

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở TRẺ DƯỚI 24 THÁNG TUỔI BẰNG BƠM HƠI THÁO LỒNG

Vũ Huy Nùng*; Nguyễn Viết Hải**

TÓM TẮT

Tìm hiểu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng lồng ruột cấp tính (LRCT) ở 238 trẻ < 24 tháng tuổi nhằm đánh giá kết quả sớm điều trị bằng bơm hơi tháo lồng dưới X quang tăng sáng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hoá.

Kết quả: tuổi trung bình 12 tháng, nam 147 BN, nữ 91 BN. Đau bụng cơn 237 BN (99,6%); nôn 236 BN (99,2%); ỉa máu 96 BN (43,3%); sờ thấy khối lồng 233 BN (97,9%); hình ảnh siêu âm ổ bụng: hình “bia bắn” 235 BN (98,74%); hình “bánh sandwich” 229 BN (96,22%).

100% BN có chỉ định tháo lồng bằng bơm hơi, thành công 95,80%, thất bại 4,20% phải chuyển mổ. Đánh giá kết quả sớm tháo lồng bằng bơm hơi: tốt 184/238 BN (77,31%); trung bình 44/238 BN (18,49%); xấu 10/238 BN (4,2%).

* Từ khóa: Lồng ruột cấp tính; Bơm hơi tháo lồng; Trẻ em dưới 24 tháng.

EVALUATION OF EARLY RESULTS TREATMENT ACUTE INTUSSUSCEPTION IN CHILDREN UNDER 24 MONTHS BY GAS INSUFFLATION THROUGH ANUS

SUMMARY

The aims of this study were to examine clinical, paraclinical features of acute intussusception in children under 24 months and evaluate the early results of C-arm guided gas insufflation through anus at Pediatric Thanhhoa Hospital.

Results: There were 238 patients enrolled in the study. The mean age was 12 months, 147 boys and 91 girls. 237 patients (99.6%) had stomachache, vomiting: 236 patients (99.2%); blood in fecal: 96 patients (43.3%); palpation of mass intussusception: 233 patients (97.74%). Ultrasound imaging: the feature of “target sign”: 235 patients (98.74%); the “Sandwich”: 229 patients (96.22%).

Gas insufflation through anus was indicated for 100% of patients, with good results 95.80%, failure 4.2% and must change to open operation. Evaluation of early results of gas insufflation through anus showed that: good was seen in 184/238 patients (77.3%); median: 44 patients (18.49%) and bad: 10 patients (4.2%).

** Key words: Acute intussusception; Gas insufflation through anus; Children under 24 months.*

* Học viện Quân y

** Bệnh viện Nhi Thanh Hoá

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

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột là một cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp, do một đoạn ruột lộn lại và chui vào lòng của đoạn ruột kế cận, là nguyên nhân của tắc ruột cơ học hàng đầu ở trẻ nhỏ [4].

Lồng ruột lần đầu tiên được Barbette mô tả năm 1674. Đến năm 1876, Hirschprung thông báo kỹ thuật tháo lồng bằng thủy lực, với tỷ lệ tử vong 35% [7, 8]. Từ nửa sau thế kỷ XX đến nay, việc chẩn đoán và điều trị đã có rất nhiều tiến bộ, tỷ lệ tử vong rất thấp. Điều trị lồng ruột đã có nhiều tiến bộ, ở nước ta, việc áp dụng bơm hơi, thực baryte, thực nước để vừa chẩn đoán vừa là phương pháp để tháo lồng đã được áp dụng từ giữa thế kỷ XX, đến nay phương pháp chủ yếu được sử dụng là bơm hơi tháo lồng [1]. Mục tiêu của nghiên cứu này là:

- *Tim hiểu đặc điểm lâm sàng, siêu âm trong LRCT ở trẻ < 24 tháng tuổi được bơm hơi tháo lồng;*

- *Đánh giá kết quả sớm điều trị LRCT bằng bơm hơi tháo lồng dưới X quang tăng sáng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hoá.*

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu.

238 bệnh nhi \leq 24 tháng tuổi, được chẩn đoán xác định LRCT với hình ảnh đặc hiệu trên X quang ổ bụng có bơm hơi đại tràng

là hình “càng cua”, hình “đáy chén” [8], điều trị bằng bơm hơi tháo lồng dưới X quang tăng sáng tại Bệnh viện Nhi Thanh Hóa từ tháng 4 - 2010 đến hết 3 - 2011.

* *Tiêu chuẩn loại trừ:*

+ Các trường hợp LRCT > 24 tháng tuổi;

+ Các trường hợp chẩn đoán trước mổ là LRCT, nhưng chẩn đoán phẫu thuật không phải là LRCT.

2. Phương pháp nghiên cứu.

Nghiên cứu mô tả, cắt ngang có can thiệp không so sánh, hình thức hồi cứu + tiến cứu.

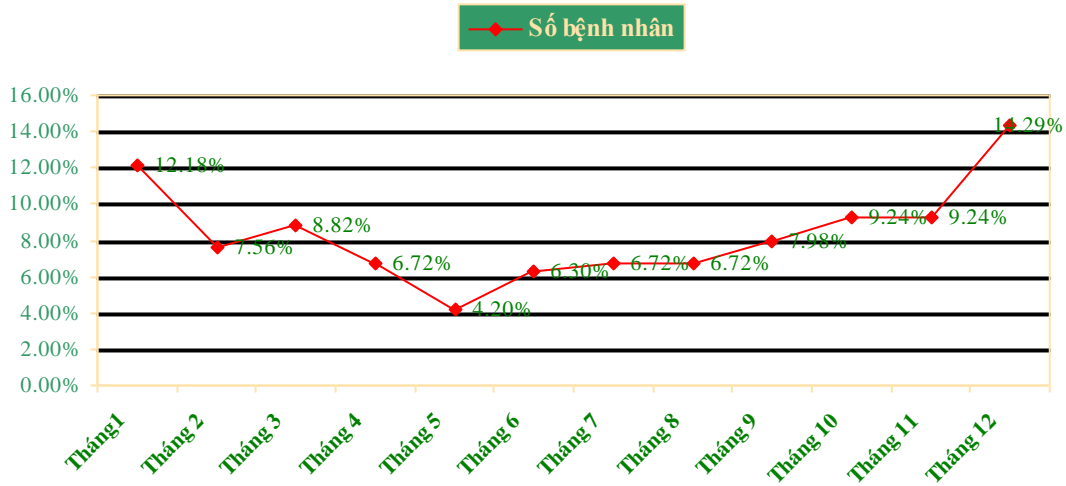
Nghiên cứu đặc điểm chung, lâm sàng, cận lâm sàng (chẩn đoán hình ảnh) và kết quả sớm điều trị LRCT bằng bơm hơi tháo lồng dưới X quang tăng sáng truyền hình.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

1. Đặc điểm chung.

* *Tuổi và giới:*

Tổng số hồi cứu 199 BN, tiến cứu 39 BN; nam 147/238, nữ 91/238; tuổi trung bình 12 tháng, < 12 tháng: 141 BN (59,24%), thấp nhất 3 tháng (2 BN), phần lớn BN trong độ tuổi 4 - 18 tháng (205/238 BN = 86,13%). Kết quả này tương tự báo cáo của Trần Ngọc Sơn và CS [6].



Biểu đồ 1: Phân loại BN theo tháng vào viện.

Tháng có số lượng BN đông nhất là tháng 12 (34 BN = 14,29%). Số BN điều trị từ tháng 12 đến tháng 3: 102 BN (42,6%). Michael S Irish thấy lồng ruột hay gặp ở mùa xuân, hè và giữa mùa đông và có liên quan với các bệnh đường hô hấp trên và đường tiêu hoá [7].

Biểu hiện lâm sàng trong 2 tuần trước khi bị bệnh: 131/238 BN (55%): sốt, ho, viêm hô hấp (52,1%), tiêu chảy (2,9%) Trần Ngọc Bích (2000) gặp 111/172 BN (64%) có viêm đường hô hấp hoặc ỉa chảy cấp lúc bị lồng ruột hoặc trong 2 tuần tới lúc bị lồng ruột [1].

Thời gian bị bệnh: trung bình 13,8 giờ, trước 6 giờ chiếm 19,3%, từ 6 - trước 24 giờ: 90,4%, sau 24 - 48 giờ: 9,6% và 01 BN (0,4%) sau 48 giờ. Phạm Thu Hiền nghiên cứu 1.159 BN gặp 55,22% vào viện trước 12 giờ, 82,66% trước 24 giờ, 17,34% sau 24 giờ [2].

2. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng.

- Triệu chứng cơ năng: đau bụng cơn 237/238 BN (99,6%). Ngô Đình Mạc,

Nguyễn Thanh Liêm, Trần Ngọc Bích, Phạm Thị Hiền đều mô tả triệu chứng đau bụng khốc liệt ở người từng cơn là triệu chứng thường gặp trong đa số các trường hợp [1, 3]. Chúng tôi gặp nôn 236/238 BN (99,2%), cao hơn số liệu của Sigmund H Ein (85%) [8]; ỉa máu: 96/238 BN (43,3%), của Nguyễn Thanh Liêm là 95%, Vũ Huy Nùng và một số báo cáo khác cũng có tỷ lệ tương tự (95%) [4]. Trần Ngọc Bích và Phạm Thu Hiền 67% [2].

Bảng 1: Liên quan giữa triệu chứng ỉa máu và số lần tháo lồng ở nhóm BN tháo lồng thành công.

	BN CÓ TRIỆU CHỨNG ỈA MÁU	BN KHÔNG CÓ TRIỆU CHỨNG ỈA MÁU	P
1 lần	30	91	< 0,05
2 lần	57	50	
Σ	87	141	

- Triệu chứng thực thể: sờ thấy khối lồng: 233/238 BN (97,9%), Nguyễn Thanh Liêm

từ 85 - 90%], Ngô Đình Mạc 95%, Vũ Huy Nùng là 85 - 95% và các báo cáo khác cũng có tỷ lệ tương tự, tắc ruột có máu + ỉa máu: 128/238 BN (53,8%).

- Thăm trực tràng có máu 53,8%. Harrington gặp 80%, của Dawod là 60%, Phạm Thu Hiền 67%, Nguyễn Xuân Sách 71,2% [2].

- Hình ảnh siêu âm ổ bụng: hình "bia bắn": 235/238 BN (98,74%); hình "bánh sandwich": 229/238 BN (96,22%).

- Kích thước đường kính trên siêu âm có hình "bia bắn": < 25 mm: 1/238 BN (0,43%); 25 - 35 mm: 206/238 BN (87,66%); > 35 mm: 28/238 BN (11,91%), Tương tự nghiên cứu của Munden (2007) [7].

- Hình ảnh siêu âm thường gặp là hình "bia bắn" trên mặt cắt ngang (98,74%), hình "bánh sandwich" trên mặt cắt dọc (96,22%). Michael S Irish và Felix C Blanco thấy độ chính xác của siêu âm trong chẩn đoán lồng ruột có thể tới 100% [5, 7]. Verschelden và CS (1992) nghiên cứu 83 BN gặp độ nhạy 100% và độ đặc hiệu 88%. Frances A. Justice, Nguyễn Thanh Liêm, Trần Ngọc Sơn và CS [6] siêu âm ổ bụng có độ nhạy 97,5% và độ đặc hiệu 99%.

- Hình ảnh X quang ổ bụng có bơm hơi đại tràng: trên phim chụp X quang có bơm hơi đại tràng, 100% có hình ảnh đặc hiệu, trong đó hình "đáy chén": 221/238 BN (92,9%), hình "càng cua": 17/238 BN (7,1%)

- CT ổ bụng cho hình ảnh đặc hiệu 32/32 BN (100%).

3. Kết quả điều trị.

Trong nghiên cứu này, tất cả 238 BN đều có chỉ định tháo lồng bằng bơm hơi dưới X quang tăng sáng, trong đó, thành công 228/238 BN (95,80%), thất bại 10 BN (4,20%) chuyển mổ mở, của Michael S Irish là 80 - 90% [7], Phelan 76%, Beasley 88%, Guo 94%. Vũ Huy Nùng [4] 90%, Ngô Đình Mạc 86,13% [3], Nguyễn Xuân Thụ, Nhâm Văn Sinh 67/71 (94,3%). Tỷ lệ BN phải bơm hơi lần 2 cao hơn ở nhóm BN có triệu chứng ỉa máu ($p < 0,05$) có ý nghĩa thống kê. Chứng tỏ, khi đã có triệu chứng ỉa máu, bệnh thường đã muộn, vì vậy, tháo lồng sẽ khó khăn hơn.

- BN được tháo lồng thành công ở áp lực tháo lồng từ 80 - 100 mmHg là chủ yếu (86,4%), còn 8,3% với áp lực từ 100 - 120 mmHg. Guo thực hiện áp lực 80 - 110 mmHg, thành công 94%, Jinzhe (80 - 120 mmHg) 91%, Pracos là 86%. 10 BN tháo lồng thất bại (4,20%), thấp hơn so với các nghiên cứu trước đây.

- Không có BN nào có tai biến trong tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng. Tỷ lệ biến chứng sớm trong bơm hơi tháo lồng là 19,30%, chủ yếu gặp sốt, ho, khò khè, viêm hô hấp trên, viêm phổi (32/44 BN) và ỉa chảy, rối loạn tiêu hóa 12/44 BN.

- Thời gian nằm viện trung bình của nhóm BN tháo lồng thành công trong nghiên cứu của chúng tôi là 2,68 ngày.

Đánh giá kết quả sớm tháo lồng bằng bơm hơi: tốt: 184/238 BN (77,31%); trung bình: 44/238 BN (18,49%); xấu: 10/238 BN (4,2%). Trong nghiên cứu của chúng tôi,

hầu hết BN vào viện sớm, thời gian bị bệnh trước 48 giờ, số BN có triệu chứng ỉa máu (dấu hiệu của tình trạng bệnh muộn) không cao, thủ thuật tiến hành kịp thời.

KẾT LUẬN

1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh lồng ruột cấp tính ở trẻ < 24 tháng tuổi.

Tuổi trung bình: 12 tháng; giới tính: nam 62,80%, nữ 38,20%.

Bệnh có liên quan đến yếu tố thời tiết: hay gặp vào mùa đông xuân và những hôm thời tiết thay đổi.

Tam chứng cơ năng kinh điển: đau bụng cơn, nôn, ỉa máu tương ứng là 99,6%, 99,2% và 43,3%. Sờ thấy khối lồng 97,9%.

Hình ảnh đặc hiệu trên siêu âm gặp ở 100% BN, trong đó, hình “bia bắn” (98,74%), hình “bánh sandwich” (96,22%). Hình ảnh siêu âm là hình “bia bắn” có đường kính từ 25 - 35 mm (87,66%).

X quang ổ bụng có bơm hơi đại tràng cho hình ảnh đặc hiệu: hình “đáy chén” (92,9%), hình “càng cua” (7,1%).

2. Phương pháp bơm hơi tháo lồng dưới X quang tăng sáng truyền hình điều trị LRCT ở trẻ dưới 24 tháng tuổi là một phương pháp an toàn, hiệu quả và dễ thực hiện.

+ An toàn: không có tử vong; không có tai biến; biến chứng nhẹ.

+ Hiệu quả: thành công 95,8%; thời gian nằm viện trung bình 2,68 ngày.

+ Phương pháp này dễ thực hiện: chỉ dùng khí trời; có thể áp dụng ở mọi cơ sở có trang bị siêu âm và X quang tăng sáng và có khả năng phẫu thuật cấp cứu bụng để xử trí những tình huống tháo lồng thất bại hoặc có biến chứng vỡ ruột.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. *Trần Ngọc Bích*. Lồng ruột ở trẻ bú mẹ và trẻ em. Bệnh học ngoại dùng cho sau đại học. NXB Y học. 2006, tr.273-286.

2. *Phạm Thu Hiền*. Góp phần nghiên cứu các triệu chứng lâm sàng và siêu âm trong chẩn đoán và tiên lượng bệnh lồng ruột ở trẻ em bú mẹ. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2000.

3. *Ngô Đình Mạc*. 10 năm điều trị lồng ruột ở trẻ em tại Bệnh viện Việt Đức. Ngoại khoa. 1983, số 4, tr.122-128.

4. *Vũ Huy Nùng*. Lồng ruột. Bệnh học ngoại khoa bụng. NXB Quân đội Nhân dân. Học viện Quân y. 2008, tr.106-112.

5. *Felix Blanco*. Intussusception. Emedicine. medscape.com/eMedicine pecialties. Pediatrics General Medicine.

6. *Frances A Justice, Tran Ngọc Sơn et al*. Accuracy of ultrasonography for diagnosis of intussusception in infants in Vietnam. Original Article. *Pediatr Radiol*. 2007, pp.195-199.

7. *Micheal S Irish*. Intussusception, surgical treatment, medicine. Medscape. com/eMedicine Specialties.Pediatrics: General Medicine. 2009.

8. *Sigmund H. Ein and Alan Daneman*. Intussusception. *Pediatric Surgery*. Vol 2- 6th ed/edited by JayL. Grosfield; 2006, pp.1313-1341.

