

CẮT TOÀN BỘ RUỘT NON VÀ HỘI CHỨNG RUỘT NGẮN

TRINH HỒNG SƠN, NGUYỄN MINH TRỌNG,
NGUYỄN HÀM HỘI, VÕ VĂN QUÝ, BÙI SỸ TUẤN ANH

MỞ ĐẦU

Hội chứng ruột ngắn đồng nghĩa với hội chứng kém hấp thu do mất cấu trúc giải phẫu hoặc mất chức năng đặc hiệu của toàn bộ ruột non. Hội chứng kém hấp thu phụ thuộc vào phần ruột bị mất và sự còn hay không còn của van hồi – manh tràng. Hấp thu ở ruột non bị giảm đi rất nhiều sau những trường hợp cắt ruột non rộng rãi hoặc phẫu thuật nối tắt gây nên ỉa chảy kéo dài, mất nước, mất cân bằng điện giải, kém hấp thu và suy dinh dưỡng.

Trước đây, phương pháp duy nhất để điều trị cho những bệnh nhân này là nuôi dưỡng đường tĩnh mạch toàn bộ kéo dài (total parenteral nutrition – TPN). Thời gian sống của bệnh nhân ngắn do nhiều biến chứng liên quan đến nuôi dưỡng tĩnh mạch kéo dài và rất tốn kém. Một số bệnh nhân với hội chứng ruột ngắn ngày nay có thể cải thiện được thời gian sống sau khi ghép ruột non nhưng ghép ruột non không phải dễ dàng. Năm 1995, Byrne và cộng sự đã báo cáo 47 trường hợp bệnh nhân được điều trị với dinh dưỡng bổ sung, hormone tăng trưởng, glutamine và chế độ ăn nhiều chất xơ đã đem lại niềm hy vọng cho những bệnh nhân có hội chứng ruột ngắn.

Tại Việt Nam chúng tôi chưa tìm thấy một tài liệu nào thông báo theo dõi bệnh nhân sau cắt ruột non toàn bộ. Ngày 26 tháng 2 năm 2006 chúng tôi được bệnh viện Giao thông vận tải I mời mổ 1 trường hợp hoại tử tím đen toàn bộ ruột non do xoắn. Sau mổ bệnh nhân ra được viện. Bối rối trước việc điều trị tiếp theo cho bệnh nhân ra sao, chúng tôi viết bài này cho chúng tôi, cho các bác sĩ y tế cơ sở nơi bệnh nhân ở và cho chính bệnh nhân, gia đình bệnh nhân hiểu rõ hơn chức năng sinh lý của ruột non, những triệu chứng hội chứng ruột ngắn, cách theo dõi và điều trị hội chứng ruột ngắn (qua một số tài liệu y văn thế giới, Việt Nam) để phối hợp điều trị kéo dài đời sống bệnh nhân.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Bệnh nhân Nguyễn Thanh H, nam 30 tuổi, nghề nghiệp: công nhân, địa chỉ ở Sóc Sơn – Hà Nội. Vào bệnh viện Giao thông vận tải I ngày 26/ 02/ 2009, với lý do đau khắp bụng hơn 2 ngày kèm theo nôn, bí trung đại tiện. Bệnh nhân được mổ cấp cứu với chẩn đoán tắc ruột chưa rõ nguyên nhân. Mổ bụng đường trắng giữa trên rốn thấy ổ bụng đã có mùi hôi, tím đen toàn bộ ruột non, từ D4 tá tràng tới hồi tràng cách góc hồi manh tràng 7cm. Dạ dày, tá tràng, toàn bộ đại tràng hồng, mạch đập tốt. Được mời hội chẩn chúng tôi xác định nguyên nhân toàn bộ ruột non hoại tử do xoắn ruột không phải do bệnh lý tắc mạch mạc treo tràng trên. Quyết định cắt toàn bộ ruột non hoại tử, bảo tồn van hồi manh tràng. Phía trên: đóng đầu ruột D4. Phía dưới: đóng đầu ruột cách van hồi manh tràng 7cm. Bóc mạc Told bên phải, di động góc hồi manh tràng và đại tràng phải. Sau đó, nối đoạn hồi tràng còn lại với D3 tá tràng miệng nối bên

– bên 2 lớp Vicryl 4/0 (lớp trong khâu vắt, lớp ngoài mũi rời).

Bệnh nhân sau mổ ổn định, trung tiện ngày thứ 3, nuôi dưỡng trong viện chủ yếu vẫn là đường tĩnh mạch có bổ sung ăn đường miệng. Với kháng sinh (Cefotaxim 3g/ngày, Flagyl 1g/ngày trong 11 ngày), bổ sung dung dịch dinh dưỡng (Lipovenous 10% 500ml/ngày trong 11 ngày), acid amin tinh chất (Albumin 25% 100ml/ngày trong 3 ngày đầu sau mổ), ngoài ra bệnh nhân còn được bổ sung các Vitamin và khoáng chất (Laroscorbin 1g/ngày, Bencozime 2 ống/ngày), dịch truyền và giảm đau, Vitamin K và giảm tiết acid dạ dày (Cimetidin 400mg/ngày). Bệnh nhân đại tiện sau mổ ngày thứ 4, chủ yếu là phân lỏng, vàng, thường thì 2 – 3 lần 1 ngày.

Hiện tại, sau hơn 1 tháng, bệnh nhân có thể trở lại sinh hoạt thường ngày. Chế độ ăn nhiều bữa 10 – 12 bữa/ngày (xen kẽ nửa bát cháo và sữa), đi ngoài ngày 4 – 5 lần chủ yếu là phân lỏng và gần như còn nguyên chất thức ăn ăn vào.

BÀN LUẬN

1. Vai trò và chức năng sinh lý của ruột non.

Ruột non bao gồm tá tràng, hồi tràng và hồi tràng. Phần chính hấp thu carbohydrate và protein là ở tá tràng và hồi tràng. Nhiều loại mỡ và các vitamin tan trong mỡ được hấp thu ở hồi tràng. Muối mật được tiết ra từ gan vào tá tràng, nó tăng cường khả năng hấp thu acid béo chuỗi dài và các vitamin tan trong mỡ ở hồi tràng. Vitamin B12 được cố định bởi yếu tố nội (sản xuất ra ở dạ dày) và được hấp thu ở đoạn cuối hồi tràng. Nước và điện giải phần lớn được hấp thu ở hồi tràng và trong đại tràng. Khi tá tràng và/hoặc hồi tràng bị cắt bỏ, hồi tràng có thể thay đổi để thay chức năng hấp thu của nó. Tuy nhiên, tá tràng và hồi tràng thì không thể thay đổi chức năng của hồi tràng. Do vậy, cắt bỏ tá tràng và hồi tràng thường thì sự dung nạp tốt hơn những trường hợp cắt bỏ hồi tràng. Hầu hết nước và điện giải được hấp thu ở hồi tràng và đại tràng. Bình thường, 2 – 3 lít được tiếp nhận từ thức ăn và đồ uống, trong tổng số 7 – 9 lít được tiết ra, được hấp thu mỗi ngày từ đường tiêu hóa.

Chiều dài ruột non vẫn đảm bảo chức năng bình thường nếu dài khoảng 300 đến 850 cm ở người lớn, từ 200 đến 250 cm đối với trẻ >35 tuần, và xấp xỉ 100 đến 120 cm đối với trẻ đẻ non dưới 30 tuần. Mất hơn 80% ruột non làm tăng nhu cầu cung cấp dinh dưỡng ngoài đường tiêu hóa và giảm chất lượng sống. Khi van hồi – manh tràng mất, kết quả vi khuẩn lây bệnh ở ruột non tăng cao hơn. Van hồi manh tràng chính là rào cản ngăn cách giữa ruột non và ruột già. Nó giúp cho điều chỉnh sự thoát nước và kém hấp thu chất dinh dưỡng từ ruột non. Nó còn giữ cho vi khuẩn từ đại tràng không thể trào ngược trở lại ruột non. Kết quả của cắt bỏ manh tràng làm giảm sự hấp thu nước và các chất dinh dưỡng và tăng khả năng phát triển vi khuẩn ở ruột non.

Ở bệnh nhân của chúng tôi, do bị xoắn, toàn bộ ruột non đã hoại tử nên phải tiến hành cắt gần toàn bộ ruột non, phần còn lại chỉ còn khoảng 7cm hồi tràng (cố gắng bảo tồn van hồi manh tràng). Vì vậy những chức năng sinh lý ruột non sẽ bị ảnh hưởng rất nhiều đe dọa thời gian sống của bệnh nhân.

2. Những thay đổi sinh lý diễn ra ở những bệnh nhân có hội chứng ruột ngắn.

Hội chứng ruột ngắn xảy ra sau khi cắt bỏ ruột non rộng làm gây nhiều loạn sự hấp thu chất nước và chất dinh dưỡng bình thường. Nó thường gặp ở hầu hết các trường hợp cắt đoạn cuối hồi tràng (ví dụ như bệnh Crohn hoặc viêm ruột do xạ trị), cắt bỏ ruột non rộng trong trường hợp nhồi máu mạc treo ruột (phụ thuộc vào nguồn cấp máu) và phẫu thuật nối tắt. Nguyên nhân của hội chứng ruột ngắn ở trẻ em thường gặp sau cắt ruột do viêm ruột hoại tử và xoắn ruột. Ở bệnh nhân của chúng tôi phải tiến hành cắt toàn bộ ruột non trong cấp cứu do tình trạng ruột non hoại tử toàn bộ do xoắn ruột. Những triệu chứng của hội chứng ruột ngắn thường xảy ra tức thì ngay cả trong thời gian hậu phẫu như ỉa chảy tóe nước trầm trọng. Sự kém hấp thu, sớm muộn dẫn đến sự rối loạn nước và điện giải, giảm cân, thiếu máu và thiếu vitamin. Sự hiểu biết tốt hơn những vị trí hấp thu các chất dinh dưỡng khác nhau có thể giúp xác định được những chất có thể thiếu do kém hấp thu và đưa ra phương pháp điều trị từng bậc và tiến đến kiểm soát nguồn dinh dưỡng [0]. Bệnh nhân của chúng tôi, ngay sau mổ xuất hiện ỉa phân lỏng nhưng trong tầm kiểm soát lượng dịch ra vào. Tuy nhiên rất may mắn mỗi ngày bệnh nhân chỉ đi ngoài phân lỏng 1 – 2 lần. Và đến thời điểm sau hơn 1 tháng thì số lượng đi ngoài của bệnh nhân là 4 – 5 lần/ngày, phân ra gần như là giống như thức ăn đưa vào và chỉ hấp thu được rất ít.

Theo một số tài liệu trong y văn, cắt bỏ hơn 100cm hồi tràng có thể dẫn đến những vấn đề kém hấp thu nghiêm trọng. Muối mật không được hấp thu đổ vào đại tràng và kích thích ỉa nước và mỡ, điều này dẫn đến ỉa chảy. Hơn nữa, thiếu muối mật dẫn đến kém hấp thu mỡ vì vậy bệnh nhân ỉa chảy với phân nhiễm mỡ.

Không có bất kỳ vùng đặc hiệu nào của ống tiêu hoá khi cắt bỏ có thể làm tăng nhu động của dạ dày. Tuy nhiên, nhu động ruột tăng hay giảm có phụ thuộc vị trí cắt ruột rộng rãi [8]. Cắt bỏ đoạn gần hồi tràng thì không làm tăng nhu động ruột vì phần hồi tràng còn lại có thể hấp thu muối mật. Khi hồi tràng bị cắt bỏ, đại tràng tiếp nhận khối lượng lớn nước, điện giải và nhận nhiều muối mật, điều này giảm khả năng hấp thu nước và muối, dẫn đến ỉa chảy. Nếu đại tràng bị cắt bỏ, khả năng của bệnh nhân về duy trì cân bằng nước và điện giải bị phá vỡ. Ở những bệnh nhân với hội chứng ruột ngắn và không có đại tràng, phần lớn những thức ăn đưa vào đường miệng sẽ được đào thải hoàn toàn trong một vài giờ.

Những nghiên cứu cân bằng năng lượng hấp thu sau khi cắt toàn bộ hồi tràng và một phần hồi tràng chỉ để lại khoảng 30 – 100 cm ruột non cho thấy: sự hấp thu chất mỡ và carbohydrate sẽ giảm từ 50 đến 75% lượng đưa vào. Tuy nhiên, hấp thu nitrogen thì không bị ảnh hưởng nghiêm trọng và hấp thu được khoảng 80% lượng đưa vào. Mức độ hấp thu can-xi, ma- nhê, kẽm (zinc) và

phốt-pho bị giảm, nhưng mức độ giảm không liên quan chặt chẽ với chiều dài ruột còn lại. Theo một số tác giả, tình trạng cắt bỏ hoàn toàn hồi tràng và một đoạn hồi tràng sẽ dẫn đến phụ thuộc nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, đặc biệt để cung cấp thêm vitamin và các khoáng chất.

Điểm lại một vài báo cáo trong y văn nghiên cứu về khả năng phải nuôi dưỡng đường tĩnh mạch cho thấy nếu cắt bỏ hơn 33% chiều dài ruột non (tính từ van hồi – manh tràng) kết quả không làm suy dinh dưỡng về năng lượng và protein. Cắt bỏ hơn 50% có thể ăn uống bổ sung mà không cần phải nuôi dưỡng bổ trợ nhưng nếu cắt bỏ rộng hơn 75% thì sẽ dẫn đến phụ thuộc vào nuôi dưỡng đường tĩnh mạch để tránh suy dinh dưỡng nghiêm trọng. Bệnh nhân của chúng tôi, cắt toàn bộ ruột non tất nhiên sẽ ảnh hưởng rất nhiều đến việc hấp thu chất dinh dưỡng với hoàn cảnh phân sống và ngày càng suy kiệt. Rất may, bệnh nhân hiện tại vẫn có thể tham gia các hoạt động thông thường.

Sỏi tiết niệu dạng oxalate calci xuất hiện ở 7 – 10% trong số những bệnh nhân cắt hồi tràng rộng rãi (đại tràng còn nguyên). Tình trạng này, với tên gọi “oxalate – niệu tăng quá mức do ruột”, là hậu quả của việc hấp thu quá mức oxalate ở đại tràng. Ở đây có vai trò phối hợp của hai cơ chế tác động: một là các acid béo không được hấp thu kết hợp với can-xi, ngăn cản sự hình thành oxalate calci không tan (oxalate còn lại sẽ sẵn sàng được hấp thu). Hai là các acid béo không hấp thu và acid mật làm tăng khả năng thấm của niêm mạc ruột đối với oxalate.

Một số bệnh nhân sau khi bị cắt mất quá nhiều ruột non, thấy xuất hiện sự tăng tiết dịch dạ dày. Hiện tượng này càng rõ nếu phần ruột bị cắt bỏ ở đoạn trên của ruột non. Sau một thời gian, tình trạng này sẽ được cải thiện dần. Dịch dạ dày tiết ra quá nhiều sẽ làm tổn hại đến niêm mạc của phần trên ruột non, ức chế hoạt động các chất hòa tan trong lòng ruột còn lại. Hiện tượng tăng tiết acid có thể là hậu quả của việc mất các Hormone ức chế bình thường do ruột non cung cấp. Trong một số trường hợp cũng đã phát hiện thấy có tăng nồng độ Gastrin huyết thanh khi đói và sau khi ăn. Bệnh nhân của chúng tôi, do thời gian theo dõi chưa đủ dài để có thể phát hiện ra tình trạng này. Và điều cơ bản là bệnh nhân của chúng tôi không bị rối loạn điện giải do bước đầu được điều chỉnh cân bằng điện giải và bổ sung các khoáng chất, vitamin.

3. Một số công thức điều trị hội chứng ruột ngắn đã nêu trong y văn

- **Byrne và cộng sự** [0] theo dõi 47 bệnh nhân với hội chứng ruột ngắn (25 nam và 22 nữ với độ tuổi trung bình là 46 tuổi (từ 19 đến 96 tuổi)). Những hoàn cảnh dẫn đến hội chứng ruột ngắn: huyết khối động mạch mạc treo tràng trên (11 trường hợp), xoắn ruột non (9 trường hợp), chấn thương mạc treo ruột non (3 trường hợp), xoay bất thường (2 trường hợp, trong đó có 1 trường hợp bẩm sinh), bệnh Crohn (12 trường hợp), bệnh lý giãn tĩnh mạch (1 trường hợp), tắc ruột thứ phát do dính (4 trường hợp), nhồi máu mạc treo (3 trường hợp), cắt nhiều đoạn ruột do dính (1 trường hợp), huyết khối tĩnh mạch cửa (1 trường hợp). Đặc biệt có 6 bệnh nhân cắt gần toàn bộ ruột non (chỉ còn dưới 10 cm ruột non) trong đó 2 trường

hợp nhồi máu động mạch mạc treo tràng trên và 4 trường hợp xoắn ruột non. Còn lại là 34 trường hợp còn lại dưới 100cm và 7 bệnh nhân đoạn ruột còn lại trên 100 cm. Kết quả theo dõi sau mổ ít nhất là 5 tháng và nhiều nhất là 5 năm với kết quả 9 trường hợp không có thay đổi sau mổ, 19 trường hợp suy dinh dưỡng, 19 trường hợp tử vong.

Bệnh nhân của chúng tôi, đoạn ruột còn lại dưới 10cm và lý do phải cắt gần toàn bộ ruột non là do xoắn ruột. Như vậy bệnh nhân này cần quan tâm hết mức: phải có sự phối hợp điều trị giữa các bác sĩ với bệnh nhân và gia đình người bệnh trong suốt cuộc đời còn lại của người bệnh.

- Phác đồ điều trị của các tác giả Trung Quốc:

. **Bước 1:** Điều chỉnh lại sự mất cân bằng điện giải và kiểm toán.

. **Bước 2:** Dinh dưỡng bổ trợ được thực hiện ngay sau khi hoàn chỉnh bước chuẩn bị trên.

Tổng năng lượng cung cấp phù hợp với năng lượng chuyển hóa cơ bản của người khi nghỉ ngơi. Tỷ lệ carbohydrates và lipid là 6:4 hoặc 5:5, bổ sung nitrogen là 0,25 – 0,30g/kg/ngày. Dung dịch amino acid 10% chứa khoảng 14g nitrogen cho 1 lít; như dung dịch béo MCT/LCT 20% (Lipovenoes MCT, của công ty dược phẩm Sino – Sweden) được sử dụng để bổ sung cho tổng năng lượng. Các thực phẩm tiền peptide (Pepsi 2000, công ty thực phẩm dinh dưỡng, Hà Lan) được sử dụng cho đường miệng. Chế độ điều chỉnh lại chế độ ăn: là một chế độ ăn đặc biệt với hàm lượng Protein cao và nhiều chất xơ nhưng giảm chất béo được các nhà dinh dưỡng học tính toán năng lượng lúc nghỉ của bệnh nhân. Ăn đường miệng hoặc phối hợp và bổ sung đường tĩnh mạch được lựa chọn hơn là nuôi dưỡng toàn bộ đường tĩnh mạch (trừ những bệnh nhân ỉa chảy, tắc ruột non hoặc rò ruột non). Cụ thể:

. Bột Glycyl – glutamine (0,6g/kg, Công ty Ajinomoto, Nhật Bản) hoặc dung dịch Alanly – glutamine (0,3g/kg, công ty Fresenius, Đức) được sử dụng hằng ngày và kéo dài trong nhiều năm. Một tuần sau khi nuôi dưỡng bổ trợ, 53,2μ $\frac{g}{kg}$ ngày (tương đương 8μ/50kg/ngày) yếu tố RH (Saizen, công ty Serono, Thụy sỹ) được tiêm hằng ngày trong 3 tuần.

. Bổ sung thêm Vitamin và một số yếu tố vi lượng, bao gồm vitamin B12 và vi lượng cho bệnh nhân thiếu máu, vitamin D3 và can-xi cho bệnh nhân rối loạn chuyển hóa.

. Bệnh nhân bị ỉa chảy được kiểm soát bởi Diphenoxylate hydrochloride (Lomotil) hoặc Loperamide hydrochloride (Imodium, công ty dược phẩm Xian – Janssen, Trung Quốc) và kháng sinh đường ruột.

. Xây dựng chế độ theo dõi và chế độ ăn chi tiết để hạn chế những biến chứng của ruột ngắn xảy ra.

- Phác đồ điều trị của các tác giả người Canada.

. **Bước 1:** xác định vị trí của ruột non mà đã bị cắt bỏ và ước lượng khả năng có thể xảy ra ỉa chảy, kém hấp thu và suy dinh dưỡng

Cắt bỏ phần lớn hồi tràng thì nuôi dưỡng tốt đường ăn uống (đoạn dài của phần cuối hồi tràng không bị ảnh hưởng).

Cắt bỏ chỉ 100 cm đoạn cuối hồi tràng dễ dẫn đến rối loạn hấp thu nghiêm trọng, ỉa chảy và thậm chí là suy dinh dưỡng.

. **Bước 2:** thay thế lượng nước bị mất và kiểm soát ỉa chảy

Bệnh nhân không nuôi dưỡng bằng đường miệng ngay thời gian đầu sau mổ.

Cung cấp dịch đường tĩnh mạch ngay trong thời kỳ hậu phẫu để cân bằng Na⁺, K⁺ và Mg⁺⁺, có thể bổ sung bằng đường uống.

Giảm tiết acid ở dạ dày bởi các thuốc ức chế bơm proton

Giảm sự lưu thông ở dạ dày với các thuốc opioid ví dụ như loperamide hoặc codein, hoặc phối hợp opioid với kháng cholinergics (như là Lomotil).

. **Bước 3:** chọn một số chất nuôi dưỡng đường miệng.

Thường cung cấp tối đa năng lượng từ các chất béo và tinh bột (không gây ỉa chảy) và chứa đựng đầy đủ nitrogen, chế độ ăn nên là các lactose tự do.

Bệnh nhân nên được bổ sung tinh bột, điện giải như glucose 100mmol/l, Natri chloride 60mmol/l, Natri citrate 60mmol/l, và Natri chloride viên 10 – 15g.

. **Bước 4:** bổ sung sự thiếu hụt đặc biệt là vitamin và chất khoáng

Kẽm

Ka-li

Ma- nhê

Vitamin A, B12, D, E, K

- Các giai đoạn điều trị theo Đỗ Đức Vân:

. **Giai đoạn 1:** (nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch), ở giai đoạn này, kéo dài khoảng 1 đến 3 tháng, không nên cho bệnh nhân bất cứ thứ gì qua đường miệng. Hoàn toàn nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch, kể cả việc cung cấp nước và điện giải cũng phải duy trì thận trọng. Giảm bài tiết dịch dạ dày bằng cách cho anti – H2 (tiêm), chống ỉa chảy (ví dụ cho loperamide), bảo vệ da ở hậu môn khỏi kích thích. Somatostatin ít có giá trị trong việc giảm khối lượng phân (ỉa chảy).

. **Giai đoạn 2:** (nuôi dưỡng đường tĩnh mạch và đường miệng), chỉ nên bắt đầu cho ăn khi nào lượng ỉa chảy giảm xuống còn <2,5 lít/ngày. Vẫn phải duy trì nuôi dưỡng tĩnh mạch khi bắt đầu cho ăn. Có thể cho uống dung dịch Orezol. Tiếp theo là các dịch nuôi dưỡng có nồng độ đẳng trương như Ensure. Sữa có thể làm cho ỉa chảy tăng lên vì toàn bộ hoạt động của men lactase ruột bị suy giảm nghiêm trọng sau khi bị cắt mất quá nhiều ruột non.

. **Giai đoạn 3:** (nuôi dưỡng hoàn toàn qua miệng), nếu ruột non còn lại chúng 1 – 2 mét thì độ 6 tháng sau có thể hy vọng lập lại đường nuôi dưỡng hoàn toàn qua miệng, nhưng để thích nghi hoàn toàn thì phải mất tới 2 năm. Trong đa số trường hợp, có thể đạt được mong muốn chính đáng của bệnh nhân là làm sao duy trì được trọng lượng cơ thể ở mức thấp hơn 20% so với trong lượng bình thường, thích nghi được với những thói quen mới của ruột, lao động sinh hoạt tương đối bình thường. Nếu việc ăn qua đường miệng mà không chịu được thì bắt buộc phải duy trì nuôi dưỡng qua đường tĩnh mạch kéo dài tại nhà. Đối với những người bị cắt bỏ mất nhiều hồi tràng, phải cung cấp nhiều vitamin B12 (1000μg tiêm

bấp, 2 – 3 tháng tiêm 1 lần) trong suốt đời. Có thể ngăn ngừa tình trạng tăng quá mức oxalate calci trong nước tiểu bằng chế độ ăn ít mỡ và oxalate; uống thêm Can-xi và citrate có thể có ích cho bệnh nhân. Để chữa chứng ỉa chảy, đa số bệnh nhân ưa dùng Imodium hơn là Cholestyramin. Các men tụy cũng có thể làm giảm ỉa chảy. Cần đề phòng hiện tượng thiếu Ma-nhê, vitamin D, A, K và các vitamin tan trong nước. Hiện tượng mềm xương rất hay xảy ra nhưng không mấy khi phát hiện thấy trên phim chụp Xquang. Chỉ có thể chẩn đoán bằng sinh thiết xương. Các thuốc anti – H2 có tác dụng làm giảm bài tiết dịch dạ dày và cải thiện khả năng hấp thu trong giai đoạn đầu nhưng không cần kéo dài thời gian dùng. Nguy cơ sỏi mật tăng ở bệnh nhân có hội chứng ruột ngắn, vì thế khi có triệu chứng nghi ngờ hoặc gợi ý, cần kiểm tra ngay để phát hiện, sỏi ở đây thường là sỏi hắc tố hơn là sỏi cholesterol.

- **Bệnh nhân của chúng tôi:** trong thời gian hậu phẫu bệnh nhân luôn được điều chỉnh điện giải (Canxiclorua, Kaliclorua), các yếu tố vi lượng và Vitamin (Laroscorbin, Becozym). Đặc biệt luôn đảm bảo chất dinh dưỡng (Lipovenous, Glucose 5%, 10%) và các acid amin, Albumin... Bệnh nhân được xử dụng Cimetidin để giảm tiết dịch dạ dày. Kiểm tra bệnh nhân ngày 13.4.2009 (sau mổ hơn 6 tuần): bệnh nhân đi lại bình thường, làm công việc nhẹ, chưa đi làm, sút 13 kg so với trước mổ, cân nặng 45,6kg, đại tiện khoảng 3 giờ/ 1 lần, hồng cầu 4 triệu 45, bạch cầu 3 900, Na 136, K 3,9, protein máu 71g/l. Bệnh nhân ăn ngày khoảng 15 bữa, 1 bữa cháo, xen kẽ một bữa sữa (Ensure); đi ngoài ngày 5 đến 6 lần, phân sệt, không toé nước,

Hy vọng bài viết này đến tận người bệnh và bác sĩ điều trị để bệnh nhân được chăm sóc đầy đủ hơn.

KẾT LUẬN

Hội chứng ruột ngắn là bệnh hiếm gặp, trước đây để điều trị cho những bệnh nhân này là nuôi dưỡng đường tĩnh mạch toàn bộ kéo dài, nhưng thời gian sống không kéo dài do nhiều biến chứng liên quan đến điều trị tĩnh mạch kéo dài, lại tốn kém cho dù được ghép ruột non. Ngày nay, với những tiến bộ của sự hiểu biết chức năng sinh lý của từng phần ruột non và có nhiều loại thuốc trên thị trường, các tác giả trên thế giới có thể cung cấp những phương pháp điều trị hội chứng ruột ngắn với hỗ

trợ đường uống để giảm giá thành điều trị và biến chứng do điều trị đường tĩnh mạch kéo dài. Hy vọng bệnh nhân của chúng tôi bị cắt toàn bộ ruột non do xoắn ruột có thể sống kéo dài nhờ sự theo dõi săn sóc, phối hợp điều trị chặt chẽ giữa bệnh nhân, gia đình, thầy thuốc.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Đỗ Đức Vân. Triệu chứng học các bệnh ruột non. Nhà xuất bản Y học 2006; 3: 136 – 161.
2. Booth CC, Aldis D, Read AE. Studies on the site of fat absorption. 2. Fat balances after resection of varying amounts of small intestine in man. Gut 1961; 2:168-74.
3. Byrne TA et al. A new treatment for patients with short-bowel syndrome. Growth hormone, glutamine, and a modified diet. Ann Surg 1995; 222: 243 – 254.
4. Hoffman AF, Poley JR. Role of bile acid malabsorption in the pathogenesis of diarrhea and steatorrhea in patients with ileal resection. I. Response to cholestyramine or replacement of dietary long - chain triglycerides by medium - chain triglycerides. Gastroenterology 1972; 62: 918 - 34.
5. Khursheed N. Jeejeebhoy. Short bowel syndrome: a nutritional and medical approach. CMAJ 2002; 166 (10): 1297 – 1302.
6. Lori S. Brizee (2007). Short Bowel Syndrome. <http://depts.washington.edu/growing/Assess/SBS.htm>
7. Nylander G. Gastric evacuation and propulsive intestinal motility following resection of the small intestine in the rat. Acta Chir Scand 1967; 133:131-8.
8. Woolf GM, Miller C, Kurian R, Jeejeebhoy KN. Diet for patients with a short bowel: High fat or high carbohydrate? Gastroenterology 1983; 84:823-8.
9. Woolf GM, Miller C, Kurian R, Jeejeebhoy KN. Nutritional absorption in short bowel syndrome: evaluation of fluid, calorie, and divalent cation requirements. Dig Dis Sci 1987; 32: 8 - 15.
10. ZHU Weiming, LI Ning, REN Jian, GU Jun, JIANG Jun and LI Jieshou (2002). Rehabilitation therapy for short bowel syndrome. Chinese Medical Journal 2002; 115 (5): 776 – 778.