

Tắc Ruột Già Cơ Năng Cấp Tính (Hội Chứng Ogilvie)

THÔNG TIN CƠ BẢN

ĐỊNH NGHĨA

Hội chứng Ogilvie đặc trưng bởi tình trạng giãn to cấp tính, ồ ạt của manh tràng và đại tràng phải, đôi khi lan đến trực tràng, mà không có tắc nghẽn cơ học thực sự. Tình trạng này thường xảy ra sau phẫu thuật, và cũng có thể gặp ở những bệnh nhân có bệnh lý nội khoa nền nghiêm trọng. Đường kính manh tràng trên phim X-quang bụng lớn hơn 12 cm được xem là ngưỡng làm tăng nguy cơ thủng tự phát. Các thuốc như opioid và thuốc kháng cholinergic cũng góp phần vào sự phát triển của bệnh lý này.

TÊN GỌI KHÁC

- Hội chứng Ogilvie
- ACPO (Acute Colonic Pseudo-Obstruction)
- Đại tràng phình to cấp tính (Acute megacolon)

MÃ ICD-10CM

K56.6 – Tắc ruột khác và không xác định

DỊCH TỄ HỌC & NHÂN KHẨU HỌC

TỶ LỆ MẮC MỚI: Chưa rõ.

TỶ LỆ HIỆN MẮC: Chưa rõ.

GIỚI VÀ TUỔI THƯỜNG GẶP: Mặc dù dữ liệu gần đây còn thiếu, một nghiên cứu hồi cứu năm 1986 cho thấy bệnh chiếm ưu thế ở nam giới, tuổi khởi phát trung bình vào thập niên thứ sáu của cuộc đời. Nhìn chung, tỷ lệ mắc được cho là tăng theo tuổi, tuy nhiên ở nữ giới bị ảnh hưởng thường trẻ hơn do liên quan đến các biến chứng sản khoa.

ĐỈNH TỶ LỆ MẮC: Chưa rõ.

YẾU TỐ NGUY CƠ: Người cao tuổi có nguy cơ cao nhất. Các yếu tố nguy cơ khác bao gồm bệnh nội khoa nền nặng, nhiễm khuẩn huyết, rối loạn điện giải, biến cố tim mạch gần đây, một số loại thuốc (opioid, thuốc kháng cholinergic, phenothiazin, benzodiazepin, thuốc chẹn kênh canxi, thuốc hóa trị, và thuốc điều trị Parkinson), và tình trạng hậu phẫu (xem Hộp E1).

DI TRUYỀN: Không có.

TRIỆU CHỨNG THỰC THỂ & BIỂU HIỆN LÂM SÀNG

- Chướng bụng cấp tính và đau bụng quặn là những triệu chứng thường gặp nhất của hội chứng Ogilvie. Tình trạng chướng bụng có thể nặng đến mức gây khó thở. Buồn nôn, nôn, bí đại tiện, táo bón, và nghịch lý thay, tiêu chảy cũng có thể gặp nhưng không phải lúc nào cũng xuất hiện. Ước tính có khoảng 40–50% bệnh nhân vẫn còn trung tiện được.
- Khám thực thể cho thấy bụng chướng to, gõ vang (tympanic); mức độ đau hoặc khó chịu vùng bụng cũng khác nhau. Âm ruột thường giảm hoặc tăng động. Dấu hiệu phúc mạc thường không có ở giai đoạn sớm, nhưng nếu xuất hiện thì cảnh báo giác nguy cơ thủng ruột sắp xảy ra.

NGUYÊN NHÂN / SINH LÝ BỆNH

Chức năng vận động và bài tiết của đại tràng được điều hòa bởi hệ thần kinh tự chủ: đại tràng lên nhận chỉ phối phó giao cảm từ hành não qua dây thần kinh phế vị (làm tăng nhu động), và chỉ phối giao cảm từ tủy sống (làm giảm nhu động). Người ta cho rằng rối loạn chức năng phó giao cảm là yếu tố chính dẫn đến hội chứng Ogilvie, tuy cơ chế chính xác vẫn chưa được xác định.

CHẨN ĐOÁN

CHẨN ĐOÁN PHÂN BIỆT

- Tắc ruột cơ học
- Xoắn ruột (Volvulus)
- Lồng ruột (Intussusception)
- Liệt ruột (Ileus)
- Đại tràng nhiễm độc phình to (Toxic megacolon)

Hộp E1 — Các Yếu Tố Lâm Sàng Dễ Dẫn Đến Hội Chứng Ogilvie / Tắc Ruột Già Cơ Năng Cấp Tính

Tim mạch

- Suy tim, đột quỵ
- Thiếu máu ruột

Bệnh nặng (Critical illness)

- Nhiễm khuẩn huyết nặng
- Viêm tụy cấp
- Sốc hoặc thiếu oxy máu

Hậu phẫu hoặc chấn thương

- Thao tác trên ruột trong phẫu thuật
- Viêm phúc mạc
- Bất động và mất nước
- Gãy đốt sống, khung chậu, hoặc háng / phẫu thuật
- Tụ máu sau phúc mạc

Yếu tố chuyển hóa

- Hạ kali máu và tăng đường huyết
- Suy giáp, đái tháo đường
- Suy gan hoặc suy thận
- Thoái hóa dạng bột (Amyloidosis)

Thuốc

- Thuốc chủ vận thụ thể α -adrenergic, dopamine
- Clonidine và dexmedetomidine
- Opioid
- Thuốc kháng cholinergic, thuốc chẹn kênh calci
- Thuốc chống loạn thần
- Thuốc chống trầm cảm
- Thuốc ức chế phosphodiesterase liều cao

Nhiễm trùng đường tiêu hóa

- Cytomegalovirus, herpes zoster
- Lao

Thần kinh

- Đứt ngang tủy sống
- Bệnh lý tủy sống thấp
- Bệnh Parkinson

Sản khoa

- Mô lấy thai
- Sinh thường

Nguồn: Vincent JL và cộng sự: Textbook of critical care, ấn bản 6, Philadelphia, 2011, Saunders.

KHAI THÁC BỆNH SỬ VÀ KHÁM (WORKUP)

- Hỏi bệnh sử cần tập trung vào diễn tiến chứng bụng được bệnh nhân cảm nhận, thời điểm trung tiện hoặc đại tiện gần nhất, cũng như xác định các yếu tố thuận lợi như phẫu thuật gần đây, bệnh nặng, và thay đổi thuốc gần đây.
- Khám thực thể cần tập trung đánh giá mức độ chứng bụng và gõ để tìm âm vang (tympanic) — đây là dấu hiệu đặc trưng của hội chứng Ogilvie. Cần khám bụng nhiều lần để đảm bảo không có dấu hiệu phúc mạc như phản ứng dội, đề kháng, hoặc co cứng — những dấu hiệu gợi ý nguy cơ thủng ruột sắp xảy ra hoặc đã xảy ra.
- Đánh giá xét nghiệm nên tập trung vào các bất thường chuyển hóa cũng như nhiễm toan lactic và tăng bạch cầu, đây có thể là thước đo mức độ nặng của bệnh nền cũng như dấu hiệu cảnh báo nguy cơ thủng ruột.
- Chụp X-quang bụng rất quan trọng để theo dõi mức độ chứng.

XÉT NGHIỆM

- Các bất thường chuyển hóa như hạ canxi máu, hạ magie máu, và hạ kali máu thường gặp và cần được điều chỉnh phù hợp.
- Tăng bạch cầu cũng như nhiễm toan lactic là các dấu hiệu của bệnh nền và nguy cơ thủng ruột sắp xảy ra.

CHẨN ĐOÁN HÌNH ẢNH

- X-quang bụng thẳng và đứng (Hình E1) quan trọng để xác định mức độ giãn đại tràng, thường liên quan đến manh tràng nhưng cũng có thể lan đến góc lách hoặc trực tràng. Các nếp haustra thường bình thường.
- CT scan hoặc X-quang có chụp cản quang là bắt buộc để xác định chẩn đoán và loại trừ tắc ruột cơ học nền.

Hình E1: X-quang bụng thẳng của bệnh nhân mắc hội chứng Ogilvie, 11 ngày sau phẫu thuật vỡ phình động mạch chủ bụng. Giãn đại tràng (có thể do thiếu máu) xuất hiện ở cả đại tràng phải và trái. Hội chứng được cải thiện sau điều trị bằng thuốc giãn mạch và neostigmine đường tĩnh mạch. (Nguồn: Vincent JL và cộng sự: Textbook of critical care, ấn bản 6, Philadelphia, 2011, Saunders.)

ĐIỀU TRỊ

Mục tiêu điều trị là giải áp đại tràng nhằm giảm khó chịu vùng bụng cho bệnh nhân, đồng thời hạn chế nguy cơ thiếu máu ruột hoặc thủng ruột thực sự. Hình E2 minh họa lưu đồ điều trị tắc ruột già cơ năng cấp tính.

ĐIỀU TRỊ KHÔNG DÙNG THUỐC

- Chăm sóc hỗ trợ với chụp X-quang bụng mỗi 12–24 giờ, khám bụng nhiều lần, loại bỏ các yếu tố thúc đẩy tiềm ẩn (thuốc, điều trị bệnh nền), điều chỉnh rối loạn điện giải, hạn chế ăn uống qua đường miệng, giải áp dạ dày bằng ống thông mũi–dạ dày hút liên tục ngắt quãng, giải áp trực tràng bằng ống thông trực tràng nối túi trọng lực, truyền dịch tĩnh mạch, khuyến khích vận động nếu có thể, và thay đổi tư thế bệnh nhân luân phiên nằm nghiêng phải, nghiêng trái, cũng như nằm sấp kê cao hông — tất cả đều là các biện pháp không dùng thuốc phù hợp ban đầu khi đại tràng chưa giãn quá 12 cm và chưa có đau bụng đáng kể.

- Giải áp qua nội soi đại tràng, có hoặc không đặt ống giải áp, thường là bước tiếp theo trong điều trị, mặc dù việc sử dụng kỹ thuật này vẫn còn gây tranh cãi vì một số nghiên cứu cho thấy phần lớn bệnh nhân tự khỏi trong vòng 48 giờ. Nguy cơ biến chứng khi nội soi đại tràng trong bối cảnh này là 3%, với tỷ lệ tử vong được báo cáo là 1%. Các nghiên cứu khác cho thấy tỷ lệ thành công của giải áp qua nội soi đại tràng là 69–90%.
- Giải áp qua nội soi đại tràng được chỉ định khi các biện pháp hỗ trợ thất bại, có dấu hiệu xấu đi trên lâm sàng, hoặc đường kính đại tràng trong khoảng 11–13 cm. Việc đặt ống giải áp tại thời điểm nội soi được cho là giúp giảm nhu cầu nội soi giải áp lặp lại — vốn cần thiết trong khoảng 40% trường hợp — nhưng chưa có thử nghiệm nào so sánh tỷ lệ giải áp lặp lại giữa có và không đặt ống.
- Các phương pháp xâm lấn tối thiểu thay thế, thường dành cho trường hợp giải áp nội soi thất bại, bao gồm mở manh tràng ra da qua da dưới hướng dẫn X-quang và mở đại tràng ra da qua nội soi — đây là các kỹ thuật tạo đường vào qua da để vừa giải áp vừa bơm rửa nhằm thúc đẩy lưu thông.
- Điều trị phẫu thuật được dành cho những trường hợp thất bại với các phương pháp xâm lấn tối thiểu hoặc bệnh nhân có viêm phúc mạc hoặc thủng ruột. Có thể thực hiện mở manh tràng ra da hoặc cắt nửa đại tràng phải trong trường hợp chưa thủng, trong khi mở hồi tràng ra da, cắt đại tràng, hoặc phẫu thuật Hartmann được thực hiện ở bệnh nhân đã thủng ruột hoặc thiếu máu ruột đáng kể.

ĐIỀU TRỊ NỘI KHOA CẤP TÍNH TOÀN THÂN

- Neostigmine là thuốc ức chế cholinesterase đường tĩnh mạch giúp giải áp đại tràng nhanh chóng ở 80–100% bệnh nhân phù hợp, với thời gian đáp ứng trung vị là 4 phút, liều khởi đầu 2 mg, nhưng đòi hỏi theo dõi tim mạch chặt chẽ khi dùng thuốc và có nhiều chống chỉ định. Cần điều chỉnh liều ở bệnh nhân bệnh thận mạn, và thận trọng ở bệnh nhân có rối loạn nhịp chậm, nhồi máu cơ tim gần đây, đang dùng thuốc chẹn beta, và hen phế quản. Atropine cần được chuẩn bị sẵn tại giường bệnh, và có thể cân nhắc dùng glycopyrrolate (thuốc kháng cholinergic) để giảm nguy cơ nhịp chậm và co thắt phế quản.
- Methylnaltrexone, một chất đối kháng thụ thể opioid tác động ngoại biên, cũng có thể được cân nhắc trong các trường hợp được cho là do opioid gây ra, tuy hiện còn ít dữ liệu ủng hộ việc sử dụng.

ĐIỀU TRỊ MẠN TÍNH

Không có.

Y HỌC BỔ SUNG VÀ THAY THẾ

Không có.

XỬ TRÍ TIẾP THEO (DISPOSITION)

- Cần theo dõi nội trú chặt chẽ cho đến khi chức năng ruột hồi phục tự nhiên và tình trạng chương bụng được giải quyết.

HỘI CHẨN CHUYÊN KHOA

Hội chứng Ogilvie được quản lý tốt nhất theo nhóm đa chuyên khoa gồm phẫu thuật viên và bác sĩ tiêu hóa. Việc dùng neostigmine ở bệnh nhân phù hợp hoặc nội soi giải áp nên được thực hiện ở bệnh nhân không có dấu hiệu phúc mạc. Nếu có bằng chứng thủng ruột, cần điều trị phẫu thuật.

NHỮNG ĐIỂM LƯU Ý QUAN TRỌNG

GHI CHÚ LÂM SÀNG

- Cần chăm sóc hỗ trợ tối đa trong tối đa 48 giờ, trừ khi có đau bụng đáng kể hoặc giãn đại tràng >12 cm trên hình ảnh học.
- Khuyến cáo sử dụng neostigmine ở bệnh nhân phù hợp.
- Nên thực hiện giải áp đại tràng qua nội soi, có hoặc không đặt ống giải áp, ở bệnh nhân thất bại với neostigmine hoặc có chống chỉ định dùng thuốc này.
- Các phương pháp xâm lấn tối thiểu qua X-quang can thiệp, nội soi, hoặc phẫu thuật hiếm khi cần thiết.

- Phẫu thuật chỉ dành cho bệnh nhân có dấu hiệu thủng ruột.
- Nên ngừng thuốc nhuận tràng đường uống khi có chẩn đoán, nhưng dùng lại khi đã giải áp thành công.

PHÒNG NGỪA

Hộp E2 mô tả một số chiến lược phòng ngừa hội chứng Ogilvie ở bệnh nhân nặng.

Tác giả: Jason D. Ferreira, MD

Hộp E2 — Chiến Lược Phòng Ngừa Hội Chứng Ogilvie Ở Bệnh Nhân Nặng

- Hồi sức tuần hoàn sớm
- Hạn chế truyền kéo dài liều cao thuốc α -adrenergic
- Hạn chế sử dụng dopamine
- Hạn chế sử dụng opioid kéo dài
- Sử dụng gây tê ngoài màng cứng vùng ngực
- Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu hoặc nội soi
- Khử nhiễm chọn lọc đường tiêu hóa
- Tránh dùng kháng sinh làm rối loạn hệ vi khuẩn kỵ khí ở phân
- Cho ăn sớm qua đường miệng hoặc đường ruột
- Tránh dùng thuốc ức chế bơm proton
- Vận động sớm và đi lại
- Thúc đẩy đại tiện đúng thời điểm, bằng:
 - Polyethylene glycol đường uống từ ngày thứ 4
 - Neostigmine đường tĩnh mạch từ ngày thứ 6

Nguồn: Vincent JL và cộng sự: Textbook of critical care, ấn bản 6, Philadelphia, 2011, Saunders.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Chudzinski AP, Thompson E. Acute colonic pseudoobstruction, Clin Colon Rectal Surg.
- Valle RG, Godoy F. Neostigmine for acute colonic pseudoobstruction: a meta-analysis, Ann Med Surg (Lond).
- Vogel JD và cộng sự. Clinical practice guidelines for colon volvulus and acute colonic pseudo-obstruction, Dis Colon Rectum.
- Wells CI và cộng sự. Acute colonic pseudoobstruction: a systematic review of aetiology and mechanisms, World J Gastroenterol.

Lưu ý: Đây là bản dịch tham khảo phục vụ mục đích học tập; không thay thế cho tài liệu y khoa gốc hoặc chỉ định điều trị lâm sàng.