

U MẠC TREO RUỘT NON THỂ DESMOIDE: CHẨN ĐOÁN VÀ ĐIỀU TRỊ (Nhân một trường hợp tử vong do biến chứng tắc mạch sau mổ)

TRINH HỒNG SƠN, NGUYỄN XUÂN HÙNG, PHẠM THỊ THANH HUYỀN,
NGUYỄN ĐẮC THAO, NGUYỄN SỸ LÁNH, NGUYỄN THÀNH KIỆM,
BÙI TRUNG NGHĨA, CAO MẠNH THÁU, NGUYỄN TUẤN ANH, PHẠM GIA ANH
Bệnh viện Việt Đức

ĐẶT VẤN ĐỀ

U xơ dạng gân (fibroma desmoide) là bệnh tăng sinh xơ mà có đặc tính trung gian giữa tăng sinh xơ lành tính và ung thư nguyên bào xơ [1]. Theo tổ chức y tế thế giới (WHO) u xơ dạng gân được định nghĩa là quá trình tăng sinh nguyên bào xơ đặc trưng bởi sự phát triển xâm lấn và có xu hướng tái phát tại chỗ nhưng không di căn xa [2]. U xơ dạng gân trong ổ bụng hiếm gặp nhưng rất phức tạp, với tỉ lệ mắc bệnh 7/100000 dân, 80% trường hợp đơn lẻ và 20% liên quan đến hội chứng đa polyp có tính gia đình [3].

Phương pháp điều trị đầu tiên đối với loại u này là phẫu thuật cắt bỏ khối u. Vì ranh giới của khối u thường khó phân biệt với mô xơ hoặc mô liên kết trong mô, nên để đảm bảo diện cắt âm tính thường khó đạt được nên xạ trị bổ trợ thường được sử dụng [1]. Tuy nhiên xạ trị không được sử dụng một cách rộng rãi đối với những trường hợp u trong ổ bụng [4]. Quyết định điều trị nội khoa thường khó khăn vì các khối u dạng này trong ổ bụng thường có nhiều loại và có rất ít phác đồ chuẩn đối với những khối u hiếm gặp này. Ở nhiều bệnh nhân, có thể làm giảm sự phát triển của khối u bằng thuốc chống viêm không steroid hoặc thuốc kháng estrogen (tamoxifen, raloxifene, toremifene). Điều trị hóa chất: doxorubicin, Adriamycin, methotrexate, velban, sorafenib và Gleevec đã được sử dụng với những trường hợp u tiên triển nhưng hiệu quả còn hạn chế [4].

Nhân một trường hợp bệnh nhân nữ, 42 tuổi, chẩn đoán trước mổ GIST ruột non, sau đó mổ lại vì hoại tử ruột, bệnh nhân nặng gia đình xin về và tử vong; kết quả mô bệnh học là u xơ dạng gân (U Desmoide), chúng tôi điểm lại ý kiến về chẩn đoán, điều trị bệnh lý này và phân tích nguyên nhân tử vong cũng như trách nhiệm của nhóm bác sĩ phẫu thuật.

THÔNG BÁO LÂM SÀNG

Mã số hồ sơ 3746/2017

Họ tên bệnh nhân: Nguyễn Thị T, nữ, 42 tuổi, nghề nghiệp: làm ruộng.

Địa chỉ: Đoàn Kết, Dị Nậu, Thạch Thất, Hà Nội.

Ngày vào viện: 02/02/2017, ngày mổ lần 1: 07/02/2017,

Ngày mổ lần 2: 07/03/2017, nặng xin về ngày: 09/03/2017.

Chịu trách nhiệm: *Trịnh Hồng Sơn*

Email: *thsonvd@yahoo.com*

Ngày nhận: 22/3/2017

Ngày phản biện: 13/4/2017

Ngày duyệt bài: 25/4/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

Tiền sử: Chưa phát hiện gì đặc biệt.

Lý do vào viện: Đau bụng, không rõ gây sút cân;

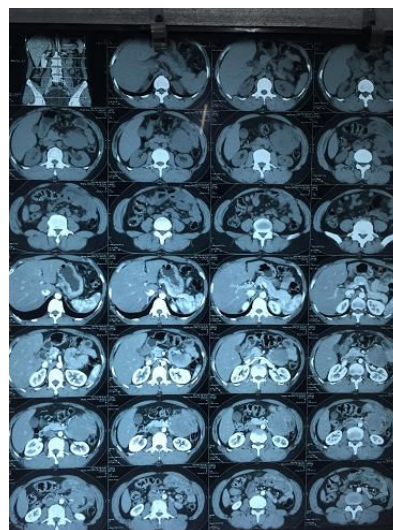
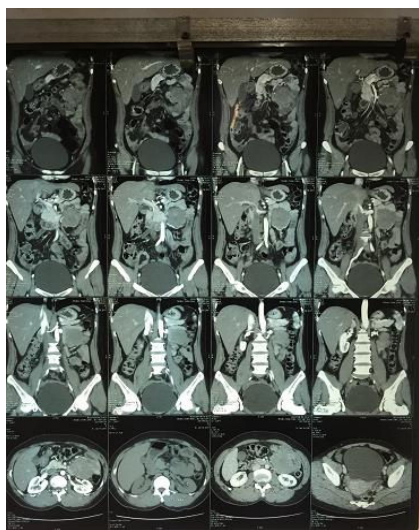
Khám lâm sàng: bệnh nhân tỉnh táo, thể trạng trung bình (cao 1m58, cân nặng 62kg), da niêm mạc không vàng, không phù, không xuất huyết dưới da, hạch trên đòn không sờ thấy, tuyến giáp không to. Khám bụng: mềm, không sờ thấy u bụng, gan lách không sờ thấy. Các xét nghiệm: nhóm máu 0(Rh+), sinh hóa, công thức máu, chất chỉ điểm ung thư trong giới hạn bình thường. Siêu âm ổ bụng có hình ảnh khối tổ chức đặc kích thước 58x66mm không đồng nhất nghi ngờ phát triển từ quai ruột non. Phim chụp cắt lớp vi tính (CT) có hình ảnh khối u dưới sườn trái vị trí mạc treo ruột kích thước 71x53mm (Hình 1), được cấp máu bởi mạch mạc treo tràng trên, có bóng khí nhỏ bên trong, khó đánh giá liên quan với ống tiêu hóa, nghĩ nhiều đến GIST ruột non. Soi dạ dày đại tràng bình thường.

Thực tế bệnh nhân đi khám bệnh ngày 19/1/2017 được làm các xét nghiệm cơ bản và chụp CT bụng, bệnh nhân được soi dạ dày đại tràng ngày 03/02/2017. Bệnh nhân đã được thông qua mổ tại khoa ngày 06/02/2017 và thông qua mổ toàn bệnh viện ngày 07/02/2017. Trưởng khoa PGS TS Nguyễn Xuân Hùng đã phân công kíp mổ do bác sĩ Phạm Thị Thanh Huyền là phẫu thuật viên chính, bác sĩ Nguyễn Ngọc Ánh, bác sĩ Nguyễn Đắc Thao phụ mổ.

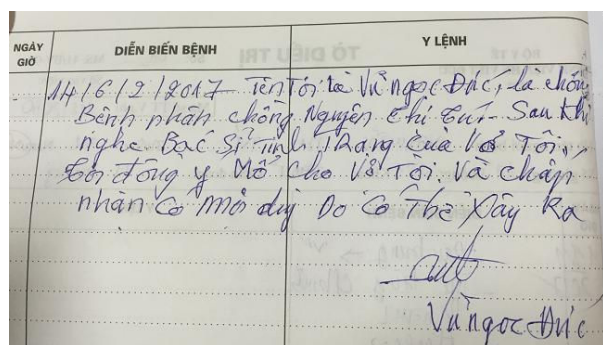
Trước mổ phẫu thuật viên chính đã giải thích cho bệnh nhân và chồng ít nhất 2 lần: lần đầu ngày khám bệnh (để cho về nhà suy nghĩ, chuyển bảo hiểm), lần 2 trước khi mổ.

Chồng bệnh nhân đã nghỉ rõ trong hồ sơ hồi 14 giờ ngày 06/02/2017: "Tên tôi là Vũ Ngọc Đức, là chồng bệnh nhân Nguyễn Thị Tú, sau khi nghe bác sĩ tình trạng bệnh của vợ tôi, tôi đồng ý mổ cho vợ tôi và chấp nhận mọi rủi ro có thể xảy ra." (Hình 2).

Bệnh nhân được mổ ngày 07/02/2017, chẩn đoán trước mổ: GIST ruột non, mô mỡ. Tổn thương trong mổ: khối u nằm trong mạc treo 3 quai hồng tràng đầu tiên, mật độ chắc đường kính khoảng hơn 10cm, u xâm lấn chặt vào sát góc Treitz và 3 quai hồng tràng đầu tiên. U giàu mạch máu và nằm sát bờ trái của động mạch mạc treo tràng trên. Bệnh nhân được tiến hành cắt u kèm đoạn hồng tràng từ sát góc Treitz đến khoảng 40cm hồng tràng. Trong quá trình mổ có chảy máu ở diện cắt sát động mạch mạc treo tràng trên, được khâu cầm máu, tình trạng ruột non còn hồng; bệnh nhân được nối D4 tá tràng với hồng tràng.



Hình 1. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng trước mổ

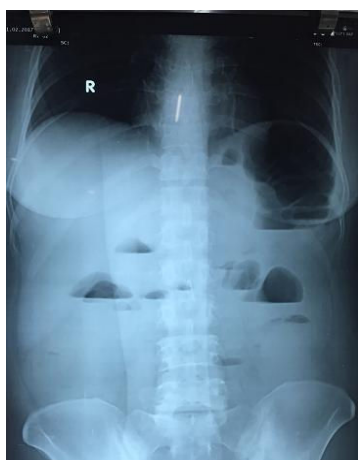


Hình 2. Lời ghi vào hồ sơ bệnh án của chồng bệnh nhân trước mổ lần 1

Kết quả mô bệnh học: khối u kích thước 11x 9 x7,5cm, gây dính các quai ruột lân cận; trên vi thể và hóa mô miễn dịch hình ảnh phù hợp với u xơ dạng gân (Fibrome desmoide).

Diễn biến sau mổ: trong 1 tuần đầu bệnh nhân phục hồi khá tốt, đã trung tiện và được cho ăn, trong

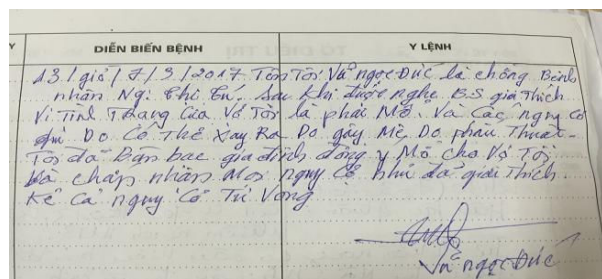
2 tuần tiếp theo bệnh nhân có sốt dao động từ 37,5⁰-39⁰, kèm theo tình trạng bán tắc ruột: bụng trướng, đau cơn khi ăn, vẫn trung tiện được, ỉa lỏng, thiếu máu, rối loạn điện giải và giảm albumin máu, phim chụp XQ bụng không chuẩn bị có hình ảnh giãn các quai ruột, và một vài mức nước hơi (Hình 3). Bệnh nhân được thăm khám và theo dõi hàng ngày, cấy máu khi sốt cao (13/02), bù dịch, albumin, cân bằng điện giải, truyền máu (16/02), đổi kháng sinh(13/2,16/2), hội chẩn và phối hợp với bác sĩ gây mê phối hợp điều trị (03/03-07/03). Trong quá trình điều trị sau mổ lần 1 bệnh nhân được thăm khám hàng ngày bởi bác sĩ điều trị: Bs Thao, Bs phẫu thuật: Bs Huyền, bác sĩ trưởng khoa: PGS Hùng (1-2 lần/ngày) và có phối hợp cùng bác sĩ gây mê hồi sức (Bs Huệ, Bs Sơn, Bs Trường). Chồng bệnh nhân cũng được giải thích về tình hình bệnh tình bệnh nhân (Bs Huyền ngày 16/02, Bs Hùng ngày 28/02).



Hình 3. Chụp bụng không chuẩn bị sau mổ

Đến tuần thứ 4 sau mổ bệnh nhân vẫn có tình trạng bán tắc ruột, sốt dao động, kèm theo ỉa phân đen; soi dạ dày có hình ảnh thâm nhiễm mất phá hủy mất cấu trúc ở tá tràng. Bệnh nhân được chỉ định mổ lại thăm dò ngày 07/03/2017, chẩn đoán: tắc ruột sau mổ chưa loại trừ rò miệng nối tá hồng tràng.

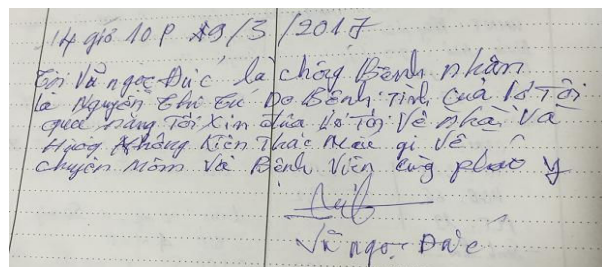
Trước mổ lần 2 hồi 13h ngày 07/03/2017 chồng bệnh nhân đã được bác sĩ giải thích và ghi rõ xác nhận: "Tên tôi là Vũ Ngọc Đức, là chồng bệnh nhân Nguyễn Thị Tú. Sau khi nghe bác sĩ giải thích về tình trạng của vợ tôi là phải mổ và các nguy cơ rủi ro có thể xảy ra do gây mê, phẫu thuật. Tôi đã bàn bạc gia đình đồng ý mổ cho vợ tôi và chấp nhận mọi nguy cơ như đã giải thích, kể cả nguy cơ tử vong" (Hình 4).



Hình 4. Lời ghi vào hồ sơ bệnh án của chồng bệnh nhân trước mổ lần 2

Tổn thương trong mổ lần 2: ổ bụng có 50ml dịch đục ở rãnh đại tràng phải, đoạn ruột non 1m tím có phần sắp hoại tử, còn khoảng 50cm hồi tràng hồng tuy nhiên mạch đập yếu, miệng nối D4 tá tràng-hồng tràng hoại tử. Tiến hành cắt đoạn ruột non hoại tử, dẫn lưu tá tràng, đưa đầu hồi tràng ra ngoài. Kết quả giải phẫu bệnh: đoạn ruột non hoại tử kèm theo huyết khối động mạch mạc treo.

Diễn biến sau mổ lần 2: bệnh nhân có tình trạng sốc nhiễm trùng, nhiễm độc phải dùng vận mạch liều cao (2 vận mạch), sốt cao liên tục (39° - 40°), rối loạn điện giải (Na: 154mmol/l, K: 2,8mmol/l, Cl 120mmol/l), rối loạn đông máu (tiểu cầu 19G/l, PT:32%), tình trạng viêm (CRP:179,7mg/l; Procalcitonin:85,1ng/ml(<0,05)). Tình trạng nặng gia đình xin về ngày 09/03/2017. Trước khi xin về hồi 14 giờ 10 phút, chồng bệnh nhân có ghi rõ trong hồ sơ bệnh án: "Tôi Vũ Ngọc Đức là chồng bệnh nhân Nguyễn Thị Tú. Do bệnh tình của vợ tôi quá nặng, tôi xin đưa vợ tôi về nhà và hứa không kiện, thắc mắc gì về chuyên môn và bệnh viện cùng pháp y" (Hình 5).



Hình 5. Lời ghi vào hồ sơ bệnh án của chồng bệnh nhân trước khi đưa bệnh nhân về

BÀN LUẬN

1. Điểm lại Y văn về chẩn đoán và điều trị u Desmoide

Thuật ngữ đa u xơ hay u xơ dạng gân (fibromatose ou fibroma desmoide) được mô tả lần đầu bởi Stout vào năm 1960. Các tổn thương này đặc trưng bởi tăng sinh các nguyên bào xơ và các nguyên bào xơ cơ với hình thái không ác tính rõ trên vi thể nhưng thường rất xâm lấn tại chỗ, có xu hướng tái phát cao tuy nhiên không thấy xuất hiện di căn xa.

U được xếp vào nhóm u giáp biên (tumeurs borderline), giữa u xơ lành (fibroma) và sarcoma xơ (fibrosarcome). U có tính chất xâm nhập tại chỗ rất mạnh, không rõ ranh giới và có xu hướng tái phát có thể dẫn đến chẩn đoán quá mức thành sarcoma xơ.

Trong số các bệnh lý u xơ dạng gân ở người trưởng thành, chúng ta phân biệt bệnh lý u xơ dạng gân hay đa u xơ ở bề mặt nông và các bệnh lý u xơ dạng gân ở sâu. Những u xơ dạng gân ở sâu thường có tính chất xâm nhập và tái phát cao hơn những u ở bề mặt (Enzinger)[5].

Phân loại bệnh lý u xơ hóa ở người trưởng thành (Enzinger)

I. Bệnh lý u xơ dạng gân ở bề mặt nông típ Dupuytren

Bệnh lý u xơ dạng gân ở gan tay
Bệnh lý u xơ dạng gân ở gan chân
Bệnh lý u xơ dạng gân dương vật
Các dải xơ quanh các đốt chi

II. Bệnh lý u xơ hóa sâu, típ dạng gân hay u xơ dạng gân(Fibrome desmoide)

Bệnh lý u xơ dạng gân ở thành bụng
Bệnh lý u xơ dạng gân ở ngoài thành bụng
Bệnh lý u xơ dạng gân trong ổ bụng
Bệnh lý u xơ dạng gân ở khung chậu
Bệnh lý u xơ dạng gân ở mạc treo
Hội chứng Gardner

Destri và cộng sự cho biết: 12-18% u xơ dạng gân là ở trong ổ bụng, trong đó 80% nằm ở mạc treo ruột non, nhưng một vài trường hợp có thể xuất phát từ mạc treo đoạn hồi manh tràng. Chỉ có rất ít trường hợp u xơ dạng gân xuất hiện ở tụy, chỗ nối thực quản-dạ dày, cơ hoành và ruột thừa [6].

Theo Kreuzberg [7] thông báo tỉ lệ u xơ dạng gân là 0,73% những trong những trường hợp u bụng. Cơ chế sinh bệnh còn chưa hoàn toàn được hiểu rõ, thậm chí một vài trường hợp bệnh có liên quan đến chấn thương bụng bao gồm tiền sử mổ bụng cũ (25%) [6], [8]. Cường estrogen có thể là cơ chế sinh bệnh và điều này có thể giải thích cho việc tỉ lệ bệnh cao ở nữ giới (tỉ lệ nữ/nam là 3/1), thường ở phụ nữ trẻ có thai hoặc phụ nữ sau đẻ ở độ tuổi 25-35[6], [8].

Trong một số trường hợp, u xơ dạng gân có thể là hệ quả của một rối loạn gen như hội chứng đa polyp có tính gia đình (FAP) hoặc hội chứng Gardner (2-32% trường hợp) [8]. Khoảng 10-20% bệnh nhân đa polyp có tính chất gia đình xuất hiện u xơ dạng gân [9]. Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi là bệnh nhân nữ, 42 tuổi, u nằm ở vị trí mạc treo ruột non không kèm theo hội chứng đa polyp. Trước mổ chúng tôi cũng đã cẩn thận cho soi đại tràng để loại trừ FAP.

Biểu hiện lâm sàng ở hầu hết bệnh nhân là không có triệu chứng gì do sự phát triển chậm của khối u. Những biểu hiện lâm sàng khá đa dạng phụ thuộc vào vị trí và kích thước khối u. Triệu chứng lâm sàng có thể là tắc ruột, hoặc hiếm hơn là chèn ép niệu quản hay tĩnh mạch lách, chảy máu hoặc thủng ruột, và có thể là vỡ động mạch chủ mà biểu hiện bằng áp xe trong ổ bụng hoặc khí trong gan [6].

Siêu âm ổ bụng có thể được sử dụng thường quy như là phương pháp đầu tay, và có thể phát hiện khối u trong ổ bụng, chụp CT hoặc MRI thường được coi là phương tiện chính để đánh giá u xơ dạng gân. Mục đích của chụp CT để đánh giá giai đoạn u, nhất là để xác định sự xâm lấn của u với những cơ quan và mạch máu lân cận nhằm hỗ trợ chọn ra kế hoạch điều trị tốt nhất [10]. Vai trò của CT trong chẩn đoán phân biệt với u mô đệm đường tiêu hóa (GIST) thường ít hiệu quả mặc dù có những đặc trưng của u GIST (những vùng chảy máu, hoại tử và biểu hiện với hóa bền trong) [8].

Một bệnh khác có thể giống với u xơ dạng gân là viêm xơ cứng mạc treo ruột (sclerosing mesenteritis) mà biểu hiện bởi một khối ranh giới rõ bao bọc lấy mạc mạc treo. Biểu hiện vòng mỡ quanh mạc mạc treo giúp chẩn đoán bệnh [10]. Mặc dù chụp MRI có thể là một lựa chọn chẩn đoán thay thế khi bệnh nhân có dị ứng thuốc cản quang, đặc biệt trong trường hợp u xơ dạng gân ngoài bụng. MRI được chỉ định trong trường hợp u xơ dạng gân trong ổ bụng đặc biệt trường hợp tái phát [6].

Bệnh nhân của chúng tôi đã được làm chẩn đoán theo một quy trình rất chặt chẽ và hoàn toàn đúng như y văn thế giới ghi nhận mặc dù bệnh lý hiếm gặp. Bệnh nhân được siêu âm trước tiên: phát hiện khối u nghi ngờ xuất phát từ ruột non, sau đó được chụp CT bụng dựng hình mạch: trên phim chụp CT xác định vị trí khối u nằm ở mạc treo ruột non (hướng đến GIST ruột non) được cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên.

Điều trị lựa chọn đầu tiên cho u xơ dạng gân là phẫu thuật cắt bỏ khối u. Chiến lược phẫu thuật là lấy bỏ hết khối u với diện cắt an toàn từ 1-5cm tùy thuộc vào mức độ sâu của u để tránh tổn thương các tạng. Nghiên cứu hồi cứu 189 bệnh nhân điều trị tại trung tâm ung thư Anderson cho thấy tình trạng diện cắt phẫu thuật trên vi thể là yếu tố tiên lượng có tính chất quyết định tỉ lệ tái phát ở các bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật. Nếu tiêu chuẩn về diện cắt không được đảm bảo do u sát các mạch máu lớn hay cấu trúc thần kinh, khoảng cách dưới 1cm có thể được chấp nhận, và các trường hợp này nên được cân nhắc xạ trị sau phẫu thuật.

Ewing đề cập đến đáp ứng với xạ trị trong các bệnh lý xơ hóa “chậm nhưng có hiệu quả” vào năm 1928. Ngày nay vẫn còn nhiều tranh cãi xung quanh vai trò của xạ trị trong điều trị các bệnh lý xơ hóa. Trên các bệnh nhân với các tổn thương lớn, không thể phẫu thuật bước đầu thì xạ trị cho thấy giảm tỉ lệ tái phát với liều 55Gy. Nghiên cứu hồi cứu 72 bệnh

nhân tại đại học Florida cho thấy, hơn 1/2 các bệnh nhân được xạ trị do u tái phát thì tỉ lệ kiểm soát bệnh tại chỗ lên đến 83%.

Các báo cáo về phẫu thuật, xạ trị hoặc kết hợp 2 phương pháp trên các trường hợp u xâm lấn cho thấy tỉ lệ kiểm soát tại chỗ là 61% với phẫu thuật đơn độc, 75% khi kết hợp 2 phương pháp, và 78% khi sử dụng xạ trị đơn độc. Tuy nhiên, nhóm ung thư của liên đoàn phẫu thuật viên Hoa Kỳ và Nhóm nghiên cứu, điều trị ung thư mô mềm của Châu Âu tiến hành thử nghiệm pha 3 để trả lời cho vai trò của xạ trị hậu phẫu ở các trường hợp bệnh tiến triển nặng; kết quả cho thấy, mặc dù kết hợp phẫu thuật và xạ trị nhưng 35% bệnh nhân tái phát bệnh.

Các bệnh nhân thể trạng nặng hoặc không đủ tiêu chuẩn cho phẫu thuật hay xạ trị có thể được điều trị với các thuốc kháng hormone như Tamoxifen hay Toremifene. Kết hợp các hoạt chất chống viêm và thuốc kháng hormone cho thấy tỉ lệ đáp ứng lên đến 70%, từ đó dẫn đến quan điểm sử dụng các thuốc kháng viêm non-steroid (NSAID) trong điều trị các bệnh lý xơ hóa.

2. Tiên lượng bệnh lý Desmoide, phân tích nguyên nhân từ vòng cũng như trách nhiệm của nhóm bác sĩ phẫu thuật

Tiên lượng của bệnh chủ yếu phụ thuộc vào chất lượng điều trị tại chỗ: phẫu thuật lấy toàn bộ khối u, tình trạng diện cắt sau phẫu thuật, các phương pháp điều trị bổ trợ... Bên cạnh đó, tiên lượng còn phụ thuộc vào vị trí u. Khác với các bệnh lý u xơ dạng gân ở bề mặt nông, các u xơ dạng gân ở sâu thường có tính chất xâm lấn và phá hủy tại chỗ rộng, tái phát cao nên thường có biến chứng nghiêm trọng, thậm chí gây tử vong nhất là với khối u mạc treo ruột non gần gốc động mạch tĩnh mạch mạc treo tràng trên (mặc dù u không di căn xa).

Những bệnh nhân bị u xơ dạng gân trong ổ bụng tiến triển là một thách thức trong điều trị. Những khối u này có thể gây biến chứng nguy hiểm và sẽ tử vong nếu không được cắt bỏ. Tuy nhiên, cắt bỏ rộng rãi khối u thường có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Tỉ lệ tử vong của u xơ dạng gân trong ổ bụng của nhóm bệnh nhân kèm đa polyp có tính gia đình từ 18-53%. Ở bệnh nhân không kèm theo FAP, tỉ lệ tử vong là 10-27%. Trong nghiên cứu của Wheeler [4] tỉ lệ tử vong là 28%.

Tại Việt nam, năm 2002 Trịnh Hồng Sơn và Nguyễn Quang Nghĩa đã có bài viết tổng quan về bệnh lý này biểu hiện dưới dạng hội chứng Gardner. Bài viết nêu rõ tác giả Gurbuz và cộng sự cho biết: 10% bệnh nhân có u Desmoide trong số bệnh nhân bị Polyp đại trực tràng chết vì u này ở tuổi trẻ (trung bình 40 tuổi).

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi u xơ dạng gân kích thước lớn 11x9x7,5cm, vị trí nằm trong mạc treo 3 quai hông tràng đầu tiên, sát bờ trái và được cấp máu bởi động mạch mạc treo tràng trên, u xâm lấn vào ruột non. Với kích thước u lớn, chèn ép vào ruột non nên phương pháp lựa chọn đúng đắn, khoa

học và hợp lý nhất là cắt u kèm đoạn hồng tràng đầu tiên. Đây là trường hợp khó khăn trong điều trị phẫu thuật bởi cắt u có nguy cơ tổn thương động mạch, tĩnh mạch mạc treo tràng trên, biến chứng tắc mạch gây hoại tử ruột. Rất tiếc biến chứng hoại tử ruột do tắc mạch mạc treo ruột non khó có thể sửa chữa được ngoài ghép ruột.

Tại Việt Nam, ghép ruột chưa được triển khai. Khi đã có hoại tử ruột non gây một loạt cơ chế dẫn tới tử vong: nhiễm trùng, nhiễm độc, rối loạn nước điện giải, rối loạn hấp thu... Những biến chứng có thể coi là bất khả kháng.

Tiền lượng các nguy cơ và biến chứng sau mổ đã được nhóm phẫu thuật viện dự kiến và đã giải thích đầy đủ cho bệnh nhân và gia đình trước mổ. Điều này đã thể hiện ở hồ sơ bệnh án (Hình 2, Hình 4 và Hình 5).

Phân tích nguyên nhân tử vong cũng như trách nhiệm của nhóm bác sĩ phẫu thuật có thể dựa vào Luật Khám, chữa bệnh số 40/2009/QH12 được Quốc hội nước Cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam khóa XII, kỳ họp thứ 6 thông qua ngày 23/11/2009, và có hiệu lực ngày 01/01/201 [16].

Tại Khoản 1 Điều 2 bộ luật ghi rõ: "Khám bệnh là việc hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể, khi cần thiết thì chỉ định làm xét nghiệm cận lâm sàng, thăm dò chức năng để chẩn đoán và chỉ định phương pháp điều trị phù hợp đã được công nhận".

Bệnh nhân của chúng tôi đã được khám lâm sàng tỉ mỉ (hỏi bệnh, khai thác tiền sử bệnh, thăm khám thực thể), làm các xét nghiệm cận lâm sàng, siêu âm sau đó mới đi chụp cắt lớp vi tính, soi dạ dày đại tràng ống mềm... đảm bảo đúng quy trình khám bệnh. Chẩn đoán u mạc treo ruột non và chỉ định mổ phù hợp, đúng đắn, hợp lý, khoa học.

Tại Khoản 2 Điều 2 bộ luật ghi: "Chữa bệnh là việc sử dụng phương pháp chuyên môn kỹ thuật đã được công nhận và thuốc đã được phép lưu hành để cấp cứu, điều trị, chăm sóc, phục hồi chức năng cho người bệnh".

Bệnh nhân của chúng tôi sau khi được chẩn đoán là u có kích thước lớn (khoảng 10cm). Chỉ định mổ và phương pháp mổ hoàn toàn chính xác. Các thuốc được dùng cho người bệnh ghi trong hồ sơ bệnh án là đúng theo quy định.

Tại Điểm a Khoản 2 Điều 73 Luật Khám, chữa bệnh ghi: "Người hành nghề không sai sót chuyên môn kỹ thuật khi được hội đồng chuyên môn quy định tại Điều 74 và Điều 75 của Luật này xác định thuộc một trong các trường hợp sau đây:

a) Đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến đối với người bệnh.

b) Trong trường hợp cấp cứu nhưng do thiếu phương tiện, thiết bị kỹ thuật, thiếu người hành nghề theo quy định của pháp luật mà không thể khắc phục được hoặc bệnh đó chưa có quy định chuyên môn để thực hiện dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh;

các trường hợp bất khả kháng khác dẫn đến xảy ra tai biến đối với người bệnh

Bệnh nhân của chúng tôi quá trình theo dõi chăm sóc diễn biến sau mổ sát sao. Dấu hiệu hoại tử ruột diễn ra từ từ. Sau mổ bệnh nhân đã có trung tiện, đi ngoài, bụng mềm và ăn nhẹ. Chính hoại tử ruột từ từ thể hiện trong 2 tuần tiếp theo bệnh nhân có sốt dao động từ 37,5⁰-39⁰, kèm theo tình trạng bán tắc ruột: bụng trướng, đau cơn khi ăn, vẫn trung tiện được, ỉa lỏng, thiếu máu, rối loạn điện giải và giảm albumin máu, phim chụp X Quang bụng không chuẩn bị có hình ảnh giãn các quai ruột, và một vài mức nước hơi (Hình 3). Tình trạng ruột hoại tử là do biến chứng tắc mạch mạc treo ruột. Chỉ định mổ lại rất được các bác sĩ cân nhắc thể hiện trong hồ sơ bệnh án. Nếu mổ sớm, khi ruột chưa hoại tử không thể phân biệt được đoạn nào hoại tử để cắt bỏ. Khi mổ lại thấy ruột non hoại tử gần hết, đoạn còn lại mạch đập yếu báo hiệu đoạn còn lại sẽ hoại tử. Phương pháp mổ cắt đoạn ruột hoại tử và đưa các đầu ruột ra ngoài là phương pháp duy nhất.

Hội đồng chuyên môn bệnh viện họp ngày 5/4/2017 theo đúng qui định Điều 74 và Điều 75 của luật khám chữa bệnh đã kết luận:

- Quá trình khám, chữa bệnh đối với người bệnh Nguyễn Thị Tú được thực hiện theo đúng quy định. Hồ sơ bệnh án làm đúng quy định của Bộ Y tế và bệnh viện.

- Chẩn đoán u mạc treo ruột non loại Desmoide.

- Quyết định mổ mở là hoàn toàn phù hợp với chẩn đoán bệnh.

- Diễn biến của bệnh được các bác sĩ theo dõi thường xuyên và giải thích cho gia đình người bệnh.

- Nguyên nhân tử vong của người bệnh: nhiễm trùng nhiễm độc do hoại tử ruột và tắc mạch, đây là một trong những biến chứng sau mổ.

Như vậy có thể khẳng định: "Người hành nghề không sai sót chuyên môn kỹ thuật: đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến đối với người bệnh".

KẾT LUẬN

Chúng tôi thông báo trường hợp nữ, 42 tuổi, mổ cắt đoạn đầu hồng tràng do U Desmoide, phải mổ lại sau 4 tuần do hoại tử ruột non. Bệnh nhân tử vong do nhiễm trùng nhiễm độc, rối loạn nước điện giải... mặc dù đã được chẩn đoán và điều trị đúng quy trình và quy định của Bộ y tế. Như vậy, người hành nghề không sai sót chuyên môn kỹ thuật do đã thực hiện đúng các quy định chuyên môn kỹ thuật trong quá trình khám bệnh, chữa bệnh nhưng vẫn xảy ra tai biến đối với người bệnh.

Qua trường hợp này, tìm hiểu y văn được biết: U Desmoide hay còn gọi U xơ dạng gân là một u giáp biên có những tính chất của u ác tính: xâm lấn các cơ quan xung quanh, tỉ lệ tái phát tại chỗ cao và có tính chất của u lành tính: không di căn xa. U Desmoide biểu hiện ở mạc treo ruột non là vị trí thường gặp nhất của u xơ dạng gân trong ổ bụng, chẩn đoán

trước mổ thường nghĩ với GIST ruột non, điều trị chủ yếu là phẫu thuật và có thể kết hợp với hóa chất và xạ trị. Tiên lượng của u xơ dạng gân phụ thuộc vào vị trí, kích thước, cơ quan bị xâm lấn. Những bệnh nhân bị u xơ dạng gân trong ổ bụng tiến triển là một thách thức trong điều trị. Những khối u này có thể gây biến chứng nguy hiểm và sẽ tử vong nếu không được cắt bỏ. Tuy nhiên, cắt bỏ rộng rãi khối u thường có tỉ lệ biến chứng và tử vong cao. Tỉ lệ tử vong của u xơ dạng gân trong ổ bụng của nhóm bệnh nhân kèm đa polyp có tính gia đình (FAP) từ 18-53%. Ở bệnh nhân không kèm theo FAP, tỉ lệ tử vong là 10-27%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Kasper B, Strobel P, Hohenberger P (2011). Desmoid Tumors: Clinical Features and Treatment Options for Advanced Disease. The Oncologist, 16, 682-93.
2. Goldblum J R, Fletcher J A. WHO Classification of Tumors of Soft Tissue and Bone. Lyon, France: IARC; 2013.
3. Burke A P, Sobin L H, Shekitka K M, et al. (1990). Intra-abdominal fibromatosis. A pathologic analysis of 130 tumors with comparison of clinical subgroup. Am J Surg Pathol, 14, 335-41.
4. Wheeler M, Mercer D, Grant W, et al. (2012).

Surgical Treatment of Intra-Abdominal Desmoid Tumors Resulting In Short Bowel Syndrome. Cancers, 4, 31-8.

5. Coindre J M. Tumeurs des tissus mous- Groupe Sarcomes Francais. Tome I: Enseignement post-universitaire; 2014.

6. Destri G L, Ferraro M J, Calabrini M, et al. (2014). Desmoid-Type Fibromatosis of the Mesentery: Report of a Sporadic Case with Emphasis on Differential Diagnostic Problems. Case Reports in Medicine, 2014, 1-7.

7. Kreuzberg B, Koudelova J, Ferda J, et al. (2007). Diagnostic problem of abdominal desmoid tumors in various locations. European Journal of Radiology, 62(2), 180-5.

8. Walczak B E, Rose P S (2013). Desmoid: the role of local therapy in an era of systemic options. Current Treatment Options in Oncology, 14, 465-73.

9. Clark S K, Neale K F, Landgrebe J C, et al. (1999). Desmoid tumours complicating familial adenomatous polyposis. British Journal of Surgery, 86(9), 1185-9.

10. Chen C B, Chiou Y Y, Chou Y H, et al. (2010). Sonographic and computed tomography findings of intra-abdominal desmoid tumor. Journal of the Chinese Medical Association, 73, 393-5.

ĐÁNH GIÁ HOẠT ĐỘNG TRUYỀN THÔNG VÀ HUY ĐỘNG CỘNG ĐỒNG SAU 10 NĂM THỰC HIỆN LUẬT PHÒNG CHỐNG HIV/AIDS

LÊ THỊ HƯỜNG

Cục Phòng, chống HIV/AIDS

TÓM TẮT

Mục đích: Nghiên cứu nhằm đánh giá tác động về truyền thông và huy động cộng đồng sau 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Phương pháp: Tập hợp các văn bản do các cơ quan quản lý Nhà nước có thẩm quyền ban hành từ năm 2007 đến nay, có 9 văn bản quy phạm pháp luật đã được ban hành và hiện đang còn hiệu lực điều chỉnh các quan hệ xã hội phát sinh trong lĩnh vực truyền thông và huy động cộng đồng.

Kết quả: Sau 10 năm thực hiện Luật Phòng, chống HIV/AIDS, một số thành tựu về công tác truyền thông và huy động cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS được ghi nhận:

Các văn bản đảm bảo tính kịp thời đầy đủ, tính thống nhất, đồng bộ và tính khả thi, phù hợp đối với Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

Hoạt động truyền thông và huy động cộng đồng

Chịu trách nhiệm: Lê Thị Hường

Email lehuongvaac@gmail.com

Ngày nhận: 24/3/2017

Ngày phản biện: 17/4/2017

Ngày duyệt bài: 03/5/2017

Ngày xuất bản: 20/5/2017

trong phòng, chống HIV/AIDS đã đạt được những kết quả khích lệ, hệ thống văn bản và hướng dẫn thực hiện văn bản về truyền thông, huy động cộng đồng luôn gắn kết chặt chẽ với các nội dung chuyên môn và chính sách cho người nhiễm HIV.

Truyền thông tập trung vào các đối tượng theo quy định của Luật phòng, chống HIV/AIDS và thu hút sự tham gia của nhiều cá nhân, cơ quan và tổ chức.

Nội dung và hình thức truyền thông được thực hiện đa dạng và có chất lượng.

Hoạt động phòng, chống HIV/AIDS đã huy động được sự tham gia của toàn thể cộng đồng xã hội từ bản thân người nhiễm HIV, gia đình, cơ quan, trường học, các tổ chức xã hội, tạo nên sức mạnh cộng đồng trong phòng, chống HIV/AIDS.

Kết luận: Các văn bản về truyền thông và huy động cộng đồng cơ bản đáp ứng được yêu cầu của công tác phòng, chống HIV/AIDS, tuy nhiên vẫn còn nhiều bất cập và chồng chéo do chưa được sửa đổi kịp thời.

Từ khóa: Truyền thông phòng, chống HIV/AIDS, huy động cộng đồng, Luật Phòng, chống HIV/AIDS.

SUMMARY

Objective: This study assessed the impact of communication and community mobilization after 10