4].

Thiếu máu cấp tính mạc treo ruột là một cấp cứu chiếm khoảng 0,1-0,9% tổng số bệnh nhân nhập viện vì đau bụng, cần phải chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời để phục hồi lưu lượng máu cấp cho mạc treo ruột và để tránh hoại tử ruột, tử vong [4], [10]. Bệnh thường chẩn đoán muộn do triệu chứng lâm sàng không điển hình và các xét nghiệm thường quy không đặc hiệu để chẩn đoán. Tỷ lệ tử vong sau mổ khoảng 60-90%. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục đích nhìn lại chẩn đoán và phân tích nguyên nhân, cơ chế bệnh sinh của bệnh lý phức tạp này góp một phần giúp cho các phẫu thuật viên lưu ý phát hiện bệnh sớm để có phương hướng điều trị kịp thời.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng.

Nghiên cứu này được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân có chẩn đoán ra viện là hoại tử ruột hoặc thiếu máu ruột do thiếu máu cấp mạc treo ruột được phẫu thuật tại Bệnh viện Việt Đức ở mọi lứa tuổi không phân biệt về giới từ tháng 7/2005 đến tháng 12/2007.

2. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

Bệnh nhân được chẩn đoán ra viện là hoại tử ruột hoặc thiếu máu ruột do thiếu máu cấp mạc treo ruột được điều trị phẫu thuật.

Tiêu chuẩn loại trừ

- Chẩn đoán thiếu máu cấp mạc treo ruột mà không phẫu thuật
- Hoại tử ruột do nguyên nhân khác: viêm ruột hoại tử, tắc ruột, xoắn ruột...

3. Phương pháp.

Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng, hồi cứu. Hồ sơ được thu thập qua các bước: tra tên bệnh nhân trong sổ giao ban nội trú từ đó lấy hồ sơ tại phòng lưu trữ Bệnh viện Việt Đức. Các số liệu được thu thập bao gồm tuổi, giới, các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm máu, các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đánh giá trước và trong mổ. Chẩn đoán tắc mạch mạc treo ruột dựa vào sự ghi nhận tổn thương trong biên bản phẫu thuật của từng hồ sơ bệnh án.

Xử lý số liệu: Dùng phần mềm thống kê y học SPSS 13.0

KẾT QUẢ

Trong số 9 bệnh nhân, có 4 nữ (44,4%) và 5 nam (55,6%). Tuổi trung bình là $60 \pm 13,5$ tuổi, thấp nhất là 35, cao nhất là 78.

Đặc điểm lâm sàng của 9 bệnh nhân

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của 9 bệnh nhân

| Đặc điểm lâm sàng | Số BN | Tỷ lệ % |
|---------------------|-------|---------|
| Đau bụng | 9 | 100 |
| Sốt | 3 | 33.3 |
| Nôn | 1 | 11.1 |
| Bí trung đại tiện | 4 | 44.4 |
| Phân có máu | 2 | 22.2 |
| Rối loạn tri giác | 1 | 11.1 |
| Bụng chướng | 9 | 100 |
| Phản ứng thành bụng | 5 | 55.6 |
| Viêm phúc mạc | 4 | 44.4 |

Bảng 2: Tiền sử và bệnh phối hợp

| Bệnh phối hợp | Bệnh nhân | Tỷ lệ (%) |
|------------------------|-----------|-----------|
| Tăng huyết áp | 2 | 22.2 |
| Tai biến mạch máu não | 1 | 11.1 |
| Bệnh van tim, LNHT | 1 | 11.1 |
| Rung nhĩ | 1 | 11.1 |
| Tiền sử | | |
| Nghiên rượu, xơ gan | 1 | 11.1 |
| Sau mổ cắt khối tá tụy | 1 | 11.1 |
| Sau mổ tim phổi máy | 1 | 11.1 |
| Cắt 3/4 dạ dày | 1 | 11.1 |

Bảng 3: Đặc điểm cận lâm sàng

| | Số BN | Tỷ lệ (%) |
|---------------------------------|-------|-----------|
| Bạch cầu > 1000/mm ³ | 5 | 55.6 |
| Hematocrit > 50% | 2 | 22.2 |
| Creatinin > 180 #mol/l | 4 | 44.4 |
| XQ bụng (9) | | |
| Bình thường | 1 | 11.1 |
| Mức nước hơi | 2 | 22.2 |
| Quai ruột giãn | 6 | 66.7 |
| Siêu âm bụng (9) | | |
| Dịch ổ bụng | 5/9 | 55.6 |
| Quai ruột giãn | 2/9 | 22.2 |
| Thành ruột dày | 4/9 | 44.4 |
| Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng | 2 | 22.2 |

CLVT bụng chỉ được thực hiện cho 2 bệnh nhân, chỉ có một trường hợp chụp với thuốc cản quang. Cả hai trường hợp đều có hình ảnh quai ruột giãn và thành ruột non dày.

Bảng 4: Danh sách bệnh nhân và chẩn đoán trước mổ

| Số TT | Họ và tên | Giới | Tuổi | Chẩn đoán trước mổ | Mã hồ sơ |
|-------|---------------|------|------|-----------------------------|-----------|
| 1 | Đặng Thị Ng | Nữ | 56 | VPM tiên phát | 21002-K65 |
| 2 | Ngô Ngọc T | Nam | 35 | VPM do viêm ruột hoại tử | 18436-K65 |
| 3 | Đặng Thị Đ | Nữ | 58 | Tắc ruột | 1667-K56 |
| 4 | Nguyễn Thị M | Nữ | 46 | Tắc mạch mạc treo | 6663-K59 |
| 5 | Nguyễn Thị Ch | Nữ | 58 | Tắc ruột | 28168-K59 |
| 6 | Nguyễn An T | Nam | 78 | Tắc ruột do bã thức ăn | 3176-K56 |
| 7 | Bùi Văn T | Nam | 72 | Tắc mạch mạc treo | 7718-I74 |
| 8 | Nguyễn Văn M | Nam | 70 | VPM do thủng tạng rỗng | 6722-I74 |
| 9 | Vư Văn L | Nam | 67 | Viêm tụy hoại tử sau mổ DPC | 13662-T81 |

BÀN LUẬN

1. Sự cấp máu của ruột.

Khoảng 20-25% cung lượng máu được phân bố cho các ĐM tạng bao gồm ĐM thân tạng, ĐMNTT và ĐMNTD. ĐM thân tạng cấp máu cho dạ dày, lách, một phần gan và tụy, đoạn I, II tá tràng. ĐMNTT cấp máu cho đoạn II, III tá tràng, toàn bộ ruột non và đại tràng góc lách. ĐMNTD cấp máu cho đại tràng xuống, đại tràng sigma và trực tràng. TMMTT không có van, nhận máu trở về từ ruột non, đại tràng phải, một phần của tá tụy và dạ dày (TMMTT thường kết hợp với thân tĩnh mạch lách – mạc treo tràng tạo thành tĩnh mạch cửa). Bất kỳ nếu tắc ĐM hay TM mạc treo đều có thể dẫn tới thiếu máu ruột nếu tuần hoàn bên không đủ cấp máu thay thế hoặc không được xử trí kịp thời.

2. Nguyên nhân và cơ chế bệnh sinh.

Nguyên nhân thiếu máu cấp tính mạc treo ruột có thể chia thành 4 nhóm sau:

Bảng 5: Nguyên nhân thiếu máu mạc treo ruột theo Oldenburg WA.

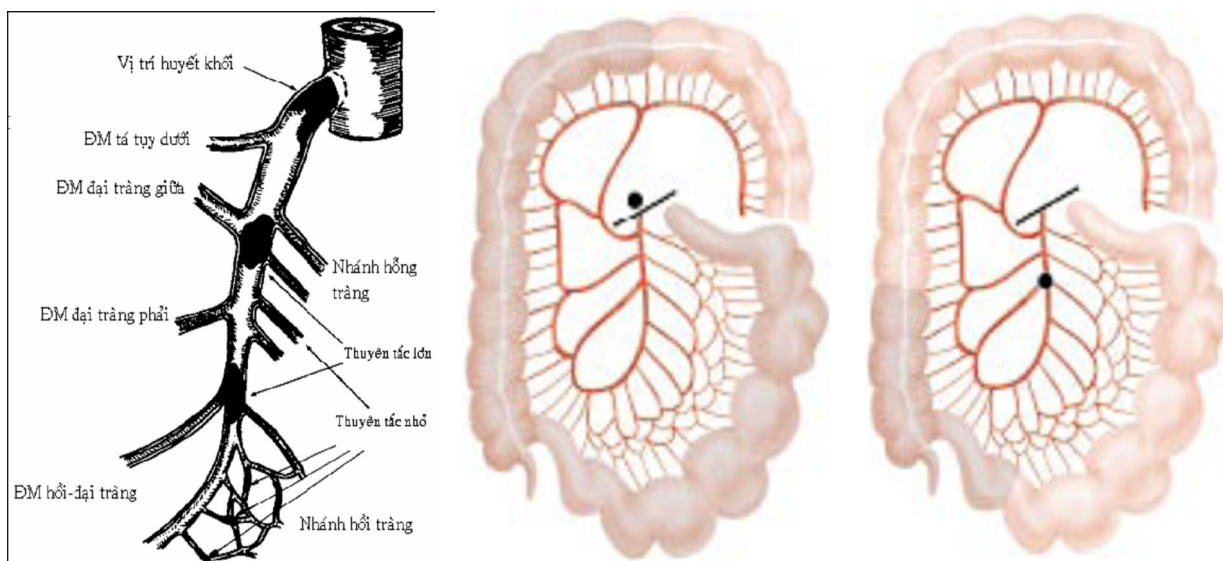
| Nguyên nhân | Tỷ lệ (%) | Biểu hiện | Yếu tố nguy cơ | Điều trị |
|-------------------------------------|-----------|-------------------|---|---|
| Tắc ĐMMT (arterial embolism) | 40-50 | Cấp tính | Loạn nhịp, nhồi máu cơ tim, thấp tim, rung nhĩ, tiền sử nghẽn mạch | Lấy huyết khối, papaverine, cắt đoạn ruột hoại tử |
| Nghẽn ĐMMT (arterial thrombosis) | 25 | Âm thầm, tăng dần | Vữa xơ ĐM, tăng đông, rối loạn estrogen | Papaverine, lấy huyết khối, cắt đoạn ruột hoại tử, làm cầu nối mạch |
| Không tắc nghẽn (nonocclusive) | 20 | Cấp hoặc bán cấp | Giảm cung lượng máu, huyết áp thấp, ngộ độc digoxin, block α -receptor, tim phổi máy, sốc tim, nhiễm trùng | Điều trị nguyên nhân, papaverine, cắt đoạn ruột |
| Nghẽn tĩnh mạch (venous thrombosis) | 5-10 | Bán cấp | Suy tim phải, tắc tĩnh mạch sâu, tăng áp lực TM cửa, viêm gan, viêm tụy, sau phẫu thuật bụng, bệnh HC hình liềm | Lấy huyết khối, cắt đoạn ruột, heparin, |

- Tắc ĐMMTTT trên do thuyên tắc

Thường hiếm khi có tiền sử thiếu máu ruột trước đó. Cục huyết khối gây thuyên tắc ĐM mạc treo thường xuất phát từ tim. Thường xảy ra ở những bệnh nhân có bệnh van tim, dẫn nhĩ trái, nhồi máu cơ tim, loạn nhịp nhĩ, dẫn buồng thất kèm với u nhầy. Thuyên tắc do thầy thuốc tạo ra có thể xảy ra sau thông tim, chụp mạch. Cục huyết khối có thể làm tắc nghẽn hoàn toàn hoặc một phần lòng động mạch [8].

Huyết khối thường có xu hướng nằm tại những vị trí giải phẫu có hẹp tự nhiên, thường là ngay sau chỗ xuất phát chính của động mạch. Điển hình cục huyết khối thường nằm sau gốc ĐMMTTT vài centimet. Vì vậy khi có tắc nghẽn thì còn lại vài nhánh gần nuôi hồng tràng không bị thiếu máu và đoạn gần của hồng tràng được bảo tồn. [1], [10]

Sơ đồ 1: biểu hiện vị trí thường gặp của HK và thuyên tắc ĐMMTTT [10].



- Tắc ĐMMTTT cấp do huyết khối

Huyết khối xảy ra tại những vị trí hẹp do xơ vữa động mạch nặng, thường nhất tại gốc ĐMMTTT. Những bệnh nhân thường có triệu chứng báo trước của thiếu máu mạc treo mạn tính, bao gồm đau bụng cơn sau ăn, sợ thức ăn, tiêu chảy, sút cân. Hầu hết bệnh nhân có vữa xơ ĐM lan tỏa kèm tiền sử thiếu máu mạch vành, mạch não, mạch ngoại biên [8].

Phần lớn những bệnh nhân này, mảng vữa xơ tại gốc ĐMMTTT có thể tiến triển trong thời gian nhiều năm. Do đó đã có tuần hoàn bàng hệ đến ĐMMTTT, chủ yếu từ ĐM thân tạng và ĐMMTTD. Khi có mất nước, cung lượng tim giảm và tình trạng tăng đông là những yếu tố góp phần tạo huyết khối tại những vị trí

hẹp. Trong trường hợp huyết khối tại gốc của ĐMMTTT thì thiếu máu ruột sẽ xảy ra từ đoạn đầu hồng tràng đến đoạn giữa đại tràng ngang.

- Thiếu máu mạc treo ruột không do tắc nghẽn (nonocclusive mesenteric ischemia), hoặc "hoại tử ruột mà có mạch máu mạc treo thông thoáng", là một tình trạng hiếm gặp do các mạch máu nhỏ bị co thắt nặng, liên tục gây ra thiếu máu ruột [6] [8]. Bệnh lý này được Ende mô tả lần đầu tiên vào năm 1958, sự co mạch mạc treo ruột mạnh và kéo dài dẫn đến thiếu hụt lưu lượng mao mạch mạc treo ruột gây ra vòng xoắn thiếu máu cục bộ và tình trạng nhiễm trùng toàn thân. Tác động này được tăng thêm với những rối loạn trước đó của mạch máu mạc treo ruột.

Trường hợp huyết áp bình thường, tuy hẹp nhưng #M mạc treo ruột vẫn cung cấp đủ lưu lượng máu. Khi trụ mạch sẽ làm giảm lưu lượng đáng kể và gây nên tác động trên. Đa số trường hợp xảy ra trong tình trạng hạ huyết áp do nhiều nguyên nhân khác nhau như nhồi máu cơ tim, suy tim, mất máu nặng, choáng nhiễm trùng, nhịp nhanh thất kịch phát, loạn nhịp, phẫu thuật tim có hỗ trợ THNCT đã được tác giả Allen [2] thông báo. Ngoài ra, các thuốc gây co mạch được dùng điều trị choáng, tình trạng cô đặc máu, chạy thận nhân tạo, Digoxin được coi như là những yếu tố hỗ trợ cho biến chứng này.

- Huyết khối tĩnh mạch

Rất khó phân biệt giữa tắc ĐM và TM nhất là ở giai đoạn cuối. Hơn nữa, huyết khối TM có thể thứ phát sau tắc ĐM. Những yếu tố thuận lợi cho chẩn đoán huyết khối tĩnh mạch là tình trạng tăng đông máu như: thiếu antithrombin III, thiếu Protein S, thiếu Protein C, tăng kháng thể cardiolipin, thrombocytose. Tần suất huyết khối tĩnh mạch gia tăng ở những BN có tăng áp lực tĩnh mạch cửa, viêm nhiễm ổ bụng, chấn thương bụng, tiền căn viêm tắc tĩnh mạch sâu, rối loạn hormon (phụ nữ có thai, những phụ nữ sử dụng thuốc tránh thai lâu ngày), sau phẫu thuật bụng... Ngoài ra còn có yếu tố gia đình, tỷ lệ này tăng nên khi có gen di truyền gây huyết khối với sự đột biến G1691A mã hóa yếu tố V, đột biến Sự đột biến G20210A mã hóa yếu tố II. Trong số các thể TMMTR cấp, huyết khối tĩnh mạch có tiên lượng tốt nhất với tỷ lệ tử vong từ 20%-38% [7].

3. Chẩn đoán.

Chẩn đoán thiếu máu mạc treo cấp rất cần thiết nhưng cũng là một thách thức trên lâm sàng vì những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thường đa dạng và không đặc hiệu. Khả năng chịu đựng thiếu máu của ruột kém (chỉ 120-180 phút) [9], do đó đòi hỏi phải chẩn đoán nhanh, chính xác để có hướng điều trị thích hợp với mục đích giảm được tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/nữ là 5/4, không giống như những báo cáo của các tác giả nước ngoài là thiếu máu mạc treo chiếm thường gặp ở nữ [4]. Tuy nhiên nghiên cứu của Nguyễn Tuấn và cộng sự thực hiện tại Bệnh viện Chợ Rẫy cho kết quả tương tự chúng tôi. Tuổi trung bình bệnh nhân 60 tuổi, kết quả này cũng tương tự như những báo cáo của các tác giả khác.

Theo bảng 1 trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng thường gặp nhất chiếm 100%, tiếp theo là bí trung đại tiện 44.4%, sốt 33.3%, phân có máu chiếm 22.2%. Khi thăm khám 33.3% bệnh nhân có sốt, 100% bệnh nhân có chướng bụng, dấu hiệu phản ứng thành bụng chiếm 55.6%, dấu hiệu viêm phúc mạc chiếm 44.4%. Đây là những dấu hiệu thường gặp ở những bệnh nhân thiếu máu mạc treo cấp và tỉ lệ này cũng tương tự các báo cáo khác.

Theo bảng 2, trên xét nghiệm cận lâm sàng có 55.6% bệnh nhân bạch cầu cao, dấu hiệu cô đặc

máu Hematocrit > 50% chiếm 22.2%, dấu hiệu suy thận 44.4%. Kết quả này cũng phù hợp với giai đoạn muộn của bệnh.

Những phương tiện chẩn đoán cơ bản chỉ phát hiện những dấu hiệu thay đổi của ruột trong giai đoạn muộn, trên XQ bụng dấu hiệu quai ruột giãn 66.7%, dấu hiệu mức nước hơi 22.2%. Siêu ổ bụng phát hiện dịch ổ bụng 55.6%, quai ruột giãn 22.2%, thành ruột dày 44.4% (theo bảng 3). Không có trường hợp nào được làm siêu âm Doppler mạch. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (CLVTOB) với tiêm thuốc cản quang là phương tiện chẩn đoán có thể cung cấp toàn bộ các tình trạng trong ổ bụng nhanh chóng, có thể chẩn đoán tắc mạch mạc treo với độ nhạy 64-82%, độ đặc hiệu 92% [5], [9].

Dấu hiệu đặc hiệu của CLVT trong chẩn đoán thiếu máu mạc treo do tắc ĐM/TTT là: huyết khối ĐM/TTT, hơi trong thành ruột, thành ruột không bắt thuốc cản quang, dấu hiệu thiếu máu tạng đặc. Trong trường hợp thiếu máu mạc treo ruột không do tắc nghẽn thì phương tiện chẩn đoán chính là chụp mạch máu (angiography) với 4 tiêu chuẩn: hẹp tại gốc của các nhánh ĐM/TTT; có chỗ giãn, hẹp luân phiên của các nhánh mạc treo, dấu hiệu "chuỗi xúc xích" (string of sausage sign); co thắt cung mạch mạc treo; sự giảm đổ đầy các mạch máu dưới niêm mạc [4].

Dấu hiệu trực tiếp trên CLVT của tắc TMMTTT [7]: hình ảnh tăng tỷ trọng ở giữa tĩnh mạch mạc treo tràng trên, sau khi tiêm thuốc cản quang, thì tĩnh mạch (80 giây). Nhìn rõ viền tăng tỷ trọng ở xung quanh. Dấu hiệu gián tiếp: máu trong ổ bụng, thành ruột dày, nhiều khí trong ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 2 trường hợp được CLVTOB, trong đó một trường hợp có tiêm thuốc cản quang (bệnh án 7), còn 1 trường hợp không có tiêm thuốc (bệnh án 8). Cả hai trường hợp đều phát hiện được dấu hiệu thành ruột dày, nhiều hơi trong ruột và dịch ổ bụng. Tiêu chuẩn vàng để khẳng định là tắc ĐM hay TM là phải có hình ảnh huyết khối trên chụp mạch mạc treo ruột hoặc CLVTOB có tiêm thuốc hoặc thấy huyết khối trong mổ. Theo bảng 4 chỉ có 2 bệnh nhân (bệnh án 4, 7) là được chẩn đoán trước mổ là tắc mạch mạc treo, còn lại 3 bệnh nhân chẩn đoán là tắc ruột (bệnh án 3,5,6), 3 bệnh nhân chẩn đoán viêm phúc mạc (bệnh án 1,2,8) và 1 bệnh nhân chẩn đoán viêm tụy hoại tử sau mổ. Đáng tiếc tất cả bệnh nhân của chúng tôi đều không được mô tả tổn thương một cách rõ ràng trong mổ (chỉ chẩn đoán là thiếu máu hoặc hoại tử ruột do tắc mạch mạc treo) nên không thể phân biệt được chính xác bệnh nhân bị tắc ĐM/TTT hay TMMTTT. Việc phân tích từng bệnh nhân, từ tiền sử, bệnh lý kết hợp, diễn biến bệnh và thương tổn trong mổ có thể giúp chúng tôi một phần nào nghĩ đến nguyên nhân gây tắc mạch mạc treo dựa theo phân loại ở bảng 5.

- *Bệnh án 1 (bảng 2,4):* Bệnh nhân nữ, tiền sử tăng huyết áp nhiều năm, đau bụng 4 ngày, không sốt, khám bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc, bạch cầu

5400, XQ và siêu âm không có dấu hiệu đặc hiệu, thương tổn trong mổ: hoại tử một đoạn hồi tràng 10cm. Chúng tôi nghĩ nhiều đến nguyên nhân do tắc ĐMMTTT.

- *Bệnh án 2(bảng 2,4)*: Bệnh nhân nam 35 tuổi, nghiện rượu nhiều năm, xơ gan, đau bụng âm ỉ 1 tuần, vào viện có sốt, bạch cầu 13500, khám bụng có phản ứng ở hố chậu trái, thương tổn trong mổ đại tràng trái xung huyết sẫm màu, mạch mạc treo đập tốt. Chúng tôi nghĩ nhiều đến tắc một nhánh TMMTTT. Chú ý rằng theo Whalberg E thì bệnh nhân thiếu máu mạc treo do huyết khối TMMTTT thường trẻ hơn bệnh nhân tắc ĐMMTTT.

- *Bệnh án 3(bảng 2,4)*: bệnh nhân nữ 58 tuổi, đang điều trị rung nhĩ, đau bụng 2 ngày, khám bụng có phản ứng, phân có máu, thương tổn trong mổ 1.2m đoạn ruột cách góc treitz 70cm hoại tử, chúng tôi nghĩ nhiều đến thuyên tắc ĐMMTTT.

- *Bệnh án 4(bảng 2,4)*: bệnh nhân nữ 46 tuổi, hẹp van hai lá, tim loạn nhịp hoàn toàn, đau bụng 1 ngày, phân có máu, khám bụng có phản ứng, thương tổn trong mổ: hồng tràng cách góc treitz 40cm, hồi tràng, đại tràng lên hoại tử tím thối. Chúng tôi nghĩ nhiều đến tắc ĐMMTTT.

- *Bệnh án 5(bảng 2,4)*: bệnh nhân nữ 58 tuổi, tiền sử cắt 3/4 dạ dày, đau bụng 3 ngày, bụng có phản ứng thương tổn trong mổ: toàn bộ ruột non, vùng nối vị tràng hoại tử đen. Chúng tôi nghĩ nhiều khả năng tắc TMMTTT.

- *Bệnh án 6(bảng 2,4)*: bệnh nhân nam 78 tuổi, tai biến mạch máu não, khám bụng có phản ứng, thương tổn trong mổ 60cm đoạn ruột non cách hồi manh tràng 40cm giãn to, ứ huyết. Chúng tôi nghĩ đến tắc ĐMMTTT.

- *Bệnh án 7(bảng 2,4)*: bệnh nhân nam 72 tuổi, tăng huyết áp, bụng có dấu hiệu viêm phúc mạc, chụp CLVT ổ bụng có tiêm thuốc có hình ảnh thành ruột dày, hơi trong lòng ruột nhiều. Thương tổn trong mổ: 50 cm đoạn ruột non cách góc treitz 30cm sung huyết phù nề, thành ruột dày, mạch mạc treo đập yếu. Nghĩ đến huyết khối ĐMMTTT.

- *Bệnh án 8(bảng 2,4)*: bệnh nhân nam 70 tuổi, sau mổ bắc cầu chủ vành 1 ngày, đau bụng, lơ mơ, khám bụng có phản ứng, chụp CLVT ổ bụng không tiêm thuốc có dấu hiệu thành ruột dày, khí trong ổ bụng (xung quanh vùng đặt dẫn lưu màng tim, chúng tôi nghĩ đây là dẫn lưu đã đặt qua ổ bụng) nên chẩn đoán trước mổ là viêm phúc mạc do thủng tạng rỗng. Thương tổn trong mổ 60cm hồi tràng, đại tràng sigma hoại tử. Chúng tôi nghĩ đây là trường hợp thiếu máu mạc treo ruột sau mổ tim có tuần hoàn ngoài cơ thể(THNCT). Tần suất thiếu máu mạc treo ruột sau phẫu thuật tim với THNCT thay đổi từ 0,2%-0,36%. Nếu như biến chứng này tương đối hiếm thì hậu quả hết sức trầm trọng do tử vong từ 67%-100% [2].

- *Bệnh án 9(bảng 2,4)*: bệnh nhân nam 67 tuổi, sau mổ cắt khối tá tụy 4 ngày, bụng chướng, khám có dấu hiệu viêm phúc mạc, thương tổn trong mổ hoại tử

toàn bộ ruột non. Chúng tôi nghĩ rằng hiểu rõ phân bố giải phẫu TMMTTT sẽ giúp cho phẫu thuật viên tiến hành thuận lợi những phẫu thuật vùng rốn gan, tụy tạng, mạc treo ruột như: cắt khối tá tụy, nạo vét hạnh đầu tụy, cuống gan. Theo Trịnh Hồng Sơn với nghiên cứu giải phẫu TMMTTT trên 54 bệnh phẩm phẫu tích tử thi người lớn đã rút ra kết luận: đối với ung thư đầu tụy để đảm bảo lấy hết hạch và tổ chức ung thư việc bộc lộ rõ đoạn cố định TMMTTT là cần thiết. Khi phẫu tích mặt sau cần phải phải phẫu tích từng mm để kiểm soát tốt các nhánh (từ 2-3 nhánh) tới khi đầu tụy đổ vào. Tất nhiên cần lưu ý tới ĐMMTTT dù chỉ có 1 trường hợp trong nghiên cứu thấy ĐM ở bờ phải TM và 38 trường hợp ĐM, TM không chạy sát liền nhau.

KẾT LUẬN

Thiếu máu cấp tính mạc treo ruột là bệnh hiếm gặp, triệu chứng lâm sàng không điển hình, các xét nghiệm thường quy không đặc hiệu cho chẩn đoán. Tuy nhiên khi gặp bệnh cảnh lâm sàng bệnh nhân đau bụng có kèm theo các yếu tố nguy cơ, khám bệnh không thể tìm ra được một lý do giải thích thì bác sỹ cần phải nghĩ ngay đến tắc mạch mạc treo. Việc chỉ định chụp CLVT có tiêm thuốc hay chụp mạch mạc treo ruột sẽ giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh những trường hợp chẩn đoán muộn khi đã có hoại tử ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acosta S, #gren M, Sternby N-H, et al (2004), "Incidence of acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery. A population-based study", Eur J Vasc Endovasc Surg, 27, pp.145-150.
2. Allen KB,- Salam AA,- and Lumsden AB,(1992), "Acute mesenteric ischemia after cardiopulmonary bypass", J Vasc Surg, 16:391-6.
3. Bergvist D, Acosta S et al (2007), "Acute ischaemia of the visceral arteries", Vasular Surgery, Pringer NewYork, pp 417-423.
4. Boley SJ, Kaleya RN (1997), Mesenteric ischemic disorders. In: Maingot's abdominal operations, 10th ed, pp.655-689.
5. Eisinger P, Alobaidi M, Mezwa D et al (2004), "Various Manifestations of Mesenteric ischemia: Multimodality Correlation", The Radiologist;11:29-39.
6. Howard TJ, Plaskon LA, Wiebke EA, et al (1996), "Nonocclusive mesenteric ischemia remains diagnostic dilemma", Am J Surg; 171: 405-408.
7. Imperato. M, Moujahid. M (2006), Thrombose aiguë de la veine mésentérique supérieure: étude rétrospective deneuf cas, " Annales de chirurgie", pp 595-600.
8. Kaleya RN, Sammartano RJ, Boley SJ (1992), "Aggressive approach to acute mesenteric ischaemia", Surg Clin North Am, 72, pp.157-182.
9. Klein M-H, Lensing R, Klosterhalfen B, et al. (1995): Diagnostic imaging of mesenteric infarction. Radiology; 197: 79-82.
10. Lacombe M (1998), "Accidents ischémiques aigus du tube digestif – Infarctus mésentérique", Encycl Méd Chir, Gastro-entérologie, 9-047-A-10, pp 8.