

kết hợp với kinh nghiệm điều trị các ca bệnh NTM khác.

KẾT LUẬN

Nhiễm trùng lan tỏa do NTM là một thể nhiễm trùng nặng, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng không đặc hiệu, nuôi cấy phát hiện NTM là kỹ thuật khó, do vậy bệnh nhân không được chẩn đoán đúng hoặc chậm trễ trong chẩn đoán, dẫn đến việc điều trị muộn cho bệnh nhân. Việc định hướng đến nhiễm trùng lan tỏa do NTM nên dựa vào các yếu tố như nghề nghiệp, tổn thương da, phần mềm trước đó, biểu hiện lâm sàng nhiễm trùng dai dẳng, điều trị kháng sinh ít đáp ứng và có thể từ một tổn thương ban đầu thể tiến triển lan tỏa sang các vị trí khác. Nhiễm trùng lan tỏa do NTM là một nhiễm trùng nặng và phức tạp, nên kết hợp thuốc tiêm và thuốc uống trong thời gian 2 tháng đầu và duy trì thuốc uống trong 10 tháng tiếp theo. Trong những trường hợp cần thiết có thể kéo dài thời gian điều trị lên đến trên 12 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Griffith DE, Aksamit T, Brown-Elliott BA, et al. An Official ATS/IDSA Statement: Diagnosis, Treatment, and Prevention of Nontuberculous Mycobacterial Diseases. Am J Respir Crit Care Med. 2007;175(4):367-416. doi:10.1164/rccm.200604-571ST
2. Lai C-C, Lee L-N, Ding L-W, Yu C-J, Hsueh P-R, Yang P-C. Emergence of disseminated infections due to nontuberculous mycobacteria in non-HIV-infected patients, including immunocompetent and immunocompromised patients in a university hospital in Taiwan. J Infect. 2006;53(2):77-84. doi:10.1016/j.jinf.2005.10.009
3. Wi YM. Treatment of Extrapulmonary Nontuberculous Mycobacterial Diseases. Infect Chemother. 2019;51(3):245-255. doi:10.3947/ic.2019.51.3.245
4. Piersimoni C, Scarparo C. Extrapulmonary Infections Associated with Nontuberculous Mycobacteria in Immunocompetent Persons. Emerg Infect Dis. 2009;15(9): 1351-1358. doi:10.3201/eid1509.081259.

GIÁ TRỊ CỦA CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH ĐA DÂY TRONG CHẨN ĐOÁN XUẤT HUYẾT TIÊU HÓA

TRINH HỒNG NAM¹, LÊ TUẤN LINH²

¹Bệnh viện Đa khoa tỉnh Hà Nam

²Trung tâm Chẩn đoán Hình ảnh và Can thiệp Điện quang, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT đa dây của xuất huyết tiêu hóa và đánh giá giá trị của CLVT đa dây trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu thuần tập hồi cứu trên 31 bệnh nhân tại Bệnh viện Bạch Mai, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội được chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa (XHTH) trên lâm sàng và nội soi, chưa xác định được nguyên nhân; được chụp CLVT đa dây và được chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) hoặc được phẫu thuật chẩn đoán và điều trị XHTH.

Kết quả: Chẩn đoán tình trạng XHTH: Độ nhạy và độ chính xác = 90,3%; Độ đặc hiệu chưa xác định. Chẩn đoán vị trí XHTH: Độ nhạy = 75% (21/28); Độ đặc hiệu = 96,8% (153/158);

Độ chính xác = 93,5% (174/186); Giá trị chẩn đoán dương tính = 80,8% (21/26); Giá trị chẩn đoán âm tính = 95,6% (153/160). Tỷ lệ dương tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn tá tràng (2/3), trong khi đó tỷ lệ âm tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn ruột non (6/13).

Kết luận: MSCT là phương tiện chẩn đoán vị trí và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa một cách hiệu quả và có độ chính xác cao với độ nhạy lên tới 90,3%.

Từ khóa: Cắt lớp vi tính đa dây, MSCT, xuất huyết tiêu hóa.

SUMMARY

VALUE OF MULTISLIDE COMPUTER TOMOGRAPHY SCAN IN DIAGNOSING GASTROINTESTINAL BLEEDING

Objectives: Describe the multislide computer tomography imaging characteristics of gastrointestinal bleeding and evaluate the value of MSCT in diagnosing gastrointestinal bleeding.

Subjects and methods: A retrospective cohort study on 31 patients at Bach Mai Hospital, Hanoi Medical University Hospital diagnosed with

Chịu trách nhiệm: Trinh Hồng Nam

Email: drtrinhhongnam@gmail.com

Ngày nhận: 10/8/2021

Ngày phản biện: 15/9/2021

Ngày duyệt bài: 27/9/2021

gastrointestinal bleeding (GI bleeding) clinically and endoscopically, not identified reason yet; underwent MSCT scan and digital erasure angiography (DSA) or surgical diagnosis and treatment of GI bleeding.

Results: Diagnosis of GI bleeding: Sensitivity and accuracy = 90.3%; Specificity has not been determined. Diagnose the location of GI bleeding: Sensitivity = 75% (21/28); Specificity = 96.8% (153/158); Accuracy = 93.5% (174/186); Positive diagnostic value = 80.8% (21/26); Negative diagnostic value = 95.6% (153/160). The false-positive rate occurred most in the duodenal segment (2/3), while the false-negative rate occurred most in the small intestine (6/13).

Conclusion: MSCT is an effective and highly accurate means of diagnosing the location and cause of gastrointestinal bleeding with a sensitivity of up to 90.3%.

Keywords: Multislice computed tomography, MSCT, gastrointestinal bleeding.

ĐẶT VẤN ĐỀ

Xuất huyết tiêu hóa (XHTH) là cấp cứu nội khoa và ngoại khoa thường gặp, biến chứng của nhiều bệnh, dẫn đến tử vong nếu không được chẩn đoán và điều trị kịp thời^[1]. Nội soi được xem là phương pháp an toàn, hiệu quả cho việc chẩn đoán và điều trị bệnh nhân chảy máu từ dạ dày, đại tràng hay một phần hồi tràng. Tuy nhiên, việc nội soi dạ dày - ruột gặp một số khó khăn khó khắc phục: trong trường hợp cấp cứu hoặc tối cấp cứu không đủ thời gian làm sạch lòng dạ dày - ruột; khảo sát niêm mạc ống tiêu hóa qua nội soi hạn chế bởi cục máu đông, hay số lượng máu nhiều, và những thành phần khác trong lòng ruột^[2,3]. Để hạn chế những nhược điểm của nội soi ống mềm, có nhiều kỹ thuật bổ sung được sử dụng để xác định nguồn gốc chảy máu, chụp mạch máu can thiệp hay phẫu thuật thám sát khẩn cấp là lựa chọn bắt buộc để điều trị cho bệnh nhân có chảy máu ồ ạt, đe dọa tính mạng. Hiện nay, để hỗ trợ ngoại khoa hay can thiệp mạch có kế hoạch chủ động và đạt hiệu quả hơn trong chẩn đoán - điều trị, chụp cắt lớp vi tính (CLVT) đa dãy là một lựa chọn tiềm năng.

ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

1. Đối tượng nghiên cứu

Gồm 31 bệnh nhân được chẩn đoán XHTH trên hoặc dưới được chụp CLVT đa dãy tại Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Bạch Mai và Khoa Chẩn đoán hình ảnh - Bệnh viện Đại học Y Hà Nội, thời gian từ tháng 01/2016 đến tháng 7/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn

Bệnh nhân được chẩn đoán XHTH trên lâm sàng và nội soi nhưng chưa xác định được nguyên nhân, đã được chụp CLVT đa dãy, còn lưu dữ liệu phim trên hệ thống PACS. Bệnh nhân được chụp mạch số hóa xóa nền (DSA) hoặc phẫu thuật chẩn đoán và điều trị XHTH.

Tiêu chuẩn loại trừ

Bệnh nhân có hồ sơ và phim chụp thất lạc. Chụp CLVT đa dãy có hình ảnh không cung cấp đầy đủ thông tin cho nghiên cứu.

2. Phương pháp nghiên cứu: Thuần tập hồi cứu.

3. Phương tiện nghiên cứu

Hệ thống máy chụp cắt lớp vi tính 128 dãy đầu thu GE, sử dụng các chương trình, phần mềm tái tạo ảnh dựng hình MPR, MIP. Hệ thống nội soi dạ dày đại tràng ống mềm Olympus (Nhật). Hệ thống máy chụp DSA Siemens.

4. Các chỉ tiêu nghiên cứu

- Các đặc điểm lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử bệnh và dùng thuốc, biểu hiện trên lâm sàng của XHTH, thời gian cho tới lúc chụp CLVT (giờ), mức độ thiếu máu trên lâm sàng (nặng/trung bình - nhẹ) và xử trí trước chụp CLVT (truyền máu/ lọc máu cấp cứu).

- Các dấu hiệu XHTH trên CLVT đa dãy: Xuất huyết tiêu hóa (có/không), dấu hiệu thoát mạch, dấu hiệu chảy máu mới, dấu hiệu phụ (mức dịch - dịch và hình ảnh giãn khu trú đoạn ruột).

Vị trí XHTH trên CLVT đa dãy.

- Các phương pháp kiểm chứng: Chụp mạch can thiệp, phẫu thuật.

5. Phân tích và xử lý số liệu: Bằng phần mềm thống kê y học SPSS 22.0.

KẾT QUẢ

1. Một số đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Nghiên cứu có tổng số 31 bệnh nhân (nam/nữ=19/12). Tuổi trung bình là $51,6 \pm 19,6$ tuổi. Bệnh nhân thiếu máu mức độ trung bình - nhẹ chiếm đa số (58,1%), có 35,4% bệnh nhân có thiếu máu mức độ nặng, 2 bệnh nhân có biểu hiện shock mất máu và 2 bệnh nhân (6,5%) bệnh nhân không có thiếu máu. Chỉ có 7 bệnh nhân được can thiệp tại thời điểm < 24 giờ từ khi nhập viện và 2 bệnh nhân được can thiệp tại thời điểm < 3 giờ kể từ khi chụp MSCT, đa số các bệnh nhân trong nghiên cứu đều được can thiệp trì hoãn. Thời gian trung bình được can thiệp kể từ thời điểm nhập viện là $118,3 \pm 119,8$ giờ, kể từ thời điểm chụp MSCT là $97,7 \pm 122,2$ giờ (2 - 544).

2. Mô tả đặc điểm hình ảnh CLVT đa dây

Bảng 1. Dấu hiệu thoát mạch

Giai đoạn	Số lượng	Tỉ lệ
Thì động mạch	9	29%
Tỷ trọng trung bình (HU)	172,6 ± 124,5	
Thì tĩnh mạch	9	29%
Tỷ trọng trung bình (HU)	113,7 ± 63,4	
Cả hai thì	9	29%
Kích thước ổ thoát thuốc trung bình (Min-Max) (mm ²)	Thì động mạch	140,4 ± 76,1 (60 - 280)
	Thì tĩnh mạch	410,7 ± 411,7 (108 - 1443)

Có 9 bệnh nhân có tình trạng thoát thuốc ở cả thì tĩnh mạch và thì động mạch. Độ đậm độ cản quang trung bình ở thì động mạch là 172,6 ± 124,5 HU; ở thì tĩnh mạch là 113,7 ± 63,4 HU. Kích thước ổ thoát thuốc trung bình thì động mạch là 140,4 ± 76,1mm²; thì tĩnh mạch là 410,7 ± 411,7mm². Tất cả các bệnh nhân (9BN) có dấu hiệu XHTH hoạt động trên MSCT đều có dấu thoát thuốc dạng mảng, ổ.

Vị trí XHTH trên MSCT: Ruột non là vị trí XHTH phổ biến nhất trên MSCT với tỉ lệ 58,1% (18 bệnh nhân), tá tràng chiếm 9,7%, dạ dày chiếm 6,5%, đường mật chiếm 6,5%, đại tràng chiếm 3,2%, 4,5% không xác định được vị trí XHTH trên phim chụp MSCT.

Kết quả chẩn đoán nguyên nhân gây XHTH trên CLVT: Khối u tại chỗ là nguyên nhân gây XHTH phổ biến nhất quan sát được trên MSCT (29%), tiếp đó là giả phình động mạch (25,8%), túi thừa đường tiêu hóa chiếm 12,9%, dị dạng mạch chiếm 6,5%, loét đường tiêu hóa chiếm 3,2%. Có 7 trường hợp không tìm thấy nguyên nhân gây XHTH trên chụp MSCT (chiếm tỉ lệ 22,6%).

3. Giá trị của msct trong chẩn đoán XHTH

Bảng 2. Giá trị của MSCT trong chẩn đoán có/không có tình trạng XHTH

CLVT	Kiểm chứng (+)	Kiểm chứng (-)	Tổng
CLVT (+)	28	0	28
CLVT (-)	3	0	3
Tổng	31	0	31

Độ nhạy = 90,3%; độ chính xác = 90,3%; Giá trị chẩn đoán dương tính = 100%; độ đặc hiệu và giá trị chẩn đoán âm tính: không xác định do không có ca bệnh kiểm chứng (-). Có 3 trường hợp không xác định được tình trạng XHTH trên MSCT, nhưng phương pháp kiểm chứng tìm ra được vị trí XHTH đều ở ruột non (2 trường hợp túi thừa Meckel; 1 trường hợp dị dạng mạch).

Bảng 3. Giá trị của các dấu hiệu XHTH trong chẩn đoán vị trí

Dấu hiệu	Số lượng	Chẩn đoán đúng	Chẩn đoán sai
Dấu hiệu thoát mạch	9	100% (9/9)	0
Dấu hiệu chảy máu mới	7	85,7% (6/7)	14,3% (1/7)
Dấu hiệu gợi ý nguyên nhân	12	91,6% (11/12)	8,4% (1/12)

Tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí của dấu hiệu thoát mạch và dấu hiệu chảy máu mới lần lượt là 100% và 85,7%. Khi bệnh nhân chỉ có các dấu hiệu gợi ý nguyên nhân XHTH, tỉ lệ chẩn đoán đúng là 91,6%.

Bảng 4. Xác định vị trí XHTH dựa vào MSCT

Vị trí	Xác định vị trí chảy máu (*)		Không xác định vị trí chảy máu (*)	
	Dương thật	Dương giả	Âm thật	Âm giả
Dạ dày	1	1	29	0
Tá tràng	1	2	27	1
Đường mật	2	0	29	0
Ruột non	17	1	7	6
Đại tràng	0	1	30	0
Trực tràng	0	0	31	0
Tổng	21	5	153	7

(*) So sánh với các phương pháp kiểm chứng

Trong 31 bệnh nhân với tổng số 31x6=186 vị trí giải phẫu được kiểm chứng, có 21/28 trường hợp dương tính thật, 5 trường hợp dương tính giả, 153/158 trường hợp âm tính thật và 7 trường hợp âm tính giả. Tỉ lệ dương tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn tá tràng (2/3 các trường hợp), trong khi đó tỉ lệ âm tính giả xuất hiện nhiều nhất ở đoạn ruột non (6/13 các trường hợp).

Giá trị của MSCT trong chẩn đoán vị trí XHTH cụ thể như sau: Độ nhạy = 75% (21/28). Độ đặc hiệu = 96,8% (153/158). Độ chính xác = 93,5% (174/186). Giá trị chẩn đoán dương tính = 80,8% (21/26). Giá trị chẩn đoán âm tính = 95,6% (153/160)

Bảng 5. Các yếu tố ảnh hưởng đến giá trị chẩn đoán của MSCT trong xác định vị trí XHTH

Yếu tố		Chẩn đoán đúng	Chẩn đoán sai	p
Mức độ mất máu	Nặng	11 (84,6%)	2 (15,4%)	0.659
	Không-nặng-trung bình	15 (83,3%)	3 (16,7%)	
Vị trí XHTH	Xuất huyết tiêu hóa cao	9 (100%)	0 (0%)	0.155
	Xuất huyết tiêu hóa thấp	17 (77,3%)	5 (22,7%)	

Tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí XHTH trên MSCT ở đối tượng thiếu máu nặng cao hơn ở những

bệnh nhân có thiếu máu nhẹ - vừa và không thiếu máu. Đồng thời, các bệnh nhân XHTH cao có tỉ lệ chẩn đoán đúng cao hơn so với các bệnh nhân XHTH thấp. Tuy nhiên, sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

Bảng 6. Chẩn đoán nguyên nhân dựa vào MSCT và phương pháp kiểm chứng

Nguyên nhân	MSCT	Kiểm chứng
Không tìm được nguyên nhân	7	0
Loét đường tiêu hóa	1	2
Khối u đường tiêu hóa	9	8
Dị dạng mạch	2	4
Giả phình động mạch	8	8
Túi thừa đường tiêu hóa	4	6
Chảy máu miệng nổi	0	2
Khác	0	1
Tổng	31	31
Số trường hợp chẩn đoán đúng		20
Số trường hợp chẩn đoán sai		11

Trong 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, MSCT chẩn đoán đúng nguyên nhân trong 20/31 trường hợp và chẩn đoán sai nguyên nhân XHTH trong 11/31 trường hợp, trong đó có 8 trường hợp MSCT không tìm được nguyên nhân gây XHTH.

BÀN LUẬN

1. Đặc điểm hình ảnh MSCT

1.1. Dấu hiệu thoát mạch

So sánh với các nghiên cứu trên thế giới và tại Việt Nam, tỉ lệ xuất hiện dấu hiệu thoát mạch có sự dao động khá lớn, từ 20% đến 80% tùy thuộc từng nghiên cứu.

Trong nghiên cứu này, chúng tôi sử dụng liều thuốc cản quang: 1,5 - 2 ml/kg, tốc độ tiêm 3ml/giây, nồng độ thuốc 300 - 370 mg/ml, với thời gian chụp thì động mạch khoảng 30 giây và thì tĩnh mạch khoảng 60 giây sau tiêm cản quang. Tất cả 9 bệnh nhân có dấu hiệu thoát mạch (dạng màng, ổ) trong nghiên cứu của chúng tôi đều có sự thay đổi về đậm độ thuốc cản quang và về kích thước ổ thoát thuốc. Tuy nhiên, theo quan điểm của chúng tôi, giá trị của chụp MSCT cản quang đơn thì động mạch trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa sẽ gặp giới hạn trong nhiều trường hợp như nhiều do vật liệu cản quang hoặc tại vùng giải phẫu tăng cản

quang, hoặc các trường hợp chảy máu nhỏ không đạt ngưỡng. Dấu hiệu thoát mạch khẳng định có chảy máu hoạt động sẽ được quan sát tốt hơn trên phim chụp MSCT hai thì động/tĩnh mạch với hình ảnh điển hình là vùng cục bộ tập trung thuốc cản quang trên phim chụp khởi đầu, sau đó chuyển dần thành khối máu tụ tăng dần về kích thước và ngấm thuốc cản quang ở những phim chụp tại thời điểm sau. Phim chụp muộn thì tĩnh mạch cho thấy sự gia tăng về kích thước ổ thoát thuốc và giảm đậm độ cản quang so với thì động mạch (tuy nhiên vẫn lớn hơn 90HU)^[6]. Hình ảnh điển hình này phù hợp với những mô tả trên MSCT của 9 bệnh nhân có dấu hiệu thoát mạch trong nghiên cứu.

1.2. Vị trí và nguyên nhân XHTH trên MSCT

Vị trí XHTH được xác định trên MSCT thông qua vị trí của điểm/ổ chảy máu hoạt động, tuy nhiên, trong nghiên cứu này, rất ít bệnh nhân có bằng chứng của tình trạng chảy máu hoạt động thông qua dấu hiệu thoát mạch (chỉ có 29%). Do đó, để xác định tối đa vị trí chảy máu ở từng bệnh nhân, nhằm tạo điều kiện thuận lợi cho việc triển khai các phương pháp kiểm chứng sau đó (can thiệp mạch, phẫu thuật), chúng tôi quyết định kết hợp thêm các dấu hiệu chảy máu mới và các dấu hiệu chỉ điểm nguyên nhân nhằm xác định chính xác vị trí chảy máu trong từng trường hợp cụ thể. Kết quả nghiên cứu cho thấy, MSCT xác định được vị trí XHTH trên 28/31 bệnh nhân, trong đó ruột non chiếm tỉ lệ 58,1% (18/28 BN), số lượng bệnh nhân XHTH ở các vị trí khác (dạ dày, tá tràng, đường mật, đại tràng) rất ít gặp với chỉ từ 1 đến 3 bệnh nhân trong khi các nghiên cứu của các tác giả khác đa số chỉ ra tỉ lệ các vị trí được phân bố một cách đồng đều hơn. Lý giải cho sự khác biệt này, chúng tôi cho rằng, nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành loại trừ các đối tượng có tổn thương chảy máu quan sát được qua nội soi dạ dày thực quản và nội soi đại tràng thường quy, do đó, sẽ còn rất ít các bệnh nhân có tổn thương nằm ngoài đoạn ruột non tham gia vào nghiên cứu này. Và cũng vì lí do đó, các tổn thương chảy máu do giãn vỡ tĩnh mạch thực quản, loét dạ dày tá tràng hay viêm loét đại trực tràng chảy máu sẽ gần như không xuất hiện, thay vào đó, các tổn thương do ung thư, do dị dạng mạch, do chảy máu túi phình và chảy máu miệng nổi phẫu thuật sẽ là những tổn thương chiếm đa số trong nghiên cứu này.

2. Giá trị của MSCT trong chẩn đoán XHTH

2.1. Giá trị của MSCT trong chẩn đoán xác định tình trạng XHTH

Dựa vào các dấu hiệu thoát mạch, dấu hiệu chảy máu mới và dấu hiệu gợi ý nguyên nhân trên MSCT, chúng tôi chẩn đoán tình trạng XHTH trên 28/31 bệnh nhân. Có tổng cộng 3 trường hợp không xác định được tình trạng XHTH trên MSCT, nhưng phương pháp kiểm chứng tìm ra được vị trí XHTH đều ở ruột non (2 trường hợp túi thừa Meckel; 1 trường hợp dị dạng mạch). Trong cả 3 trường hợp này, các tổn thương chảy máu đều mang tính chất ngắt quãng, từng đợt và tại thời điểm kiểm chứng (thông qua nội soi ruột non bóng kép/phẫu thuật), các tổn thương này đã ngừng chảy máu, do đó, rất khó để quan sát và xác định chính xác vị trí tổn thương trên MSCT.

2.2. Giá trị của MSCT trong chẩn đoán vị trí XHTH

Kết quả nghiên cứu cho thấy, MSCT trong chẩn đoán vị trí XHTH có độ nhạy là 75%; độ đặc hiệu 96,8%; độ chính xác 93,5%. Giá trị chẩn đoán dương tính và âm tính của phương pháp lần lượt là 80,8% và 95,6%. Độ nhạy trong nghiên cứu của chúng tôi thấp hơn các tác giả: Nguyễn Thị Hồng Linh^[4] (86%); Kenedy^[7] (79%), Yoon^[8] (90,9%), Kim^[9] (81,2%), tuy nhiên giá trị độ đặc hiệu, độ chính xác, giá trị chẩn đoán âm tính/dương tính lại tương đối tương đồng với các tác giả này. Điều này có thể là do 2 nguyên nhân: Thứ nhất, nghiên cứu của chúng tôi đã tiến hành loại trừ các đối tượng có tổn thương chảy máu quan sát được qua nội soi dạ dày thực quản và nội soi đại tràng thường quy, do đó, các tổn thương được đưa vào nghiên cứu nếu nằm tại vị trí dạ dày/tá tràng/đại tràng đa phần đều là các tổn thương kín đáo, khó quan sát và đã ngừng chảy máu, trong khi đó các tổn thương nằm tại ruột non đa phần các nguyên nhân như ung thư, do dị dạng mạch, do chảy máu túi thừa và chảy máu miệng nối phẫu thuật lại không phải lúc nào cũng có thể quan sát được trên MSCT. Thứ hai, việc xác định chính xác vị trí chảy máu phụ thuộc rất nhiều vào sự hiện diện của dấu hiệu thoát mạch trên phim chụp MSCT. Để xác định được dấu hiệu thoát mạch, tình trạng chảy máu hoạt động phải đang hiện diện trong khoảng thời gian tiêm thuốc cản quang, và do đó, các đợt chảy máu nặng và ồ ạt sẽ làm tăng xác suất chẩn đoán dương tính đối với xuất huyết hoạt động thông qua dấu hiệu thoát mạch khi chụp CLVT mạch.

Một số yếu tố ảnh hưởng đến giá trị của MSCT trong chẩn đoán vị trí XHTH

Tình trạng thiếu máu: Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cho thấy, ở các đối tượng bệnh nhân có thiếu máu nặng, tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí trên MSCT là 84,6% (11/13 BN), cao hơn các đối tượng thiếu máu mức độ nhẹ hơn với tỉ lệ là 83,3% (15/18 BN). Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Khi so sánh với các nghiên cứu khác của tác giả khác thì tình trạng thiếu máu nặng, đặc biệt đối với các XHTH diễn ra cấp tính và ồ ạt, có giá trị rất lớn trong việc chẩn đoán trên MSCT, do sự hiện diện của tình trạng chảy máu hoạt động tại thời điểm chụp phim sẽ làm gia tăng đáng kể xác suất chẩn đoán dựa vào dấu hiệu thoát mạch – một trong những dấu hiệu chính giúp chẩn đoán xác định và định vị chính xác vị trí chảy máu^[5,7]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có sự khác biệt, một phần có thể do cỡ mẫu chưa đủ lớn, mặt khác, đa phần các bệnh nhân trong nghiên cứu dù nhập viện trong tình trạng thiếu máu nặng, nhưng đều mang tính chất mạn tính, tình trạng xuất huyết tiêu hóa phần lớn mang đặc điểm là rỉ rỉ không liên tục và đều đã tự cầm tại thời điểm chụp MSCT hoặc thăm dò bằng các phương pháp kiểm chứng. Vì vậy, đây có thể là một trong những nguyên nhân chính làm hạn chế giá trị chẩn đoán trong nghiên cứu.

Vị trí xuất huyết tiêu hóa: Nhóm XHTH cao có tỉ lệ chẩn đoán đúng vị trí trên MSCT là 100% (9/9 BN), cao hơn nhóm XHTH thấp với tỉ lệ là 77,3% (17/22 BN). Tuy nhiên sự khác biệt là không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$. Kết quả này cho thấy sự tương đồng với kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Thị Hồng Linh (2006)^[5].

2.3. Giá trị của MSCT trong chẩn đoán nguyên nhân XHTH

Trong 31 bệnh nhân tham gia nghiên cứu, MSCT chẩn đoán đúng nguyên nhân trong 20/31 trường hợp và chẩn đoán sai trong 11/31 trường hợp, trong đó có 8 trường hợp MSCT không tìm được nguyên nhân gây XHTH. Trong nghiên cứu này, chúng tôi dựa vào sự bất thường trong thành ruột hoặc mỡ xung quanh để làm dấu chỉ điểm cho chẩn đoán như: thâm nhiễm mỡ, thành ruột dày > 3mm, tăng bắt thuốc bất thường của thành ruột, tổn thương dạng polyp và túi thừa bất thường bất thường, khối u và giãn mạch khu trú hoặc thoát tĩnh mạch sớm. Tuy nhiên, chẩn đoán có thể gặp nhiều trở ngại trong những trường hợp tổn thương nhỏ, đã cầm máu, loét nông, vị trí kín đáo, nhiều ảnh do dị vật, do chụp không chuẩn bị để làm căng giãn đường tiêu hóa...v.v.. Do đó, cần có sự kết hợp và định hướng trên lâm sàng, cùng với sự hỗ trợ của các phương tiện

kiểm chứng khác như nội soi/phẫu thuật.

KẾT LUẬN

MSCT là phương tiện chẩn đoán vị trí và nguyên nhân xuất huyết tiêu hóa một cách hiệu quả và có độ chính xác cao với độ nhạy lên tới 90,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Võ Thị Mỹ Dung**. Xuất huyết tiêu hóa. In: Bệnh Học Nội Khoa. Nhà xuất bản Y học, Hà Nội; 2009:231 - 238.

2. **Lee EW, Laberge JM**. Differential diagnosis of gastrointestinal bleeding. Tech Vasc Interv Radiol. 2004;7(3):112 - 122.

3. **Friebe B, Wieners G**. Radiographic techniques for the localization and treatment of gastrointestinal bleeding of obscure origin. Eur J Trauma Emerg Surg. 2011;37(4):353 - 363.

4. **Nguyễn Thị Hồng Linh**. Giá trị của X Quang cắt lớp điện toán trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa. Luận văn Bác sĩ Chuyên khoa Cấp II. Published online 2016:46 - 47.

5. **Nguyễn Hoài Nam**. Nội soi ruột non bóng kép trong chẩn đoán xuất huyết tiêu hóa tại ruột non. Tạp chí Nghiên cứu học. 2020;132(8):2.

6. **Hamilton JD, Kumaravel M, Censullo ML, Cohen AM, Kievlan DS, West OC**. Multidetector CT Evaluation of Active Extravasation in Blunt Abdominal and Pelvic Trauma Patients. RadioGraphics. 2008;28(6):1603 - 1616.

7. **Kennedy DW, Laing CJ, Tseng LH, Rosenblum DI, Tamarkin SW**. Detection of active gastrointestinal hemorrhage with CT angiography: a 4(1/2)-year retrospective review. J Vasc Interv Radiol JVIR. 2010;21(6):848 - 855.

8. **Yoon W, Jeong YY, Shin SS**, et al. Acute massive gastrointestinal bleeding: detection and localization with arterial phase multi-detector row helical CT. Radiology. 2006;239(1):160 - 167.

9. **Kim JW, Shin SS, Yoon W**, et al. Diagnosis of acute gastrointestinal bleeding: comparison of the arterial, the portal, and the combined set using 64-section computed tomography. J Comput Assist Tomogr. 2011;35(2):206 - 211.

MỘT SỐ YẾU TỐ NGUY CƠ THUYỀN TẮC - HUYẾT KHỐI TĨNH MẠCH SÂU Ở BỆNH NHÂN HỒI SỨC DỰ PHÒNG BẰNG BƠM HƠI ÁP LỰC NGẮT QUĂNG

**VŨ XUÂN THẮNG¹,
NGUYỄN VĂN CHI¹, MAI DUY TÔN¹,
ĐÀO VIỆT PHƯƠNG¹, PHẠM QUANG ANH²**
¹Bệnh viện Bạch Mai
²Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Huyết khối tĩnh mạch sâu là một biến chứng nặng nề ở bệnh nhân hồi sức, thường bị ảnh hưởng bởi tình trạng bệnh và thời gian nằm bất động kéo dài.

Mục tiêu: Mô tả một số yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu thường gặp ở bệnh nhân hồi sức dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng.

Đối tượng và phương pháp: Nghiên cứu mô tả cắt ngang trên 71 bệnh nhân điều trị tại Trung tâm Cấp cứu A9 và Trung tâm Đột quy, Bệnh viện Bạch Mai được dự phòng bằng bơm hơi áp lực ngắt quãng từ 06/2020 - 08/2021.

Kết quả: Tuổi trung bình là 67,9 ± 16,3 năm, với nhóm > 60 tuổi là 52 trường hợp (73,2%). Số

bệnh nhân nam là 43 (60,6%). Các tiền sử bệnh chủ yếu bao gồm tăng huyết áp 44 trường hợp (62%), đái tháo đường 13 trường hợp (18,3%), rung nhĩ 14 trường hợp (19,7%). Điểm PADUA có trung vị là 5 [4-5], nhỏ nhất 4, lớn nhất 10.

Điểm IMPROVE có trung vị là 7 [7-8,5], nhỏ nhất 7, lớn nhất 12,5. Điểm Wells có trung vị là 2 [2-2] trong ba ngày đầu tiên. Các yếu tố nguy cơ huyết khối tĩnh mạch sâu bao gồm tuổi cao 46 trường hợp (64,7%), béo phì 6 trường hợp (8,5%), thở máy 28 trường hợp (39,4%), đặt catheter 33 trường hợp (46,5%), nhiễm trùng cấp 24 trường hợp (33,8%).

Kết luận: Các yếu tố nguy cơ của huyết khối tĩnh mạch sâu xuất hiện nhiều nhất trong nghiên cứu của chúng tôi bao gồm tuổi cao, thở máy và đặt catheter.

Từ khóa: Huyết khối tĩnh mạch sâu, tuổi cao, thở máy, catheter.

Chịu trách nhiệm: Vũ Xuân Thắng
Email: vuxuanthang020979@gmail.com
Ngày nhận: 27/8/2021
Ngày phản biện: 22/9/2021
Ngày duyệt bài: 06/10/2021