



NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP CHẢY MÁU Ổ BỤNG TỰ PHÁT DO TỔN THƯƠNG ĐỘNG MẠCH VỊ PHẢI ĐƯỢC CHẨN ĐOÁN BẰNG CHỤP CẮT LỚP VI TÍNH

Acute abdominal hemorrhage by gastric atery aneurysm rupture- Case report

Bùi Hoàng Tú, Phạm Quốc Thành*, Nguyễn Đình Hùng***

SUMMARY

We show the case of acute abdominal hemorrhage by gastric atery aneurysm rupture that was diagnosed and treated in Viet Tiep Hospital, Hai Phong.

The female patient who was attended to hospital in acute lost blood volume. The patient was examined by US and abdominal CT scanner. The diagnosis was gastric atery aneurysm rupture. The patient was treated by surgery 4/5 gastroectomy because of gastric necrosis. In our experience, the large blood clot in lesser sac, increase arterial diameter and leak of contrast agent were suggested of diagnosis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Chảy máu ổ bụng tự phát được định nghĩa là sự xuất hiện của máu trong ổ bụng từ một nguyên nhân không do chấn thương hoặc từ các phương pháp khám - điều trị bệnh. Nguyên nhân chủ yếu chảy máu ổ bụng tự phát là từ các tạng đặc trong ổ bụng (gan, lách, thận...), phụ khoa, các bệnh liên quan đến đông máu và mạch máu. Với các tổn thương chảy máu ổ bụng do tổn thương mạch thì thường gặp do tổn thương vỡ phình động mạch tạng [1]. Phình động mạch lách là tổn thương phình động mạch phổ biến nhất, tiếp theo là động mạch gan và động mạch mạc treo. Phình nhánh động mạch bờ cong dạ dày hiếm gặp chỉ chiếm một tỉ lệ rất nhỏ (4%) và tỉ lệ biến chứng của vỡ phình lên đến 90% nên việc chẩn đoán sớm sẽ giúp cho việc điều trị cho bệnh nhân được tốt hơn [10].

Chúng tôi trình bày một trường hợp nữ 55 tuổi với các triệu chứng đau bụng, hạ huyết áp, sốc do mất máu được chẩn đoán vỡ phình động mạch vị phải trên chụp cắt lớp vi tính (CLVT) 64 dãy đầu dò và được điều trị bằng phẫu thuật.

II. GIỚI THIỆU BỆNH ÁN

- Họ tên: Mai Thị L..., 55 tuổi. Mã hồ sơ: 10581/13.
- Địa chỉ: Quảng Hanh, Cẩm Phả, Quảng Ninh.

* * Trường Đại học Y Hải Phòng

** Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng

- Tiền sử: mổ cắt bán phần tử cung do nhân xơ TC cách đây 12 năm. Đái tháo đường phát hiện cách 5 năm, điều trị uống thuốc thường xuyên.

- Bệnh sử: bệnh nhân đi ô tô từ Quảng Ninh sang Hải Phòng bị say xe, buồn nôn và nôn nhiều. Đến 15h ngày 06/04/2013 bệnh nhân xuất hiện đau bụng đột ngột vùng HSP vào cấp cứu Bệnh viện Kiến An, chuyển viện Việt Tiệp Hải Phòng.

- Khám: bệnh nhân tỉnh, không khó thở, da và niêm mạc nhợt.

Bụng chướng hơi, gõ vang. Nắn đau vùng thượng vị và hạ sườn phải. Không rõ phản ứng thành bụng.

Mạch: 100 lần/phút. Huyết áp 110/70mmHg.

- Xét nghiệm:

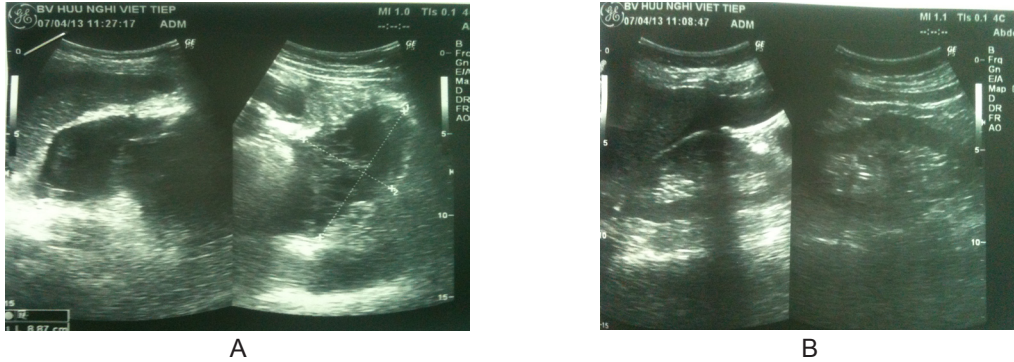
+ CTM (11h30 ngày 7/04/2013): HC 2.77, Hb 82, Hematocrit 0,241. BC: 6.1, TC 138.

+ SHM: Urê: 4.4mmol/l, Glucose: 12.3 mmol/l, Creatinine: 60.1ymol/l.

- Siêu âm: khối máu cục nằm giữa dạ dày và đuôi tụy kích thước 51x27mm và nhiều dịch máu ổ bụng.

Gan trái có nang nhỏ.

Động mạch chủ bụng: kích thước bình thường, không thấy hình ảnh phình tách. Lách, tụy và hai thận không thấy hình ảnh bất thường.



Hình 1. Hình ảnh siêu âm khối máu tụ (A) và nhiều dịch tự do ổ bụng: dịch ở khoang Morrison (B)

- Chụp CLVT: Gan to, chủ yếu gan trái, nang gan trái kích thước 15mm.

Đường mật – túi mật bình thường.

Lách – Tụy: không thấy hình ảnh bất thường.

Hai thận không to, không thấy hình ảnh khối bất thường. Không giãn đài bể thận, không sỏi.

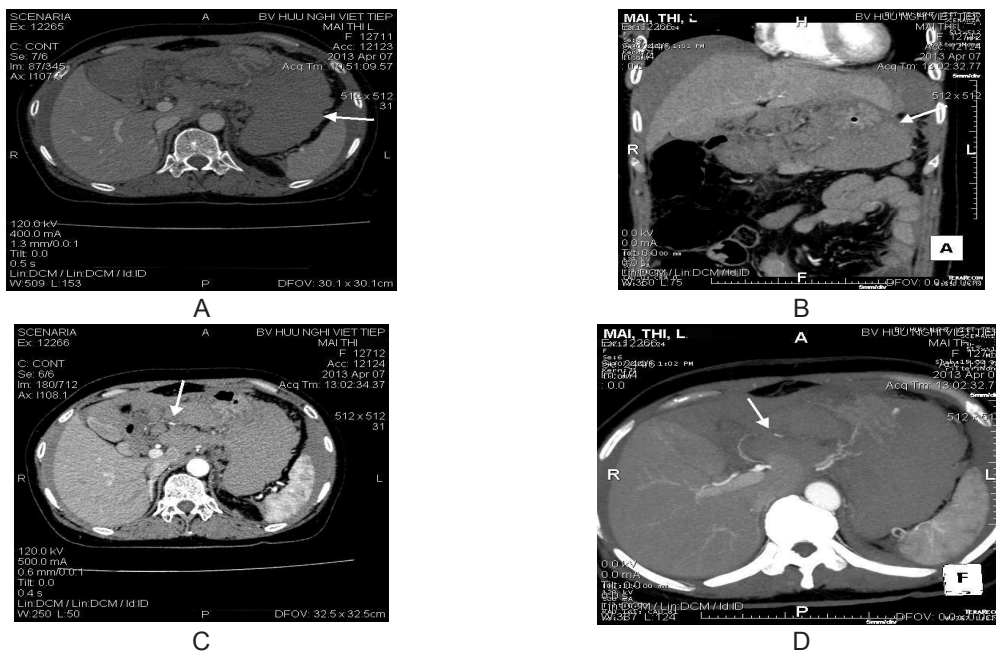
Bàng quang bình thường, không có hình ảnh khối, máu cục.

Khối máu tụ cạnh dạ dày kích thước 100x84mm và nhiều dịch tự do ổ bụng.

Động mạch chủ bụng bình thường. Các nhánh động mạch mạc treo tràng trên và động mạch thận hai bên không thấy hình ảnh bất thường.

Động mạch thân tạng, động mạch gan, động mạch lách kích thước bình thường. Nhánh động mạch vị phải có hình ảnh đoạn tăng kích thước 6,5x3mm và có máu cục tăng tỉ trọng xung quanh.

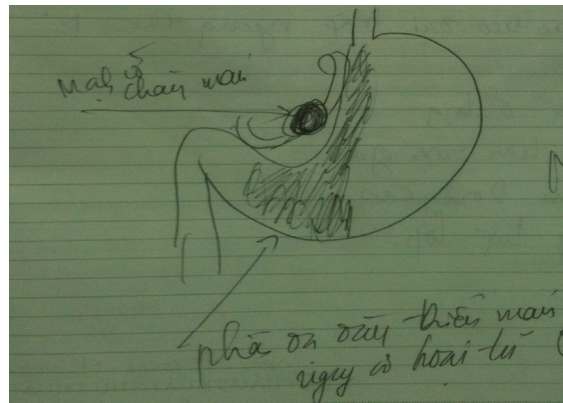
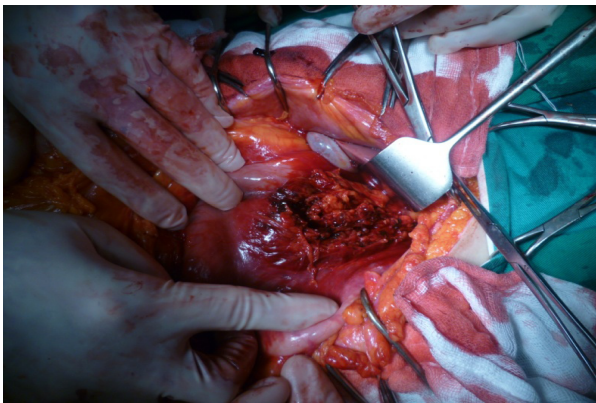
KL: Hình ảnh nhiều dịch máu ổ bụng nghi do vỡ phình động mạch vị phải. Nang gan trái.



Hình 2. Hình ảnh chụp CLVT ổ bụng. Khối máu tụ (A) và (B)
Vị trí động mạch vị phải bị tổn thương (C) và (D)

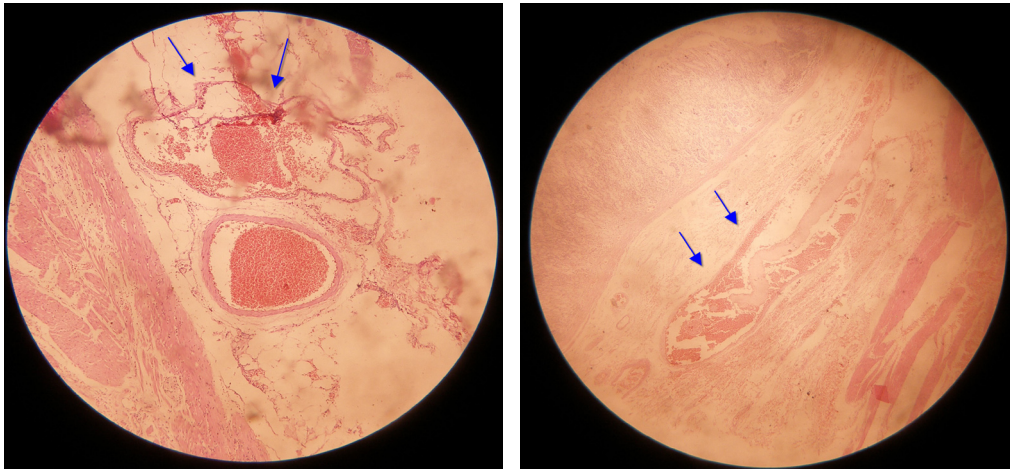
Bệnh nhân được chỉ định mổ cấp cứu:

- Rạch da vào ổ bụng có 1000ml máu loãng và 200gram máu cục.
- Kiểm tra động mạch bờ cong nhỏ chảy máu, nhiều máu cục.
- Dạ dày phần hang vị và BCN nguy cơ hoại tử.
- Cắt 4/5 dạ dày, nối dạ dày hồng tràng qua mạc treo đại tràng ngang.
- Kiểm tra, lau rửa ổ bụng, đặt dẫn lưu, đóng bụng từng lớp.



Hình 3. Hình ảnh phẫu thuật và mô tả vị trí tổn thương.

- Kết quả giải phẫu bệnh: hình ảnh tổn thương u mạch máu.



Hình 4. Hình ảnh vi thể mạch máu bất thường (mũi tên)

Bệnh nhân phục hồi tốt mà không có biến chứng phẫu thuật, xuất viện ổn định sau 10 ngày điều trị.

III. BÀN LUẬN

Chảy máu trong ổ phúc mạc vô căn lần đầu tiên được công bố bởi Barber vào năm 1909 và sau đó được gọi là “ngập máu ổ bụng” do Green và Power năm 1931. Tỷ lệ thực sự của nó vẫn chưa được thống kê [3]. Xuất huyết ổ bụng có thể gặp thứ phát sau chấn thương, vỡ phình (động mạch chủ hoặc nhánh động mạch tạng), khối u ác tính (gan, thận...) hoặc quá trình ăn mòn động mạch do viêm (giả nang hoặc viêm tụy). Nó cũng có thể không rõ nguyên nhân [6]. Chảy máu có thể gặp trong phúc mạc hoặc sau phúc mạc và thường kết hợp với bệnh lý tăng huyết

áp (33 - 50%) và xơ vữa động mạch (80 - 87%) [3],[4] và thường hay gặp chảy máu ổ bụng có tiền sử chấn thương. Chảy máu ổ bụng do tổn thương các mạch máu tạng rất hiếm gặp với tỉ lệ 0,1 - 10,4% trong báo cáo khám nghiệm tử thi [4], [8]. Các mạch tạng hay gặp tổn thương nhất lần lượt là động mạch lách (56%), động mạch gan (19%), động mạch mạc treo tràng trên (8%) và động mạch dạ dày (4%) [3]. Tỉ lệ vỡ động mạch vị là rất hiếm, chiếm 4,5% về nguồn gốc gây chảy máu tự phát ổ bụng.

Vỡ tự phát động mạch vị phải không rõ có phình động mạch là một nguyên nhân hiếm gặp [3]. Đã có một số báo cáo trường hợp về tổn thương chảy máu ổ bụng tự phát do tổn thương mạch nuôi dạ dày nhưng chủ yếu do tổn thương vỡ phình mạch [3]. Trước đó nguyên nhân chảy máu ổ bụng không rõ nguyên nhân được cho là liên quan đến các bệnh mạch máu bao gồm xơ vữa động mạch và tăng huyết áp như một yếu tố nguy cơ [2]. Cơ chế thường không rõ ràng, nhưng có khả năng do sự yếu kém về thành mạch và có sự tăng áp lực đột ngột nên gây vỡ thành mạch [5]. Vì vậy chúng tôi đưa ra giả thiết cơ chế chảy máu ổ bụng ở bệnh nhân chúng tôi gặp có tiền sử đái tháo đường gây yếu thành mạch kèm theo có nôn nhiều do say xe gây tăng áp lực ổ bụng.

Diễn biến và sự tiến triển lâm sàng của chảy máu ổ bụng thường không thể biết trước được mà phải theo dõi thường xuyên. Trước khi có vỡ mạch máu, bệnh nhân có thể có triệu chứng đau bụng mơ hồ nhưng thường bị bỏ qua, kiểm tra sức khỏe thường là bình thường và khó có thể phát hiện bệnh lý. Triệu chứng của một chảy máu ổ bụng cấp được chia làm 3 giai đoạn chính: giai đoạn đầu đau bụng từ nhẹ đến nặng, một giai đoạn tiềm ẩn không có triệu chứng đặc biệt có thể kéo dài vài giờ đến vài ngày và giai đoạn cuối cùng bệnh nhân thường gặp sự tiến triển cấp tính các triệu chứng đặc biệt là đau bụng [5] và triệu chứng đau bụng đột ngột tăng lên gặp ở trường hợp này. Các triệu chứng lâm sàng và khám lâm sàng cho thấy bệnh nhân mất máu cấp. Siêu âm được sử dụng cho việc tìm vị trí gây mất máu cấp và khẳng định bệnh nhân có chảy máu ổ bụng và loại trừ các nguyên nhân tổn thương ở các tạng.

Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng có sử dụng thuốc cản

quang tĩnh mạch là một xét nghiệm quan trọng để có thể đánh giá các mạch máu và nó giúp cho việc tìm các tổn thương thuốc cản quang lan ra ngoài thành mạch khi có tổn thương [9],[7]. Trong trường hợp này chúng tôi nhận thấy có chảy máu ổ bụng và khối máu cục nằm cạnh dạ dày và đuôi tụy mà không tìm thấy tổn thương như vỡ các khối u, viêm tụy và biến chứng viêm tụy mà thấy hình ảnh tăng kích thước của động mạch vị phải, có lan thuốc cản quang ra xung quanh nên đưa ra kết luận chảy máu ổ bụng do tổn thương vỡ mạch vị phải. Bệnh nhân đã được phẫu thuật và khẳng định tổn thương động mạch bờ cong nhỏ, có nhiều máu cục xung quanh, thiếu máu dạ dày.

Trường hợp bệnh nhân của chúng tôi, vì lý do chẩn đoán muộn (bệnh nhân đã được khám và chẩn đoán ở cơ sở y tế khác với chẩn đoán là u gan trái vỡ) nên điều trị không kịp thời, dẫn đến thiếu máu dạ dày kéo dài và phải cắt 4/5 dạ dày.

Điều trị chảy máu ổ bụng tự phát giống như các tổn thương chảy máu khác là xoay quanh hồi sức tích cực và bù thể tích tuần hoàn giúp cho việc can thiệp ngoại khoa tốt hơn. Việc phẫu thuật bao gồm cắt bỏ các khối phình động mạch, thắt mạch máu nuôi dưỡng hoặc các phương pháp tái thiết động mạch [8]. Ngoài ra còn có thể can thiệp nội mạch bằng cách lấp đầy túi phình với các vật liệu khác nhau. Nếu không được phẫu thuật có tỉ lệ tử vong là 100%, thắt động mạch làm giảm tỉ lệ tử vong xuống còn 8,6% [5].

IV. KẾT LUẬN

Chảy máu ổ bụng tự phát do tổn thương mạch tạng, đặc biệt là động mạch vị là trường hợp rất hiếm gặp. Với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng có thể chẩn đoán được tình trạng mất máu cấp. Chẩn đoán hình ảnh, đặc biệt là chụp CLVT có thuốc cản quang đường tĩnh mạch giúp cho việc xác định các nguyên nhân gây chảy máu từ các tạng đặc hoặc các tổn thương mạch máu một cách chính xác và rõ ràng nhất. Kinh nghiệm của chúng tôi qua trường hợp này, đó là sự thoát thuốc cản quang và tăng kích thước mạch máu và thêm vào đó, vị trí của tụ máu chính ở trong ổ bụng (máu tụ ở mạc nối nhỏ) cũng là dấu hiệu gợi ý của tổn thương vỡ phình động mạch.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Alessandro Furlan, Saeed Fakhran và Michael P. Federle “Spontaneous Abdominal Hemorrhage: Causes, CT Findings, and Clinical Implications”, *American Journal of Roentgenology*, 2009;193:1077-1087.
2. Carr SR, Dinsmore RC, Wilkinson NW: “Idiopathic spontaneous intraperitoneal hemorrhage: a clinical update on abdominal apoplexy in the year 2001”. *Am Surg*, 2001, **67**:374-6.
3. Jadav M, Ducheine Y, Brief D, Carter L, McWhite T, Hardy J: “Abdominal Apoplexy: A Case Study of the Spontaneous Rupture of the Gastroepiploic Artery”. *Curr Surg*, 2004, **61**:370-372.
4. Jakschik J, Decker D, Vogel H, Hirner A “Acute upper gastrointestinal haemorrhage caused by ruptured aneurysm of the right gastroepiploic artery”. *Zentralbl Chir*. 1993, **118**(3):157-159.
5. Karim IM Hassani, Ali Bounekar, Jean-Manuel Gruss: “Spontaneous rupture of the right gastroepiploic artery: unusual cause of acute abdomen and shock”, *World Journal of Emergency Surgery* 2009, **4**:24.
6. Kleinsasser LJ: “Abdominal apoplexy: report of two cases and review of the literature”. *Am J Surg* 1970, **120**:623-628.
7. Mortelet KJ, Cantisani V, Brown DL, Ros PR: “Spontaneous intraperitoneal hemorrhage: imaging features”. *Radiol Clin North Am* 2003, **41**:1183-201.
8. Panayiotopoulos YP, Assadourian R, Taylor PR: “Aneurysms of the visceral and renal arteries”. *Ann R Coll Surg Engl*, 1996, **78**:412-9.
9. Rohatgi AA, Cherian TT “Spontaneous rupture of a left gastroepiploic artery aneurysm”. *J Postgrad Med* 2002, **48**:288-9
10. Walter M, Opitz I, Lohr G “Symptomatic aneurysm of the right gastroepiploic artery”. *Chirurg* 2001;72:437-40.

TÓM TẮT

Chúng tôi báo cáo ca lâm sàng chảy máu trong ổ bụng do vỡ phình ĐM vị được chẩn đoán và điều trị tại Bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng. Bệnh nhân nữ vào viện do mất máu, kết quả Siêu âm và CLVT chẩn đoán vỡ phình động mạch vị gây chảy máu ổ bụng. Bệnh nhân được phẫu thuật dốt 4/5 dạ dày do hoại tử. Hình ảnh tụ máu lớn mạc nối bé, kèm tăng kích thước động mạch và thoát thuốc cản quang gợi ý chẩn đoán bệnh lý.
