

NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP TẮC MẠCH MẠC TREO TRÀNG TRÊN ĐIỀU TRỊ THÀNH CÔNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TRUNG TÂM AN GIANG

BsCK II Phạm Ngọc Kiều Khoa Hồi sức tích cực và chống độc.

Tắc nghẽn động mạch mạc treo tràng trên cấp là một bệnh hiếm gặp chỉ chiếm khoảng 0,1% tổng số bệnh nhân nhập viện nhưng là bệnh rất nặng có tỷ lệ tử vong rất cao từ 60 đến 90% trong các trường hợp mắc phải.

Tắc động mạch mạc treo gây thiếu máu mạc treo đây là một tình trạng tưới máu không đủ cho nhu cầu chuyển hoá của các cơ quan chủ yếu được cung cấp máu bởi tuần hoàn mạc treo bao gồm dạ dày, gan, túi mật, tụy, lách, ruột non, đại tràng.

Chẩn đoán thiếu máu mạc treo cấp rất cần thiết nhưng cũng là một thách thức cho các Bác sĩ trên lâm sàng, chẩn đoán sớm trước khi ruột hoại tử và điều trị thích hợp sẽ giúp hạ thấp tỉ lệ tử vong sau mổ. Việc chẩn đoán sớm gặp nhiều khó khăn do triệu chứng lâm sàng không điển hình và các xét nghiệm thường quy thường không đặc hiệu để chẩn đoán. Vì khả năng chịu đựng thiếu máu của ruột kém (chỉ 120-180 phút), do vậy đòi hỏi phải chẩn đoán nhanh và chính xác để có hướng điều trị thích hợp, giảm được tỉ lệ tử vong cho bệnh nhân.

Vừa qua vào ngày 23/06/2014 khoa Hồi sức tiếp nhận một bệnh nhân tên Nguyễn Văn B 48 tuổi, quê quán xã Hoà Bình Thạnh, Huyện Châu Thành Tỉnh An Giang, nghề nghiệp làm ruộng, tiền sử khoẻ mạnh vào viện trong tình trạng đau bụng vùng thượng vị và nôn ra thức ăn sau đó nôn ra máu bầm lẫn máu tươi, được chẩn đoán xuất huyết tiêu hoá trên và được điều trị bằng các thuốc ức chế bơm proton, băng niêm mạc dạ dày đồng thời bù dịch cho bệnh nhân. Nhưng sau đó tình trạng xấu dần người bệnh tiếp tục ra máu ở ống thông dạ dày, tiêu ra phân máu đỏ bầm, tình trạng đau bụng ngày càng tăng lên lan ra khắp bụng có phản ứng phúc

mạch, X-quang bụng đứng chỉ có các quai ruột dẫn. Siêu âm có dịch ổ bụng khi chọc dò ra dịch màu hồng lẫn máu không đông xét nghiệm Rivalta (+), TB 5.350 (N 65% L 35%), LDH 2885U/l, Amylase bình thường. Xét nghiệm máu D dimer 6,35 ugFAU/n (bình thường $\leq 0,5$). Lúc này chúng tôi nghi ngờ tình trạng tắc mạch mạc treo gây hoại tử ruột nên cho bệnh nhân đi chụp CT scanner bụng có cản quang, kết quả CT scanner thấy hình ảnh nghi ngờ có nhồi máu mạc treo và có chỉ định mổ cấp cứu, tuy nhiên vào thời điểm này, bệnh nhân rơi vào tình trạng sốc mạch nhanh huyết áp hạ, chúng tôi tiến hành đặt catheter tĩnh mạch trung tâm và tiến hành hồi sức cho bệnh nhân. Sau khi mạch huyết áp trở lại bình thường, bệnh nhân được đưa đến phòng phẫu thuật. Sau cuộc mổ kéo dài khoảng 4 giờ, bác sĩ phẫu thuật ghi nhận tắc động mạch mạc treo tràng trên, ruột non bị hoại tử gần hết, có rất nhiều cục máu đông, phải cắt bỏ gần 4 mét chỉ còn lại gần 2 mét ruột non. Cuộc mổ kết thúc thành công.

Sau thời gian hồi sức hậu phẫu bệnh nhân được đưa về trại đẻ điều trị, sức khoẻ hồi phục dần và ngày 04/07/2014 (sau 11 ngày nằm viện) bệnh nhân được xuất viện.

Tắc mạch mạc treo là trường hợp rất hiếm gặp nên lúc đầu còn lúng túng, nhưng sau đó chúng tôi đã cấp cứu thành công đặc biệt là các Bác sĩ ngoại khoa đã cho thấy trình độ và tay nghề rất vững vàng trong những trường hợp nặng. qua đây chúng tôi rút ra được một số kinh nghiệm hết sức quý báu đó là khi gặp một bệnh nhân có xuất huyết trên và dưới đồng thời có đau bụng nhiều cần chụp CT scanner sớm để phát hiện các bất thường của ruột trong đó có hình ảnh gián tiếp của nhồi máu mạc treo (thành ruột dày ngấm thuốc hai bên, hơi trong ruột, hơi trong tĩnh mạch cửa...), nếu có máy hiện đại có thể tái tạo theo không gian ba chiều sẽ thấy rõ hình ảnh tắc nghẽn trong mạch máu, khi đó tiến hành điều trị nội khoa và phẫu thuật sớm cho bệnh nhân tránh được tình trạng hoại tử ruột lan rộng làm tăng tỷ lệ tử vong.

Hình CT scanner: thành ruột dày ngấm thuốc hai bên (mũi tên)



Ảnh Bệnh nhân lúc ra viện.

