

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ HÌNH ẢNH X QUANG THƯỜNG QUI Ở BỆNH NHÂN THÙNG TẠNG RỒNG ĐIỀU TRỊ TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG ƯƠNG CẦN THƠ

NGUYỄN THỊ MAI SƯƠNG, LÂM ĐÔNG PHONG
Trường Đại học Y dược Cần Thơ

TÓM TẮT

Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang thường qui trên 68 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán nghi ngờ thủng tạng rỗng (TTR) nhập viện Bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ (BVĐK TƯCT), chúng tôi thu được các kết quả sau: Đa số BN nhập viện trước 6 giờ (52,5%), tỷ lệ TTR ở nam/nữ là 2/1, đa số nằm trong độ tuổi lao động (18-60 tuổi, chiếm 70,5%), 77,1% thuộc nhóm lao động chân tay, phần lớn BN sống ở nông thôn (73,6%). Về lâm sàng, các dấu hiệu cơ năng thường gặp là đau bụng đột ngột, dữ dội thượng vị (78,7%), nôn, buồn nôn (73,8%). Các dấu hiệu thực thể thường gặp là sốt (40,9%), mạch nhanh (18,1%), bụng chướng (88,5%), mất vùng đục trước gan (72,1%). Thủng dạ dày- tá tràng không do chấn thương bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (78,4%). Thủng ruột non thường gặp trong chấn thương bụng kín (80%). Về hình ảnh X quang (XQ) thường qui: Đa số bệnh nhân được chụp XQ thường qui trước 6 giờ (49,2%). Tỷ lệ liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui là 86,9%. Liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui xuất hiện nhiều ở bên phải hoặc hai bên, ít khi đơn độc bên trái.

Những bệnh nhân có đau đột ngột, dữ dội thượng vị; nôn, buồn nôn thì khả năng có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui khá cao với tỷ lệ lần lượt là 93,8% và 91,1%. Kết quả tương tự ở những bệnh nhân khám thấy mất vùng đục trước gan và bụng gồng cứng như gỗ với tỷ lệ liềm khí dưới cơ hoành lần lượt là 95,5% và 92,3%.

Từ khóa: thủng tạng rỗng, liềm khí dưới hoành, X quang bụng, X quang ngực.

SUMMARY

Study the clinical features and imaging characteristics from conventional X ray examination of 68 patients with a perforated viscus by, we have some results: The ratio of male/female was 2/1. Most of the patients were manual workers (77.1%), at working age (70.5%), living in the rural areas (73.6%) and hospitalized during 6 hours after onset (52.5%). About clinical features: the common functional symptoms were sudden and intense epigastric pain (78.7%), nausea or vomiting (73.8%). The common physical symptoms have found that were fever (40.9%), pulsus celer (18.1%), abdominal distention (88.5%), absent liver dullness (72.1%). Most of patients with gastroduodenal perforation (78.4%). Blunt abdominal trauma usually caused small bowel perforation (80%). The conventional X ray image findings were Air crescent signs (free air patterns beneath diaphragm) seen on X ray films were 86.9% and they usually appeared on right or both sides, rarely on the left. Most of the patients were taken X ray examinations during 6 hours after onset (49.2%). The relationships between clinical features of perforated hollow viscuses and X ray image findings have found that: There is 93.8% in case of sudden and intense epigastric pain and 91.1% in case of nausea or vomiting which have the prevalence of air crescent signs seen on X ray films and the same result for 95.5% in case of absent liver dullness and 92.3% in case of abdominal rigidity.

Keywords: perforated hollow viscuses, pneumoperitoneum, air crescent sign, abdominal X ray, erect chest X ray.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng tạng rỗng (TTR) là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp, bệnh cần được chẩn đoán sớm và cấp

cứu kịp thời nhằm cứu sống người bệnh, giảm tỷ lệ tử vong và biến chứng. TTR do bệnh lý dạ dày – tá tràng hoặc do chấn thương bụng là hai thể lâm sàng thường gặp nhất.

Ngày nay, vai trò của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh trở nên vô cùng quan trọng trong việc định hướng chẩn đoán sớm tổn thương TTR, trong đó XQ thường qui là một kỹ thuật ít tốn kém và thường được lựa chọn đầu tiên.

Để có thêm kinh nghiệm trong chẩn đoán lâm sàng và hình ảnh học TTR, chúng tôi tiến hành đề tài nghiên cứu nhằm mục tiêu:

Mô tả đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang thường qui ở bệnh nhân thủng tạng rỗng điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ.

ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng.

68 BN nhập viện vì có đặc điểm lâm sàng nghi ngờ TTR và có chụp XQ thường qui từ tháng 8/2012 đến tháng 5/2013.

+ Tiêu chuẩn chọn bệnh:

– BN có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ TTR (đau bụng, nôn, buồn nôn, bí trung, đại tiện, bụng chướng, mất vùng đục trước gan, bụng gồng cứng như gỗ).
– BN có chụp phim XQ thường qui đúng tiêu chuẩn kỹ thuật.

– Không phân biệt giới tính, nơi cư trú, nghề nghiệp, thành phần gia đình.

+ Tiêu chuẩn loại trừ:

– Các trường hợp BN mê, lơ mơ không hợp tác được (Glasgow < 9 điểm).

– BN < 15 tuổi.

– Bản thân và/ hoặc thân nhân của BN không đồng ý tham gia nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu.

+ Nghiên cứu mô tả cắt ngang.

+ Các chỉ tiêu nghiên cứu:

– Các đặc điểm chung: tuổi, giới, nghề nghiệp, địa dư, nguyên nhân, thời gian từ lúc khởi phát đến lúc nhập viện.

– Các đặc điểm lâm sàng: dấu hiệu toàn thân, dấu hiệu cơ năng, dấu hiệu thực thể.

– Các đặc điểm hình ảnh XQ thường qui: thời gian từ khi khởi phát đến lúc chụp XQ, chiều thể chụp, các dấu hiệu hơi tự do ổ bụng.

– Tìm hiểu mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh XQ thường qui TTR trên các bệnh nhân nghiên cứu.

+ Phân tích và xử lý số liệu thu được theo thuật toán thống kê.

KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU VÀ BÀN LUẬN

Trên 68 BN nhập viện vì có đặc điểm lâm sàng nghi ngờ TTR và có chụp XQ thường qui, trong đó có 61 BN chẩn đoán xác định (kết quả phẫu thuật) là TTR, 7 BN không TTR.

1. Đặc điểm chung.

Tỷ lệ BN TTR nhiều nhất gặp trong độ tuổi lao động từ 18- 60 tuổi (70,5%), tuổi trung bình 52,72 ± 16,22, cao nhất 86 tuổi, nhỏ nhất 19 tuổi. Đa số BN nam (67,2%). Tỷ lệ nam/nữ là 2/1. Thành phần lao

động chân tay chiếm tỷ lệ cao nhất (77,1%), lao động trí óc 18,0%. Đa số BN sống ở nông thôn (73,6%).

Phần lớn BN nhập viện trước 6 giờ (52,5%), từ 6 – 12 là 34,4%, có 3,3% BN nhập viện sau 24 giờ. Việc xác định thời gian thủng còn mang tính chất chủ quan, nên kết quả mang tính chất tương đối, và chỉ là một trong nhiều yếu tố giúp ước lượng tình trạng nặng của bệnh.

Thủng tạng rỗng (TTR) không do chấn thương bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%). TTR do chấn thương bụng kín 16,4%. Chưa ghi nhận trường hợp nào TTR do vết thương thấu bụng.

2. Đặc điểm lâm sàng.

2.1. Dấu hiệu toàn thân:

Có 40,9% BN có sốt; mạch >100 lần/phút chiếm tỷ lệ 18,1%. Không BN nào có huyết áp tâm thu <90mmHg.

2.2. Dấu hiệu cơ năng và thực thể:

Bảng 1. Dấu hiệu cơ năng và thực thể ở BN thủng tạng rỗng

| Dấu hiệu cơ năng | | Số mẫu | Tỷ lệ % |
|------------------------|----------------------------|--------|---------|
| Đau bụng | Âm ỉ thượng vị tăng dần | 11 | 18,0 |
| | Đột ngột, dữ dội thượng vị | 48 | 78,7 |
| | Khấp bụng | 2 | 3,3 |
| Nôn, buồn nôn | Có | 45 | 73,8 |
| | Không | 16 | 26,2 |
| Bí trung, đại tiện | Có | 19 | 31,1 |
| | Không | 42 | 68,9 |
| Dấu hiệu thực thể | | | |
| Bụng chướng | Có | 54 | 88,5 |
| | Không | 7 | 11,5 |
| Mất vùng đục trước gan | Có | 44 | 72,1 |
| | Không | 17 | 27,9 |
| Bụng gồng cứng như gỗ | Có | 26 | 42,6 |
| | Không | 35 | 57,4 |

Đau bụng đột ngột, dữ dội thượng vị, chiếm 78,7%. Đây là triệu chứng kinh điển của TTR. Nôn, buồn nôn có tỷ lệ 73,8%. Bí trung, đại tiện gặp ở 31,1% BN. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cao hơn so với Đặng Việt Dũng và cộng sự (18,9%) [3]. Sự khác nhau này có thể do trong nghiên cứu của chúng tôi có đa số bệnh nhân sống ở nông thôn, kiến thức về chăm sóc sức khỏe còn thấp, nên họ thường nhập viện trong tình trạng trễ, đã có dấu hiệu của liệt ruột.

Dấu hiệu bụng chướng có tỷ lệ cao nhất (88,5%), mất vùng đục trước gan (72,1%), bụng gồng cứng như gỗ (42,6%). Nên khi nghi ngờ bệnh nhân có TTR, cần phải thăm khám bụng cẩn thận, tránh bỏ sót dấu hiệu, góp phần chẩn đoán sớm và đề nghị cận lâm sàng phù hợp.

Bảng 2. Vị trí thủng

| Vị trí | Dạ dày – tá tràng | Ruột non | Ruột già |
|------------------------|-------------------|------------|----------|
| Nguyên nhân | | | |
| Do chấn thương bụng | 2 (20%) | 8 (80%) | 0 (0%) |
| Không chấn thương bụng | 40 (78,4%) | 10 (19,6%) | 1 (2,0%) |
| Tổng | 42 (68,9%) | 18 (29,5%) | 1 (1,6%) |

TTR do chấn thương bụng thường gây thủng ruột non (80%), TTR không phải chấn thương bụng thường gây thủng dạ dày – tá tràng (78,4%). Các kết quả này tương đồng với các tác giả Phạm Văn Năng (80,7%) [5], Đặng Việt Dũng và cộng sự (66,7%) [3].

3. Đặc điểm hình ảnh X quang thường qui:

Đa số bệnh nhân được chụp XQ thường qui trước 6 giờ (49,2%), từ 6 – 12 giờ có 39,3%.

Đa số bệnh nhân TTR có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ bụng đứng không chuẩn bị (86,9%), tương đồng với các tác giả Đỗ Đức Vân (86,9%) [7], Nguyễn Tấn Cường (86,4%) [2], Phạm Văn Năng (89,9%) [5], Nguyễn Đình Hải (85%) [4], Tôn Thất Bách (80%) [1], Eugene (82,8%) [8].

3.1. Vị trí liềm khí dưới cơ hoành trên phim X quang thường qui:

Bảng 3. Vị trí liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui:

| Vị trí liềm khí | | Số mẫu | Tỷ lệ % |
|---|----------|--------|---------|
| Phim XQ bụng đứng không chuẩn bị lần một (n=43) | Bên trái | 3 | 7 |
| | Bên phải | 18 | 41,9 |
| | Hai bên | 22 | 51,1 |
| Phim XQ bụng đứng không chuẩn bị lần hai (n=11) | Bên trái | 0 | 0 |
| | Bên phải | 5 | 45,5 |
| | Hai bên | 6 | 54,5 |
| Phim XQ ngực thẳng (n=33) | Bên trái | 3 | 9,1 |
| | Bên phải | 16 | 48,5 |
| | Hai bên | 14 | 42,4 |

Trên phim XQ bụng đứng không chuẩn bị lần một: liềm khí bên phải (41,9%), hai bên (51,1%). Trên phim XQ ngực thẳng: liềm khí bên phải (48,5%), bên trái ít hơn (9,1%). Trên phim XQ bụng đứng không chuẩn bị lần hai: liềm khí hai bên có tỷ lệ cao (54,5%), đơn độc bên phải (45,5%).

Bảng 4. So sánh vị trí liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ bụng đứng không chuẩn bị

| Nghiên cứu | Vị trí liềm khí dưới cơ hoành | | |
|---------------------|-------------------------------|----------|---------|
| | Bên trái | Bên phải | Hai bên |
| Trịnh Hồng Sơn [20] | 7,7% | 30,1% | 42,9% |
| Ngô Minh Nghĩa [17] | 0% | 69,1% | 30,9% |
| Eugene [32] | 6,3% | 35,4% | 58,3% |
| Chúng tôi | 5,6% | 42,5% | 51,9% |

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự tương đồng với các tác giả: liềm khí dưới cơ hoành ở bên phải hoặc hai bên chiếm ưu thế so với bên trái.

4. Độ nhạy, độ đặc hiệu của X - quang thường qui.

Bảng 5. Độ nhạy, độ đặc hiệu của XQ thường qui

| XQ thường qui | Độ nhạy | Độ đặc hiệu |
|----------------------------------|---------|-------------|
| Bụng đứng không chuẩn bị (lần 1) | 70,5% | 71,4% |
| Bụng đứng không chuẩn bị (lần 2) | 61,1% | 100% |
| Ngực thẳng đứng | 54,1% | 71,4% |

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy: XQ bụng đứng không chuẩn bị lần một có độ nhạy 70,5% và độ đặc hiệu 71,4%, XQ bụng đứng lần hai có độ nhạy 61,1%,

độ đặc hiệu 100%. Tổng kết cả hai lần chụp XQ bụng đứng không chuẩn bị, chúng tôi so sánh qua bảng 6:

Bảng 6. So sánh độ nhạy, độ đặc hiệu của XQ bụng đứng không chuẩn bị

| Nghiên cứu | Độ nhạy | Độ đặc hiệu |
|----------------------|---------|-------------|
| Đỗ Đức Vân [29] | 75% | 63,2% |
| Nguyễn Tấn Cường [5] | 71,9% | 73,3% |
| Hồ Hữu Thiện [26] | 54,2% | 100% |
| Eugene [32] | 83,3% | 80% |
| Chúng tôi | 88,3% | 66,7% |

Trong nghiên cứu của chúng tôi, độ nhạy của XQ bụng đứng không chuẩn bị cao hơn so với các tác giả khác, có thể do thời điểm nghiên cứu khác nhau: Đỗ Đức Vân (1990) [7], Nguyễn Tấn Cường (2004) [2], Hồ Hữu Thiện (2005) [6], Eugene (2008) [8].

5. Mối liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X quang thường qui.

5.1. Liên quan giữa thời gian chụp và X - quang thường qui.

Bảng 7. Tương quan giữa thời gian chụp và XQ thường qui.

| Thời gian chụp | Dấu hiệu liềm khí | | p |
|----------------|-------------------|-----------|------|
| | Có | Không | |
| Trước 6 giờ | 26 (86,7%) | 4 (13,3%) | 0,14 |
| 6 – 12 giờ | 22 (91,7%) | 2(8,3%) | |
| 12 – 24 giờ | 4 (100%) | 0 (0%) | |
| Sau 24 giờ | 1 (33,3%) | 2 (66,7%) | |
| Tổng | 53 (86,9%) | 8 (13,1%) | |

86,9% bệnh nhân TTR có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui. Sự khác biệt về tỷ lệ liềm khí dưới cơ hoành so với thời gian chụp là khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 5,471$, $p=0,14$).

5.2. Liên quan giữa dấu hiệu cơ năng và X quang thường qui.

Bảng 8. Liên quan giữa dấu hiệu cơ năng và XQ thường qui:

| Dấu hiệu cơ năng | Khả năng liềm khí dưới cơ hoành | |
|--------------------------------|---------------------------------|-------|
| | Có | Không |
| Đau đột ngột, dữ dội thượng vị | Có | 93,8% |
| | Không | 6,2% |
| Nôn, buồn nôn | Có | 91,1% |
| | Không | 8,9% |
| Bí trung, đại tiện | Có | 78,9% |
| | Không | 21,1% |
| | Có | 66,7% |
| | Không | 33,3% |

Trong các dấu hiệu cơ năng, khả năng có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ cao nhất khi BN có đau đột ngột, dữ dội thượng vị (93,8%), nôn, buồn nôn (91,1%). Điều này cho thấy tầm quan trọng của việc khai thác bệnh sử kiểu đau của bệnh nhân. Nếu đã xác định bệnh nhân có đau đột ngột, dữ dội thượng vị, nên chỉ định chụp XQ thường qui để tìm tổn thương bụng.

5.3. Liên quan giữa dấu hiệu thực thể và X quang thường qui:

Bảng 9. Liên quan giữa dấu hiệu thực thể và XQ thường qui:

| Dấu hiệu thực thể | | Khả năng liềm khí dưới cơ hoành | |
|------------------------|-------|---------------------------------|-------|
| | | Có | Không |
| Bụng chướng | Có | 90,0% | 6,2% |
| | Không | 27,3% | 84,6% |
| Mất vùng đục trước gan | Có | 95,5% | 8,9% |
| | Không | 35,3% | 75% |
| Bụng gồng cứng như gỗ | Có | 92,3% | 21,1% |
| | Không | 73,1% | 33,3% |

Trong các dấu hiệu thực thể, khả năng có liềm khí dưới hoành trên phim XQ thường qui cao nhất khi BN có dấu hiệu mất vùng đục trước gan (95,5%), bụng gồng cứng như gỗ (92,3%). Có 42,6% BN nhập viện có dấu hiệu bụng gồng cứng như gỗ, khả năng xuất hiện liềm khí dưới cơ hoành là 92,3%, còn khi không có dấu hiệu này thì khả năng có liềm khí là 72,1%. Theo Nguyễn Đình Hối, bụng gồng cứng như gỗ xuất hiện khi BN đã có dấu hiệu viêm phúc mạc, là dấu hiệu muộn của bệnh [4].

KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 68 BN có dấu hiệu lâm sàng nghi ngờ TTR điều trị tại bệnh viện đa khoa trung ương Cần Thơ, chúng tôi rút ra kết luận sau:

1. Đặc điểm chung của bệnh nhân thủng tạng rỗng.

Tỷ lệ TTR ở nam/nữ là 2/1. Tuổi trung bình 52,72 ± 16,22, trong đó độ tuổi lao động chiếm tỷ lệ cao 70,5%, đa số thuộc nhóm lao động chân tay (77,1%), phần lớn BN sống ở nông thôn (73,6%).

TTR không do chấn thương bụng chiếm tỷ lệ cao nhất (83,6%). Đa số BN nhập viện trước 6 giờ (52,5%).

2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân thủng tạng rỗng.

Dấu hiệu toàn thân: sốt (40,9%), mạch >100 lần/phút (18,1%), không BN nào có huyết áp tâm thu <90 mmHg.

Các dấu hiệu cơ năng thường gặp: Đau bụng đột ngột, dữ dội thượng vị, nôn, buồn nôn.

Các dấu hiệu thực thể thường gặp: Bụng chướng, mất vùng đục trước gan.

TTR do chấn thương bụng thường gây thủng ruột non, TTR không phải chấn thương bụng thường gây thủng dạ dày – tá tràng.

3. Đặc điểm hình ảnh X quang thường qui.

Đa số bệnh nhân được chụp XQ thường qui trước 6 giờ (49,2%), tỷ lệ liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui là 86,9%.

Liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui xuất hiện nhiều ở bên phải hoặc hai bên, ít khi đơn độc bên trái.

86,9% bệnh nhân TTR có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui. XQ bụng thẳng đứng có độ nhạy 88,3% và độ đặc hiệu 66,7%. XQ ngực thẳng đứng có độ nhạy 54,1% và độ đặc hiệu 71,4%.

4. Liên quan giữa đặc điểm lâm sàng và hình ảnh X - quang thường qui.

Chưa ghi nhận sự khác biệt về tỷ lệ liềm khí dưới cơ hoành so với thời gian chụp.

Trong các dấu hiệu cơ năng, khả năng có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui: đau đột ngột, dữ dội thượng vị (93,8%); nôn, buồn nôn (91,1%).

Trong các dấu hiệu thực thể, khả năng có liềm khí dưới cơ hoành trên phim XQ thường qui: mất vùng đục trước gan (95,5%); bụng gồng cứng như gỗ (92,3%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tôn Thất Bách (2005), "Thủng dạ dày – tá tràng", Ngoại khoa bổ túc sau đại học, tập 1, NXB Đại học Y Hà Nội, tr 109 – 114.
2. Nguyễn Tấn Cường, Bùi Văn Ninh và cộng sự (2004), "Tổng kết kinh nghiệm xử trí 169 chấn thương và vết thương tá tràng trong 25 năm tại bệnh viện Chợ Rẫy", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh, Số 8, tr. 14 – 31.
3. Đặng Việt Dũng và cộng sự (2011), "Nghiên cứu chẩn đoán và đánh giá kết quả điều trị tổn thương tạng rỗng trong chấn thương bụng kín tại bệnh viện 103", Tạp chí Ngoại khoa, Số 111, tr. 11 – 18.
4. Nguyễn Đình Hối (1998), "Thủng dạ dày – tá tràng", Bài giảng điều trị học ngoại khoa, NXB Đại học Y Thành phố Hồ Chí Minh, tr. 167 – 181.
5. Phạm Văn Năng (1993), "Báo cáo khảo sát thủng dạ dày – tá tràng tại Cần Thơ", Tuyển tập công trình khoa học công nghệ Đại học Cần Thơ 1993 – 1997, Số 8, tr. 15 – 19.
6. Hồ Hữu Thiện và cộng sự (2006), "Xu hướng phẫu thuật thủng ổ loét dạ dày – tá tràng hiện nay tại bệnh viện Trung Ương Huế (1-2004 đến 4-2006)", Hội nghị khoa học Đại Học Y Dược Huế, Số 6, tr. 79 - 90.
7. Đỗ Đức Văn (1990), "Kết quả điều trị phẫu thuật ổ loét dạ dày – tá tràng trong cấp cứu tại bệnh viện Việt Đức", Ngoại khoa, Số 9, tr. 32 – 39.
8. Eugene J. Keeffe, Raymond A. Gagliardi (2008), "Significance of ileus in perforated viscus", The Department of Radiology, Vol 117, No 2, pp 275 – 280.