

MÔ TẢ MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN Ở TRẺ EM TẠI BỆNH VIỆN NHI TRUNG ƯƠNG, GIAI ĐOẠN 2017 - 2021

Hán An Ninh¹, Phạm Duy Hiền²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương, giai đoạn 2017 – 2021. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu bao gồm tất cả các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán sau mổ tắc ruột do bã thức ăn từ 01/2017 đến 12-2021 tại bệnh viện Nhi Trung Ương. **Kết quả:** 40 ca tắc ruột do bã thức ăn, bao gồm 17 nam và 23 nữ. Tuổi thường gặp 7-15 tuổi. Tỷ lệ nữ/nam là 1,3/1. Triệu chứng lâm sàng đau bụng (chiếm 92.5%), trong đó đau bụng cơn chiếm 75%, nôn (chiếm 95%) trong đó nôn dịch vàng chiếm 74%. Hình ảnh tắc ruột rõ trên XQ bụng không chuẩn bị là 85%, 15% còn hình ảnh hơi trong đại tràng. Trên siêu âm ổ bụng, hình ảnh mô tả tắc ruột chiếm 50%. Tính chất diễn biến bán cấp và không hoàn toàn thể hiện qua sự thay đổi diễn biến của các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng. 13/40 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi, chưa xử trí tổn thương hoàn toàn bằng dụng cụ nội soi, mà hỗ trợ bởi đường rạch nhỏ trên rốn. Biểu hiện tắc ruột rõ trong lúc mổ là 100%. Vị trí bã thức ăn ở hồi tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (77.5%). Xử lý tổn thương: Dồn bã thức ăn xuống đại tràng chiếm đa số trường hợp (85%), còn lại mở ở dạ dày (12.5%) và mở ruột non lấy bã thức ăn (2.5%). Kết quả điều trị giai đoạn sớm tốt: Thời gian trung tiện sau mổ trung bình 2.03±0.15 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình 4.72±0.28 ngày. Biến chứng sau mổ: 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ và 3 trường hợp viêm ruột. Các biến chứng nhẹ và không cần can thiệp ngoại khoa. **Kết luận:** Tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em là một bệnh lý tắc ruột cơ học do nguyên nhân trong lòng ruột, bệnh diễn biến bán cấp. Xử trí tổn thương chủ yếu bằng phương pháp dồn bã thức ăn xuống đại tràng. Kết quả điều trị sớm tương đối tốt. Phẫu thuật nội soi xử trí thương tổn vẫn còn là kỹ thuật cần được xem xét và hoàn thiện.

Từ khóa: tắc ruột do bã thức ăn

SUMMARY

CLINICAL CHARACTERISTICS, DIAGNOSE AND TREATMENT RESULTS SURGERY OF INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY

¹Bệnh viện Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện Nhi Trung Ương

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Duy Hiền

Email: duyhien1972@yahoo.com

Ngày nhận bài: 23.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 26.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022

PHYTOBEZOAR IN CHILDREN IN NATIONAL PEDIATRIC HOSPITAL PERIOD OF 2017 - 2021

Objective: Clinical characteristics, diagnose and treatment results surgery of intestinal obstruction caused by phytobezoar in children in National Pediatric Hospital period of 2017 – 2021. **Subjects and methods:** This is retrospective, descriptive study including all the cases of post-operative diagnosed with intestinal obstruction due to phytobezoar from January 2017 to June 2021 in National Pediatric Hospital. **Results:** 40 cases of bowel obstruction caused by phytobezoar, consisting of 17 males and 23 females. Patient's age: 7 and 10; male/female percentage: 1.3/1; common clinical symptom was abdominal pain (92.5% of all cases), 75% cases was fluctuating pain; vomiting (95%), 74% cases was yellow fluid. The clear image of bowel obstruction on x-ray was 85%; on ultra sound was 50%. The essence of sub-acute development shows through extent variation of clinical symptoms and subclinical images. 13/40 treatment using laparoscopic tools was impossible; there was a small incision in the upper of umbilical performed instead. The obvious signs of bowel obstruction during an operation were 100%. Phytobezoar located in ileum was the most common case (77.5%). Treatment: push phytobezoar into colon in most of the cases (85%), the rest was opening the stomach (12.5%) and opening the small bowel (2.5%). 13 cases of laparoscopic operation, the treatment was without using laparoscopic tools, but with the help of a small incision in the upper of umbilicus. The result of treatment in early time is good. The duration of gas after surgery is 2.03±0.15 days; and staying in hospital after surgery is 4.72±0.28 days. Complications: 2 cases of infection on wounded and 3 cases of enterocolitis. They were not severe and did not need emergency operation. **Conclusions:** Obstruction caused by phytobezoar in children is a mechanical obstruction disorder-taking place from inside of the gastro-intestinal tract. Clinical symptoms and image diagnostics differ in the observation process, showing sub-acute essence of the disorder. Most common injury treatment was pushing phytobezoar into colon, which gave good results in early time. Laparoscopic operations still need to be examined and improved.

Keywords: Intestinal obstruction, phytobezoar.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do bã thức ăn là tình trạng tắc ruột cơ học do nguyên nhân khối bã thức ăn nằm trong lòng ruột non gây bít tắc và làm ứ trệ lưu thông của đường tiêu hóa¹. Các yếu tố nguy cơ của sự hình thành bã thức ăn trong đường tiêu hóa bao gồm: sức nhai kém (trẻ em trong độ

tuổi thay răng sữa sang răng vĩnh cửu, người già, những người có bệnh lý gây mất răng hoặc giảm sức nhai); chế độ ăn rau củ chứa nhiều xơ và tanin; bệnh lý dạ dày, tụy; tiền sử phẫu thuật tiêu hóa^{1,2,3}. Trong hội chứng tắc ruột, bã thức ăn ít gặp hơn so với các nguyên nhân khác⁴, triệu chứng nghèo nàn, không đặc hiệu, gây khó khăn trong việc chẩn đoán⁵. Ở trẻ em, bệnh xảy ra ở mọi lứa tuổi, được biểu hiện với bệnh cảnh lâm sàng khác nhau tùy theo mức độ tắc ruột hoàn toàn hay không hoàn toàn².

Khối bã thức ăn gồm các mẫu thức ăn hoặc các sợi xơ thực vật kết dính. Bã thức ăn được hình thành và chủ yếu nằm tại dạ dày⁶. Khi khối bã di chuyển xuống ruột non, tùy thuộc vào kích thước tương đối của khối bã so với khẩu kính lòng ruột, có thể trở thành nguyên nhân gây tắc ruột cơ học. Khi kích thước khối bã thức ăn nhỏ, di chuyển trong đoạn ruột có khẩu kính lớn, tình trạng tắc nghẽn lưu thông tiêu hóa không xảy ra, thì bệnh nhân không có biểu hiện triệu chứng lâm sàng. Khi kích thước khối bã thức ăn lớn, đi đến những đoạn ruột hẹp, nhỏ sẽ gây tắc, làm cản trở lưu thông của đường tiêu hóa, gây biến chứng tắc ruột cơ học⁵. Do những đặc điểm trên, chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn có thể xác định dễ dàng, những cũng có nhiều trường hợp cần phải theo dõi sát về lâm sàng mới phát hiện được. Cần nhắc chỉ định phẫu thuật hay theo dõi điều trị nội khoa trong điều trị bệnh lý tắc ruột do bã thức ăn cần phù hợp và đúng thời điểm, vì những rối loạn toàn thân và tại chỗ nếu không xử trí sẽ đưa đến những hậu quả nặng nề⁷.

Trên thế giới và tại Việt Nam đã có nhiều nghiên cứu về bệnh lý này. Bã thức ăn trong đường tiêu hóa đã được biết đến và mô tả bởi các thầy thuốc Ấn Độ cổ từ thế kỷ thứ III trước công nguyên. Năm 1938, Debackey và Osner công bố 311 trường hợp tắc ruột do bã thức ăn. Từ 1966 đến 1973, Mural và Bernard thu thập được 66 hồ sơ về vấn đề này⁸. Tại Việt Nam, tắc ruột do bã thức ăn cũng được nhiều tác giả nghiên cứu từ lâu, và gần đây có xu hướng không thuyên giảm. Theo Nguyễn Thị Thu Hương từ 2000-2005 Bệnh viện Nhi Trung ương đã tiếp nhận, chẩn đoán và điều trị cho 93 bệnh nhi có bã thức ăn trong đường tiêu hóa⁹. Tuy nhiên cho đến nay vẫn chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá về vấn đề tắc ruột do bã thức ăn thực hiện trên đối tượng trẻ em. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu nhằm mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em tại bệnh viện Nhi Trung Ương, giai đoạn 2017 – 2021.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng:

Tiêu chuẩn lựa chọn: Trẻ em được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn trước mổ, được điều trị bằng phẫu thuật với chẩn đoán sau mổ là tắc ruột do bã thức ăn tại bệnh viện Nhi Trung Ương từ 01/2017 – 6/2021. Tuổi từ sơ sinh đến 15 tuổi. Có đầy đủ các dữ liệu về lâm sàng, cận lâm sàng và phẫu thuật phục vụ cho nghiên cứu.

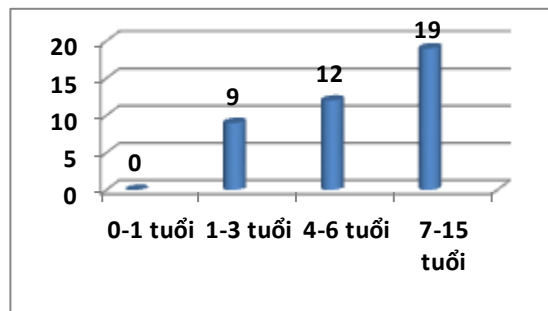
Tiêu chuẩn loại trừ: Các bệnh nhân phẫu thuật vì nguyên nhân khác vô tình phát hiện bã thức ăn trong đường tiêu hóa. Bệnh nhân không đồng ý tham gia nghiên cứu, hồ sơ bệnh án không đầy đủ, thiếu thông tin.

Phương pháp nghiên cứu: Mô tả cắt ngang với cỡ mẫu thuận tiện, thu thập và hoàn thành các thông tin trước, trong mổ, kết quả sớm theo bệnh án mẫu.

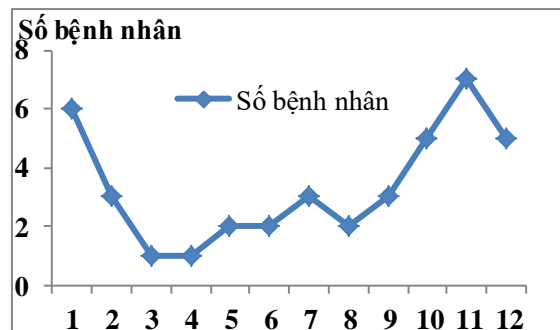
Phương pháp xử lý số liệu: Các số liệu được thu thập theo bệnh án nghiên cứu và xử lý bằng các thuật toán thống kê sử dụng phần mềm SPSS 20.0 và Excel

Đạo đức nghiên cứu: Những thông tin về người bệnh hoàn toàn được bảo mật và chỉ phục vụ cho mục tiêu chẩn đoán, điều trị và nghiên cứu khoa học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU



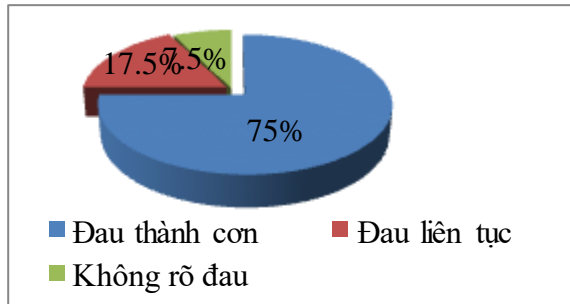
Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ bệnh nhân theo nhóm tuổi



Biểu đồ 2: Phân bố tỷ lệ bệnh nhân vào viện theo khoảng thời gian trong năm

Bảng 1: Danh sách các loại hoa quả liên quan đến tiền sử ăn uống

Các loại hoa quả	Số bệnh nhân
Hồng ngâm	2
Ơi	1
Sấu	1
Hồng xiêm	2
Sung	1

**Biểu đồ 3: Tính chất triệu chứng đau bụng**

IV. BÀN LUẬN

Lâm sàng

Về tuổi và giới: Tắc ruột do bã thức ăn ở trẻ em xảy ra ở mọi lứa tuổi, trong đó bệnh nhân nhỏ nhất: 20 tháng, bệnh nhân lớn tuổi nhất: 15 tuổi. Tỷ lệ mắc bệnh gặp cao nhất ở lứa tuổi học đường (7-15 tuổi) chiếm 47.5%. Kết quả trên tương đồng với nghiên cứu của Bùi Thu Hương (2005)⁹. Điều đó cho thấy bệnh nhi ở tuổi mọc răng, đang thay răng sức nhai kém, nhai không kỹ, ăn nhanh, nuốt chửng, nguy cơ tạo bã thức ăn nhiều hơn. Tỷ lệ Nữ/Nam: 1.3/1. Nữ mắc bệnh chiếm cao hơn, chênh lệch không có ý nghĩa thống kê. Kết quả trên tương đồng với Đinh Ngọc Dũng (1995)² nhưng trái ngược với Bùi Thu Hương (2005)⁹

Bệnh mắc rải rác cả năm, nhưng mùa đông hay gặp (từ tháng 10-11-12-01 là 23/40 chiếm 57.5%). Kết quả này phù hợp với Đinh Ngọc Dũng². Mùa đông là mùa của nhiều loại rau quả với hàm lượng chất xơ cao, nhiều tanin, khi trẻ ăn nhiều, nhai không kỹ cũng là yếu tố tạo bã thức ăn.

Khai thác tiền sử ăn uống ở trẻ em, đặc biệt là trẻ dưới 6 tuổi hết sức khó khăn. Đặc biệt với cỡ mẫu chưa nhiều của nghiên cứu, nên khó khăn trong việc đánh giá mức độ ảnh hưởng của các loại thực phẩm tới khả năng hình thành bã thức ăn. Tuy nhiên qua khai thác, nghiên cứu cung cấp một số thông tin phù hợp với đánh giá của các nghiên cứu khác về tầm ảnh hưởng của các loại rau quả có hàm lượng chất xơ cao, chất tannin trong việc hình thành bã thức ăn^{6,9} (với tổng cộng 7/40 bệnh nhân có khai thác được về

tiền sử này).

Bệnh diễn biến cấp tính hoặc bán cấp, trong đó diễn biến bán cấp chiếm phần lớn. Số bệnh nhân có thời gian diễn biến bệnh từ khi có triệu chứng đầu tiên đến khi có chỉ định mổ < 24 giờ là 7 (chiếm 17.5%), từ 24-72 giờ là 30 (chiếm 75%), cá biệt có 2 bệnh nhân chỉ được mổ sau 3 ngày từ khi có triệu chứng (chiếm 7.5%). Điều đó thể hiện sự khó khăn trong việc cân nhắc chỉ định mổ cấp cứu hay trì hoãn của các bác sỹ lâm sàng trước những triệu chứng bệnh diễn biến theo tính chất bán cấp như trên.

Trong số các triệu chứng đầu tiên của tắc ruột do bã thức ăn, đau bụng là triệu chứng hay gặp. 37/40 bệnh nhân có đau bụng (chiếm 92.5%), có 3/40 bệnh nhân không ghi chép về triệu chứng này, trong đó có 2/3 bệnh nhân 1-3 tuổi. Đau bụng thành từng cơn chiếm đa số: 30 trường hợp (chiếm 75%); Số còn lại là đau âm ỉ, liên tục, hoặc không được ghi nhận trong hồ sơ bệnh án. Hầu hết là đau quanh rốn: 25 trường hợp (chiếm 67.5%). Trong quá trình theo dõi, có 20/37 bệnh nhân có sự thay đổi về cường độ và tần số cơn đau.

Nôn cũng là triệu chứng thường gặp. 38/40 bệnh nhân có triệu chứng này. Tỷ lệ cao này phù hợp với nghiên cứu của Đinh Ngọc Dũng (1997)². 28/38 bệnh nhân nôn ra dịch vàng/xanh, chỉ có 9/38 bệnh nhân có nôn dịch trong/thức ăn, và 1/38 bệnh nhân có nôn dịch lẫn máu đỏ sẫm. Dấu hiệu nôn ở trẻ em dễ nhận thấy và khách quan hơn đau bụng. Khi có tắc ruột cơ học, trẻ có biểu hiện nôn vì có sự tăng nhu động ruột phía trên chỗ tắc, sự co bóp của thành dạ dày và sự kích thích của cơ hoành. Khi bệnh nhân đến ở giai đoạn muộn, dịch nôn sẽ lẫn dịch mật (vàng/xanh), có khi xuất huyết thấy dịch máu sẫm màu. Cơn đau có thể giảm hoặc tăng cả về cường độ lẫn tần số. Kèm theo đó là sự thay đổi của số lần nôn và tính chất dịch nôn. Trong 20 bệnh nhân có thay đổi về cường độ và tần số cơn đau thì có 12 có sự thay đổi về tính chất dịch qua sonde dạ dày (từ dịch vàng sang dịch trong hoặc ngược lại). Điều này được giải thích bởi tính chất di động dọc theo chiều dài đường tiêu hóa của khối bã thức ăn. Tùy vào kích thước khối và khẩu kính đoạn ruột mà triệu chứng tắc ruột hoàn toàn hay không.

Triệu chứng chướng bụng có tỷ lệ cao: 39/40 bệnh nhân. Triệu chứng "quai ruột nổi" cũng gặp với tần suất thấp hơn (18/40 bệnh nhân). Do cơ chế bệnh là tắc ruột do bã thức ăn, nên toàn bộ các quai ruột phía trên chỗ tắc đều giãn từ từ và đồng đều, khác với cơ chế tắc ruột do thắt

nghet, quai ruột bị nghẹt giãn độc lập và nhanh hơn các quai ruột khác.

Theo nhiều tác giả, ở trẻ em, khi khám bụng, tỷ lệ phát hiện thấy u cục trong tắc ruột do bã thức ăn cao hơn người lớn⁹. Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 4/40 bệnh nhân được sờ rõ khối trong quá trình thăm khám bụng. Có thể do quá trình khám bị ảnh hưởng bởi yếu tố bụng chướng và trẻ quấy khóc không hợp tác.

Trong nghiên cứu của chúng tôi: Các triệu chứng về tri giác, mạch, nhiệt độ và huyết áp ít có rối loạn trong tắc ruột do bã thức ăn.

Ở trẻ em, dấu hiệu mất nước có tỷ lệ tương đối cao do nôn nhiều. Tuy không đánh giá cụ thể độ mất nước nhưng trong các bệnh án ghi là có dấu hiệu mất nước, hốc hác, môi xe, khát nước. Trẻ càng nhỏ, nguy cơ mất nước càng cao. Trong 9 bệnh nhân từ 1 đến 3 tuổi có 8 bệnh nhân ghi là có biểu hiện mất nước. Trong 12 bệnh nhân thuộc nhóm 3-6 tuổi có 4 bệnh nhân, còn lại 19 bệnh nhân thuộc nhóm 7-15 tuổi: 3 bệnh nhân.

Cận lâm sàng

XQ bụng không chuẩn bị: được thực hiện tất cả các bệnh nhân, trong đó có 26/40 bệnh nhân được chụp ≥ 2 phim. Có tác giả khuyên nên chụp bụng không chuẩn bị 2 tiếng/ lần trong quá trình theo dõi. Điều này giúp bác sỹ đánh giá sự thay đổi về mức độ tắc ruột của bệnh nhân. Trong 26/40 trường hợp trên, kết quả phim chụp chỉ ra sự thay đổi trong các dấu hiệu biểu hiện tắc ruột (từ hình ảnh tắc ruột không hoàn toàn sang hình ảnh tắc ruột hoàn toàn hoặc ngược lại). Nói chung trong tắc ruột do bã thức ăn, hình ảnh tắc ruột rõ trên XQ bụng không chuẩn bị chiếm tỷ lệ cao 34/40 (chiếm 85%). 6 trường hợp có hình ảnh tắc ruột không hoàn toàn, thể hiện bằng hình ảnh mức nước hơi không điển hình và còn hơi trong đại tràng trong tất cả các phim chụp. Tuy nhiên, XQ chỉ gợi ý vị trí tắc và theo dõi sự thay đổi của mức độ tắc ruột chứ không cho biết nguyên nhân gây tắc.

Siêu âm ổ bụng cũng được thực hiện ở tất cả các bệnh nhân, trong đó 16/40 bệnh nhân được siêu âm ≥ 2 lần. Hình ảnh tắc ruột cơ học được chỉ ra trên hình ảnh siêu âm trong 30/40 bệnh nhân với các dấu hiệu: quai ruột giãn/xẹp, nhu động 2 chiều, dịch tự do ổ bụng. 10/40 trường hợp còn lại, siêu âm chỉ đưa thông tin về các quai ruột giãn, lòng chứa dịch và tăng nhu động.

Về chẩn đoán: tỷ lệ chẩn đoán trước mổ là tắc ruột có 38/40 (chiếm 95%). Trong đó có 25 bệnh nhân (chiếm 62.5%) được chẩn đoán trước mổ là tắc ruột do bã thức ăn hoặc nghi do bã

thức ăn. Chỉ có 2 bệnh nhân có chẩn đoán trước mổ nghi tới áp xe ruột thừa (chiếm 5%).

Tổn thương giải phẫu bệnh: Trong 40 lần mổ, có 39 biên bản phẫu thuật ghi có dịch trong ổ bụng (97.5%), đa số là dạng dịch thẩm vàng, trong với số lượng ít. Biểu hiện rõ nhất, nổi bật nhất là tình trạng tắc ruột mà trong đó đoạn ruột phía trên chỗ tắc giãn, đoạn ruột dưới chỗ tắc xẹp. Biểu hiện này được gặp ở tất cả các trường hợp. Ruột giãn ở nhiều mức độ, trong lòng chứa dịch và hơi, có 6 trường hợp thành ruột phía trên chỗ tắc có điểm hoại tử và vết rạn thanh mạc (15%). Xử trí khâu lại vết rạn, không cần cắt nối ruột. Ngoài ra có thể có nhiều hình thái tổn thương trên cùng một bệnh nhân như ruột giãn kèm viêm nề thành ruột hoặc ruột xung huyết tím... Tương tự một số tác giả khác^{2,3,9} nghiên cứu của chúng tôi cũng chỉ ra vị trí khối bã thức ăn tại hồi tràng chiếm tỉ lệ cao nhất: 31/40 bệnh nhân (77.5%), 5 trường hợp tắc ở hồng tràng (12.5%). Ngoài khối bã thức ăn gây tắc, còn có thêm 4 bệnh nhân có bã thức ăn phổi hợp tại dạ dày (10%).

Về phương pháp phẫu thuật, có 13 trường hợp phẫu thuật nội soi, trong đó có 2 trường hợp chẩn đoán trước mổ là áp xe ruột thừa, 6 trường hợp nội soi mang tính chất thăm dò với chẩn đoán trước mổ là tắc ruột không rõ nguyên nhân. Trong tất cả các trường hợp trên, việc xử trí tổn thương đều không được thực hiện hoàn toàn bằng các dụng cụ nội soi, mà bằng một đường rạch nhỏ qua rốn. Điều này có thể lý giải qua việc bóp nhỏ và đẩy khối bã qua van Bauhin bằng các Pince ruột với sức kẹp yếu và kích thước hàm nhỏ là rất khó khăn. Bên cạnh đó, tình trạng bụng chướng do tắc ruột cũng gây khó khăn cho phương pháp phẫu thuật này.

Về xử trí khối bã thức ăn: toàn bộ 31 trường hợp có bã thức ăn ở hồi tràng đều được bóp nhỏ và đẩy xuống đại tràng thành công. 3 trường hợp có bã thức ăn phổi hợp trong dạ dày được lấy ra qua đường mổ mặt trước dạ dày. Trong 2 trường hợp bã thức ăn nằm tại hồng tràng: 1 được lấy ra qua vị trí mở tại ruột non (trường hợp bã thức ăn tại hồng tràng đơn độc) và 1 được dồn lên dạ dày và lấy ra qua vị trí mở tại mặt trước dạ dày (trường hợp phổi hợp với bã thức ăn tại dạ dày). Hà Văn Quyết và cộng sự cho rằng việc đẩy bã thức ăn xuống đại tràng là một thủ thuật ưa chuộng đối với tắc ruột do bã thức ăn⁷. Các bệnh án đã thu thập được cũng phản ánh điều này, áp dụng có kết quả tốt, sau mổ không có bệnh nhân nào bị tắc lại. Theo Đinh Ngọc Dũng², trước khi đẩy bã thức ăn xuống đại

tràng phải loại trừ đoạn ruột phía dưới có dính, có dây chằng cản trở hoặc có u. Mở đường tiêu hóa để lấy bã thức ăn chỉ thực hiện khi không đẩy được bã thức ăn xuống đại tràng. Trong nghiên cứu này, số lượng bã thức ăn trong ruột non ghi nhận được chỉ là 1 bã thức ăn, tuy nhiên, trong các nghiên cứu khác, Đinh Ngọc Dũng đã gặp 43/138 bệnh nhân (chiếm 31,16%) có từ 2 bã thức ăn trở lên, vì vậy sau khi giải quyết bã thức ăn gây tắc ở đường tiêu hóa, lập lại sự lưu thông, bắt buộc phải kiểm tra toàn bộ đường tiêu hóa để phát hiện và xử trí các bã thức ăn khác, tránh bỏ sót.

Kết quả điều trị sau mổ của các bệnh nhân tương đối tốt. Thời gian bệnh nhân bắt đầu trung tiện sau mổ là 2.03 ± 0.15 ngày. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình $4,72 \pm 0.28$ ngày. Biến chứng sau mổ: 2 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ và 3 trường hợp viêm ruột, không có biến chứng nặng sau mổ cần can thiệp phẫu thuật.

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột do bã thức ăn là tắc ruột cơ học, có những đặc thù riêng về lâm sàng cũng như cận lâm sàng, mà nổi bật lên là diễn biến bán cấp tính với sự thay đổi của các triệu chứng trong quá trình theo dõi. Điều này đòi hỏi sự thăm khám đánh giá nhiều lần, cả trên lâm sàng lẫn các phương tiện chẩn đoán hình ảnh nhằm đưa ra chỉ định mổ vào thời điểm phù hợp. Phẫu thuật nội soi xử trí tổn thương hoàn toàn trong ổ

bụng vẫn còn là một thách thức cần đặt ra và giải quyết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Hà Văn Quyết, Trần Đức Tiến, Nguyễn Đức Tiên (1995), "Tắc ruột do bã thức ăn", Tổng hội y dược học Việt Nam.
2. Đinh Ngọc Dũng, Vũ Mạnh, Hà Văn Quyết (1995), "Nghiên cứu về chẩn đoán và điều trị tắc ruột do bã thức ăn tại một số bệnh viện lớn ở Hà Nội", Luận văn Thạc sỹ.
3. Dikicier E, Altintoprak F, Ozkan OV, Yafmurkaya O, Uzunoglu MY. (2015), "Intestinal obstruction due to phytobezoars: An update", World J Clin Cases. 2015 Aug 16. 3(8): 721-6.
4. Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, Tekeli MT, Denecli AG. (2010), "A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar", Ulus Travma Acil Cerrahi Derg. 2010. 16:459-463.
5. Hà Văn Quyết, Nguyễn Đình Hồi (1982), "Hình thái lâm sàng u bã thức ăn (phytobezoar) nằm trong đường tiêu hóa", Ngoại khoa, IX(1): 1-5.
6. A.P Emerson. (1987), "Foods high in fiber and phytobezoar formation", Am. Diet-Assoc, 87(12): 165-7.
7. Hà Văn Quyết và cộng sự (1994), "Tắc ruột do bã thức ăn", Hội nghị Ngoại khoa cấp cứu bụng và cơ quan vận động (các tỉnh phía Bắc) – Hà Nội, 34.
8. Robert Wyllie, Jeffrey S. Hyams, Marsha Kay (2015), "Pediatric Gastrointestinal and Liver Disease, Bezoar", 341.
9. Bùi Thu Hương (2005), "Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng u bã thức ăn ở trẻ em tại Viện Nhi từ 1995-2000", Luận án Chuyên khoa cấp II – Trường ĐHY Hà Nội.

NGHIÊN CỨU TÌNH HÌNH SỬ DỤNG THUỐC ĐIỀU TRỊ TĂNG HUYẾT ÁP TRÊN BỆNH NHÂN SUY THẬN MẠN ĐANG LỌC MÁU ĐỊNH KỲ BẰNG THẬN NHÂN TẠO TẠI TRUNG TÂM Y TẾ THỊ XÃ GIÁ RAI NĂM 2021 – 2022

Nguyễn Thúy An¹, Nguyễn Ngọc Tố Quyên², Mai Huỳnh Như²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Bệnh thận mạn (BTM) là vấn đề sức khỏe toàn cầu, đặc biệt khi bệnh tiến triển đến giai đoạn cuối phải lọc thận định kỳ bằng thận nhân tạo do tăng nguy cơ tim mạch và tử vong. Tăng huyết áp (THA) ở bệnh nhân suy thận mạn lọc máu rất khó điều trị. Việc điều trị THA trên bệnh nhân STM cần liên tục, kéo dài và theo dõi chặt chẽ. Trên bệnh nhân suy thận

mạn có tăng huyết áp, thuốc điều trị tăng huyết áp đã được chứng minh có vai trò quan trọng trong việc kiểm soát huyết áp, làm chậm tiến triển bệnh thận và giảm các nguy cơ tim mạch. **Mục tiêu:** xác định tỷ lệ sử dụng các nhóm thuốc điều trị tăng huyết áp trên bệnh nhân đang lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai năm 2021-2022. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả cắt ngang. Nghiên cứu trên tất cả hồ sơ bệnh án của bệnh nhân được chẩn đoán suy thận mạn có kèm tăng huyết áp, có chỉ định lọc máu định kỳ bằng thận nhân tạo tại Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai từ 1/1/2021-30/4/2022. **Kết quả:** Nhóm thuốc chẹn kênh canxi được chỉ định nhiều nhất với tỷ lệ là 97,8%. Nhóm chẹn thụ thể beta giao cảm có tỷ lệ chỉ định sử dụng thấp nhất là 0,7%. Tỷ lệ phối hợp 3 nhóm thuốc trong điều trị chiếm tỷ lệ cao nhất với 87,05%. Tỷ lệ hợp lý

¹Trung tâm Y tế thị xã Giá Rai

²Trường Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Mai Huỳnh Như

Email: mnhnu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 29.8.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.9.2022

Ngày duyệt bài: 12.10.2022