

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ LỒNG RUỘT CẤP TÍNH Ở NHỮ NHI TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA AN GIANG

Nguyễn Văn Sách, Phan Văn Bé, Lê Cao Sang,
Đoàn Xuân Vũ, Nguyễn Trọng nghĩa và Nguyễn Thị Nhiệm
Khoa ngoại tổng hợp - Bệnh viện đa khoa An Giang

SUMMARY

There were 245 patients with intussusception admitted to Department of surgery of An giang general hospital from 01/2008 to 09/2010. Among them, 231 cases were indicated to reduce the intussusception by water and 14 cases needed to open operation. 176 (71.8%) cases were males and 69 (28.2%) cases were female. The ratio of male /female was 2.55/1. The mean and standard deviation age were 13.1 (SD: 5.93), the surgical group was 10.4 months (SD: 5.91). The average volume needed to reduce the intussusception was 756.52 ml (SD: 184.02 (range: 350ml - 1.500ml). The average time to reduce the intussusception was 11.8 minutes (SD: 5.71 (range: 4- 37 minutes). The successful rate for reduction of intussusception was 94.8% (219/231), 12 failed cases needed to be operated openly (5.2%). There were no cases with intestinal rupture documented. No death was documented in the reduction of intussusception by water . Postoperative mortality rate was 3.8% (1/26). Overall mortality rate was 0.4% (1/245).

TÓM LƯỢC

Từ tháng 01/2008 đến cuối tháng 09/2010, tại bệnh viện đa khoa An Giang có 245 bệnh nhi được chẩn đoán lồng ruột. Trong đó, 231 cas được chỉ định tháo lồng bằng nước và 14 cas được chỉ định mổ để tháo lồng. Có 176 (71,8%) nam và 69(28,2%) nữ. tỉ lệ nam/nữ là 2,55/1. Tuổi trung bình nhóm tháo lồng là 13,13 tháng (SD: 5.93), nhóm phẫu thuật là 10,42 tháng (SD: 5,91). Số lượng dịch tháo lồng trung bình là 756,52ml (SD: 184,02), ít nhất 350ml và nhiều nhất 1.500ml. Thời gian tháo lồng trung bình là 11,80 phút (SD: 5,71), ngắn nhất 4 phút và dài nhất 37 phút.

Kết quả, tháo lồng thành công là 94,8% (219/231), 12 trường hợp tháo lồng thất bại chuyển mổ (5,2%), không có tai biến vỡ ruột, không có tử vong ở nhóm tháo lồng. Tỉ lệ tử vong hậu phẫu là 3,8% (1/26). Tỉ lệ tử vong chung là 0,4% (1/245).

ĐẶT VẤN ĐỀ

Lồng ruột (LR) là một cấp cứu ngoại nhi thường gặp, nhất là lứa tuổi 6 – 12 tháng, là một cấp cứu cần chẩn đoán sớm và điều trị kịp thời, nếu không sẽ dẫn đến hoại tử ruột, tử vong rất cao dù có điều trị bằng phẫu thuật. Về điều trị, hiện nay có 2 phương pháp kinh điển để điều trị LR cấp tính ở nhũ nhi là tháo lồng không mổ và mổ để tháo lồng.

Trong phương pháp tháo lồng không mổ người ta dùng áp lực ngược chiều qua đại tràng để tháo lồng. Nhiều tác giả sử dụng áp lực hơi (tháo lồng bằng bơm hơi đại tràng). Gần đây một số tác giả đưa siêu âm (SA) vào chẩn đoán LR với độ tin cậy cao và hơn nữa sử dụng siêu âm như là một phương tiện để hướng dẫn và kiểm tra trong phương pháp tháo lồng bằng áp lực nước.

Tại bệnh viện đa khoa An Giang, đưa SA vào chẩn đoán LR từ tháng 6/1991, đồng thời cũng bắt đầu áp dụng phương pháp tháo lồng bằng thật nước qua đại tràng để điều trị cho các trường hợp LR cấp tính ở nhũ nhi. Mục đích của công trình này là đánh giá kết quả của phương pháp tháo lồng bằng nước dưới sự hướng dẫn của siêu âm qua 3 năm (2008-2010) tại bệnh viện đa khoa An Giang.

MỤC TIÊU

Đánh giá kết quả tháo lồng bằng nước dưới sự hướng dẫn của siêu âm.

PHƯƠNG PHÁP

1. Thiết kế nghiên cứu: hồi cứu mô tả.
2. Đối tượng nghiên cứu: tất cả các trường hợp lồng ruột nhỏ hơn hoặc bằng 24 tháng tuổi.
3. Địa điểm: Khoa ngoại - Bệnh viện đa khoa An giang.
4. Thời gian: từ tháng 1/2008 đến cuối tháng 9/2010.
5. Cách tiến hành: Chọn tất cả các hồ sơ bệnh án được chẩn đoán lồng ruột ở trẻ nhỏ hơn hoặc bằng 24 tháng tuổi. Một bệnh án mẫu soạn sẵn, ghi nhận các biến về giới, tháng tuổi, thời gian đau đến lúc nhập viện, tiền sử có lồng ruột, chỉ định điều trị tháo lồng bằng nước hay phẫu thuật, số lượng dịch tháo lồng, thời gian tháo lồng, kết quả tháo lồng thành công, phương pháp phẫu thuật, biến chứng vỡ ruột, ngày điều trị, tử vong.
6. Xử lý số liệu: Trình bày các biến số có phân phối chuẩn bằng trung bình và độ lệch chuẩn. Các biến định tính được trình bày bằng tỉ lệ %. Các biến định tính được phân

tích bằng phép kiểm χ^2 . Các test có ý nghĩa thống kê khi $p < 0,05$. Dữ liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 18.0

KẾT QUẢ

Trong thời gian từ tháng 01/2008 đến cuối tháng 09/2010, có 245 bệnh nhi được chẩn đoán lồng ruột. Trong đó, 231 cas được chỉ định tháo lồng bằng nước và 14 cas được chỉ định mổ để tháo lồng, các dữ kiện được phân bố như sau:

1. Giới tính và tuổi: Nam 176 (71,8%), nữ 69(28,2%). tỉ lệ nam/nữ là 2,55/1. Tuổi trung bình nhóm tháo lồng 13,13 tháng (SD: 5.93), nhóm phẫu thuật 10,42 tháng (SD: 5.91).
2. Thời gian đau đến lúc nhập viện dưới 12 giờ có 154 cas (62,9%), trên 48 giờ có 7 cas (2,9%) (bảng 1).

*Bảng 1: Chỉ định điều trị * thời gian đau đến lúc nhập viện*

		Thời gian đau đến lúc nhập viện (giờ)				Total
		< 12	12-24	25-48	> 48	
Chỉ định điều trị	tháo lồng	153 66,2%	46 19,9%	28 12,1%	4 1,7%	231 100,0%
	phẫu thuật	1 7,1%	2 14,3%	8 57,1%	3 21,4%	14 100,0%
Total		154 62,9%	48 19,6%	36 14,7%	7 2,9%	245 100,0%

3. Có 16 trường hợp có tiền sử lồng ruột. Trong đó, 1 lần có 8 cas, 2 lần có 3 cas và 3 lần có 5 cas. Các trường hợp này đều được chỉ định tháo lồng.
4. Số lượng dịch tháo lồng trung bình là 756,52ml (SD: 184,02), ít nhất 350ml và nhiều nhất 1.500ml. Thời gian tháo lồng trung bình là 11,80 phút (SD: 5,71), ngắn nhất 4 phút và dài nhất 37 phút.
5. Kết quả tháo lồng thành công là 219/231 (94,8%), thất bại chuyển mổ là 12/231 (5,2%) (bảng 2a, 2b).

Bảng 2a: Tháo lồng thành công

		N	%	% dồn lại
Tháo lồng thành công	không	12	5,2%	4,9%
	có	219	94,8%	89,4%
	Total	231	100,0%	94,3%
Phẫu thuật		14		5,7%

Bảng 2a: Tháo lồng thành công

		N	%	% dồn lại
Tháo lồng thành công	không	12	5,2%	4,9%
	có	219	94,8%	89,4%
	Total	231	100,0%	94,3%
Phẫu thuật		14		5,7%
Total		245		100,0%

*Bảng 2b: Tháo lồng thành công * thời gian đau đến lúc nhập viện*

		Thời gian đau đến lúc nhập viện (giờ)				Total
		< 12	12-24	25-48	> 48	
Tháo lồng thành công	không	7	3	0	2	12
		58,3%	25,0%	,0%	16,7%	100,0%
thành công	có	146	43	28	2	219
		66,7%	19,6%	12,8%	0,9%	100,0%
Total		153	46	28	4	231
		66,2%	19,9%	12,1%	1,7%	100,0%

7. Có 26 trường hợp phẫu thuật. Trong đó, 12 cas tháo lồng thất bại chuyển mổ và 14 cas được chỉ định mổ ngay từ đầu (bảng 3).

*Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật * thời gian đau đến lúc nhập viện*

		Thời gian đau đến lúc nhập viện (giờ)				Total
		< 12	12-24	25-48	> 48	
phương pháp phẫu thuật	tháo lồng bằng tay	6	4	7	3	20
		30,0%	20,0%	35,0%	15,0%	100,0%
phẫu thuật	cắt khối lồng nổi tận tận	2	1	1	2	6
		33,3%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
Total		8	5	8	5	26
		30,8%	19,2%	30,8%	19,2%	100,0%

7. Thời gian nằm viện trung bình của nhóm tháo lồng là 2,11 ngày (SD:1.37), ngắn nhất 1 ngày, nhiều nhất là 8 ngày. Nhóm phẫu thuật trung bình là 7,14 ngày (SD: 3.08), ngắn nhất 3 ngày, nhiều nhất là 14 ngày.

8. Không có tử vong ở nhóm tháo lồng. Trong nhóm phẫu thuật có 1 cas (3,8%) tử vong hậu phẫu ngày 2 (bảng 4).

Bảng 4: Tử vong

		N	%	% dồn lại
Tử vong	hậu phẫu	không	25	96,2%
		có	1	3,8%
		Total	26	100,0%
tháo lồng	không	219		89,4%
	có	0		0,0%
Total		245		100,0%

BÀN LUẬN

1. Giới tính và tuổi:

Trong nghiên cứu của chúng tôi, nam chiếm 176 cas (71,8%) và nữ 69 cas (28,2%) điều này phù hợp với các tác giả khác tỷ lệ nam nhiều hơn nữ, tuy nhiên độ tuổi trung bình cao hơn. Tuổi trung bình của nhóm tháo lồng là 13,13 tháng (SD: 5,93), nhỏ nhất 3,5 tháng, lớn nhất 24 tháng. Nhóm phẫu thuật là 10,42 tháng (SD: 5,91), nhỏ nhất 5 tháng, lớn nhất 24 tháng.

2. Chỉ định tháo lồng:

Chỉ định tháo lồng cho các bệnh nhi nhập viện trước 48 giờ, bụng không quá chướng. Chỉ định mổ khi tháo lồng thất bại; nhập viện sau 48 giờ, bụng chướng nhiều và dấu hiệu tắc ruột rõ trên phim X quang. Tuy nhiên mốc thời gian nhiều khi không được ghi nhận chính xác, vì vậy chúng tôi mở rộng chỉ định trên các trường hợp nhập viện sau 48 giờ, nhưng bụng không quá chướng – có 4 trường hợp và tháo lồng thành công 2 trường hợp (bảng 2b). Ngược lại, có 11 trường hợp nhập viện trước 48 giờ nhưng bụng chướng nhiều chúng tôi không chỉ định tháo lồng mà chuyển mổ cấp cứu ngay (bảng 1).

3. Tỷ lệ tháo lồng thành công:

Với chỉ định tháo lồng chặt chẽ, tỷ lệ tháo lồng thành công của chúng tôi là 94,8% (219/231). So với một số báo cáo khác, tỷ lệ tháo lồng thành công của chúng tôi tương đối cao (bảng 5). Đây là một kết quả hết sức khích lệ, bởi vì với việc áp dụng rộng rãi phương pháp tháo lồng không mổ đã làm giảm rõ rệt tỷ lệ tử vong chung trong điều trị LR.

Kết quả tháo lồng tùy thuộc rất lớn vào giờ nhập viện, bệnh nhi càng đến sớm, tỷ lệ tháo lồng thành công càng cao. Bảng 2b cho thấy tỷ lệ tháo thành công ở bệnh nhi nhập viện trước 12 giờ là 95,42% (146/153); sau 48 giờ chỉ còn 50% (2/4). So với kết quả nghiên cứu trước đây

của nhiều tác giả tỷ lệ phát hiện bệnh sớm của chúng tôi là khá cao. Điều này chứng tỏ nhận thức về bệnh của các gia đình bệnh nhân và khả năng chẩn đoán sớm lồng ruột cấp của cán bộ y tế ngày càng tiến bộ.

Bảng 5: Tỷ lệ tháo lồng thành công theo một số tác giả

<i>Tác giả</i>	<i>Nơi nghiên cứu</i>	<i>Năm nghiên cứu</i>	<i>Số TH tháo lồng</i>	<i>Tháo lồng thành công</i>	<i>Tỷ lệ %</i>
<i>Tháo lồng bằng baryt</i>					
Carcassone (1)	Marseillr (Pháp)	1965-1975	103	56	54,3
Skippper (8)	Ohio (Mỹ)	1977-1988	157	92	59,0
<i>Tháo lồng bằng bơm hơi</i>					
Jinzhe (3)	Beijing (TQ)	1973-1977	522	476	91,0
Phelan (5)	Victoria (Úc)	1986-1987	55	40	73,0
Shiels II (7)	Washington (Mỹ)	1988-1990	75	65	87,0
Nguyễn Văn Bôn (11)	BV Nhi Đồng 2	1979-1991	363	285	78,5
Hoàng Văn Hùng (12)	BV Việt Đức	1980-1984	611	541	88,5
Nguyễn Lung (13) B	BV Hải Phòng	1975-1982	815	731	86,7
Ngô Đình Mạc (14)	BV Việt Đức	1973-1982	762	656	86,1
Trần Đức Thái (17)	BV TW Huế	1985-1994	197	177	89,8
Nguyễn Xuân Thụ (18)	Viện Nhi	1990-1991	224	149	66,5
<i>Tháo lồng bằng nước</i>					
Chiu (2)	Taiwan	1988-1991	35	32	91,4
Wang (9)	Shenyang (TQ)	1985-1987	377	360	95,5
Woo (10)	Teagu (Korea)	1988-1990	75	63	85,0
Nguyễn Văn Sách (17)	BV An Giang	1991-1995	57	42	73,7
*Chúng tôi	BV An Giang	2008-2010	231	219	94,8

4. Tử vong chung trong điều trị và tử vong mổ trước và sau tháng 6/1991 và hiện nay:

So sánh tỉ lệ phẫu thuật, tỉ lệ tử vong chung trong điều trị và tử vong mổ trước và sau tháng 6/1991 và hiện nay tại bệnh viện đa khoa An Giang (bảng 6), chúng tôi nhận thấy:

- 1) Tỷ lệ phẫu thuật giảm rõ rệt, chỉ còn mổ 26/245 trường hợp (10,61%), so với trước đây mổ 35,38% các trường hợp. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 7.5$, $p = 0,006$).
- 2) Tỷ lệ tử vong mổ cũng giảm, hiện nay 3,84%, trước đây 21,73%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 22.154$; $p = 0,000$).
- 3) Tỷ lệ tử vong chung trong điều trị LR giảm rõ rệt, hiện nay 0,40% so với trước đây 7,69%. Sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê ($\chi^2 = 241.0$, $p = 0,000$).

Bảng 6: Tử vong chung trong điều trị và tử vong mổ trước và sau tháng 6/1991 và hiện nay

Giai đoạn	Trước 6/1991	Sau 6/1991	2008-2010	χ^2	P
Số trường hợp lồng ruột	45	65	245		
Số trường hợp mổ	45 100%	23 35,38%	26 10,61%	$\chi^2 = 7.5$	$p = 0,006$
Tử vong mổ	11 24,44%	5 21,73%	1 3,84%	$\chi^2 = 22.1$	$p = 0,000$
Tử vong chung	11 24,44%	59 7,69%	1 0,40%	$\chi^2 = 241.0$	$p = 0,000$

KẾT LUẬN

Từ 01/2008 đến 09/2010 bệnh viện đa khoa An Giang áp dụng phương pháp tháo lồng bằng nước dưới hướng dẫn của siêu âm để điều trị LR cấp tính ở nữ nhi, nhận thấy:

- (1) Tỷ lệ tháo lồng thành công là 94,8% (219/231), 5,2% (12/231) trường hợp thất bại chuyển mổ, không có tai biến vỡ ruột, không có tử vong ở nhóm tháo lồng.
- (2) Tỷ lệ tử vong hậu phẫu là 3,8% (1/26). Tỷ lệ tử vong chung là 0,4% (1/245).
- (3) Phương pháp tháo lồng bằng nước tỏ ra có nhiều ưu điểm: Ít tốn kém, dễ thực hiện, an toàn cho bệnh nhi và người thực hiện.

Tài liệu tham khảo:

1. Carcassonne M.Guys, j.M.Louis C, Invaginations intestinales aiguës du nourrisson et de l'enfant Analyse d'une statistique: 160-Chirurgie 1987, 113: 444-450.
2. Chiu C.Y, Tok T.S. Intussusception reduction by hydrostatic saline enema under sonographical guidance: clinical experience in 32 cases.J.Foroms.Med.Assoc, 1993, 92 (1): 50-54.
3. Jinzhe Z.Yenxia W.Lichi W, Rectal inflation reduction of intussusception in Infants. Journal of pediatric surgery, 1986, 21, 1: 30-32.
4. Kuta Aj, Benator RM. Intussusception: Hydrostatic pressure equivalents for barium and meglumine sodium diatrizoate. Radiology 1990; 175 : 125-126.
5. Phelan E.Campho i.F, Malecky G.Comparison of oxygen and barium reduction of ileocolic Intussusception : AjR 1988,150: 1339-1352.
6. Pracos-j.P, Louis D. Tran Minh, VA, Deffrenne P.Morin De Finfe C.H, Louis D.Basset T.Acute intestinal intussusception in children. Contribution of ultrasonography (145 cases). Annales de Radiologie 1987, 30, 7: 525-530.
7. Shisls II.W.E,Maves C.K, Hedlund. G.L, Kirids D.R.Air enema for diagnosis and pressure correlates, Radiology 1991, 181: 169-172.
8. Skipper R.P.Boeckman C.R.Klein R.L.Childhood intussusception. SURGERY, Gynecology & Obstetrics 1990, 171: 151-153.
9. Wang GD.Liu Sj, Enema reduction of Intussuception by hydrotatic pressure under ultrasound guidance: Areport of 377 cases. Journal of Pediatric surgery 1988,23 (9): 81-818.
10. Woo SK, Kim JS, Suh Sj, Paik TW, Choi So, Childhood intussusception. US guided hydrotatic reduction. Radiology 1992; 182: 77-80.
11. Nguyễn Văn Bôn. kỹ thuật tháo lồng ruột bằng áp lực hơi-báo cáo tại hội nghị khoa học chuyên đề X quang tại BVĐK Đồng Tháp 1993.
12. Hoàng Văn Hùng. Đánh giá kết quả điều trị lồng ruột bằng phương pháp bơm không khí trong 5 năm (1980-1984).Luận văn tốt nghiệp BSNT 1985. Trường đại học Y khoa Hà Nội.
13. Nguyễn Lung, Trần Thanh Tùng. 815 trường hợp lồng ruột cấp tính được điều trị tại bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp-Hải Phòng, ngoại khoa, 1983, 2: 42-46.
14. Ngô Đình Mạc. 10 năm điều trị lồng ruột ở trẻ em tại bệnh viện VN – CHDC Đức. Ngoại khoa, 1983, 4: 122, 128.
15. Ngô Đình Mạc. Lồng ruột cấp tính.Chuyên khoa ngoại NXB Y học Hà Nội – 1985: Trang 33-34.
16. Nguyễn Văn Sách, Dương Kim cúc. Nhận xét về 45 trường hợp lồng ruột ở trẻ em đã được mổ tại bệnh viện đa khoa An Giang. Thời sự Y Dược Học 1995, 2:6-8.
17. Nguyễn Văn Sách, Trần Tấn Thành. Điều trị lồng ruột cấp tính ở nữ nhi: phương pháp tháo lồng bằng nước dưới sự hướng dẫn của siêu âm. Y học thực hành, 4/1996 2003, trang 2-5.
18. Trần Đức Thái. Góp phần chẩn đoán và điều trị lồng ruột cấp tính ở nữ nhi tại bệnh viện TW Huế. Luận văn tốt nghiệp BS CK2 1995 Trường đại học Y khoa Hà Nội.
19. Nguyễn Xuân Thụ, Trần Lễ, Trịnh Văn Kiệt. Vai trò của bơm hơi đại tràng trong điều trị lồng ruột cấp tính ở trẻ còn bú – Nhi khoa 1993, 2, 3: 34-39.