

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TẮC MẠCH MẠC TREO

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

Tóm tắt:

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo.

Phương pháp: Hồi cứu tất cả bệnh nhân tắc mạch mạc treo điều trị tại Bệnh viện Chợ Rẫy từ tháng 2/2005 đến tháng 7/2007. Chẩn đoán xác định dựa vào phẫu thuật.

Kết quả: Có 21 bệnh nhân bao gồm 16 nam và 5 nữ, tuổi trung bình 61 (thay đổi từ 22 đến 87 tuổi). 3 trường hợp (t.h) tắc tĩnh mạch mạc treo và 18 t.h tắc động mạch mạc treo. 20 t.h bị hoại tử ruột, 3 t.h bị thủng ruột. 20 t.h được cắt ruột, 1 t.h chỉ lấy bỏ huyết khối. Thời gian nằm viện trung bình là 16,6 ngày (từ 1 –82 ngày). 10 t.h tử vong sau mổ (47,6%).

Kết luận: Điều trị tắc mạch mạc treo vẫn còn là thử thách. Chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời là cần thiết để 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 treated at Cho Ray's hospital between February 2005 and July 2007 were reviewed. Definite diagnosis was based on operative findings.

Results: There were 21 patients including 16 males and 5 females with the mean age of 61 years (range 22 – 87 years). 3 patients had mesenteric venous thrombosis and 18 patients had mesenteric embolism. 20 patients had bowel gangrene and 3 patients had bowel perforation. Bowel resection was done in 20 patients while embolectomy was done in only 1 patient. Mean hospital stay was 16.6 days (range 1-82 days). 10 patients died postoperatively.

Conclusions: Treatment of acute mesenteric ischemia is still a challenge. Early diagnosis and timely operation are necessary to improve outcome.

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Mặc dù đã có nhiều cải tiến về phương pháp chẩn đoán và điều trị thiếu máu mạc treo cấp, bệnh này vẫn còn gây ra tỉ lệ tử vong cao, chiếm khoảng 60-97% tùy theo nghiên cứu^[3,9,13,16]. 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 những bệnh nội khoa phức tạp làm ảnh hưởng đến việc điều trị lúc này, mà chủ yếu là phẫu thuật tái lập lại sự lưu thông dòng máu và cắt bỏ các 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 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.

Số lượng nghiên cứu là 21 bệnh nhân.

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...

Phương pháp nghiên cứu:

Phương pháp nghiên cứu: mô tả lâm sàng, hồi cứu, nhận xét về tỉ lệ biến chứng, tỉ lệ tử vong sau mổ.

Gọi là thiếu máu ruột do tắc mạch mạc treo khi có dấu hiệu thiếu máu ruột khi mổ nhưng sẽ hồi phục sau khi mạch máu được lưu thông, không cần phải cắt ruột.

Gọi là nhồi máu ruột do tắc mạch mạc treo khi ruột không có khả năng tự hồi phục, cần phải cắt bỏ.

Gọi là thủng ruột do tắc mạch mạc treo khi trên thành ruột có lỗ thủng trên nền ruột bị hoại tử do tắc mạch mạc treo.

Xử lý số liệu: Dùng phương pháp thống kê y học để xác định các kết quả điều trị sớm và tỉ lệ tử vong sau mổ.

KẾT QUẢ

Có 21 bệnh nhân thỏa mãn điều kiện nghiên cứu, trong đó 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). 3 bệnh nhân (14,3%) có tắc tĩnh mạch mạc treo và 18 bệnh nhân (85,7%) có tắc động mạch. Tuổi trung bình của nhóm có tắc tĩnh mạch là 27 tuổi (nhỏ nhất là 22 tuổi, lớn nhất là 35 tuổi), còn của nhóm có tắc động mạch là 67 tuổi (nhỏ nhất là 36 tuổi, lớn nhất là 87 tuổi). 4 bệnh nhân (19,0%) không có dịch ổ bụng. Có 20 trường hợp (95,2%) có hoại tử ruột. Có 3 trường hợp (14,3%) thủng ruột. Có 4 bệnh nhân (19,0%) được nội soi ổ bụng trước. 3 bệnh nhân (14,3%) có thêm đường mổ khác (đường Mc Burney).

Bảng 1: Chẩn đoán trước mổ của 21 bệnh nhân

	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

Bảng 2: Vị trí ruột bị thiếu máu do tắc mạch mạc treo

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Ruột non	9	42,8
Đại tràng	1	4,7
Ruột non + đại tràng	11	52,5

Bảng 3: Xử trí trong mổ

	Số bệnh nhân	Tỉ lệ (%)
Lấy huyết khối	1	4,7
Lấy huyết khối + cắt ruột	2	9,5
Cắt ruột	18	85,8

Có 3 trường hợp (15%) cắt ruột nối lại ngay, 1 trường hợp (5%) đóng đầu dưới và đưa đầu trên ra ngoài, và 16 trường hợp (80%) đưa hai đầu ra ngoài. Có 12 bệnh nhân (57,1%) còn nhiều hơn 100 cm ruột non.

Thời gian nằm viện trung bình là 16,6 ngày (thay đổi từ 1 đến 82 ngày). Có 10 bệnh nhân (47,6%) tử vong sau mổ (dưới 30 ngày). Tất cả những trường hợp tử vong có nguyên nhân là tắc nghẽn động mạch. Trường hợp lấy huyết khối đơn thuần phải mổ lại sau 4 ngày vì viêm phúc mạc, kiểm tra có 6 lỗ thủng ruột non do hoại tử ruột và phải cắt bỏ 150 cm ruột non. 1 trường hợp sau mổ cắt đoạn ruột non do huyết khối tĩnh mạch mạc treo 15 ngày được mổ để nối hồng tràng-hồi tràng. 1 trường hợp sau mổ cắt đoạn ruột non hoại tử do tắc động mạch mạc treo 4 ngày phải mổ lấy huyết khối động mạch chậu, đùi nông, khoeo hai chân ba lần trong 2 ngày liên tục. 1 trường hợp sau mổ cắt đoạn ruột non hoại tử do tắc động mạch mạc treo 25 ngày phải mổ cắt 1/3 dưới đùi trái do nhiễm trùng mồm cụt cẳng chân trái.

BÀN LUẬN

Thiếu máu mạc treo cấp thường có nguyên nhân là huyết khối và thuyên tắc động mạch mạc treo tràng trên, chiếm khoảng 60-70% các trường hợp^[6,17]. Việc nghi ngờ thiếu máu ruột trước mổ được ghi nhận trong khoảng 30% trường hợp thiếu máu mạc treo do tắc động mạch. Hầu hết các bệnh nhân tắc động mạch mạc treo bị chẩn đoán sai và không được điều trị phẫu thuật^[1]. Những

trường hợp chẩn đoán đúng thường ở giai đoạn trễ. Do vậy, mặc dù đó là một bệnh hiếm gặp nhưng có tỉ lệ tử vong cao, khoảng 60-100%^[4,11].

Chúng tôi có 23,9% trường hợp được chẩn đoán đúng trước mổ là tắc mạch mạc treo, 38,1% trường hợp chẩn đoán viêm phúc mạc, 9,5% trường hợp có chẩn đoán viêm ruột hoại tử. Trong mổ có 95,2% trường hợp có hoại tử ruột cần phải cắt ruột và một trường hợp được đánh giá là thiếu máu ruột cấp do tắc động mạch mạc treo nên chỉ mở động mạch lấy huyết khối mà không cần cắt ruột. Do vậy, hầu như tất cả các bệnh nhân của chúng tôi được chẩn đoán ở giai đoạn trễ của bệnh và phần lớn bệnh nhân được chẩn đoán trong lúc mổ. Tỉ lệ tử vong sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 47,6%. Tỉ lệ này thấp hơn so với các kết quả khác có thể do số bệnh nhân của chúng tôi còn ít, một phần chúng tôi không chọn những bệnh nhân thiếu máu mạc treo không do tắc nghẽn vào nhóm bệnh nhân nghiên cứu và nhóm này có tỉ lệ tử vong cao hơn nhóm bệnh nhân có tắc động mạch mạc treo^[3,5,6,14]. Ngoài ra, nhóm bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi bao gồm các bệnh nhân có nguyên nhân thiếu máu mạc treo là do tắc tĩnh mạch mạc treo tràng trên, nhóm này có tỉ lệ tử vong thấp hơn nhóm bệnh nhân có tắc động mạch mạc treo^[2,6,12,16]. Thật vậy, tất cả những bệnh nhân tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi đều có nguyên nhân là tắc động mạch mạc treo.

Muốn cải thiện được kết quả điều trị thì đòi hỏi bệnh phải được chẩn đoán sớm, hồi sức và phẫu thuật kịp thời, trước khi ruột hoại tử và diễn tiến đến thủng ruột. Trong lúc phẫu thuật, hai yếu tố cần được xác định là độ lan rộng của tổn thương ở ruột và sự lưu thông của động mạch mạc treo tràng trên. Độ lan rộng của tổn thương ở ruột phần nào có liên quan đến nguyên nhân. Khi huyết khối chong lên vị trí mông xơ vữa mạn tính tại gốc động mạch mạc treo tràng trên thường dẫn đến tổn thương toàn bộ ruột non và đại tràng phải, phần ruột được nuôi dưỡng bởi động mạch này. Khi có thuyên tắc tại thân chính của động mạch mạc treo tràng trên thì thường còn lại đoạn gần ruột non không tổn thương và khi thuyên tắc xa, tại các nhánh của động mạch mạc treo tràng trên thì chỉ xảy ra tổn thương thiếu máu tại các phần ruột bị ảnh hưởng^[3,4,18].

Điều trị phẫu thuật tắc mạch mạc treo nhằm vào hai mục đích; thứ nhất, là phục hồi lưu thông dòng máu nuôi ruột; thứ hai, là cắt bỏ những phần ruột không thể sống được. Thứ tự này phải được đảm bảo do bởi những phần ruột còn nghi ngờ khả năng sống có thể phục hồi sau khi mạch máu được lưu thông.

Phương pháp tái tạo sự lưu thông mạch máu thường là lấy huyết khối hoặc bắt cầu.

Batellier và Kieny^[4] hồi cứu 82 bệnh nhân thiếu máu mạc treo cấp do bởi thuyên tắc động mạch mạc treo, có 34 bệnh nhân chỉ cần mổ lấy huyết khối, 20 bệnh nhân phải lấy huyết khối và cắt ruột. Những bệnh nhân chỉ lấy huyết khối có tỉ lệ tử vong chu phẫu là 35%, những bệnh nhân lấy huyết khối và cắt ruột có tỉ lệ tử vong chu phẫu 68%. Các tác giả kết luận rằng, việc chẩn đoán sớm và phẫu thuật lấy huyết khối được xem như có kết quả tốt hơn, bởi vì tránh được nhu cầu cắt ruột^[4]. Chúng tôi có chỉ 1 trường hợp (4,7%) được lấy huyết khối và 2 trường hợp (9,5%) có lấy huyết khối và cắt ruột. Trường hợp chỉ lấy huyết khối động mạch có hoại tử ruột tiếp tục gây thủng ruột, phải mổ lại để cắt đoạn ruột hoại tử sau 4 ngày điều trị. Hiện tượng này có thể do không đánh giá đúng tình trạng thiếu máu ruột trong khi mổ hay đồng thời có nhiều vị trí có huyết khối trong mạng động mạch mạc treo. Đây 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 tương tự như bệnh nhân của chúng tôi.

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. Đây được xem là cách tốt nhất để đánh giá ruột với độ nhạy 91% và độ đặc hiệu 82%. Tuy nhiên, nó là biện pháp mang tính chủ quan và phụ thuộc vào người đánh giá. Chúng tôi cũng đánh giá khả năng sống của ruột trong mổ cũng bằng cách đánh giá dựa vào lâm sàng.

Các phương pháp khác cũng đã được áp dụng để đánh giá khả năng sống của ruột trong mổ bằng siêu âm Doppler màu hoặc dùng chất huỳnh quang chích vào tĩnh mạch và quan sát ruột dưới đèn Wood. Tuy nhiên, có nhiều tác giả vẫn cho rằng đánh giá lâm sàng vẫn được dùng một cách an toàn, không cần đòi hỏi thêm chi phí và thời gian cho tất cả các kỹ thuật đánh giá khả năng sống của ruột khác. Một vấn đề khác liên quan đến các kỹ thuật trên là nó có thể phát hiện được dòng máu ở mức độ không thể đủ để nuôi sống ruột.

Một hướng giải quyết khác mà trước đây thường áp dụng là mổ bụng thám sát lại (“second look” laparotomy), việc này được lên kế hoạch trong lúc mổ lần đầu, và được thực hiện trong vòng 24-36 giờ sau mổ ở hầu hết các trường hợp để đánh giá khả năng sống của ruột còn lại và các miêng nối. Nếu có dấu hiệu hoại tử ruột tiếp tục thì tiến hành cắt bỏ thêm. Mặc dù, một số tác giả cho rằng việc này là không cần thiết cho tất cả các trường hợp^[4,7].

Một phương pháp tái tạo sự lưu thông mạch máu khác là phẫu thuật bắt cầu mạch máu. Có thể thực hiện bắt cầu xuôi dòng hay ngược dòng, thông thường là dùng mảnh ghép nhân tạo, nhưng trong trường hợp có hoại tử hoặc thủng ruột cần phải cắt ruột thì mảnh ghép được khuyến dùng là tĩnh mạch hiển lớn của bệnh nhân^[3,4,10,15,17,18].

Các báo cáo đã kết luận rằng, bắt cầu xuôi dòng là tốt hơn ngược dòng, và vị trí cấp máu từ động mạch chủ bụng trên chỗ xuất phát của động mạch thân tạng được khuyến dùng^[4]. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào được thực hiện phẫu thuật bắt cầu mạch máu.

Việc quyết định nối ruột ngay hoặc đưa hai đầu ruột ra ngoài dựa trên tình trạng chung của bệnh nhân và sự lành lặn của phần ruột còn lại. Nói chung, nếu bệnh nhân có tình trạng lâm sàng ổn định, và ruột non được tưới máu tốt thì nên nối ngay. Tuy nhiên, do bản chất sự cung cấp máu của đại tràng là không ổn định nên trong hầu hết các trường hợp có cắt đại tràng do thiếu máu thì hai đầu ruột được đưa ra ngoài^[4]. Chúng tôi có 52,5% trường hợp thiếu máu ở cả ruột non và đại tràng, 4,7% trường hợp chỉ cắt đại tràng do thiếu máu. Tất cả những trường hợp này đều không được nối ruột ngay thì đầu.

Thời gian nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là 16,6 ngày, trường hợp nằm viện lâu nhất là 82 ngày. Điều này ngoài việc phản ánh tình trạng nặng của bệnh tắc mạch mạc treo, nó còn cho thấy sự phức tạp của các bệnh nền cần phải có thời gian để điều chỉnh hoặc phải phẫu thuật thêm để điều trị những vấn đề đi kèm.

Vì đây là nghiên cứu hồi cứu nên chúng tôi không có theo dõi được bệnh nhân về những ảnh hưởng của việc điều trị lên chất lượng sống của bệnh nhân và tiên lượng lâu dài của bệnh tắc mạch mạc treo.

Klempnauer và cộng sự báo cáo kinh nghiệm của họ về thiếu máu mạc treo cấp do nguyên nhân tắc nghẽn động mạch hoặc tĩnh mạch mạc treo thì có 66% trường hợp tử vong sau mổ và trong những trường hợp còn sống có 50% trường hợp tử vong sau 5 năm và 20% trường hợp có hội chứng ruột ngắn mà không cần nuôi ăn bằng đường tĩnh mạch^[8].

KẾT LUẬN

Bệnh tắc mạch máu mạc treo đang có xuất độ ngày càng tăng lên. Trong những trường hợp tắc cấp, khả năng sống của ruột ngay lập tức bị ảnh hưởng và đòi hỏi phải được chẩn đoán kịp thời và điều trị thích hợp mong cứu sống được nhiều bệnh nhân. Trong những trường hợp được chẩn đoán ở giai đoạn trễ thì cần phải mổ bụng để đánh giá ruột trực tiếp. Những vùng ruột đã thiếu máu không có khả năng hồi phục nên được cắt bỏ và việc tái lập lưu thông mạch máu cấp cứu được thực hiện để đảm bảo nguồn cấp máu đủ cho những phần ruột còn lại.

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. Acosta S, Ögren M, Sternby N-H, et al. Mesenteric venous thrombosis with transmural intestinal infarction: A population-based study. *J Vasc Surg.* 2005; 41: 59-63.
3. Boley SJ, Kaley RN. Mesenteric ischemic disorders. In: *Maingot's abdominal operations.* 10th ed: 655-689.
4. Cleveland TJ, Nawaz S, Gaines PA. Mesenteric arterial ischaemia: diagnosis and therapeutic options. *Vasc Medicine.* 2002; 7: 311-321.
5. Howard TJ, Plaskon LA, Wiebke EA, et al. Nonocclusive mesenteric ischemia remains a diagnostic dilemma. *Am J Surg.* 1996; 171: 405-408.
6. 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.
7. Kaminsky O, Yampolski I, Aranovich D, et al. Does a second-look operation improve survival in patients with peritonitis due to acute mesenteric ischaemia? A five year retrospective experience. *World J Surg.* 2005; 29: 645-648.

8. Klempnauer J, Grothues F, Bektas H, et al. Long-term results after surgery for acute mesenteric ischemia. *Surgery*. 1997; 121: 239-243.
9. Kozuch PL, Brandt LJ. Review article: diagnosis and management of mesenteric ischemia with an emphasis on pharmacotherapy. *Aliment Pharmacol Ther*. 2005; 21: 201-215.
10. Lock G. Acute intestinal ischaemia. *Best Practice & Research Clin Gastroenterol*. 2001;15: 83-98.
11. Mansour MA. Management of acute mesenteric ischemia. *Arch Surg*. 1999; 134: 328-330.
12. 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.
13. Merle C, Lepouse C, Garine AD, et al. Surgery for mesenteric infarction: prognosis factors associated with early death within 72 hours. *J Cardiothor Vasc Anesth*. 2004; 18: 734-741.
14. Oldenburg WA, Lau LL, Rodenberg TJ, et al. Acute mesenteric ischemia – A clinical review. *Arch Intern Med*. 2004; 164:1054-1062.
15. Piqué JM. Management of gut ischemia. *Indian J Gastroenterol*. 2006; 25 (supp 1): S39-S42.
16. 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.
17. Sreenarasimhaiah J. Diagnosis and management of intestinal ischaemic disorders. *BMJ*. 2003; 326: 1372-1376.
18. Sternbach Y, Perler BA. Acute mesenteric ischemia. In: Zuidema D, Yeo CJ. *Shackelford's surgery of the alimentary tract*. 5th ed: 17-31.