

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH Ở 47 BỆNH NHÂN TẮC RUỘT, ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 110

Trần Ngọc Đông¹
Trần Minh Tuấn^{1*}, Mạc Đăng Long¹
Ngô Xuân Thao¹, Trần Quang Vinh¹
Trần Tuấn Anh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng các bệnh nhân chẩn đoán xác định tắc ruột, có chỉ định điều trị phẫu thuật.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu tiến cứu, mô tả cắt ngang 47 bệnh nhân tắc ruột, phẫu thuật điều trị tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 8/2019 đến 12/2022.

Kết quả: Bệnh nhân trung bình $56,53 \pm 16,91$ tuổi, đa số bệnh nhân trên 40 tuổi (80,7%), tỉ lệ giới tính nam/nữ là 2,9/1. Trên lâm sàng, gặp 100% bệnh nhân có đau bụng, 44,6% bệnh nhân có chướng bụng. Trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, hình ảnh tổn thương cho thấy 74,4% bệnh nhân tắc ở ruột non; 25,6% bệnh nhân tắc ở ruột già; vùng chuyển tiếp hay gặp nhất ở hồi tràng và hồi tràng (74,4%). Trên các bệnh nhân có dấu hiệu bệnh lí nặng, chụp cắt lớp vi tính thường gặp hình ảnh dịch khoang phúc mạc (59,6%), dày thành ruột (49,1%), thâm nhiễm mỡ mạc treo (45,6%). Các nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến là do dính (27,6%), do u (25,5%), do thoát vị (12,7%), do bã thức ăn (10,6%). Đối chiếu hình ảnh chụp cắt lớp vi tính với phẫu thuật, thấy chụp cắt lớp vi tính có giá trị cao trong chẩn đoán, giúp phẫu thuật viên xử trí và tiên lượng chính xác hơn.

Từ khóa: Tắc ruột, chụp cắt lớp vi tính, dính ruột.

ABSTRACT

Objectives: Describe the clinical characteristics and images of lesions on abdominal computed tomography (CT) scans of patients with confirmed diagnosis of intestinal obstruction and indications for surgical treatment.

Subjects and methods: A prospective study and cross-sectional description of 47 patients with intestinal obstruction who underwent surgical treatment at the Military Hospital 110 from August 2019 to December 2022.

Results: The average age of the patients was 56.53 ± 16.91 years, with the majority being over 40 years old (80.7%). The male-to-female ratio was 2.9/1. On clinical evaluation, all patients experienced abdominal pain, and 44.6% had abdominal distension. On abdominal computed tomography, images of lesions showed that 74.4% of patients had obstruction in the small intestine, while 25.6% had large intestine obstruction. The most common transition zone located in the jejunum and ileum (74.4%). In patients with signs of severe pathology, CT scans often revealed images of abundant peritoneal fluid (59.6%), thickened bowel walls (49.1%), and mesenteric fatty infiltration (45.6%). The common causes of intestinal obstruction included adhesions (27.6%), tumors (25.5%), hernias (12.7%), and food impaction (10.6%). Compare computed tomography images with surgical findings, it found that CT scans have high diagnostic value, helping surgeons manage and predict more accurately.

Keywords: Intestinal obstruction, computed tomography, Intestinal adhesions.

Chịu trách nhiệm nội dung: Trần Minh Tuấn, Email: adamlevine3012@gmail.com

Ngày nhận bài: 05/7/2023; mời phản biện khoa học: 7/2023; chấp nhận đăng: 24/8/2023.

¹Bệnh viện Quân y 110

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là cấp cứu bụng ngoại khoa đứng hàng thứ hai sau viêm ruột thừa cấp ở người lớn, trong đó chủ yếu là tắc ruột non (chiếm khoảng 80-90%). Hội chứng tắc ruột có thể gặp trong nhiều bệnh lý, với cơ chế bệnh sinh phức tạp xảy ra sau khi đường ruột bị bít tắc, gây nên nhiều biến chứng nguy hiểm, thậm chí tử vong.

Tắc ruột do rất nhiều nguyên nhân gây nên và có sự khác biệt giữa các vị trí tắc (ruột non hay ruột già). Bít tắc ở ruột non phần lớn do dính; bít tắc ở ruột già chủ yếu là do u. Tỷ lệ các nguyên nhân gây tắc ruột có sự khác nhau rõ rệt giữa các quốc gia có điều kiện kinh tế, xã hội khác nhau, cũng như giữa các chủng tộc với nhau. Tỷ lệ biến chứng và tử vong ở bệnh nhân (BN) tắc ruột phụ thuộc rất nhiều vào việc được phát hiện, chẩn đoán sớm và xử lý đúng.

Trong hơn hai thập kỉ trở lại đây, chụp cắt lớp vi tính thể hiện rõ vai trò là phương tiện chẩn đoán hình ảnh hàng đầu trong hỗ trợ chẩn đoán xác định và tiên lượng tình trạng các BN tắc ruột. Thông qua hình ảnh có độ chính xác cao, chụp cắt lớp vi tính có khả năng nhanh chóng cung cấp nhiều thông tin hữu ích cho thầy thuốc trước những trường hợp BN đau bụng cấp nghi ngờ tắc ruột. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu về giá trị của chụp cắt lớp vi tính đối với chẩn đoán và tiên lượng BN tắc ruột, nhưng ở Việt Nam, các nghiên cứu này còn chưa nhiều.

Tại Bệnh viện Quân y 110, chụp cắt lớp vi tính đã được triển khai ứng dụng nhiều năm nay và đã hỗ trợ hết sức hiệu quả trong xác định chẩn đoán, tiên lượng điều trị các BN tắc ruột. Góp phần nâng cao chất lượng chuyên môn của đơn vị, phục vụ tốt hơn công tác khám bệnh, chăm sóc, điều trị BN, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ở BN tắc ruột, điều trị tại Bệnh viện Quân y 110.

2. ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

47 BN chẩn đoán xác định tắc ruột, được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 8/2019 đến tháng 12/2022. Lựa chọn các BN có chụp cắt lớp vi tính chẩn đoán trước phẫu thuật.

2.2 Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: nghiên cứu tiền cứu mô tả cắt ngang.

- Các chỉ tiêu nghiên cứu:

+ Đặc điểm chung của BN.

+ Đặc điểm lâm sàng tắc ruột (các triệu chứng cơ năng và thực thể).

+ Đặc điểm hình ảnh phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng (vị trí tắc ruột, các dấu hiệu nặng của tắc ruột, nguyên nhân tắc ruột) và đánh giá sự tương đồng của nguyên nhân tắc ruột phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính với kết quả phẫu thuật.

- Tiêu chuẩn chẩn đoán tắc ruột trên phim chụp cắt lớp vi tính:

+ Hình ảnh tắc ruột cơ học: các quai ruột giãn ở thượng lưu và xẹp ở hạ lưu, có hoặc không có vùng chuyển tiếp.

+ Hình ảnh tắc ruột cơ năng: giãn toàn bộ các quai ruột đến tận trực tràng mà không có vùng chuyển tiếp.

+ Hình ảnh giãn quai ruột: ruột non ≥ 25 mm, ruột già ≥ 60 mm (đo từ thành ngoài bên này đến thành ngoài bên kia của ruột).

- Phương tiện nghiên cứu: máy chụp cắt lớp vi tính 16 dãy của hãng Siemens.

- Xử lý số liệu: bằng các phần mềm thống kê thông thường.

- Vấn đề đạo đức: nghiên cứu được Hội đồng khoa học Bệnh viện chấp thuận. BN/người nhà BN được giải thích rõ về mục tiêu nghiên cứu và đồng ý tham gia vào nghiên cứu. Mọi thông tin cá nhân BN được bảo mật và chỉ sử dụng phục vụ mục đích khoa học.

3. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

3.1. Đặc điểm chung của BN (n = 47)

- Giới tính:

+ Nam giới: 35 BN (74,4%).

+ Nữ giới: 12 BN (25,6%).

Chúng tôi gặp tỷ lệ BN nam (74,4%) nhiều hơn BN nữ (25,6%), tỷ lệ giới tính BN nam/nữ là 2,9.

- Tuổi đời:

+ Dưới 21 tuổi: 1 BN (2,1%).

+ Từ 21-40 tuổi: 8 BN (17,0%).

+ Từ 41-60 tuổi: 14 BN (29,7%).

+ Trên 60 tuổi: 24 BN (51,0%).

+ Tuổi trung bình: $56,53 \pm 16,91$ tuổi.

Chúng tôi gặp BN tắc ruột ở nhiều nhóm tuổi, BN trung bình $56,53 \pm 16,91$ tuổi, nhiều nhất là trên 40 tuổi với tỷ lệ 80,7%.

Kết quả này tương đồng với nghiên cứu của nhóm tác giả Obaid Kadhim Jawad và cộng sự năm 2011 (78,0% BN tắc ruột trên 40 tuổi [1]).

3.2. Triệu chứng lâm sàng tắc ruột

Bảng 1. Triệu chứng lâm sàng tắc ruột (n = 47)

Triệu chứng		Số BN
Cơ năng	Đau bụng	47 (100%)
	Buồn nôn, nôn	30 (63,8%)
	Bí trung tiện	26 (55,3%)
	Bí đại tiện	20 (42,5%)
Thực thể	Chướng bụng	21 (44,6%)
	Sờ thấy khối ổ bụng	17 (36,1%)
	Dấu hiệu quai ruột nổi	10 (21,2%)
	Phản ứng thành bụng	8 (17,0%)
	Sốt	5 (10,6%)

Bảng 1 cho thấy, triệu chứng cơ năng gặp nhiều nhất trên các BN nghiên cứu là đau bụng (100% BN), tiếp đến là buồn nôn/nôn (63,8% BN). Triệu chứng thực thể gặp nhiều nhất là chướng bụng (44,6%) và sờ thấy khối bất thường trong ổ bụng (36,1%). Tỷ lệ này tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thanh Hải (2008) [2].

3.3. Đặc điểm hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính

- Hình ảnh vị trí tắc ruột và các dấu hiệu bệnh lý nặng trên phim chụp cắt lớp vi tính:

Bảng 2. Vị trí tắc ruột và dấu hiệu bệnh lý nặng

Đặc điểm hình ảnh tổn thương		Số BN
Vùng chuyển tiếp	Hỗng tràng - hồi tràng	35 (74,4%)
	Manh tràng	2 (4,2%)
	Đại tràng lên	1 (2,1%)
	Đại tràng góc gan	1 (2,1%)
	Đại tràng góc lách	1 (2,1%)
	Đại tràng xuống	2 (4,2%)
	Đại tràng Sigma	5 (10,6%)
Dấu hiệu nặng	Thâm nhiễm mỡ mạc treo	26 (45,6%)
	Có dịch khoang phúc mạc	34 (59,6%)
	Dày thành ruột	28 (49,1%)
	Giảm ngấm thuốc	7 (12,3%)
	Khí trong thành ruột	1 (2,1%)

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có 74,4% BN tắc ở ruột non, 25,6% BN tắc ở ruột già, tỷ lệ tắc ruột non/tắc ruột già là 2,9. So với một số tác giả khác (tỷ lệ tắc ở ruột non chiếm khoảng 85-90% [3]), kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đối phù hợp.

Vị trí vùng chuyển tiếp hay gặp nhất trên BN nghiên cứu là ở hỗng tràng và hồi tràng (74,4%). Không gặp BN nào có vùng chuyển tiếp ở tá tràng, đại tràng ngang và trực tràng (dù u trực tràng chiếm tỷ lệ khoảng 50% nhưng ít gây tắc ruột do có khẩu kinh lớn [4], [5]). Tỷ lệ vị trí vùng chuyển tiếp theo thứ tự giảm dần là đại tràng sigma (10,6%), manh tràng, đại tràng xuống (đều chiếm 4,2%), đại tràng góc gan, đại tràng lên, góc lách (đều chiếm 2,1%).

Hình ảnh có dịch ở khoang phúc mạc là dấu hiệu thường gặp nhất trong nhóm BN dấu hiệu nặng (59,6%). Tiếp đến là dày thành ruột (49,1%) và thâm nhiễm mỡ mạc treo (45,6%). Trong đó, thâm nhiễm mỡ mạc treo và có dịch ở khoang phúc mạc là hình ảnh khá phổ biến trong nhiều nguyên nhân bệnh lý nên không đặc hiệu, song lại có độ nhạy cao trong trường hợp thiếu máu ruột theo nhiều nghiên cứu [6], [7].

- Nguyên nhân tắc ruột phát hiện trên phim chụp cắt lớp vi tính:

Bảng 3. Nguyên nhân tắc ruột trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính

Nguyên nhân	Ruột non	Ruột già	Cộng
Dính	13 (27,6%)	0	13 (27,6%)
U	3 (6,3%)	9 (19,1%)	12 (25,5%)
Xoắn ruột	3 (6,3%)	1 (2,1%)	4 (8,5%)
Bã thức ăn	5 (13,5%)	0	5 (13,5%)
Lao	1 (2,1%)	1 (2,1%)	2 (4,2%)
Lồng ruột	2 (4,2%)	0	2 (4,2%)
Viêm ruột	1 (2,1%)	1 (2,1%)	2 (4,2%)
Thoát vị	6 (12,7%)	0	6 (12,7%)
Dây chằng	1 (2,1%)	0	1 (2,1%)
Cộng	35 (74,4%)	12 (25,5%)	47 (100%)

Các nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến nhất chúng tôi gặp là: dính (27,6%), u (25,5%), thoát vị (12,7%), bã thức ăn (10,6%). Đối với ruột non, nhóm nguyên nhân hay gặp là: dính (37,1%), thoát vị (17,1%). Nguyên nhân gây tắc ruột già phổ biến nhất là u ống tiêu hóa (75%), điều này phù hợp với y văn và nghiên cứu của nhiều tác giả khác khi tỷ lệ dính ở ruột non là 38,3% và tỷ lệ u chiếm 69,2% ở ruột già [3].

- Đối chiếu nguyên nhân tắc ruột trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính với kết quả phẫu thuật:

Bảng 4. Đối chiếu hình ảnh nguyên nhân tắc ruột trên cắt lớp vi tính với kết quả phẫu thuật

Nguyên nhân	Chụp cắt lớp vi tính	Kết quả phẫu thuật
Dính	12 BN	13 BN
U	11 BN	12 BN
Xoắn ruột	4 BN	4 BN
Bã thức ăn	5 BN	5 BN
Lao	3 BN	2 BN
Lồng ruột	2 BN	2 BN
Viêm ruột	2 BN	2 BN
Thoát vị	6 BN	6 BN
Dây chằng	2 BN	1 BN
Cộng	47 BN	47 BN

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, có 43/47 BN (91,5%) phù hợp chẩn đoán nguyên nhân tắc ruột khi so sánh giữa hình ảnh chụp cắt lớp vi tính với kết quả phẫu thuật. Tỷ lệ này tương đương với nhiều nghiên cứu khác (với độ nhạy > 90% và độ đặc hiệu khoảng 96% trong chẩn đoán tắc ruột [8]). Kết quả này góp phần khẳng định hình ảnh chụp cắt lớp vi tính có giá trị cao trong chẩn đoán tắc ruột, giúp bác sĩ lâm sàng có căn cứ khoa học để chẩn đoán, tiên lượng và điều trị chính xác, hiệu quả hơn.

4. KẾT LUẬN

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh tổn thương trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở 47 BN chẩn đoán xác định tắc ruột, có chỉ định và được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Quân y 110, từ tháng 8/2019 đến tháng 12/2022, chúng tôi kết luận:

- BN trung bình 56,53 ± 16,91 tuổi, đa số hơn 40 tuổi (80,7%), tỉ lệ giới tính nam/nữ là 2,9/1. Trên lâm sàng, gặp 100% BN có đau bụng, 44,6% BN có chướng bụng.

- Trên phim chụp cắt lớp vi tính ổ bụng, hình ảnh tổn thương cho thấy 74,4% BN tắc ở ruột non; 25,6% BN tắc ở ruột già; vùng chuyển tiếp hay gặp nhất là ở hồng tràng và hồi tràng (74,4%). Trên các BN có dấu hiệu bệnh lí nặng,

chụp cắt lớp vi tính thường gặp hình ảnh có dịch ở khoang phúc mạc (59,6%), dày thành ruột (49,1%), thâm nhiễm mỡ mạc treo (45,6%). Các nguyên nhân gây tắc ruột phổ biến là do dính (27,6%), do u (25,5%), do thoát vị (12,7%), do bã thức ăn (10,6%). Có 91,5% BN phù hợp chẩn đoán về nguyên nhân tắc ruột giữa chụp cắt lớp vi tính so với kết quả phẫu thuật.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Obaid Kadhim Jawad (2011), "Intestinal Obstruction: Etiology, Correlation between Pre-Operative and Operative Diagnosis", *International Journal of Public Health Research Special Issue 2011*, pp. 41-49.
2. Bùi Thanh Hải (2008), *Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, X quang, siêu âm và chỉ định điều trị tắc ruột sau mổ*, Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân y.
3. Sclabas Guido M, Sarosi George A, Khan Saboor, et al. (2013), "Small bowel obstruction", *Michael J Zinner, Stanley W Ashley, eds. Maingot's Abdominal operations 12th ed*, McGraw-Hill Medical, pp. 585-610.
4. Bộ môn Giải phẫu học, Trường Đại học Y dược TP. Hồ Chí Minh (2014), *Bài giảng giải phẫu học*, tập 2, Nhà xuất bản Y học, tr. 154-182.
5. Nguyễn Văn Hiếu (2001), "Ung thư đại trực tràng", *Bài giảng ung thư học*, Nhà xuất bản Y học, tr. 188-195.
6. Geffroy Yann, Boulay-Coletta Isabelle, Jullès Marie - Christine, et al. (2014), "Increased unenhanced bowel-wall attenuation at multidetector CT is highly specific of ischemia complicating small-bowel obstruction", *Radiology*. 270(1), pp. 159-167.
7. Scrima A, Lubner M.G, King S, et al. (2017), "Value of MDCT and Clinical and Laboratory Data for Predicting the Need for Surgical Intervention in Suspected Small-Bowel Obstruction", *AJR Am J Roentgenol*. 208(4), pp. 785-793.
8. Frager D, Medwid S.W, Baer J.W, et al. (1994), "CT of small-bowel obstruction: value in establishing the diagnosis and determining the degree and cause", *AJR Am J Roentgenol*. 162(1), pp. 37-41. □