

BÁO CÁO CA LÂM SÀNG: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẮC RUỘT DO DÍNH TRÊN NGƯỜI BỆNH MANG THAI 26 TUẦN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Nguyễn Việt Hậu¹, Trần Công Duy Long¹, Nguyễn Minh Hải¹, Nguyễn Khánh Dương¹,
Nguyễn Chí Hiếu¹, Nguyễn Hải Phương¹, Nguyễn Trường Sơn¹, Trương Thị Thúy Trinh¹,
Nguyễn Xuân Vinh¹

TÓM TẮT

Tắc ruột trong thai kỳ là một bệnh lý ngoại khoa khá hiếm gặp với các triệu chứng lâm sàng không điển hình, rất dễ nhầm lẫn với các tình trạng bệnh lý nội khoa, sản khoa, ngoại khoa khác. Chậm trễ trong chẩn đoán và điều trị có thể dẫn đến những biến cố bất lợi cho cả mẹ và con bao gồm chuyển dạ sinh non, nhiễm trùng ôi, sẩy thai, hoại tử ruột, thậm chí tử vong ở mẹ. Chúng tôi trình bày một trường hợp tắc ruột do dính trên người bệnh mang thai 26 tuần, điều đáng chú ý là người bệnh này không có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó. Người bệnh vào vì đau bụng thượng vị kèm nôn ói liên tục, các triệu chứng không giảm khi điều trị bằng giảm đau và chống co thắt, sau khi hội chẩn với các bác sĩ Ngoại tiêu hóa và Sản, chúng tôi cho bệnh chụp MRI và phát hiện ra tình trạng tắc ruột non. Sau khi nhập khoa Ngoại tiêu hóa điều trị theo hướng bảo tồn, các triệu chứng vẫn không giảm nên ekip các bác sĩ Ngoại tiêu hóa đã quyết định phẫu thuật gỡ dính ruột. Ca phẫu thuật diễn ra khá thuận lợi, không có biến chứng. Ở giai đoạn hậu phẫu, người bệnh có dấu hiệu chuyển dạ sinh non và liệt ruột kéo dài làm tăng nguy cơ do khuẩn huyết dẫn đến nhiễm trùng ôi. Kháng sinh dự phòng và thuốc giảm gò đã được chỉ định. Đến ngày hậu phẫu thứ 6 người bệnh hồi phục khá tốt, CTG không ghi nhận có cơn gò tử cung, người bệnh được cho xuất viện về nhà theo dõi. Báo cáo của chúng tôi giúp cho các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt là các bác sĩ thuộc chuyên ngành Cấp cứu, Ngoại tổng quát, Sản có được một cái nhìn tổng quan trong tiếp cận các bệnh lý bụng cấp ở người bệnh mang thai.

Từ khóa: tắc ruột trên thai kỳ, chuyển dạ sinh non, nhiễm trùng ôi, sẩy thai

ABSTRACT

CASE REPORT: INTESTINAL OBSTRUCTION AT 26 WEEKS OF GESTATION IN UNIVERSITY MEDICAL CENTER IN HO CHI MINH CITY

Nguyen Viet Hau, Tran Cong Duy Long, Nguyen Minh Hai, Nguyen Khanh Duong,
Nguyen Chi Hieu, Nguyen Hai Phuong, Nguyen Truong Son, Truong Thi Thuy Trinh,
Nguyen Xuan Vinh * Ho Chi Minh City Journal of Medicine * Vol. 26 - No 1 - 2022: 319-324

Intestinal obstruction during pregnancy is a rare condition with atypical symptoms like other internal, obstetric and surgical conditions. Delayed diagnosis and treatment could lead to adverse events for both mother and the fetus, including premature labor, amniotic fluid infection, miscarriage, bowel necrosis, and even maternal death. We present a case of adhesive small bowel obstruction in a 26-gestational week patient without previous history of abdominal surgery. The patient presented with epigastric pain accompanied by persistent vomiting, symptoms did not relieve with analgesics and antispasmodics. After consultation with the gastrointestinal surgeons and obstetricians, an abdominal magnetic resonance imaging (MRI) was indicated, and small bowel obstruction was diagnosed. After admission to the Surgery Department for conservative treatment, the symptoms did not relieve, so a surgical decision was made to remove the adhesions. The surgery was quite favorable without

¹Bệnh viện Đại Học Y Dược TP. Hồ Chí Minh

Tác giả liên lạc: BSCKII. Nguyễn Việt Hậu ĐT: 0918764092

Email: hau.nv@umc.edu.vn

any complication. In the postoperative period, the patient had signs of premature labor and intestinal paralysis increasing the risk of bacteremia that could lead to amniotic fluid infection. Antibiotic prophylaxis and tocolysis were indicated. On the 6th postoperative day, the patient recovered well, cardiotocogram (CTG) did not notice uterine contractions, the patient was discharged to home. Our case report provides clinicians, especially those in Emergency Medicine, General Surgery, Obstetrics, to gain a new perspective in approaching acute abdominal cases during pregnancy.

Keywords: intestinal obstruction during pregnancy, premature labor, amniotic fluid infection, miscarriage

ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột ở thai kỳ là một tình trạng bệnh lý cấp cứu ngoại khoa khá hiếm gặp. Tần suất tắc ruột trong thai kỳ dao động trong khoảng 1/1500 đến 1/66431⁽¹⁾. Đây là một tình trạng bệnh lý nguy cơ cao cho cả mẹ và con, nguy cơ tử vong ở mẹ dao động từ 2-4% và tử vong thai nhi từ 13-17%. Nguy cơ sinh non khoảng 45%⁽²⁾.

Trong một tổng quan hệ thống của tác giả Yair S từ 78 báo cáo mô tả 92 trường hợp tắc ruột trong thai kỳ năm 2006, yếu tố nguy cơ thường gặp nhất là người bệnh có tiền căn phẫu thuật bụng (49%). Các triệu chứng lâm sàng thường gặp gồm đau bụng (88%), nôn ói (67%), khám bụng có dấu đề kháng (49%) và chướng bụng (28%)⁽³⁾. Đa số các triệu chứng đều không điển hình, phần lớn chẩn đoán chậm trễ dẫn đến những biến cố bất lợi cho cả mẹ và con như hoại tử ruột, sinh non, thậm chí tử vong cho cả mẹ lẫn con. Khi một người bệnh mang thai đau bụng, đa số các bác sĩ lâm sàng đều nghĩ là đau bụng do chuyển dạ sinh non, nhau bong non hoặc các tình trạng bệnh lý nội-ngoại khoa khác, thường ít nghĩ đến tắc ruột.

Tại bệnh viện Đại học y dược thành phố Hồ Chí Minh, chúng tôi xin trình bày một trường hợp tắc ruột do dính trên một người bệnh mang thai 26 tuần. Điều đáng chú ý là người bệnh không có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó.

BỆNH ÁN

Người bệnh nữ 37 tuổi, địa chỉ tại Bình Dương nhập viện vì đau bụng/thai 26 tuần.

PARA: 0000. Con đau xảy ra cách nhập viện 10 giờ, đau quặn từng cơn trên nền âm ỉ ở thượng vị không lan, không có yếu tố tăng giảm cơn đau, đau càng lúc càng tăng kèm nôn ói.

Người bệnh không sốt, có đi tiêu phân lỏng 1 lần. Người bệnh không có tiền sử bệnh lý nội-ngoại khoa trước đây.

Tình trạng lúc nhập viện (21h00, 21/04/2021): Mạch: 70 lần/phút, HA: 130/80 mmHg, Nhịp thở: 20 lần/phút, Nhiệt độ: 36,5 độ C, SpO₂: 98%. Người bệnh tỉnh, tiếp xúc tốt, da niêm hồng, tim đều, phổi trong, bụng ấn đau thượng vị nhưng không có dấu đề kháng.

Các kết quả cận lâm sàng lúc nhập viện: WBC: 11,68x10⁹/L, %Neu: 89%, HCT: 32,2%, Glucose: 5,8 mmol/l, Ure: 22,17 mg/dl, Creatinin: 0,69 mg/dl, Na: 138 mmol/l, Clo: 105 mmol/l, Kali: 3,41 mmol/l, Lipase: 8,66U/L, CRP: 3,6 mg/L.

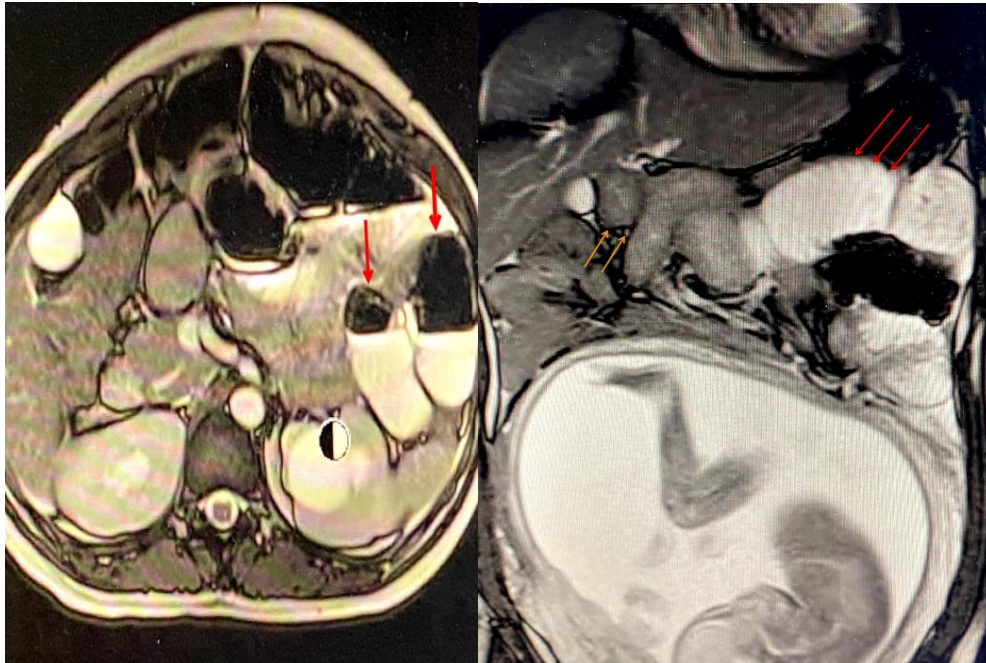
Khí máu động mạch: pH: 7,42, pCO₂: 33,6 mmHg, HCO₃: 21,5 mmol/l, AG: 14,9, P/F: 481 mmHg.

Siêu âm bụng: Dẫn và ứ dịch vài quai ruột non vùng ¼ trên trái ổ bụng, có nhu động. Dày đều thành vài quai ruột non vùng này, còn cấu trúc lớp. Có dịch bụng lượng ít giữa các quai ruột. Hai thận ứ nước độ II 2 bên (bên trái > bên phải). Một thai sống trong tử cung, độ sâu xoang ối lớn nhất #7,3 cm.

Người bệnh được cho giảm đau bằng thuốc chống co thắt Buscopan, Paracetamol Kabi, PPI, Phosphalugel. Sau 12 giờ theo dõi, tình trạng đau bụng vẫn không giảm, đau càng lúc càng tăng hơn. Từ lúc nhập viện đến sáng người bệnh không trung-đại tiện được, không sốt. Người bệnh khai thêm là đã có một lần đau tương tự vào đầu thai kì được nhập viện và điều trị nội khoa, ra viện với chẩn đoán viêm dạ dày ruột. Khám lại tình trạng bụng lúc này ghi nhận bụng chướng nhẹ, ấn đau thượng vị, không đề kháng. Khám sản khoa ghi nhận: Tử cung có gò nhẹ, các

con gò không đều, mềm giữa các con gò. Khám trong thấy cổ tử cung đóng kín, không có máu âm đạo. Thai máy bình thường, không ghi nhận ra huyết/nước âm đạo. Tim thai đều trên siêu âm tại giường, cử động thai (+), cổ tử cung 33mm qua siêu âm ngả âm đạo. Tại thời điểm này người bệnh không có tình trạng bệnh lý liên

quan đến sản khoa, con đau bụng chưa loại trừ do bệnh lý ngoại khoa nên người bệnh đã được đề nghị chụp MRI không thuốc cản tử. Kết quả MRI cho thấy các quai ruột non giãn ở ¼ trên trái ổ bụng, bên cạnh có các quai ruột xẹp không rõ điểm chuyển tiếp.



Hình 1: Hình ảnh MRI cho thấy các quai ruột non giãn lớn kèm mức nước hơi ở ¼ trên trái (mũi tên đỏ), và các quai ruột xẹp (mũi tên cam)

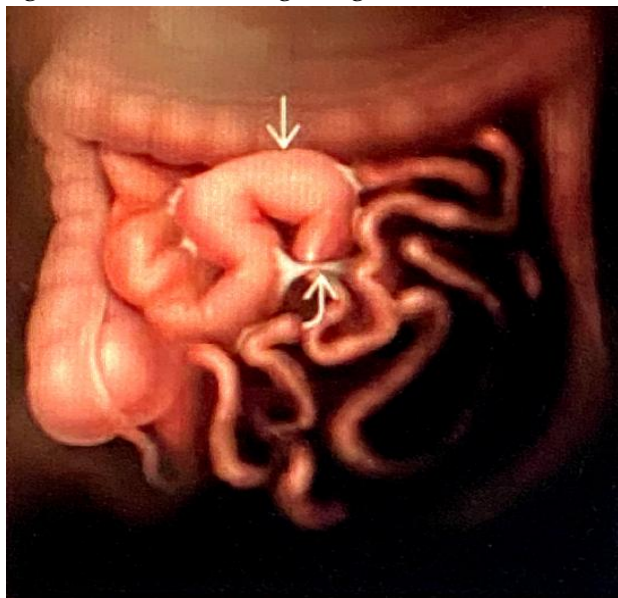
Lúc này chẩn đoán bán tắc ruột được đặt ra, do người bệnh không có tiền sử phẫu thuật bụng, nên nghĩ nhiều bán tắc ruột này do viêm, 2 thận ứ nước nghĩ do thai chèn ép.

Người bệnh được đặt Levine theo dõi và bù dịch, tiếp tục sử dụng giảm đau (Buscopan, PPI), nhập khoa Ngoại tiêu hóa theo dõi tiếp. Đến 19h15, 22/04/2021 tình trạng đau bụng vẫn không cải thiện, Levine ra 500 ml dịch trắng đục kể từ lúc đặt, khám bụng không có thay đổi so với những lần khám trước. Xét nghiệm công thức máu khi này WBC: 11,19 G/L (%Neu: 88,5%), CRP: 11 mg/L, PCT: 0,06 ng/ml. Bạch cầu tuy không tăng, nhưng CRP có tăng hơn so với trước. Tuy marker nhiễm trùng không thay đổi nhiều nhưng tình trạng đau bụng vẫn không giảm là dấu hiệu báo động, nếu chậm trễ không can thiệp phẫu thuật có thể dẫn đến hoại tử ruột,

chuyển vị vi khuẩn đường ruột dẫn đến nhiễm trùng huyết, gây nên những biến cố bất lợi cho cả mẹ và con. Lúc này ekip các bác sĩ Ngoại tiêu hóa quyết định đặt chỉ định phẫu thuật.

Người bệnh được gây mê qua nội khí quản, phẫu thuật nội soi với đường vào là trocar 10 mm ở rốn và 2 trocar ở dưới sườn phải và hông trái. Thăm sát ban đầu cho thấy ruột non dẫn và chướng nhiều, tử cung vượt qua rốn. Ở vùng hông trái có dây dính từ ruột non vào thành bụng sau tạo 1 lỗ và có quai ruột non khác chui qua lỗ này, cắt dây dính này nhưng không phát hiện ra được vị trí chuyển tiếp giữa quai ruột dẫn và quai ruột xẹp. Lúc này ekip phẫu thuật quyết định chuyển sang mổ hở. Mở bụng đường giữa trên rốn 10 cm, ruột non dính rất nhiều vào nhau, gỡ dính. Vị trí chuyển tiếp là đoạn ruột dính vào mạc treo của một đoạn ruột non khác

gây tắc ruột. Sau gỡ dính, toàn bộ ruột non thông. Hút rửa ổ bụng, tình trạng đông cầm máu ổn, ruột non được xếp lại vào ổ bụng và người bệnh được đóng bụng lại.



Hình 2: Vị trí chuyển tiếp là một đoạn ruột non dính vào mạc treo của một đoạn ruột non khác. (mũi tên cong). Đoạn ruột non trước chỗ tắc giãn lớn (mũi tên thẳng)

Sau phẫu thuật 2 giờ ở phòng hồi tỉnh, người bệnh sau tỉnh dậy than gò tử cung, đau bụng nhiều, âm đạo không ra dịch bất thường. Siêu âm bụng ghi nhận thai có tình trạng đa ối (xoang ối lớn nhất 10 cm). Siêu âm qua đầu dò âm đạo thấy kênh cổ tử cung còn đóng, chiều dài 29 mm (có thay đổi so với trước mổ CL 33 mm). Lúc này chẩn đoán dọa sinh non được đặt ra. Người bệnh được chuyển lên khoa sản theo dõi, dùng thuốc giảm gò Atosiban 15 mg truyền tĩnh mạch bằng bơm tiêm điện và dinh dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch.

Sang ngày hậu phẫu thứ 1, CTG không còn con gò, người bệnh được ngưng Atosiban, chuyển sang dùng Utrogestan 200 mg (01v×2) đặt âm đạo. Xét nghiệm lúc này bạch cầu không tăng nhưng PTC có tăng hơn so với trước (0,26 ng/ml), chứng tỏ tình trạng nhiễm trùng có thể đang xảy ra và điều đáng lo ngại là nhiễm trùng ối có thể dẫn đến chuyển dạ sinh non, gây nên kết cục xấu cho cả mẹ và con. Do đó, chỉ định

kháng sinh Ceftriaxon 2 g/ngày được đặt ra để điều trị tình trạng nhiễm trùng.

Ngày hậu phẫu thứ 3, người bệnh trung tiện được nhiều, không còn nôn ói, lúc này người bệnh bắt đầu được cho ăn lại. Diễn tiến những ngày sau đó người bệnh không còn đau bụng, không ói, bụng không chướng, ăn uống trở lại bình thường, tử cung không còn gò, tiêu tiểu được bình thường. Đến ngày thứ 6 hậu phẫu, người bệnh hồi phục hoàn toàn, được cho xuất viện.

BÀN LUẬN

Tắc ruột trong thai kỳ là một tình trạng bệnh lý không thường gặp với tỉ lệ tử vong, sảy thai, chuyển dạ sinh non khá cao. Connolly MM đã thống kê các nhóm nguyên nhân thường gặp bao gồm: do dây dính (54,6%), xoắn ruột không do dính (24,5%), lồng ruột (5,1%), ung thư (3,7%), thoát vị (1,4%) và các nhóm nguyên nhân khác (10,7%)⁽⁴⁾. Trong một thống kê hàng loạt ca của tác giả Chang YT trên 4 người bệnh tắc ruột do dính, 3 trong 4 người bệnh này có tiền sử phẫu thuật bụng, người bệnh còn lại giống như trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi, không có tiền sử phẫu thuật bụng trước đó⁽¹⁾. Một số giả thiết cho rằng nguyên nhân tắc ruột do dính trên người bệnh không có tiền sử phẫu thuật bụng có thể do tổn thương viêm mạn tính trong ổ bụng, điển hình là viêm vùng chậu. Viêm mạn tính dẫn đến hình thành các tổ chức xơ hóa, co kéo làm các quai ruột dính vào nhau hoặc dính vào mạc treo ruột⁽⁵⁾. Ngoài ra trên các nhóm người bệnh tương tự như vậy, bất thường vị trí giải phẫu bẩm sinh các tạng trong ổ bụng như ruột xoay bất hoàn cũng là một nguyên nhân cần nghĩ đến⁽⁵⁾. Theo 2 tác giả William W và Beck JR, tình trạng dính ruột do viêm trước đó có thể không gây tắc ruột nhưng khi mang thai, sự phát triển của tử cung dẫn đến thay đổi về mối tương quan giải phẫu của các tạng trong ổ bụng tạo điều kiện cho tình trạng tắc ruột xảy ra⁽⁶⁾. Người bệnh của chúng tôi lúc mở bụng thấy rất nhiều quai ruột non dính vào nhau và vị trí chuyển tiếp là một đoạn ruột non dính vào mạc

treo của một đoạn ruột non khác. Người bệnh này có thể đã có tình trạng viêm mạn tính vùng chậu từ trước và mang thai là yếu tố thúc đẩy dẫn đến tình trạng tắc ruột hoàn toàn theo như các giả thiết đã đề cập ở trên. Ca phẫu thuật diễn ra khá thuận lợi, không có phần ruột hoại tử cần phải cắt bỏ.

Tắc ruột trong thai kỳ nếu xảy ra trong tam cá nguyệt đầu rất dễ bị nhầm lẫn với tình trạng nghén (morning sickness). Tuy nhiên nôn ói trong tình nghén thường ra thức ăn cũ, nếu nôn ói có kèm ra dịch mật thì cần phải cảnh giác^(7,8). Đặc biệt trên các người bệnh có tiền sử phẫu thuật bụng và khi các triệu chứng xảy ra vào tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3. Ngoài ra triệu chứng cũng rất dễ nhầm lẫn với các bệnh lý nội khoa khác như viêm dạ dày, nhiễm trùng tiêu hóa, viêm tụy cấp. Người bệnh của chúng tôi khi nhập viện triệu chứng rất giống với các bệnh lý nội khoa và đặc biệt người bệnh không có tiền sử phẫu thuật bụng nên tắc ruột lại càng dễ bị bỏ qua. Tình trạng chướng bụng do tắc ruột rất khó đánh giá trên người bệnh có thai do sự phát triển của tử cung làm vòng bụng to ra có thể che lấp đi sự căng chướng của các quai ruột làm chậm trễ việc chẩn đoán⁽⁹⁾.

Các phương tiện cận lâm sàng đặc biệt là chẩn đoán hình ảnh có vai trò rất quan trọng cho việc chẩn đoán. Siêu âm có thể cho thấy hình ảnh các quai ruột giãn ứ dịch kết hợp với X-quang bụng đứng với hình ảnh mức nước hơi có thể giúp xác định chẩn đoán, tuy nhiên tia X có thể ảnh hưởng đến sự phát triển của thai nhi. CT-Scan bụng cũng gây ra hậu quả tương tự như X-quang. Trong trường hợp này thì MRI là một sự lựa chọn tốt, có thể tạo dựng hình ảnh với trường quan sát rộng trong ổ bụng và đặc tính tương phản của mô mềm cho phép quan sát tốt các cấu trúc như tụy, ống mật, mạch máu và các cấu trúc ống của hệ niệu dục mà không cần phải tiêm chất tương phản⁽¹⁰⁾. Ngoài ra chụp MRI không làm thai nhi nhiễm tia xạ và có thể giúp chẩn đoán bệnh mà không đòi hỏi dùng thuốc tương phản. Do đó, MRI thật sự rất hữu

ích trong chẩn đoán các bệnh lý bụng cấp ở người bệnh mang thai, giúp đánh giá tốt giải phẫu cũng như tìm nguyên nhân gây tắc ruột, phân biệt với các tình trạng bụng ngoại khoa khác.

Xử trí tương tự như trên các người bệnh tắc ruột không mang thai. Bao gồm bù dịch, cân bằng điện giải-kiểm toan, sử dụng kháng sinh khi có dấu hiệu nhiễm trùng⁽¹¹⁾. Người bệnh nôn ói nhiều, bụng chướng có thể đặt Levine giải áp, dinh dưỡng hoàn toàn qua đường tĩnh mạch⁽¹¹⁾. Khi tình trạng viêm phúc mạc không xảy ra, đa số các tác giả đều chọn biện pháp điều trị bảo tồn. Nếu điều trị bảo tồn thất bại, chỉ định phẫu thuật sẽ được đặt ra. Do phẫu thuật bụng có thể dẫn đến co tử cung gây chuyển dạ sinh non, thuốc giảm gò có thể truyền phòng ngừa. Theo tác giả Allen và cộng sự, những người bệnh có chuyển dạ sinh non thường có thời gian trì hoãn phẫu thuật lâu hơn (thường >48 h), điều này cho thấy phẫu thuật sớm có thể làm giảm thiểu được nguy cơ này⁽⁶⁾. Nếu người bệnh sau phẫu thuật không có dấu hiệu của chuyển dạ sinh non, việc dùng thuốc giảm gò dự phòng là không cần thiết. Thuốc giảm gò được sử dụng trên người bệnh của chúng tôi là Atosiban, một chất đối vận của thụ thể oxytocin. Thuốc ít có tác dụng phụ nghiêm trọng và không gây ra tình trạng liệt ruột, an toàn hơn so với các thuốc chủ vận beta 2, các thuốc đối kháng kênh canxi⁽¹²⁾. Sau điều trị 1 ngày đã cắt hoàn toàn cơn gò tử cung. Tình trạng liệt ruột kéo dài sau mổ có thể dẫn đến loạn khuẩn đường ruột, tăng sinh các vi khuẩn có hại dẫn đến phá vỡ lớp hàng rào niêm mạc ruột. Từ đó gây ra sự chuyển vị vi khuẩn vào tuần hoàn làm tình trạng đa khuẩn huyết xảy ra và điều này có thể dẫn đến nhiễm trùng ối, thúc đẩy chuyển dạ sinh non. Người bệnh của chúng tôi ở ngày hậu phẫu thứ 1 dù bạch cầu bình thường nhưng PCT có tăng hơn so với trước mổ nên tình trạng nhiễm trùng có thể đang diễn tiến, do đó chỉ định kháng sinh điều trị đã được đặt ra. Có thể người bệnh của chúng tôi được can thiệp phẫu thuật sớm (<48 h), do vậy diễn

tiến hậu phẫu sau đó diễn ra khá thuận lợi.

Các y văn về tắc ruột trên người bệnh mang thai không nhiều, phần lớn cũng là các báo cáo ca lâm sàng đơn lẻ. Trường hợp ca lâm sàng của chúng tôi cũng như các báo cáo khác trong y văn là tình huống lâm sàng hiếm gặp, do đó không mang tính đại diện cho hướng xử trí chung ở các ca lâm sàng tương tự. Do là ca lâm sàng hiếm gặp nên một nghiên cứu can thiệp ngẫu nhiên có đối chứng trong tương lai gần như không bao giờ thực hiện được. Tuy nhiên, báo cáo của chúng tôi có thể giúp ích cho các bác sĩ lâm sàng, đặc biệt là các bác sĩ thuộc chuyên ngành Cấp cứu, Ngoại tổng quát, Sản có được một cái nhìn tổng quan trong tiếp cận các trường hợp bệnh lý bụng cấp ở người bệnh mang thai, luôn phải cảnh giác trước các nguyên nhân bụng ngoại khoa và chỉ định chụp MRI sớm để phát hiện và xử trí kịp thời⁽¹³⁾.

KẾT LUẬN

Tắc ruột trong thai kỳ là một tình trạng bệnh lý ngoại khoa khá hiếm gặp. Các bác sĩ lâm sàng luôn phải cảnh giác trước một người bệnh đau bụng và nôn ói kéo dài, đặc biệt tình trạng này xảy ra ở tam cá nguyệt thứ 2 và thứ 3. Việc điều trị thử bằng các biện pháp nội khoa như giảm đau, chống co thắt có thể được chỉ định. Nhưng cần phải theo dõi sát và thăm khám bụng nhiều lần, nếu tình trạng lâm sàng vẫn không cải thiện, chỉ định chụp MRI bụng cần được đặt ra để giúp chẩn đoán xác định. Phát hiện sớm và tiến hành phẫu thuật sớm có thể giảm thiểu được những biến cố bất lợi của diễn tiến hậu phẫu sau đó như chuyển dạ sinh non, sẩy thai, hoại tử ruột. Sau phẫu thuật, nếu có dấu hiệu của chuyển dạ

sinh non hoặc nguy cơ nhiễm trùng cao, chỉ định thuốc giảm gò và kháng sinh dự phòng là bắt buộc. Atosiban là một lựa chọn an toàn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Chang YT, Huang YS, Chan HM (2006). Intestinal obstruction during pregnancy. *Kaohsiung J Med Sci*, 22:20–3.
2. Robertson R, Wu L (2020). Adhesive small bowel obstruction in pregnancy and the use of oral contrast media: a case report. *Journal of Surgical Case Reports*, 3:1–2.
3. Yair S, Bussiere-Cote S, Meier K, Bischoff D, D'Souza R (2018). Small bowel obstruction in pregnancy: a systematic review (abstract). *Obstet Gynecol*, 131:72S.
4. Connolly MM, Unti JA, Nora PF (1995). Bowel obstruction in pregnancy. *Surg Clin North Am*, 75:101–13.
5. Park JH, et al (2010). A case of small bowel obstruction with elevated aspartate transaminase/alanine transaminase (AST/ALT) in the third trimester of pregnancy. URL: doi: 10.1016/s0039-6109(16)46537-0.
6. William W, Beck JR (1973). Intestinal obstruction in pregnancy. *Obstet Gynecol*, 43:374–8.
7. Sharp HT (2002). The acute abdomen during pregnancy. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 45(2):405–413.
8. Allen JR, Helling TS, Langenfeld M (1989). Intraabdominal surgery during pregnancy. *Am J Surg*, 158:567–9.
9. Harer WB (1958). Volvulus complicating pregnancy and puerperium (1958). *Obstet Gynecol*, 12:399–405.
10. Daimon A, Terai Y, Nagayasu Y (2016). A Case of Intestinal Obstruction in Pregnancy Diagnosed by MRI and Treated by Intravenous Hyperalimentation (2016). *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2016/8704035>.
11. Rauff S, Tan EK, et al (2013). Intestinal Obstruction in Pregnancy: A Case Report. *Case Reports in Obstetrics and Gynecology*. URL: <http://dx.doi.org/10.1155/2013/564838>.
12. Wax JR, Christie TL (1993). Complete small bowel volvulus complicating the second trimester (1993). *Obstet Gynecol*, 82:689–91.
13. Yu Y, Yang Z, et al (2020). Effectiveness and safety of atosiban versus conventional treatment in the management of preterm labor. *Taiwanese Journal of Obstetrics & Gynecology*, 59:682–685.

Ngày nhận bài báo: 16/09/2021

Ngày nhận phản biện nhận xét bài báo: 10/02/2022

Ngày bài báo được đăng: 15/03/2022