

CHẨN ĐOÁN TẮC MẠCH MẠC TREO

Nguyễn Tuấn, Nguyễn Tấn Cường, Võ Tấn Long, Nguyễn Minh Hải*, Nguyễn Văn Hải

Tóm tắt:

Mục tiêu: Xác định đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tắc mạch mạc treo.

Phương pháp: Hồi cứu tất cả các bệnh nhân được điều trị tắc mạch mạc treo tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 2/2005 đến tháng 5/2007.

Kết quả: Có 21 bệnh nhân gồm 16 nam và 5 nữ, tuổi trung bình 61 (thay đổi từ 22 đến 87 tuổi). 16 bệnh nhân có bệnh tim mạch, 2 bệnh nhân bị tiểu đường. Biểu hiện lâm sàng gồm: đau bụng (95,2%), sốt (61,9%), nôn (47,6%), tiêu chảy (42,9%), phân có máu (33,3%), bụng chướng (85,7%), ấn bụng đau (85,7%), dấu kích thích phúc mạc (52,4%). Shock xảy ra ở 28,6% trường hợp (t.h). Về cận lâm sàng, 52,4% t.h có bạch cầu tăng > 15000/mm³, creatinin máu tăng > 1,5mg/dl ở 38,1% t.h. X quang bụng không sửa soạn không kết luận được ở 72,2% t.h trong khi siêu âm bụng cũng chỉ cho thấy trướng hơi không đặc hiệu ở ruột trong 83,3% t.h. CT scan bụng được thực hiện ở 13 t.h nhưng chỉ cho chẩn đoán chính xác được 30,8% t.h.

Kết luận: Chẩn đoán được tắc mạch mạc treo vẫn còn là thử thách vì những dấu hiệu và triệu chứng không đặc hiệu. Vì thế, sự trợ giúp của các phương pháp hình ảnh mới như CT đa lát cắt có lẽ là cần thiết.

Summary: **DIAGNOSIS OF ACUTE MESENTERIC ISCHEMIA**

Aims: To determine clinical and paraclinical features of acute mesenteric ischemia.

Methods: Charts of patients who had acute mesenteric ischemia treated at Cho Ray's hospital between February 2005 and May 2007 were reviewed.

Results: There were 21 patients including 16 males and 5 females with the mean age of 61 years (range 22 to 87 years). 16 patients had past history of cardiovascular diseases and 2 patients had diabetes. Clinical manifestations included: abdominal pain (95.2%), fever (61.9%), vomiting (47.6%), diarrhea (42.9%), bloody stool (33.3%), abdominal distention (85.7%), tenderness (85.7%) and peritoneal irritation (52.4%). Shock presented in 28.6% of cases. In paraclinical data, WBC above 15,000/mm³ was noticed in 52.4% of cases and creatinemia above 1.5mg/dl was noticed in 38.1%. Plain abdominal radiography was nonconclusive in 72.2% while abdominal ultrasound showed nonspecific bowel distention in 83.3%. CT scan was done in 13 patients but correct diagnosis was obtained in only 4 patients (30.8%).

Conclusions: Diagnosis of acute mesenteric ischemia is still a challenge because of its non specific symptoms and signs. Therefore, the aid of new noninvasive imaging methods such as multislide CT may be necessary.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thiếu máu mạc treo do tắc động mạch mạc treo tràng trên cấp dẫn đến hoại tử ruột và tử vong được biết đến từ năm 1875^[1]. Thiếu máu mạc treo cấp chiếm khoảng 0,1% tổng số bệnh nhân nhập viện và có xu hướng tăng lên dần^[2,6,10]. Việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng không điển hình và các xét nghiệm thường quy thường không đặc hiệu để chẩn đoán. Tỷ lệ tử vong sau mổ khoảng 60-80%^[9]. Việc chẩn đoán sớm trước khi ruột hoại tử và điều trị thích hợp sẽ giúp hạ thấp tỉ lệ tử vong sau mổ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm tìm ra những đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của tắc mạch mạc treo.

* BV Hoàn Mỹ; **Bộ môn Ngoại, ĐHYD; ***BV Chợ Rẫy

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu:

Nghiên cứu này được thực hiện trên tất cả những bệnh nhân có chẩn đoán ra viện là hoại tử ruột hoặc nhồi máu ruột do tắc mạch mạc treo tại Bệnh viện Chợ Rẫy ở mọi lứa tuổi, không phân biệt về giới từ tháng 02/2005 đến tháng 05/2007.

Tiêu chuẩn chọn bệnh nhân:

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

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Chẩn đoán tắc mạch mạc treo mà không được điều trị phẫu thuật.
- Hoại tử ruột do thiếu máu mạc treo không có tắc nghẽn.
- Hoại tử ruột do nguyên nhân khác: viêm ruột hoại tử, tắc ruột, xoắn ruột, viêm mạch máu mạc treo...

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu mô tả lâm sàng, hồi cứu, các dữ liệu thu thập bao gồm tuổi, giới, các đặc điểm lâm sàng, xét nghiệm máu, các kỹ thuật chẩn đoán hình ảnh, đánh giá chẩn đoán trước và trong mổ.

Chẩn đoán tắc động mạch mạc treo dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp điện toán hoặc chụp mạch máu mạc treo và khi mổ phát hiện cục máu đông trong lòng động mạch.

Chẩn đoán tắc tĩnh mạch mạc treo dựa trên hình ảnh chụp cắt lớp điện toán hoặc chụp mạch máu mạc treo và khi mổ phát hiện cục máu đông trong lòng tĩnh mạch.

3. Xử lý số liệu:

Dùng phương pháp thống kê y học để xử lý, xác định các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng giúp chẩn đoán tắc mạch mạc treo.

KẾT QUẢ

Trong số 21 bệnh nhân, có 16 nam (76,2%) và 5 nữ (23,8%). Tuổi trung bình là 61 tuổi (nhỏ nhất là 22 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi). Có 3 bệnh nhân (14,3%) cư trú tại Thành phố Hồ Chí Minh.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của 21 bệnh nhân

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Đau bụng	20	95,2
Sốt	13	61,9
Ói	10	47,6
Tiêu chảy	9	42,9
Phân có máu	7	33,3
Rối loạn tri giác	10	47,6
Nhiễm độc	3	14,3
Thở nhanh/ đặt nội khí quản	6	28,6
Choáng	6	28,6
Bụng chướng	18	85,7
Ấn đau khắp bụng	18	85,7
Có dấu viêm phúc mạc	11	52,4

Bảng 2: Thời gian đau bụng

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
≤ 1 ngày	5	23,8
1-7 ngày	13	61,9
≥ 7 ngày	3	14,3

Bảng 3: Bệnh nội khoa đi kèm

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tăng huyết áp	7	33,3
Rung nhĩ	4	19,0
Tai biến mạch máu não cũ	3	14,3
Đái tháo đường	2	9,5
Nhồi máu cơ tim cũ, huyết khối thất trái	1	4,7
Huyết khối động mạch đùi, khoeo trái	1	4,7

Bảng 4: Đặc điểm cận lâm sàng

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Bạch cầu $\geq 15000/\text{mm}^3$	11	52,4
Hematocrite $\geq 50\%$	4	19,0
TCK > 33 giây	7	33,3
Creatinin > 1,5 mg/dl	8	38,1

Có 18 bệnh nhân được chụp X quang bụng đứng, trong đó 3 trường hợp (16,7%) có kết quả bình thường, 2 trường hợp (11,1%) có liềm hơi dưới hoành và 13 trường hợp (72,2%) có kết quả không đặc hiệu. Trong số 18 bệnh nhân được siêu âm bụng cấp cứu thì dịch bụng được phát hiện ở 10 bệnh nhân (55,6%), 15 bệnh nhân (83,3%) có dấu hiệu ruột giãn và 2 bệnh nhân (11,1%) có dấu hiệu vách ruột dày.

Chúng tôi thực hiện chụp cắt lớp điện toán (computed tomography) ở 13 bệnh nhân. Trong đó, chẩn đoán đúng nguyên nhân ở 4 trường hợp (30,8%), 7 trường hợp (53,8%) không kết luận được chẩn đoán, 1 trường hợp (7,7%) cho chẩn đoán sai và 1 trường hợp (7,7%) được trả lời kết quả bình thường.

Chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân được chụp động mạch (angiography) sau khi chụp cắt lớp điện toán có kết luận tắc động mạch mạc treo tràng trên và cho chẩn đoán chính xác.

Bảng 5: Chẩn đoán trước mổ

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Tắc mạch mạc treo	5	23,9
Viêm phúc mạc	8	38,1
Tắc ruột	3	14,3
Viêm ruột thừa	2	9,5
Viêm ruột hoại tử	2	9,5
Viêm tụy hoại tử	1	4,7

Trong mổ xác định có 3 bệnh nhân (14,3%) có nguyên nhân tắc tĩnh mạch mạc treo và 18 bệnh nhân (85,7%) có nguyên nhân tắc động mạch mạc treo.

BÀN LUẬN

Chẩn đoán thiếu máu mạc treo cấp rất cần thiết nhưng cũng là một thách thức trên lâm sàng. Những dấu hiệu và triệu chứng của bệnh thường đa dạng và không đặc hiệu. Vì khả năng chịu đựng thiếu máu của ruột kém (chỉ 120-180 phút)^[5], do đó đòi hỏi phải chẩn đoán nhanh và chính xác để có hướng điều trị thích hợp, mong giảm được tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân^[2,6,10]. Biểu hiện lâm sàng của tắc mạch mạc treo thường là đau bụng cấp, mức độ đau thường là nặng, làm cho bệnh nhân phải đến gặp bác sĩ. Tuy nhiên, thời gian có triệu chứng có thể không tương ứng với tổn thương của ruột. Khám lâm sàng thường không có triệu chứng nổi bật ở giai đoạn sớm của bệnh. Ở giai đoạn này bệnh nhân thường có ói và/ hoặc tiêu chảy. Do đó, vấn đề quan trọng là chẩn đoán phải được nghĩ đến và nghi ngờ ở mức độ cao ở những bệnh nhân mà tình trạng lâm sàng có đe dọa đến tính mạng. Rõ ràng, sự khởi phát nhanh của thiếu máu mạc treo cấp và khả năng diễn tiến nhanh chóng đến nhồi máu ruột có thể xảy ra sau đó, làm cho việc khám lâm sàng là phương tiện đánh giá quan trọng nhất. Những cận lâm sàng thường quy thường không giúp ích cho việc chẩn đoán mặc dù hầu hết bệnh nhân đều có tăng bạch cầu. Các xét nghiệm thường có độ chuyên biệt thấp và không giúp phát hiện thiếu máu ruột ở giai đoạn còn có thể hồi phục được hoàn toàn sau khi được điều trị kịp thời.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỉ lệ nam/ nữ là 2,5/1, không giống như những báo cáo ở các nước phương Tây là thiếu máu mạc treo chiếm ưu thế ở nữ^[2,11]. Tuy nhiên, trong nghiên cứu của Hsu và cộng sự^[4] thực hiện tại Đài Loan thì cho kết quả tương tự như của chúng tôi. Tuổi trung bình bệnh nhân của chúng tôi là 61 tuổi, kết quả này cũng tương tự như những báo cáo của các tác giả khác^[4,7,8,9].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, triệu chứng đau bụng gặp nhiều nhất, có trong 95,2% bệnh nhân, ói 47,6% và tiêu chảy 42,9% trong đó phân có máu trong 33,3%. Đây là những dấu hiệu thường gặp ở bệnh nhân thiếu máu mạc treo cấp và tỉ lệ này cũng tương tự như các báo cáo khác^[4,8].

Khi khám, 61,9% bệnh nhân có sốt và 85,7% bệnh nhân có triệu chứng chướng bụng và ấn đau khắp bụng, 52,4% bệnh nhân có dấu hiệu viêm phúc mạc. Trên xét nghiệm cận lâm sàng, 52,4% bệnh nhân có số lượng bạch cầu trên 15000/mm³, 38,1% bệnh nhân có suy thận. Các dữ liệu này là phù hợp với giai đoạn trễ của bệnh.

Trong giai đoạn sớm, hình ảnh trên X quang bụng đứng và siêu âm là không đặc hiệu. Những phương tiện chẩn đoán hình ảnh cơ bản chỉ chẩn đoán được thiếu máu mạc treo trong những trường hợp hiếm gặp, chủ yếu là những dấu hiệu thay đổi của ruột trong giai đoạn trễ. Lúc này, trên X quang bụng có mức hơi-dịch trong ruột non hoặc đại tràng, các quai ruột giãn, dịch ở

bụng, hơi trong thành ruột và tĩnh mạch cửa; trên siêu âm có thể thấy các quai ruột giãn chứa đầy dịch, dày thành ruột non và dịch tự do ổ bụng. Klein và cộng sự dựa vào các dấu hiệu của X quang bụng và siêu âm đã nghi ngờ chẩn đoán thiếu máu mạc treo ở 28% trường hợp^[5].

Ngoài ra, siêu âm Doppler màu là phương tiện chẩn đoán không xâm lấn, khả năng khảo sát nhanh và có thể được thực hiện tại giường bệnh nhân. Khuyết điểm của nó là do có tình trạng liệt ruột, bụng chướng hơi nên siêu âm khó khảo sát và kết quả không đáng tin cậy.

Để chẩn đoán tắc nghẽn mạch máu cấp, chụp mạch máu vẫn còn là phương tiện chẩn đoán có giá trị nhất. Chụp động mạch có thể mô tả khá chính xác giải phẫu mạch máu và nguyên nhân thường gặp (thường nhất là tắc nghẽn do thuyên tắc hoặc huyết khối) nó không chỉ cho phép chẩn đoán mà còn giúp điều trị ngay bằng cách truyền thuốc giãn mạch (papaverine) vào động mạch chọn lọc hoặc thuốc kháng đông trong một số trường hợp. Độ nhạy của chụp mạch máu trong chẩn đoán tắc động mạch mạc treo là khoảng 90%^[5]. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ có 1 trường hợp được chụp mạch máu sau khi chụp cắt lớp điện toán kết luận có tắc động mạch mạc treo tràng trên và cho chẩn đoán đúng, nhưng chúng tôi không thực hiện truyền thuốc giãn mạch trực tiếp vào động mạch. Mặc dù chụp động mạch có nhiều ưu điểm trong bệnh tắc mạch mạc treo nhưng không phải lúc nào cũng triển khai chụp mạch máu dễ dàng và việc điều trị thuốc giãn mạch chỉ có hiệu quả trong trường hợp chẩn đoán sớm khi ruột còn có khả năng hồi phục hoàn toàn. Khuyết điểm là phương pháp xâm lấn, tốn thời gian và có thể làm chậm trễ chẩn đoán mà không đóng góp nhiều cho việc xử trí^[3].

Chụp cắt lớp điện toán là phương tiện chẩn đoán có thể cung cấp toàn bộ các tình trạng trong ổ bụng nhanh chóng và không xâm lấn có thể chẩn đoán được tắc mạch mạc treo với độ nhạy 64-82%, độ đặc hiệu 92%^[5,12]. Các dấu hiệu đặc hiệu của cắt lớp điện toán trong chẩn đoán thiếu máu mạc treo bao gồm: huyết khối động mạch mạc treo tràng trên hoặc tĩnh mạch mạc treo tràng trên, hơi trong thành ruột, thành ruột không bắt cản quang, và dấu hiệu thiếu máu tạng đặc^[12]. Chúng tôi có 30,8% số bệnh nhân được chẩn đoán đúng nguyên nhân trước mổ là tắc mạch mạc treo bởi chụp cắt lớp điện toán, và không có trường hợp nào là chẩn đoán dương tính giả. Trong nghiên cứu của chúng tôi có độ nhạy thấp là do các trường hợp chẩn đoán đúng của chúng tôi chỉ dựa vào dấu hiệu có huyết khối trong lòng động mạch hoặc tĩnh mạch mạc treo. Ngoài ra, chúng tôi chỉ chụp cắt lớp điện toán 13 trong 21 trường hợp. Trong các trường hợp không chụp cắt lớp điện toán thường có chỉ định mổ cấp cứu nên chúng tôi không khảo sát được nhóm này.

Hầu hết các nỗ lực để chẩn đoán thiếu máu mạc treo của chụp cắt lớp điện toán tập trung vào các thay đổi ở ruột như thành ruột không bắt cản quang, hơi trong thành ruột và tĩnh mạch cửa. Các dấu hiệu này là ở giai đoạn trễ của thiếu máu mạc treo, khi đã có tổn thương ruột nặng như nhồi máu và hoại tử. Việc áp dụng chụp cắt lớp điện toán đa lát cắt (multislice computed tomography) với tốc độ chụp nhanh, độ phân giải cao và kết hợp với các kỹ thuật tái tạo hình ảnh ba chiều sẽ giúp chúng ta phát hiện nhanh chóng huyết khối trong lòng mạch máu cũng như những tổn thương sớm của niêm mạc ruột trong giai đoạn sớm của bệnh giúp đưa ra quyết định điều trị sớm và hiệu quả, do đó cải thiện được tỉ lệ tử vong của bệnh tắc mạch mạc treo cấp.

KẾT LUẬN

Tắc mạch mạc treo là bệnh hiếm gặp, có triệu chứng lâm sàng không điển hình, các xét nghiệm thường quy không đặc hiệu cho chẩn đoán. Tuy nhiên, với sự cảnh giác cao của thầy thuốc trong những trường hợp bệnh nhân có một trong các yếu tố nguy cơ có kèm đau bụng mà lúc khám bệnh không thể tìm ra được một lý do thích hợp thì cần phải nghĩ đến tắc mạch mạc treo. Việc chỉ định thêm chụp cắt lớp điện toán hay chụp mạch máu mạc treo sẽ giúp chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, tránh những trường hợp chẩn đoán trễ khi đã có nhồi máu hay hoại tử ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Acosta S, Ögren M, Sternby N-H, et al. Incidence of acute thrombo-embolic occlusion of the superior mesenteric artery. A population-based study. *Eur J Vasc Endovasc Surg.* 2004; 27: 145-150.
2. Boley SJ, Kaleya RN. Mesenteric ischemic disorders. In: Maingot's abdominal operations. 10th ed: 655-689.

3. Cleveland TJ, Nawaz S, Gaines PA. Mesenteric arterial ischaemia: diagnosis and therapeutic options. *Vasc Medicine*. 2002; 7: 311-321.
4. Hsu H-P, Shan Y-S, Hsieh Y-H. 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*. 2006; 30: 2152-2162.
5. Klein M-H, Lensing R, Klosterhalfen B, et al. Diagnostic imaging of mesenteric infarction. *Radiology*. 1995; 197: 79-82.
6. Kozuch PL, Brandt LJ. Review article: diagnosis and management of mesenteric ischemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 21: 201-215.
7. Mansour MA. Management of acute mesenteric ischemia. *Arch Surg*. 1999; 134: 328-330.
8. Merida MAA, Gomez JM, Miller MH, et al. Identification of risk factors for perioperative mortality in acute mesenteric ischemia. *World J Surg*. 2006; 30:1579-1585.
9. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, et al. Acute mesenteric ischemia – A clinical review. *Arch Intern Med*. 2004; 164:1054-1062.
10. Schoots IG, Koffeman GI, Legemare DA, et al. Systematic review of survival after acute mesenteric ischaemia according to disease aetiology. *Br J Surg*. 2004; 91:17-27.
11. Sternbach Y, Perler BA. Acute mesenteric ischemia. In: Zuidema D, Yeo CJ. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. 5th ed: 17-31.
12. Taourel PG, Deneuille M, Pradel JA, et al. Acute mesenteric ischemia: diagnosis with contrast-enhanced CT. *Radiology*. 1996; 199: 632-636.