

Hội chứng suy ruột sau cắt toàn bộ ruột non, nửa đại tràng phải do huyết khối tắc động mạch mạc treo tràng trên: Điều trị sau mổ, nhìn lại y văn nhân 2 trường hợp điều trị tại Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Intestinal failure syndrome after total enterectomy, right colectomy due to superior mesenteric artery thrombosis: Postoperative management and literature review, two cases at 108 Military Central Hospital

Nguyễn Anh Tuấn, Lê Văn Quốc

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108

Tóm tắt

Báo cáo 2 bệnh nhân có hội chứng suy ruột loại 3 sau phẫu thuật cắt toàn bộ ruột non, nửa đại tràng phải. Kinh nghiệm điều trị, chăm sóc sau mổ, nhìn lại y văn. *Trường hợp lâm sàng:* Trường hợp thứ nhất: Nam 44 tuổi, được phẫu thuật cấp cứu cắt toàn bộ ruột non và nửa đại tràng phải, dẫn lưu đoạn III tá tràng do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử toàn bộ ruột non và đại tràng phải. Bệnh nhân được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, có một đợt nhiễm khuẩn huyết từ hộp để tiêm truyền dưới da, tắc động mạch đùi, 8 tháng sau mổ bệnh nhân chết do huyết khối mạch phổi. Trường hợp thứ hai: Nam, 66 tuổi, được phẫu thuật cấp cứu cắt toàn bộ ruột non và nửa đại tràng phải, dẫn lưu đoạn đầu hỗng tràng do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử toàn bộ ruột non và đại tràng phải. Sau 4 tháng, bệnh nhân được nối hỗng tràng - đại tràng ngang. Bệnh nhân được nuôi dưỡng bằng đường miệng kết hợp đường tĩnh mạch chủ yếu. Sau 20 tháng bệnh nhân tử vong do suy kiệt, đột quỵ não. Bệnh nhân suy ruột được nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch giúp kéo dài thời gian sống, giảm tỷ lệ biến chứng. Ghép ruột là một hướng giải pháp tối ưu giải quyết các biến chứng dinh dưỡng đường tĩnh mạch lâu dài ở bệnh nhân suy ruột.

Từ khóa: Suy ruột, dinh dưỡng ngoài ruột.

Summary

Reported two patients with type 3 bowel failure syndrome after surgical resection of the entire small intestine and right colectomy. Treatment experience, postoperative care, literature review. The first patient, 44 year-old male had emergency surgery to remove the entire small intestine and right half of the colon, draining the third duodenum due to complete obstruction of the superior mesenteric artery causing complete necrosis of the small intestine and right colon. The patient was fed intravenously, had a septicemia from the box for subcutaneous infusion, femoral artery occlusion, 8 months postoperative patient died of pulmonary thrombosis. The second patient, 66 year-old male had emergency surgery to remove the entire small intestine and right half of the colon, draining the third duodenum due to

Ngày nhận bài: 11/01/2021, ngày chấp nhận đăng: 26/02/2021

Người phản hồi: Lê Văn Quốc, Email: lequoch108@gmail.com - Bệnh viện TWQĐ 108

complete obstruction of the superior mesenteric artery causing complete necrosis of the small intestine and right colon. After 4 months, the patient was connected to the jejunum and transverse colon. The patient was orally fed with the main intravenous route. After 20 months, the patient died from exhaustion, brain stroke. Intestinal failure patients are fed intravenously to help prolong life, reduce the rate of complications. Bowel transplantations is an optimal solution to resolve long-term intravenous nutritional complications in patients with bowel failure.

Keyword: Intestinal failure (IF), parenteral nutrition (PN).

1. Đặt vấn đề

Suy ruột (Intestinal failure - IF) là ruột không có khả năng tiêu hoá để cung cấp năng lượng, vitamin, nước, điện giải để duy trì sự sống và tăng trưởng [1], [2]. Suy ruột được chia thành 03 loại (Bảng 1). Bệnh nhân (BN) suy ruột cần được hỗ trợ nuôi dưỡng bằng dinh dưỡng ngoài ruột (Parenteral nutrition - PN) hay còn gọi dinh dưỡng đường tĩnh mạch. Điều trị, tiên lượng BN phụ thuộc vào chiều dài, sức sống, vị trí của ruột còn lại. Thời gian hỗ trợ dinh dưỡng đường tĩnh mạch phụ thuộc vào mức độ nghiêm trọng suy ruột. Khi có thể nối ruột non còn lại với đại tràng, đó là phẫu thuật quan trọng để làm giảm PN [1], [2]. Các biến chứng PN lâu dài làm cho việc điều trị BN khó khăn, ghép ruột là giải pháp giải quyết vấn đề này [3]. Mặc dù ghép ruột non không phải chỉ định tất cả các trường hợp suy ruột, tuy nhiên giải pháp này được khuyến cáo cao, nên đánh giá và ghép sớm [4], [5]. Chúng tôi trình bày 2 ca bệnh bị suy ruột sau cắt toàn bộ ruột non, nửa đại tràng phải đã được nuôi dưỡng PN hoàn toàn, các biến chứng xảy ra trong quá trình nuôi dưỡng. Kinh nghiệm nuôi dưỡng bệnh nhân và nhìn lại y văn.

2. Trường hợp lâm sàng

2.1. Trường hợp 1

Bệnh nhân (BN) Phan Văn H, nam giới, sinh năm: 1973. Quê quán: Kiến Xương - Thái Bình; ngày vào viện: 18/8/2017; tiền sử: Khỏe mạnh. BN cao 1m64cm, nặng 62kg. Chẩn đoán: Hội chứng suy ruột sau phẫu thuật cắt toàn bộ ruột non và đại tràng phải do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử ruột. Sau mổ được điều trị dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch, bù nước, điện giải;

theo dõi và xử lý các biến chứng, diễn biến bất thường. BN được xếp loại suy ruột loại 3 (Bảng 1).

Diễn biến BN: Trước khi vào viện 2 ngày xuất hiện đau bụng âm ỉ, có lúc dữ dội, đau khắp bụng, vào bệnh viện tuyến trước được chẩn đoán: Tắc động mạch mạc treo ruột non đã được phẫu thuật ổ bụng thăm dò, dẫn lưu hồi tràng. Sau đó chuyển Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 đã được phẫu thuật cấp cứu cắt toàn bộ ruột non và nửa đại tràng phải, dẫn lưu đoạn III tá tràng do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử toàn bộ ruột non và đại tràng phải. Sau mổ được bù nước, điện giải, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch.

Điều trị sau mổ: Năng lượng trung bình của một người để duy trì sự sống tăng trưởng khoảng 25kcal/kg/ngày. BN nặng 52kg, cần dùng 1300kcal/ngày đã được truyền 2 túi nutrilplex. Ngoài ra đã được bù nước điện giải, thuốc giảm tiết, bổ sung các nguyên tố vi lượng. Cụ thể: 1. Nutriflex lipid peri x 1250ml/ngày; 2. Nutriflex peri x 1000ml/ngày; 3. Ringer lactate x 1000ml/ngày; 4. Glucose 5% x 1000ml/ngày; 5. Kaliclorid x 3g/ngày; 6. Omerazol 40mg x 4 ống/ngày; 7. Fericap (Fe 60mg; [Acid folic](#) 1,5mg; vitamin C 30mg; vitamin B12 5,2mcg; vitamin B6; Cu 4mg) x 4 viên/ngày.

Trong quá trình điều trị BN tình, không nhiễm khuẩn. Mạch, huyết áp ổn định. Không khó thở. Bụng mềm. Vết mổ liền sẹo. Dẫn lưu tá tràng ra khoảng 4 - 5 lít dịch tiêu hóa/ngày. Nuôi dưỡng BN bằng truyền tĩnh mạch ngoại vi, tĩnh mạch dưới đòn đã thay đổi vị trí nhiều lần. BN được đặt hộp tiêm truyền dưới da - Celsoft. Sau 10 ngày xuất hiện nhiễm khuẩn huyết cấy máu (dương tính tụ cầu vàng không tan huyết), đường vào là hộp tiêm truyền dưới da, đã được điều trị theo kháng sinh đồ,

vancomycin/ngày trong 21 ngày, tháo bỏ celsoft. Cấy máu sau điều trị (âm tính). Tháng thứ 6 xuất hiện huyết khối động mạch đùi trái đã được phẫu thuật lấy bỏ huyết khối, dùng thuốc chống đông. Sau mổ BN ổn định, chụp phim cắt lớp vi tính 2 chân dựng mạch, mạch máu lưu thông tốt.

BN đã được làm các xét nghiệm thường quy (công thức máu, chức năng đông máu, nhóm máu, miễn dịch, điện tim, X-quang tim phổi, siêu âm tim, ổ bụng). Tuy nhiên, tháng thứ 8 của bệnh xuất hiện suy hô hấp cấp dẫn đến tử vong do huyết khối mạch phổi.

2.2. Trường hợp thứ hai

Bệnh nhân Đinh Công Đ, nam giới, SN: 1951. Quê quán: Ba Vì - Hà Nội; ngày vào viện: 16/11/2017, ra viện: 04/12/2017; tiền sử: Tăng huyết áp, đột quỵ não cũ hồi phục hoàn toàn, không hút thuốc lá, uống ít rượu. BN cao 1m60, nặng 63kg. Chẩn đoán: Hội chứng suy ruột sau phẫu thuật cắt toàn bộ ruột non và đại tràng phải do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử ruột, nổi hồng tràng - đại tràng ngang tháng thứ 4. Sau mổ được điều trị dinh dưỡng bằng đường tĩnh mạch, bù nước, điện giải; theo dõi và xử lý các biến chứng, diễn biến bất thường. BN được xếp loại suy ruột loại 3 (Bảng 1).

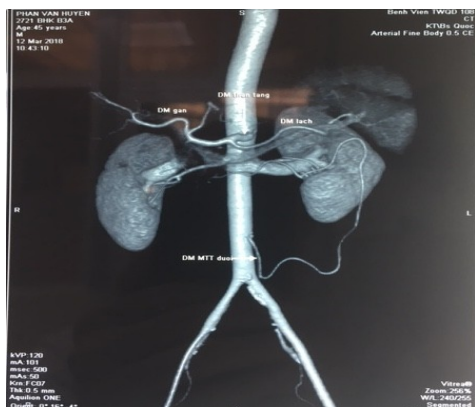
Diễn biến BN từ khi nhập viện: Trước khi vào viện đau bụng 1 ngày, cấp tính, có lúc dữ dội, đau khắp bụng, vào bệnh viện tuyến trước không rõ chẩn đoán. Sau đó chuyển Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 trong tình trạng: Tỉnh táo, mạch 140 lần/phút. Huyết áp: 110/70mmHg, SpO₂: 96%. Bụng mềm, chướng vừa. Phản ứng thành bụng rõ. Đã được phẫu thuật cấp cứu cắt toàn bộ ruột non và nửa đại tràng phải, dẫn lưu hồng tràng cách góc

treizt 10cm do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên gây hoại tử toàn bộ ruột non và đại tràng phải. Sau mổ được bù nước, điện giải, nuôi dưỡng hoàn toàn bằng đường tĩnh mạch. Năng lượng trung bình của một người để duy trì sự sống tăng trưởng khoảng 25kcal/kg/ngày. BN số 2 nặng 40kg, cần dùng 1000kcal/ngày, đã được truyền 2 túi nutrilplex. Cụ thể: thuốc điều trị: 1. Nutriflex lipid peri x 1250ml/ngày; 2. Nutriflex peri x 1000ml/ngày; 3. Ringer lactat x 1000ml/ngày; 4. Glucose 5% x 1000ml/ngày; 5. Kaliclorid x 3g/ngày; 6. Omerazol 40mg x 4 ống/ngày; 7. Fericap (Fe 60mg; [acid folic](#) 1,5mg; vitamin C 30mg; vitamin b12 5,2mcg; [vitamin B6](#) 3,8mg; Cu 4mg) x 4 viên/ngày.

Diễn biến sau mổ BN ổn định ra viện, về nhà nuôi dưỡng. Sau đó xuất hiện loét chân dẫn lưu ruột non vào viện: 02/3/2018. Đã được đóng hồng tràng với đại tràng ngang, BN ổn định, nặng 43kg ra viện sau 26 ngày. BN được nuôi dưỡng đường tĩnh mạch trung ương, ngoại vi kết hợp nuôi dưỡng đường miệng: 1. Ringer lactat x 1000ml/ngày; 2. Glucose 5% x 1000ml/ngày; 3. Glucose 20% x 500ml/ngày; 4. Kaliclorid x 3g/ngày; 5. Omerazol 40mg x 4 ống/ngày; 6. Ferica (Fe 60mg; [acid folic](#) 1,5mg; vitamin c 30mg; vitamin b12 5,2mcg; [vitamin B6](#) 3,8mg; Cu 4mg) x 4 viên/ ngày; 7. Loperamid 2mg x 4 - 6 viên /ngày.

Tháng 5/2018, BN nặng 40kg, ăn uống 6 - 8 bữa/ngày, ăn cơm, cháo, sữa xen kẽ. BN đại tiện 5 -6 lần/ngày, phân khuôn. Tiếp tục nuôi dưỡng dinh dưỡng đường tĩnh mạch kết hợp ăn uống, theo dõi, dự phòng, điều trị các biến chứng tại nhà.

Tháng thứ 20 sau mổ BN tử vong do tình trạng suy dinh dưỡng, đột quỵ não.



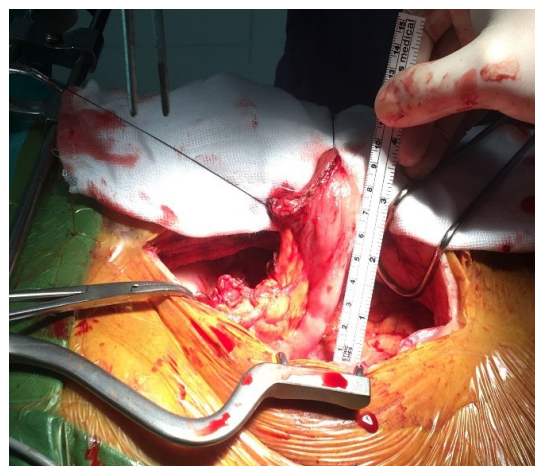
Hình 1. Hình ảnh tắc động mạch MTTT (BN 1)



Hình 2. Dẫn lưu tá tràng thứ 8 (BN 1)



Hình 3. Dẫn lưu tá tràng thứ 2 (BN 2)



Hình 4. Phẫu thuật đóng DL ruột non (BN 2)

3. Bàn luận

3.1. Tổng quan dịch tễ, định nghĩa, phân loại suy ruột

Dịch tễ học chính xác và tỷ lệ mắc bệnh suy ruột ở người lớn và trẻ em là không rõ. Do bệnh lý hiếm gặp, có nhiều nguyên nhân gây ra và có nhiều định nghĩa khác nhau nên việc so sánh giữa các nghiên cứu rất khó khăn. Tại Mỹ, năm 1992 tổ chức Oley ước tính có khoảng 40.000 BN phụ thuộc PN [6]. Đánh giá chẩn đoán ở 5000 BN phụ thuộc PN cho thấy có khoảng 40% BN ung thư, phần còn lại chủ yếu hội chứng ruột ngắn (HCRN) do bệnh Crohn, thiếu máu động mạch mạc treo, dị tật bẩm sinh [6]. Dữ liệu từ châu Âu, tỷ lệ suy ruột ở trẻ lớn (> 16 tuổi) sử dụng PN ở nhà, số BN/ triệu dân/ năm là Đan Mạch: 12,7;

Anh và Hà Lan: 3,7, Pháp: 3,6; Bỉ: 3; Bồ Đào Nha: 1,1; Tây Ban Nha: 0,65. Một nghiên cứu tiến hành điều tra tại các trung tâm y tế lớn ở châu Âu (23 trung tâm ở 6 quốc gia), năm 2000 có 882 người lớn mới mắc đến các trung tâm điều trị suy ruột [7].

Hội chứng IF là một nhóm bệnh lý ngày càng tăng lên gây ảnh hưởng tới hàng chục ngàn BN và tốn hàng trăm ngàn đô la mỗi năm cho mỗi BN [6]. Nhờ sự phát triển trong y học, phẫu thuật, điều dưỡng, dược phẩm và dinh dưỡng, đã cải thiện được sự sống còn, chất lượng cuộc sống của BN IF. Đặc biệt ra đời PN đã làm giảm tỷ lệ tử vong do giảm được sự rối loạn nước, điện giải, suy dinh dưỡng. Gần đây cải thiện sự sống còn là do cải thiện cách chăm sóc catheter, tăng nhận thức về tầm quan trọng của việc điều trị tích cực, phòng ngừa nhiễm

khuẩn huyết và có nhiều cách tiếp cận mới về phẫu thuật trong HCRN, ghép ruột. Một số tác giả cho rằng tiếp cận đa chuyên ngành (bác sĩ nội tiêu hoá, phẫu thuật viên, điều dưỡng, dược sĩ, chuyên viên dinh dưỡng, nhân viên xã hội, BN) để chăm sóc BN là phương pháp để đạt được kết quả tốt nhất cho BN. Thuật ngữ suy ruột lần đầu tiên được đưa ra bởi Milewki và cộng sự [8]. Chuẩn hoá định nghĩa suy ruột bao gồm giải phẫu (chiều dài ruột non) và chức năng ruột bị rối loạn. Suy ruột được định nghĩa là giảm chức năng phần lớn của ruột so với nhu cầu tối thiểu để sinh trưởng và phát triển. Suy ruột có thể do mất chức năng giải phẫu hoặc mất chức năng bề mặt niêm mạc hấp thu như HCRN sau cắt gần toàn bộ ruột non ± cắt đại tràng do nhiều nguyên nhân khác nhau (tắc mạch mạc treo, tổn thương ruột do xạ, do chấn thương, ung thư). Suy ruột có thể do các dị tật bẩm sinh, các bệnh về niêm mạc ruột (viêm

ruột), rối loạn vận động ruột, độc lập với sự cắt bỏ ruột, hay là chiều dài ruột còn lại. Các định nghĩa đồng thuận suy ruột là hệ thống đường tiêu hoá không có khả năng tổng hợp năng lượng, vitamin, khoáng chất, nước và điện giải. BN suy ruột cần được hỗ trợ dinh dưỡng bằng dinh dưỡng đường tĩnh mạch (PN). Năm 1981, suy ruột được Fleming và Remington được định nghĩa "Giảm chức năng ruột dưới mức tối thiểu cần thiết cho sự tiêu hoá và hấp thu chất dinh dưỡng" [4]. Có nhiều cách phân loại suy ruột, phân loại theo chức năng ruột, sinh lý bệnh, theo năng lượng cần thiết và năng lượng cung cấp cho BN. Theo chức năng ruột và giải phẫu bệnh có 3 loại suy ruột ở Bảng 1 [9]. 2 BN của chúng tôi thuộc suy ruột loại 3. BN đã cắt toàn bộ ruột non, nửa đại tràng phải do tắc hoàn toàn động mạch mạc treo tràng trên. Hiện tại BN cần nuôi dưỡng lâu dài bằng đường tĩnh mạch hoàn toàn.

Bảng 1. Các loại suy ruột

Loại IF	Đặc điểm
Loại 1	Phổ biến, tạm thời, sau phẫu thuật tiêu hoá, cần bù nước, hỗ trợ dinh dưỡng ngắn hạn trong quá trình hồi phục.
Loại 2	Ít gặp hơn, sau phẫu thuật cắt bỏ đường tiêu hoá, liên quan tới biến chứng chuyển hoá, nhiễm khuẩn, cần hỗ trợ dinh dưỡng lâu dài để phục hồi, có thể phát triển thành loại 3 nếu quản lý kém hiệu quả.
Loại 3	Hiếm gặp, mạn tính, đòi hỏi dinh dưỡng lâu dài hoặc dinh dưỡng ở nhà, có thể điều trị bằng thủ thuật kéo dài ruột hoặc ghép ruột.

3.2. Chiến thuật điều trị suy ruột

Dinh dưỡng ngoài ruột là nuôi dưỡng bằng đường tĩnh mạch bao gồm dextrose, protein, chất béo, nước, điện giải, các nguyên tố vi lượng và các thuốc điều trị chính hội chứng suy ruột. PN đã đi tiên phong vào những năm 1940, và vào những năm 1970 BN được quản lý PN ở nhà dài hạn thành công. PN là tiêu chuẩn chăm sóc đối với những BN suy

ruột. Ghép ruột là một lựa chọn khả thi với những người suy ruột và PN thất bại. Năng lượng trung bình của một người để duy trì sự sống tăng trưởng khoảng 25kcal/kg/ngày. BN số 1 chúng tôi nặng 52kg, cần dùng 1300kcal/ngày đã được truyền 2 túi Nutriplex. Ngoài ra đã được bù nước điện giải, thuốc giảm tiết, bổ sung các nguyên tố vi lượng. BN số 2 nặng 40kg, cần dùng 1000kcal/ngày.

Bảng 2. Chỉ định nuôi dưỡng đường tĩnh mạch [3], [10]

Chỉ định	Điều kiện, nguyên nhân cơ bản
Tắc nghẽn	Liệt ruột, xoắn ruột, u ruột hoặc u mạc treo ruột non, dính ruột

Rối loạn vận động ruột	Bệnh xơ cứng bì, bệnh giả tắc ruột
Kém hấp thu	Bệnh Crohn, viêm ruột do xạ, thiếu máu mạc treo, rò tiêu hoá
Bệnh bẩm sinh	Teo đường ruột bẩm sinh, đa polyp tuyến toàn bộ ruột, không hạch thần kinh ruột, bệnh teo vi nhung mao ruột
Hội chứng ruột ngắn	Cắt gần toàn bộ ruột non

3.3. Chiến lược điều trị phụ thuộc giai đoạn cấp tính hay giai đoạn duy trì [1], [2], [11]

Giai đoạn cấp tính: Nếu cắt bỏ ruột non có miệng nối hồng tràng - hồi tràng, thì đầu tiên quan trọng là ăn, uống đường miệng kết hợp thuốc chống tiêu chảy, bổ sung điện giải, bắt buộc bổ sung canxi. Ngoài ra dùng thêm hỗ trợ PN, thuốc giảm tiết, vitamin, các yếu tố vi lượng. Nếu BN cắt ruột non, toàn bộ đại tràng nối hồng tràng - trực tràng thì ưu tiên ban đầu PN, bổ sung nước, kết hợp thuốc chống tiêu chảy, bổ sung điện giải, bắt buộc bổ sung canxi. Thêm bổ sung vitamin, các yếu tố vi lượng, sau đó ăn đường miệng để cai PN. Nếu BN làm dẫn lưu hồng tràng hoặc tá tràng thì đầu tiên phẫu thuật nối ruột non với đại tràng, kết hợp hỗ trợ PN và uống bổ sung nước, kết hợp thuốc chống tiêu chảy, bổ sung điện giải, bắt buộc bổ sung canxi. Và dùng thêm thuốc giảm tiết ức chế bơm proton, bổ sung vitamin, các yếu tố vi lượng.

Giai đoạn duy trì: Áp dụng cho tất cả các BN, quan trọng là bổ sung điện giải, vitamin, yếu tố vi lượng. Với BN phụ thuộc PN, cần nuôi dưỡng PN lâu dài, thêm thuốc giảm tiết, sau đó tiến hành các phẫu thuật làm tăng chiều dài của ruột. Trường hợp BN PN thất bại khi BN suy gan, ít nhất 2 huyết khối tĩnh mạch trung ương, thường xuyên nhiễm khuẩn đường truyền, thường xuyên mất dịch số lượng lớn. Khi đó cần điều chỉnh PN, và chỉ định ghép ruột non và/ hoặc ghép gan.

Mục tiêu điều trị đảm bảo nước, dinh dưỡng, cân bằng điện giải trong giai đoạn ruột thích nghi. Mục tiêu cuối cùng là để BN trở lại cuộc sống bình thường nhất có thể bằng cách giảm và lý tưởng là loại bỏ sự cần thiết PN. Điều trị phụ thuộc vào mức độ và giải phẫu ruột cắt bỏ và liên quan đến thay đổi chế độ ăn uống (bao gồm sự cần thiết tăng năng

lượng đưa vào), bổ sung chất dinh dưỡng, nước, điện giải và dùng thuốc để giảm thiểu sự mất dịch, kiểm soát tiêu chảy. Ở những BN suy ruột, khả năng hấp thu ruột non không bao giờ hồi phục và những BN này cần PN lâu dài. BN suy ruột thực sự sẽ tiếp tục giảm cân, mất nước, rối loạn điện giải, suy dinh dưỡng khi cai PN. Đó là những BN phụ thuộc PN. Những BN nếu thất bại PN cần được điều trị bằng cách ghép ruột hoặc ghép gan - ruột.

Điều trị mất nước: BN với SBS mất nước theo 2 nguồn chính, tăng tiết dịch vị và mất nước do tiêu chảy. Để giảm tiết dịch vị sau phẫu thuật lớn đường tiêu hoá các tác giả khuyến cáo yêu cầu dùng thuốc ức chế bơm proton (PPI) như omeprazole hoặc lansoprazole trong 6 tháng đầu. Ở 1 số BN, PPIs có tác dụng làm tiêu chảy, tuy nhiên điều quan trọng trước và sau khi bắt đầu dùng PPIs cần theo dõi số lượng, thể tích tiêu chảy.

Kiểm soát tiêu chảy: Loperamide và diphenoxylate/ atropine là lựa chọn đầu tiên. Sau đó lựa chọn thuốc nhóm opioids như codeine. Octreotide có thể kiểm soát được tiêu chảy bằng cách làm di chuyển chậm thức ăn trong lòng ruột, tăng hấp thu nước, điện giải. Tuy nhiên nếu PN lâu dài thuốc có thể gây sỏi mật, giảm thích nghi của ruột.

Theo dõi và bổ sung nước điện giải, các nguyên tố vi lượng ở tất cả các BN. Bù canxi chỉ định cho tất cả các BN. Bổ sung các nguyên tố K, Mg, HCO₃, P, một số vitamin, chất dinh dưỡng khi cần thiết. Nếu cắt bỏ đoạn cuối hồi tràng nhiều hơn 60cm, nuôi dưỡng lâu dài cần bổ sung thêm vitamin B12.

2 BN của chúng tôi bị suy ruột do cắt toàn bộ ruột non, nửa đại tràng phải chỉ định nuôi dưỡng hoàn toàn PN. Trước khi lên kế hoạch nuôi dưỡng BN đã được đánh giá tổng thể về lâm sàng, cận lâm sàng, được hội chẩn đa chuyên khoa (bác sĩ nội tiêu

hoá, phẫu thuật viên, điều dưỡng, dược sĩ, chuyên viên dinh dưỡng, bác sĩ tim mạch). Đặc biệt xét nghiệm để lựa chọn người cho ruột chuẩn bị cho phương án ghép ruột. Cần xác định mục tiêu trọng lượng và điều chỉnh các yêu cầu năng lượng để thúc đẩy tăng trọng.

Điều kiện dinh dưỡng đường tĩnh mạch ổn định [1], [2] 1. Glucose < 200mg/dl; 2. Không rối loạn điện giải hoặc cân bằng axit - base; 3. Dấu hiệu quan trọng ổn định và không thay đổi; 4. Không khó thở hoặc thở nhanh (> 20 lần thở / phút).

3.4. Theo dõi, quản lý, chăm sóc điều trị, tiên lượng bệnh nhân

Theo dõi, chăm sóc BN PN cần thận trọng đóng vai trò quan trọng để đạt được kết quả phẫu thuật tối ưu nhất. Mục tiêu là để cải thiện, duy trì các chỉ số dinh dưỡng, bảo vệ chức năng gan, thận và ngăn ngừa các bệnh nhiễm trùng xuất hiện. Tất cả những BN PN cần phải theo dõi: 1. Theo dõi cân nặng hàng ngày; 2. Theo dõi công thức máu, chức năng gan thận, điện giải hàng tháng, hoặc lâu hơn nếu ổn định, trong trường hợp PN lâu dài; 3. Vitamin, nguyên tố vi lượng kiểm tra 6 - 12 tháng/ 1 lần một khi ổn định; 4. Hàng năm đo mật độ xương.

Biến chứng có chia thành 2 nhóm: Biến chứng sớm và biến chứng lâu dài [5], [9]:

Biến chứng sớm	Biến chứng muộn
Hội chứng "ăn lại"	Bệnh lý xương, gan liên quan tới dinh dưỡng đường tĩnh mạch
Mất cân bằng nước, điện giải, đường máu	Rối loạn điện giải, các nguyên tố vi lượng
Sai lệch của ống catheter	Nhiễm khuẩn catheter tái diễn
Nhiễm khuẩn, tắc catheter	

Đường truyền nuôi dưỡng là một trong vấn đề quan tâm trong nuôi dưỡng đường tĩnh mạch. Đường truyền có thể truyền tĩnh mạch ngoại vi hoặc trung tâm. Để lựa chọn đường truyền phụ thuộc vào thời gian, mục đích nuôi dưỡng. Đường tĩnh mạch

ngoại vi thường được dùng khi nuôi dưỡng từ 10 - 14 ngày. Để ngăn ngừa viêm tĩnh mạch, truyền dịch 3 trong 1 (đường, amino acids, lipids) với nồng độ $\leq 900\text{mmols/l}$ [12]. BN số 1 trải qua nhiễm khuẩn huyết liên quan tới việc hộp bơm truyền dưới da. Đã được lấy bỏ hộp bơm tiêm truyền, và dùng kháng sinh đồ BN ổn định sau dùng kháng sinh 3 tuần.

Tiên lượng BN IF thay đổi lớn, phụ thuộc vào loại phẫu thuật, mức độ ruột cắt bỏ và chức năng ruột còn lại. Theo thời gian, quá trình hấp thu của ruột dần trở về bình thường được gọi là thích nghi của ruột [1]. Khoảng 50% BN có thể cai dinh dưỡng đường tĩnh mạch trong vòng 2 năm. Tiên lượng liên quan trực tiếp vào ruột còn lại, mức độ phụ thuộc PN. Những BN yếu tố nguy cơ cao là ruột còn lại ít hơn 50cm, làm dẫn lưu hồng tràng, huyết khối mạch mạc treo tràng trên, viêm ruột do xạ. Một số BN sống được hơn 35 năm, tỷ lệ sống 5 năm ở BN không phải ung thư khoảng 85%. Ở người lớn, với BN ruột còn lại nhiều hơn 100cm, có miệng nối ruột non, đại tràng thì tiên lượng rất tốt [1], [2], [9]. Sự thích nghi ruột và chế độ ăn uống của BN thậm chí như người bình thường với tỷ lệ biến chứng rất ít. Nếu bị cắt bỏ đoạn cuối hồi tràng, giai đoạn thích nghi ruột không thể thay thế được vai trò hấp thu vitamin B12, muối mật. Tiên lượng khá tốt, tuy nhiên cần phải bổ sung vitamin B12, muối mật, các vitamin tan trong chất béo. Khi ruột non còn ít hơn 100cm, đặc biệt thiếu đại tràng hoặc miệng nối ruột non - đại tràng thì cai PN rất khó khăn [1], [7].

Số lượng BN ghép ruột ít hơn các tạng khác và có ít trung tâm thực hiện. Danh sách đăng ký ghép ruột trên thế giới ở các trung tâm ghép ruột được báo cáo năm 2016 có 3194 BN (trong có 1731 BN trẻ em) [11]. Tỷ lệ tử vong, biến chứng ghép ruột non còn cao, tuy nhiên ngày càng được cải thiện do kinh nghiệm phẫu thuật, dùng thuốc ức chế miễn dịch tốt hơn. Tỷ lệ sống ngắn hạn khoảng 90% (giống ghép gan), tuy nhiên tỷ lệ sống 5 năm khoảng gần 50% [4]. Tiên lượng xấu nếu sau ghép BN phụ thuộc PN trở lại. Với trẻ em, HCRN thường gặp ở bệnh lý bẩm sinh, tỷ lệ sống sót 73% - 89%. Thích nghi ruột ở trẻ em tốt hơn ở người lớn, có báo cáo BN sống độc lập với PN khi ruột non còn lại 10cm. Nếu trẻ em

phụ thuộc PN thì yếu tố suy gan thì suy gan lớn hơn người lớn. Tỷ lệ các biến chứng và tử vong với chẩn đoán suy ruột cao, tỷ lệ sống sót toàn bộ ở các trung tâm báo cáo từ 25% - 40%. Tuy nhiên, khi tiếp cận đa chuyên ngành tỷ lệ biến chứng và tử vong giảm xuống [13].

4. Kết luận

Bệnh nhân suy ruột được tiếp cận đa chuyên ngành để nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đã kéo dài thời gian sống, giảm tỷ lệ biến chứng. Phẫu thuật nối ruột non còn lại với đại tràng có vai trò quan trọng để làm giảm dinh dưỡng đường tĩnh mạch.

Ghép ruột là một hướng giải pháp tối ưu giải quyết các biến chứng dinh dưỡng đường tĩnh mạch lâu dài ở bệnh nhân suy ruột. Trong lúc chờ ghép ruột thì dinh dưỡng đường tĩnh mạch cho bệnh nhân đóng vai trò quan trọng.

Tài liệu tham khảo

1. Christopher PD (2012) *Clinical management of intestinal failure*. ©2012 by Taylor & Francis Group, LLC.
2. Alan NL (2008) *Do. intestinal failure*. Diagnosis, Management and Transplantation, by Blackwell Publishing.
3. Gotthardt DN, Gauss A, Zech U et al (2013) *Indications for intestinal transplantation: Recognizing the scope and limits of total parenteral nutrition*. Clin Transplant 27: 49–55.
4. Fryer JP (2008) *The current status of intestinal transplantation*. Curr Opin Organ Transplant 13(3): 266-272.
5. Pironi L, Hébuterne X, Van Gossum A and et al (2006) Candidates for intestinal transplantation: A multicenter survey in Europe. Am J Gastroenterol, 101(7): 1633-1643; quiz 1679.
6. Howard L and Ashley C (2003) *Management of complications in patients receiving home parenteral nutrition*. Gastroenterology 124(6): 1651-1661.
7. Bakker H, Bozzetti F, Staun M et al (1999) *Home parenteral nutrition in adults: A european multicentre survey in 1997. ESPEN-Home Artificial Nutrition Working Group*. Clin Nutr 18(3): 135–140.
8. Milewski PJ, Gross E, Holbrook I et al (1980) *Parenteral nutrition at home in management of intestinal failure*. Br Med J 280(6228): 1356-1357.
9. Dibb M, Teubner A, Theis V et al (2013) *Review article: The management of long-term parenteral nutrition*. Aliment Pharmacol Ther 37(6): 587-603.
10. O'Keefe S, Emerling M, Koritsky D et al (2007) *Nutrition and quality of life following small intestinal transplantation*. The American journal of gastroenterology 102: 1093-100.
11. John K DiBaise (2017) *Management of the short bowel syndrome in adults*. UpToDate, accessed: 08/2017.
12. Boullata JI, Gilbert K, Sacks G et al (2014) *A.S.P.E.N. clinical guidelines: Parenteral nutrition ordering, order review, compounding, labeling, and dispensing*. JPEN J Parenter Enteral Nutr 38(3): 334-377.
13. Duro D, Kamin D and Duggan C (2008) *Overview of pediatric short bowel syndrome*. J Pediatr Gastroenterol Nutr 47(1): 33-36.