

# DIỄN BIẾN LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH X QUANG, SIÊU ÂM CỦA TẮC RUỘT SAU MỔ

**Đỗ Sơn Hà\***

## TÓM TẮT

Qua nghiên cứu 124 trường hợp tắc ruột sau mổ (TRSM) 78 nam (63%), 46 nữ (37%); chia thành 2 nhóm: nhóm điều trị bảo tồn 83 bệnh nhân (BN) và nhóm phẫu thuật (41 BN). Tiền sử mổ gần nhất: do viêm ruột thừa chiếm tỷ lệ cao nhất (28 BN = 23%), khâu lỗ thủng dạ dày: (26 BN = 21%). Có 90 BN (72%) TRSM sau lần mổ đầu tiên, sau mổ lần thứ 2: 28 BN (23%) và giảm dần theo số lần mổ bụng. Bệnh cảnh lâm sàng TRSM gồm 3 thể: thể cấp tính, thể bán cấp tính và thể đến muộn.

Hình ảnh tắc ruột trên phim X quang chiếm 76 - 92%. Siêu âm chẩn đoán dịch ổ bụng trong TRSM với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác 90,2%. Siêu âm xác định vị trí tắc với độ nhạy rất cao: tắc ở hỗng tràng 89,5%, độ đặc hiệu 90,9%, độ chính xác 90,2% và tắc ở hồi tràng có tỷ lệ tương ứng là 90,9%; 89,5%; 90,2%. So sánh độ nhạy của 2 phương pháp cho thấy hình ảnh siêu âm cụ thể, chi tiết và sống động hơn so với hình ảnh X quang chụp bụng không chuẩn bị.

\* Từ khoá: Tắc ruột sau mổ; Diễn biến lâm sàng.

## CLINICAL PROGRESSION, X-RAY IMAGES AND ULTRASOUNDS OF POSTOPERATIVE OBSTRUCTION

### SUMMARY

Research on over 124 cases of postoperative obstruction (included males 78 (63%); 46 females (37%), divided into 2 groups: The conservative treatment group was 83 patients and the operative group was 41 patients. Preoperative history of these patients was: after appendectomy: 28 patients occupied meridian proportion (23%), reprimand gastric puncture seam: 26 patients (21%). There were 90 patients (72%) having ileus after the first time of operation, the second peck: 28 patients (23%) and reduced the number according to the abdominal operation times. Clinical progression of postoperative obstruction includes 3 forms: acuted form, subacuted form and late form.

Images of ileus after operation on X-ray occupied 76 - 92% of postoperative obstruction. Ultrasound discovered abdominis juice with the sensitivity was 88.6%, specificity was 100% and accuracy was 90.2%. Ultrasound discovered ileus location with very high responsitivity. On jejunum, the proportion respectively were 89.5%, 90.9%, 90.2%. On ileum the proportion respectively were 90.9%; 89.5%; 90.2%.

Comparison the specific of 2 methods, the ultrasounds image was more specific, more particular and more lively than X-rays images unpreparation.

\* Key words: Postoperative obstruction; Clinical progression.

\* Bệnh viện 103

**Phản biện khoa học: GS. TS. Phạm Gia Khánh**

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sau mổ (TRSM) là một cấp cứu ngoại khoa hay gặp có chiều hướng ngày càng gia tăng. Chẩn đoán TRSM chủ yếu dựa vào lâm sàng và phim X quang. Tuy nhiên, gần đây theo nhiều tác giả chỉ có 71 - 90% các trường hợp có hình ảnh TRSM trên phim X quang chụp bụng không chuẩn bị. Khoảng một thập niên trở lại đây nhờ vào những thành tựu của khoa học công nghệ với sự ra đời của các thế hệ máy siêu âm có độ phân giải cao, cùng với sự hiểu biết ngày càng sâu sắc về siêu âm khảo sát ống tiêu hoá, giúp chẩn đoán và định hướng xử trí TRSM chính xác hơn. Ở Việt Nam, cho đến nay chưa có công trình nghiên cứu nào đề cập đến giá trị của hình ảnh siêu âm như một phương tiện chẩn

đoán thường quy để chẩn đoán và chỉ định điều trị TRSM. Chính vì vậy, chúng tôi thực hiện công trình nghiên cứu này nhằm: *Nghiên cứu một số đặc điểm lâm sàng và vai trò của siêu âm và X quang trong chẩn đoán TRSM.*

## ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 1. Đối tượng nghiên cứu.

124 BN chẩn đoán TRSM, điều trị tại Khoa Phẫu thuật bụng (BM2), Bệnh viện 103 từ 10 - 2005 đến 10 - 2007.

\* *Tiêu chuẩn chọn BN:*

- Lâm sàng: đau bụng cơn, bí trung đại tiện, chướng bụng, mạch, huyết áp... dấu hiệu rắn bò, quai ruột nổi.
- X quang: phim chụp ổ bụng không chuẩn bị tư thế đứng có hình ảnh mức nước, mức hơi và được siêu âm ổ bụng ít nhất 1 lần.
- Tiền sử: đã có ít nhất 1 lần mổ bụng.

### 2. Phương pháp nghiên cứu.

Tiến cứu, mô tả cắt ngang có phân tích, so sánh đối chiếu.

Nghiên cứu lâm sàng: chia làm 2 nhóm: nhóm điều trị bảo tồn và nhóm phẫu thuật.

Đặc điểm chung: lứa tuổi, giới tính, bệnh lý mổ gần nhất, đường rạch ổ bụng của các lần mổ trước, số lần mổ bụng, thời gian triệu chứng ban đầu đến khi vào viện.

Các triệu chứng lâm sàng: các triệu chứng lâm sàng tại các thời điểm sau: vào viện, mổ ngay sau khi vào viện, có trung tiện sau khi điều trị bảo tồn có kết quả và không có kết quả phải mổ: đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện, chướng bụng, dấu hiệu rắn bò, dấu hiệu quai ruột nổi, phản ứng thành bụng, tần số mạch, huyết áp.

Nghiên cứu hình ảnh siêu âm: ruột bình thường (độ dày thành ruột: 3 - 5 mm, khẩu kính lòng ruột: ruột non 3 cm, ruột già 5 cm); hình ảnh đặc trưng của tắc ruột cơ học; vị trí tắc ruột; tắc ruột do dính, do thắt thành ruột dày, dịch ổ bụng.

Đối chiếu hình ảnh X quang, siêu âm với tổn thương giải phẫu bệnh trong mổ.

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

### 1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu:

Trong số 124 BN trong nhóm nghiên cứu có 78 nam (63%), 46 nữ (37%). Tỷ lệ này có thể do luồng BN và đặc thù của bệnh viện quân đội cho nên nam là chủ yếu.

*Bảng 1: Độ tuổi.*

ĐỘ TUỔI	CHUNG		MỔ		KHÔNG MỔ	
	n	%	n	%	n	%
16 - 20	9	7	0	0	9	11
21 - 30	11	9	5	12	6	6
31 - 40	19	15	9	22	10	12
41 - 50	26	22	12	28	14	17
51 - 60	22	18	7	17	15	18
61 - 70	18	14	5	13	13	16

71 - 80	15	12	2	5	13	16
> 80	4	3	1	3	3	4
Cộng	124	100	41	100	83	100

Tuổi 21 - 50 của nhóm điều trị phẫu thuật chiếm tỷ lệ cao và khả năng điều trị bảo tồn thấp. Ngược lại, nhóm điều trị phẫu thuật > 50 tuổi có tỷ lệ thấp hơn và khả năng điều trị bảo tồn cao hơn.

Trong tiền sử lần mổ gần nhất, do viêm ruột thừa chiếm tỷ lệ cao nhất (28 BN = 23%), phẫu thuật ở dạ dày (chủ yếu sau khâu ổ loét thủng (26 BN = 21%), TRSM (22 BN = 18%)...

90 BN (72%) TRSM sau lần mổ đầu tiên, sau mổ lần thứ 2: 28 BN (23%) và giảm dần theo số lần mổ bụng. Phần lớn TRSM xảy ra ở năm đầu sau mổ và giảm dần theo thời gian. 6 BN (4,8%) tắc ruột sớm sau mổ. 5/6 BN (83%) phải can thiệp phẫu thuật. Trước đây 13 năm (năm 1996) cũng tại Khoa Phẫu thuật bụng, Bệnh viện 103 tỷ lệ này tương ứng là 7,5% và 60%. Qua đó cho thấy tắc ruột sớm sau mổ có xu hướng giảm dần, phản ánh khả năng và trình độ phẫu thuật ngày một tốt hơn.

## 2. Đặc điểm lâm sàng và những khó khăn trong chẩn đoán TRSM.

Bảng 2: Triệu chứng lâm sàng TRSM.

TRIỆU CHỨNG	CHUNG		MỔ		KHÔNG MỔ		p
	n = 124	%	n = 41	%	n = 83	%	
Đau bụng	124	100	41	100	83	100	> 0,05
Nôn, buồn nôn	111	90	41	100	70	84	< 0,05
Bí trung đại tiện	124	100	41	100	83	100	> 0,05
Chướng bụng	105	85	29	71	76	92	< 0,01
Dấu hiệu rắn bò	81	65	27	66	54	65	> 0,05
Dấu hiệu quai ruột nổi	56	45	22	54	34	41	> 0,05
Phản ứng thành bụng	21	17	9	22	12	14	> 0,05
Mạch > 90 lần/phút	31	25	16	39	15	18	< 0,05

Triệu chứng đau bụng và bí trung đại tiện là 2 triệu chứng có ở cả 2 nhóm. Triệu chứng ít gặp nhất là phản ứng thành bụng (17%), các triệu chứng khác xuất hiện trong khoảng từ 45% - 90%. BN TRSM vào viện thường gặp 3 thể lâm sàng sau:

Thể cấp tính: 3 BN (2,4%). Triệu chứng lâm sàng rõ và nặng.

Thể bán cấp tính: gặp ở đa số BN (116/124BN = 94%). Trong quá trình điều trị nội khoa và theo dõi, những BN này diễn biến phức tạp theo 3 hướng sau:

. *Hướng thứ nhất:* 83/116 BN (72%): BN đỡ dần và lần lượt mất các triệu chứng. Theo kết quả thống kê cho thấy 18% đỡ nhanh chóng trong vòng 2 ngày đầu, từ 3 - 4 ngày là 37%, 5 - 6 ngày là 18% và 7 - 8 ngày là 15%. Những dấu hiệu để điều trị nội khoa là đau giảm và thưa dần, không nôn, bụng mềm, mạch, huyết áp bình thường, siêu âm quai ruột không giãn so với trước nhu động ruột hơi tăng, ổ bụng không có dịch.

. *Hướng thứ hai:* không đỡ hoặc tăng dần, tiến triển chậm (20/116 = 17%). Biểu hiện: đau tăng, cơn đau kéo dài hơn, bí trung tiện, bụng chướng dần nhưng còn mềm, dịch qua sonde dạ dày nhiều, mạch, huyết áp bình thường, X quang: mức nước hơi tăng hoặc không thay

đổi. Siêu âm thấy các quai ruột giãn, nhu động ruột tăng từng lúc, ổ bụng có thể không có dịch hoặc nhiều dịch.

. *Hướng thứ ba*: từ thể bán cấp chuyển thành thể cấp tính do xoắn ruột thứ phát (13/116 BN = 11%), có 3 dấu hiệu quan trọng: đau tăng đột ngột và đau cơn chuyển sang đau liên tục, mặc dù không dữ dội, không lẫn lộn, hoặc phải gập người lại như các trường hợp điển hình, đến sớm. Có điểm đau khu trú hoặc vùng đau cố định trên thành bụng. Mạch nhanh đột ngột, > 100 lần/phút, mặc dù đã bồi phụ đủ nước và điện giải.

Thể đến muộn: gặp 5 trường hợp (4%). Trong đó, 4 BN đã viêm phúc mạc do hoại tử ruột, được chỉ định mổ ngay trong 3 - 6 giờ đầu. 1 BN rối loạn nước điện giải, suy kiệt do điều trị 12 ngày tại tuyến trước, được chỉ định mổ vào ngày thứ 2 khi vào viện. Triệu chứng lâm sàng rất khác nhau giữa nhóm tắc ruột do thắt và tắc ruột do bít. Đối với tắc ruột thắt, 100% trường hợp có chướng bụng và phản ứng thành bụng trong khi đó với nhóm bít, chỉ 45% phản ứng thành bụng và 82% có chướng bụng.

### 3. Đặc điểm hình ảnh siêu âm trong TRSM.

Trong số 124 BN TRSM, 98 BN được siêu âm từ một đến nhiều lần (41 BN mổ và 57 trường hợp điều trị bảo tồn) tại thời điểm vào viện.

*Bảng 3*: Hình ảnh tắc ruột trên siêu âm.

HÌNH ẢNH SIÊU ÂM	CHUNG		MỔ		KHÔNG MỔ	
	n	%	n	%	n	%
Quai ruột giãn	93/98	95	41/41	100	52/57	91
Dịch trong lòng ruột	93/98	95	41/41	100	52/57	91
Rối loạn nhu động ruột	89/98	91	41/41	100	48/57	84
Thành ruột dày	21/98	21	10/41	24	11/57	19
Dịch ổ bụng (nhận biết rõ)	35/98	36	21/41	51	14/57	25

Hình ảnh quai ruột giãn, hình ảnh dịch ứ đọng trong lòng ruột và rối loạn nhu động ruột đều nhận biết được ở cả 41 BN phẫu thuật (100%), độ nhạy 100%. Trong khi đó siêu âm xác định được ở thời điểm trước mổ có dịch trong ổ bụng là 31 BN (phát hiện thêm 10 trường hợp) và 12 trường hợp có hình ảnh thành ruột dày (phát hiện thêm 2 trường hợp). Tuy nhiên, trong mổ đã phát hiện 35 BN có dịch ổ bụng, bỏ sót 4 trường hợp. Do vậy, siêu âm chẩn đoán dịch ổ bụng trong TRSM với độ nhạy 88,6%, độ đặc hiệu 100% và độ chính xác là 90,2%. Siêu âm chẩn đoán được 12/26 trường hợp có thành ruột dày, nhầm 18 trường hợp (4 BN khi mổ thành ruột không dày và 14 BN thực tế có thành ruột dày nhưng siêu âm không xác định được trước mổ). Siêu âm chẩn đoán thành ruột dày trong TRSM với độ nhạy rất thấp (46,1%), độ đặc hiệu thấp (73,3%) và độ chính xác chỉ là 56,1%. Ngoài ra, siêu âm có thể chẩn đoán TRSM do ruột dính vào vết mổ (26/41 BN = 63%), trong đó do dây chằng 17/26 BN = 65% và dính ruột (9/26 BN = 35%). Siêu âm chẩn đoán TRSM do dây chằng (7/23 BN) có độ nhạy thấp (30,4%), độ đặc hiệu 44,4% và độ chính xác chỉ là 36,6%. Siêu âm chẩn đoán TRSM do dính thành bụng có độ nhạy 69,2%, độ đặc hiệu 86,7% và độ chính xác là 75,6%. TRSM do xoắn có tỷ lệ tương ứng là 25%, 92% và 65,9%.

\* *Hình ảnh siêu âm vị trí tắc ruột:*

**Bảng 4: Đối chiếu hình ảnh siêu âm vị trí tắc với kết quả phẫu thuật.**

VỊ TRÍ TẮC RUỘT		KẾT QUẢ SIÊU ÂM		KẾT QUẢ PHẪU THUẬT		p
		n	%	n	%	
Hồng tràng (19 ca)	Tắc	17	41,5	19	46,3	> 0,05
	Không tắc	24	58,5	22	53,7	> 0,05
Hồi tràng (22 ca)	Tắc	20	48,5	22	53,7	> 0,05
	Không tắc	21	51,2	19	46,3	> 0,05

Trong 41 trường hợp TRSM được phẫu thuật, siêu âm chẩn đoán tắc hồng tràng 46,3% và tắc hồi tràng 53,7%. Siêu âm xác định được hình ảnh vị trí tắc với độ nhạy rất cao: tắc ở hồng tràng là 89,5%, độ đặc hiệu 90,9%, độ chính xác 90,2% và tắc ở hồi tràng có tỷ lệ tương ứng 90,9%, 89,5%, 90,2%. Hình ảnh siêu âm đoạn đầu hồng tràng và đoạn cuối hồi tràng rất khác nhau: hồng tràng có thành ruột dày hơn, khẩu kính lớn hơn, các van tràng dày và cao hơn, khả năng giãn của hồng tràng rất lớn (khẩu kính tối đa đo được trên siêu âm là 59 mm), trong khi đó khẩu kính đoạn hồi tràng giãn nhất không quá 40 mm.

\* *Đặc điểm hình ảnh X quang, so sánh độ nhạy của siêu âm và X quang trong chẩn đoán TRSM.*

**Bảng 5: Kết quả chụp bụng không chuẩn bị.**

KẾT QUẢ CHỤP BỤNG KHÔNG CHUẨN BỊ	CHUNG		MỔ		KHÔNG MỔ	
	n	%	n	%	n	%
Có hình ảnh tắc ruột khi vào viện	101	81	30	73	71	85
Không có hình ảnh tắc ruột khi vào viện	23	19	11	27	12	15
<b>Cộng</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>
<hr/>						
Có hình ảnh tắc ruột *	114	92	31	76	83	100
Không có hình ảnh tắc ruột*	10	8	10	24	0	0
<b>Cộng</b>	<b>124</b>	<b>100</b>	<b>41</b>	<b>100</b>	<b>83</b>	<b>100</b>

*Ghi chú (\*): Kết quả chụp bụng không chuẩn bị lần cuối cùng (trước khi có trung tiện) đối với nhóm điều trị bảo tồn và khi có chỉ định mổ với nhóm điều trị phẫu thuật.*

92% trường hợp TRSM có hình ảnh tắc ruột trên phim X quang. Tuy nhiên, ở nhóm phẫu thuật chỉ có 31/41 BN (76%) có hình ảnh mức nước - hơi trên phim X quang bụng không chuẩn bị, (10/41 BN (24%) không có hình ảnh tắc ruột thì có tới 9 trường hợp tắc ruột do thắt, 3/7 trường hợp đã có biến chứng hoại tử ruột do mổ muộn. Theo thống kê của nhiều tác giả, chỉ căn cứ vào X quang có thể bỏ sót 10 - 29% TRSM. Điều này rất nguy hiểm, vì trong số những trường hợp bỏ sót, hầu hết là tắc ruột do thắt, cần phải mổ sớm. Hình ảnh tắc ruột trên phim X quang càng rõ nét khi ruột chướng nhiều thường gặp trong tắc ruột do dính, càng khó xác định khi ruột không chướng hơi, đầy dịch, thường gặp trong tắc ruột do xoắn và dày chằng.

### **KẾT LUẬN**

Từ kết quả nghiên cứu về đặc điểm lâm sàng, X quang và siêu âm ở 124 trường hợp TRSM, có thể rút ra một số kết luận sau: Phần lớn TRSM xảy ra ở năm đầu sau mổ và giảm dần theo thời gian. BN TRSM ít khi có đầy đủ các triệu chứng lâm sàng, tuy nhiên 2 triệu chứng đau bụng và bí trung đại tiện có ở tất cả BN TRSM. Triệu chứng ít gặp nhất là phản ứng thành bụng (17%), các triệu chứng khác xuất hiện trong khoảng từ 45% đến 90% trường hợp.

So với phương pháp X quang, siêu âm có độ phân giải cao, càng dễ xác định chính xác trường hợp chướng hơi mà đầy dịch, càng rõ nét khi ổ bụng nhiều dịch. Chính vì vậy, siêu âm có thể bổ sung những hạn chế của X quang trong TRSM. So sánh độ nhạy của 2 phương pháp thấy hình ảnh siêu âm cụ thể, chi tiết và sống động hơn nhiều so với hình ảnh X quang chụp bụng không chuẩn bị. Do vậy, xác định được tình trạng quai ruột giãn ở chỗ tắc, tình trạng dịch ổ bụng trong quá trình tiến triển của bệnh, siêu âm rất có giá trị trong tiên lượng và chỉ định điều trị TRSM.

### **TÀI LIỆU THAM KHẢO**

1. *Bùi Thanh Hải, Đỗ Sơn Hà.* Nghiên cứu ảnh hưởng của một số yếu tố liên quan đến kết quả điều trị TRSM. Tạp chí Y học thực hành. Bộ Y tế. 2007, 10.
2. *Phạm Như Hiệp.* Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và chỉ định điều trị TRSM. Luận án Phó tiến sỹ Y học. 1996.
3. *Nguyễn Đức Ninh.* Những khó khăn trong chẩn đoán và điều trị TRSM. NSNK Nội san nội khoa, 1987, 2, tr.26-31.
4. *Wilson S.R.* Diagnostic ultrasound. The Gastro-intestinal Tract. 1991.