

- Cardiothoracic and Vascular Anesthesia. 2017; 31 (1):128-133.
2. **Goeddel LA, Jung YH, Patel P, et al.** Analysis of the 2018 American Heart Association/American College of Cardiology Guidelines for the Management of Adults With Congenital Heart Disease: Implications for the Cardiovascular Anesthesiologist. *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia*. 2020;34(5):1348-1365.
  3. **Trusty PM, Wei Z, Sales M, et al.** Y-graft modification to the Fontan procedure: Increasingly balanced flow over time. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2020; 159(2):652-661
  4. **Redington Andrew.** The physiology of the Fontan circulation. *Progress in Pediatric Cardiology*. 2006;22(2):179-186.
  5. **Nayak S, Booker, P.D.** The Fontan circulation. *Continuing Education in Anaesthesia, Critical Care & Pain*. 2008;8(1):26-30.
  6. **Ravishankar C, Gerstenberger E, Sleeper LA, et al.** Factors affecting Fontan length of stay: Results from the Single Ventricle Reconstruction trial. *The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery*. 2016;151(3):669-675.
  7. **Dahlqvist J A, Wiklund, U, Karlsson M, et al.** Sinus node dysfunction in patients with Fontan circulation: could heart rate variability be a predictor for pacemaker implantation? *Pediatric Cardiology*. 2019;40(4):685-693.
  8. **Kotani Y, Chetan D, Zhu J, et al.** Fontan Failure and Death in Contemporary Fontan Circulation: Analysis From the Last Two Decades. *The Annals of Thoracic Surgery*. 2018; 105(4):1240- 1247

## VỠ TRỰC TRÀNG TỰ PHÁT TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM LOÉT TRỰC TRÀNG ĐƠN ĐỘC DO SA TRỰC TRÀNG TOÀN THÀNH: BÁO CÁO 01 TRƯỜNG HỢP VÀ HỒI CỨU Y VẤN

Nguyễn Trung Tín<sup>1</sup>, Ngô Thế Vinh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Loét đơn độc là bệnh lý thường gặp trên bệnh nhân lồng trực tràng ống hậu môn hay sa trực tràng toàn thành. Một trong các biến chứng cấp cứu có thể xảy ra là vỡ hay thủng trực tràng tự phát do vết loét đơn độc ở mặt trước trực tràng. **Trường hợp lâm sàng:** Trong nội dung bài báo này chúng tôi mô tả một trường hợp cấp cứu ít gặp là viêm phúc mạc chậu do thủng trực tràng tự phát sau phẫu thuật nâng sàn chậu và cắt đoạn niêm mạc trực tràng sa bằng máy khâu bấm. Phẫu thuật điều trị bao gồm phẫu thuật nội soi rửa bụng và đưa hồi tràng ra da, kết hợp với phẫu thuật Altemeier cắt đoạn trực tràng sa qua ngã hậu môn. Bệnh nhân được phục hồi lưu thông ruột 8 tuần sau mổ cho kết quả tốt. **Kết luận:** Trong phẫu thuật Altemeier nhằm điều trị sa trực tràng toàn thành kết hợp với phẫu thuật điều trị sa sàn chậu và đáy chậu, nên tiến hành phẫu thuật Altemeier trước khi tiến hành phẫu thuật đặt dải lưới nhân tạo nâng sàn đáy chậu. Mục đích nhằm để trực tràng vẫn còn di động khi tiến hành phẫu thuật, di động và cắt đoạn trực tràng. **Từ khóa:** Lồng trực tràng, Sa trực tràng, Thủng trực tràng, Loét đơn độc trực tràng, Đưa hồi tràng ra da.

### SUMMARY

#### SPONTANEOUS COLON PERFORATION IN A

<sup>1</sup>Đại học Y Dược TP HCM

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM, Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Thế Vinh

Email: vinh.nt@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 24.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.11.2024

Ngày duyệt bài: 27.12.2024

### PATIENT WITH SOLITARY RECTAL ULCERATION DUE TO TOTAL RECTAL PROLAPSE: REPORT OF 01 CASE AND LITERATURE REVIEW

**Background:** Isolated ulceration is a common disease in patients with rectal intussusception or total rectal prolapse. One of the emergency complications that can occur is spontaneous rectal perforation due to a solitary ulcer on the anterior wall of the rectum. **Clinical case:** In this report, we describe a rare emergency case of pelvic peritonitis due to spontaneous rectal perforation after pelvic floor lift surgery and resection of the prolapsed rectal mucosa with a stapler. Surgical treatment includes laparoscopic abdominal lavage and ileostomy combined with Altemeier surgery to resect the prolapsed rectal mass through the anal canal. The patient was reversed the ileostomy 8 weeks after the operation with the good results. **Conclusions:** In the Altemeier operation for total rectal prolapse combined with surgery for lifting pelvic floor and perineum prolapse, the Altemeier operation should be performed before the surgery to place a sling of mesh. The purpose is to keep the rectum mobile during rectal dissection, mobilization and resection. **Keywords:** Rectal intussusception, Rectal prolapse, Rectal perforation, Solitary rectal ulcer, Ileostomy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Thủng trực tràng tự phát trong loét trực tràng đơn độc trên bệnh nhân lồng trực tràng hay sa trực tràng không thường gặp. Thủng trực tràng trong những trường hợp như vậy thường là do sa trực tràng tiềm ẩn hay trực tràng sa ra ngoài hậu môn lâu ngày, gây táo bón, thiếu máu niêm mạc và thành trực tràng. Thủng trực tràng

tự phát đã được báo cáo ở những bệnh nhân cao tuổi có tiền sử táo bón mạn tính, hoặc bệnh ác tính của trực tràng hoặc đại tràng. Nó cũng có thể là một biến chứng của các bệnh trực tràng khác như viêm túi thừa, chấn thương cùn hoặc xuyên thấu, hoặc thủng trực tràng tự phát cũng có thể gặp sau mổ [1]. Đã có gần 100 các trường hợp vỡ hay thủng trực tràng tự phát được báo cáo. Khoảng 20 trong số các trường hợp được công bố xảy ra ở trẻ em (tuổi từ 4 tháng đến 16 tuổi), vốn có các yếu tố nguyên nhân khác so với người lớn, và chấn thương là nguyên nhân hàng đầu [3].

Trong bài báo này, chúng tôi trình bày 01 trường hợp viêm phúc mạc do thủng thực tràng tự phát trên nền loét trực tràng đơn độc ở bệnh nhân sa trực tràng toàn thành, sau phẫu thuật cắt khoanh niêm mạc bằng máy khâu bấm và nâng sàn đáy chậu bằng dải lưới nhân tạo qua ống hậu môn. Đây là một trường hợp vỡ trực tràng tự phát tương đối hiếm gặp.

## II. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân LVH nam 67 tuổi, nhập viện Bệnh viện Đại học Y Dược ngày 25/5/2024 với lý do khối sa ra ngoài hậu môn. Bệnh nhân có kết quả nội soi đại trực tràng ngày 23/02/2024: viêm trực tràng, đa túi thừa đại tràng chậu hông. Kết quả MRI cho hình ảnh gợi ý sa trực tràng hoàn toàn, sa sàn chậu mức độ trung bình, sàn chậu dưới đường mu cụt thì nghỉ 2,4 cm và thì rặn 7,2 cm. Bệnh nhân có tiền căn tăng huyết áp, rối loạn giấc ngủ và viêm da kích ứng tiếp xúc.

Bệnh nhân được phẫu thuật ngày 27/5/2024 với chẩn đoán sau mổ là sa niêm mạc trực tràng và sa sàn chậu, phương pháp phẫu thuật là đặt dải lưới (mesh sling) nâng sàn chậu và phẫu thuật cắt bỏ khoanh niêm mạc sa bằng máy khâu bấm (phẫu thuật Longo), hậu phẫu ổn định bệnh nhân xuất viện 30/5/2024.

Ngày 1/6/2024 bệnh nhân đi cầu ra máu đỏ bầm khoảng 200ml, 4-5 lần/ngày kèm chóng mặt, xây xẩm, mệt, đau quặn bụng vùng hố chậu trái từng cơn, không sốt, trở lại nhập viện vào khoa cấp cứu bệnh viện Đại học Y Dược TP Hồ Chí Minh.

Khám thực thể: bệnh nhân tỉnh tiếp xúc được, da niêm nhạt, không phù, tim đều, phổi không ran. Tần số tim 96 lần/phút, huyết áp 90/60mmHg, nhiệt độ 37 °C, SpO<sub>2</sub> 95%.

Bụng mềm, chướng nhẹ, ấn đau vùng hố chậu trái, không đề kháng. Thăm khám hậu môn bệnh nhân có khối sa trực tràng khoảng 8cm đỏ hồng, niêm mạc phù nề (Hình 1).

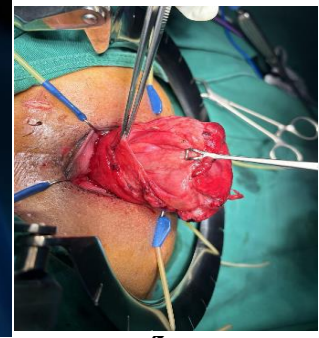
Xét nghiệm cận lâm sàng, Công thức máu :

WBC 8,74 10<sup>9</sup> /L, NEU 87,0 %, Hb 113,0 g/L, HCT 0,351/L. Kết quả CT bụng chậu: nghi ngờ thủng trực tràng mặt sau cách rìa hậu môn 15cm. Bệnh nhân được phẫu thuật nội soi rửa sạch ổ bụng, cắt đoạn trực tràng qua ngã hậu môn (phẫu thuật Altemeier) và mở hồi tràng ra da ở hố chậu phải. Chẩn đoán sau mổ là viêm phúc mạc do thủng đại tràng mặt trước, chỗ nối trực tràng và đại tràng chậu hông, nơi thủng kích thước gần ½ chu vi trực tràng, cách đường khâu bấm của phẫu thuật Longo 5cm (Hình 2). Bệnh nhân có hậu phẫu ổn định xuất viện lần 2 ngày 18/6/2024 và phục hồi lưu thông ruột thành công ngày 8/8/2024.



**Hình 1. Khối sa trực tràng**

(Nguồn: BN LVH số hồ sơ A12-0294377)



**Hình 2. Lỗ thủng trên vết loét, chỗ nối đại tràng chậu hông và trực tràng phía trên túi cùng Douglas**

(Nguồn: BN LVH số hồ sơ A12-0294377)

## III. BÀN LUẬN

Thủng vết loét đơn độc ở mặt trước trực tràng trên túi cùng phúc mạc sau là trường hợp hiếm gặp. Phần lớn các trường hợp gây sa lòi ruột non qua ngã hậu môn và gây tắc ruột. Một số trường hợp đã được báo cáo kể từ mô tả lần đầu tiên về bệnh này của Brodie vào năm 1827. Vỡ trực tràng tự phát với sa ruột non qua ngã hậu môn cũng là một biến cố thường xảy ra do loét cấp tính hoặc mạn tính của thành ruột.

Thuật ngữ "vỡ tự phát" được sử dụng khi không thể xác định được nguyên nhân cụ thể. Các cơ chế vỡ được đề xuất trong những trường hợp này bao gồm xuất huyết trong thành với khối máu tụ bóc tách và làm suy yếu thành trực tràng, dị tật bẩm sinh gây ra điểm yếu trực tràng hoặc sa túi cùng Douglas với sự gia tăng đột ngột áp lực trong ổ bụng [7].

Vỡ trực tràng tự phát có thể xảy ra ở mọi lứa tuổi, và tới 70% các trường hợp được quan sát thấy ở những bệnh nhân trên 40 tuổi. Tỷ lệ mắc mới không liên quan đến giới tính (53% nam so với 47% nữ). Một nửa số trường hợp được báo

cáo có liên quan đến sa trực tràng mạn tính (như với bệnh nhân của chúng tôi) và hơn 75% trường hợp có liên quan đến tăng áp lực trong ổ bụng [6], [8]. Sự gia tăng này đã được mô tả là có liên quan đến "lực đẩy" khi rặn (50%), mang vác vật nặng (15%), té ngã (9%), chuyển dạ (6%) và nôn mửa (6%). Ngoài ra, các tình trạng như sa tử cung độ 3 (ít nhất 3 trường hợp), hẹp hậu môn (liên quan đến u tân sinh, giang mai và lymphogranuloma, 12,5%) và táo bón, có liên quan đến tình trạng này [6]. Trong trường hợp của chúng tôi, thủng xảy ra ở mặt trước của trực tràng, phù hợp với 96,8% các trường hợp được công bố. Thông thường, các lỗ thủng được mô tả có thể dài từ 1 đến 12 cm [6], bệnh nhân của chúng tôi có vết vỡ trực tràng kích thước chiếm 1/2 chu vi trực tràng.

Trong các trường hợp vỡ trực tràng tự phát có sa ruột non qua hậu môn ra ngoài, phẫu thuật nội soi rất hữu ích để đánh giá các dấu hiệu thiếu máu ruột tại chỗ sau khi đưa ruột non vào lại ổ bụng. Một cách tiếp cận khác được mô tả trong tài liệu bao gồm: thực hiện đánh giá và đưa ruột trở lại vào ổ bụng bằng cách tiếp cận hoàn toàn qua ngã hậu môn, sau đó khâu kín chỗ vỡ hay thủng trực tràng qua ngã hậu môn [5]. Chúng tôi coi kỹ thuật này chỉ phù hợp ở bệnh nhân cao tuổi hoặc bệnh nhân có nguy cơ cao mắc các bệnh đi kèm, vì với phương pháp này, tỷ lệ tử vong cao hơn đã được báo cáo [7], có thể liên quan đến việc thiếu kiểm soát mạch máu của ruột thoát vị. Furuya et al. đã báo cáo một trường hợp được điều trị bằng cách đưa sớm đoạn ruột non sa vào lại ổ bụng qua đường hậu môn để tránh hoại tử và phẫu thuật nội soi sau đó để điều trị thủng trực tràng, cũng cho kết quả tốt [4].

Tác giả Cecilia M và cộng sự [2] đã thực hiện phẫu thuật Hartmann bao gồm cắt đoạn một phần đại tràng chậu hông và đoạn trực tràng trên, đưa đầu tận của đại tràng chậu hông thực hiện hậu môn nhân tạo tạm thời ở hố chậu trái. Tác giả cho rằng các trường hợp chỗ vỡ trực tràng có kích thước lớn thì không nên khâu. Cũng có thể phẫu thuật cắt trước: thực hiện miệng nối đại trực tràng và đưa hồi tràng ra da nếu tình trạng bệnh nhân cho phép.

Trong trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, bệnh nhân có tình trạng viêm phúc mạc khu trú do vỡ trực tràng trong ổ bụng, nên chúng tôi thực hiện phẫu thuật nội soi thăm sát, rửa bụng, đặt dẫn lưu và đưa hồi tràng ra da rồi thực hiện phẫu thuật Altemeier: cắt đoạn trực tràng qua

ngã hậu môn, khâu nối đại tràng và ống hậu môn bằng máy khâu bấm. Sau đó phục hồi lưu thông ruột 8 tuần sau mổ, kết quả cũng rất tốt.

#### IV. KẾT LUẬN

Viêm phúc mạc do thủng trực tràng tự phát trên nền loét trực tràng đơn độc ở bệnh nhân sa trực tràng toàn thành, sau phẫu thuật cắt khâu niêm mạc bằng máy khâu bấm và nâng sàn đáy chậu bằng dải lưới nhân tạo là một trường hợp tương đối hiếm gặp.

Trong phẫu thuật Altemeier điều trị sa trực tràng toàn thành kết hợp phẫu thuật điều trị sa sàn chậu và đáy chậu, nên tiến hành phẫu thuật Altemeier trước khi tiến hành phẫu thuật đặt dải lưới nhân tạo nâng sàn đáy chậu. Mục đích nhằm để trực tràng vẫn còn di động khi tiến hành phẫu tích và di động trực tràng.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Budipramana V S, Putra D A**, "Rectal Prolapse Concomitant with Uterovaginal Prolapse Protects the Ileum from Necrosis in Transanal Ileum Evisceration through a Traumatic Tear on the Sigmoid Wall", *Case Rep Gastroenterol*, (2020), 14 (2), pp. 420-425. doi: 10.1159/000508437
2. **Cecilia M, Barambio J, Escanciano M, Soares G, et al**, "Rectal prolapse and spontaneous perforation causing transanal evisceration of the small bowel: a case report, *Clinical History May Predict this Condition*", *Ann Case Report*, (2022), 7 pp. 875. doi: 10.29011/2574-7754.100875
3. **Corduk N, Koltuksuz U, Karabul M, Savran B, et al**, "A rare presentation of crush injury: transanal small bowel evisceration. Case report and review of the literature", *Pediatr Surg Int*, (2011), 27 (9), pp. 1021-1024. doi: 10.1007/s00383-010-2817-9
4. **Furuya Y, Yasuhara H, Naka S, Yamazaki K, et al**, "Intestinal evisceration through the anus caused by fragile rectal wall", *Int J Colorectal Dis*, (2008), 23 (7), pp. 721-722. doi: 10.1007/s00384-008-0459-3
5. **Hultgren T**, "Spontaneous rupture of the rectum with evisceration of small intestine through the anus. A case report", *Acta Chir Scand*, (1986), 152 pp. 239-240. PMID: 3716747
6. **Minkari T, Turan C**, "Rectosigmoidal rupture caused by effort during defecation and acute evisceration of several loops of the small intestine through the anus", *Ann Surg*, (1961), 154 (6), pp. 967-971. PMID: 14474330
7. **Prassas D, Stunneck D, Rolfs T M, Schumacher F J**, "Transanal evisceration of the small bowel - report of a case", *Z Gastroenterol*, (2017), 55 (3), pp. 274-276. doi: 10.1055/s-0043-101529
8. **Swamy Chetty Y V N, M S, S S P**, "Transanal evisceration of small bowel-a rare surgical emergency", *J Clin Diagn Res*, (2014), 8 (1), pp. 183-184. doi: 10.7860/JCDR/2014/7231.3969

# HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ DI CHỨNG NHỒI MÁU NÃO TẠI KHOA Y DƯỢC CỔ TRUYỀN BỆNH VIỆN VŨNG TÀU NĂM 2023 – 2024

Nguyễn Trường Sơn<sup>1</sup>, Phạm Thị Thanh<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Mỹ Hương<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả phương pháp điều trị trong di chứng nhồi máu não tại khoa Y dược cổ truyền bệnh viện Vũng Tàu năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp mô tả dọc, lựa chọn bệnh nhân trên 40 tuổi và được chẩn đoán xác định nhồi máu não được chuyển xuống khoa Y dược cổ truyền để điều trị phục hồi. **Kết quả:** Hiệu quả chung: Tốt đạt 57,8%, khá đạt 41,1%. Có khác biệt có ý nghĩa thống kê đối với việc: Cải thiện cơ lực; Cải thiện trương lực cơ; Thay đổi điểm mRankin; Thay đổi điểm Barthel. **Kết luận:** Liệu pháp điều trị phối hợp là an toàn, không có tác dụng không mong muốn. Các chỉ số xét nghiệm đều duy trì ở mức ổn định. Không có bất thường về chỉ số enzyme gan (AST, ALT) và chức năng thận (ure, creatinin). **Từ khóa:** Điều trị di chứng nhồi máu não, Y dược cổ truyền bệnh viện Vũng Tàu

## SUMMARY

### EFFECTIVENESS OF TREATMENT OF SEQUENCES OF CEREBRAL INFARCTION AT THE DEPARTMENT OF TRADITIONAL MEDICINE, VUNG TAU HOSPITAL IN 2023 – 2024

**Objective:** To evaluate the effectiveness of treatment methods for sequelae of cerebral infarction at the Department of Traditional Medicine, Vung Tau Hospital in 2023-2024. **Subjects and methods of research:** Using a longitudinal descriptive method, selecting patients over 40 years old and diagnosed with cerebral infarction who were transferred to the Department of Traditional Medicine for rehabilitation treatment. **Results:** Overall effectiveness: Good at 57,8%, fair at 41,1%. There are statistically significant differences in: Improving muscle strength; Improving muscle tone; Changing mRankin score; Changing Barthel score. **Conclusion:** Combination therapy is safe, with no adverse effects. All laboratory parameters remained stable. There were no abnormalities in liver enzyme indices (AST, ALT) and kidney function (urea, creatinine).

**Keywords:** Treatment of cerebral infarction sequelae, Traditional Medicine Vung Tau Hospital

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Đột quỵ não là một trong những nguyên nhân hàng đầu gây tử vong và tàn tật ở các quốc gia trên thế giới trong đó đột quỵ nhồi máu não (ĐQNMN) chiếm đa số với tỷ lệ 75% đến

80% [1]. Liệt vận động sau ĐQNMN là nguyên nhân đứng hàng thứ 4 tạo ra gánh nặng cho người bệnh, gia đình và xã hội khi đánh giá bằng số năm sống với tàn tật (chỉ số DALY), chi phí điều trị và chăm sóc rất tốn kém [1]. Chính vì vậy điều trị phục hồi chức năng vận động sau ĐQNMN luôn là vấn đề cấp thiết trong y học nhằm hạn chế tử vong, phục hồi chức năng, giảm thiểu tối đa những tàn phế, nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, góp phần đưa người bệnh trở lại cộng đồng. Trong đó có sự kết hợp giữa các liệu pháp YHHĐ, YHCT và phục hồi chức năng, đặc biệt là tập phục hồi chức năng dựa trên cơ sở các mẫu vận động (phương pháp BOBATH). Xuất phát từ ý nghĩa đó, chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài "Hiệu quả điều trị của điện châm kết hợp bài tập BOBATH trong điều trị di chứng nhồi máu não tại Khoa Y dược cổ truyền Bệnh viện Vũng Tàu năm 2023 - 2024" với mục tiêu cụ thể như sau:

1. *Xác định tỉ lệ các yếu tố liên quan ảnh hưởng đến hiệu quả điều trị di chứng nhồi máu não ở bệnh nhân: giới tính, nhóm tuổi, nghề nghiệp, BMI, tiền sử đột quỵ của bản thân và gia đình, tiền sử bệnh lý THA, nội tiết, rối loạn chuyển hóa lipid máu, bệnh tim TMCB.*

2. *Đánh giá hiệu quả điều trị của phương pháp điện châm kết hợp bài tập BOBATH trong điều trị di chứng tại biến mạch não.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Địa điểm nghiên cứu:** Khoa Y dược cổ truyền, Bệnh viện Vũng Tàu

**2.2. Đối tượng nghiên cứu:** Người bệnh được chẩn đoán xác định là nhồi máu não

### 2.2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Người bệnh từ 40 tuổi trở lên.

- Người bệnh điều trị phục hồi tại khoa Y dược cổ truyền

**2.2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:** Người bệnh có diễn biến nặng phải điều trị nội trú tại khoa khác trong thời gian khảo sát.

**2.3. Thời gian nghiên cứu:** Từ tháng 11/2023 đến tháng 10/2024.

**2.4. Thiết kế nghiên cứu:** Sử dụng phương pháp nghiên cứu mô tả cắt dọc

### 2.5. Mẫu và phương pháp chọn mẫu

**Cỡ mẫu:** Chọn mẫu toàn bộ

**Phương pháp chọn mẫu:** Chọn mẫu theo tiêu chuẩn

<sup>1</sup>Bệnh viện Vũng Tàu

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Trường Sơn

Email: bssondybvvt@gmail.com

Ngày nhận bài: 23.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.11.2024

Ngày duyệt bài: 26.12.2024