

ACUTE COLONAL PSEUDOMOCOLIC OBSTRUCTION WITH ACUTE COLONIC PSEUDO OBSTRUCTION DEVICE: A CASE AND LITERATURE REVIEW

Nguyen Van Truong, Diem Dang Binh, Ho Huu An*,
Tran Tuan Linh, Pham Thi Hue, Nguyen Thu Trang, Nguyen Thi Hong Nguyen

108 Military Central Hospital - 1 Tran Hung Dao, Hai Ba Trung Dist, Hanoi City, Vietnam

Received: 28/05/2025

Revised: 18/06/2025; Accepted: 10/07/2025

ABSTRACT

Background: Acute colonic pseudo-obstruction or Ogilvie's syndrome, is a rare condition characterized by significant colonic dilatation without mechanical obstruction. It is commonly observed in patients with multiple comorbidities, trauma, or postoperative status. Diagnosis and treatment remain clinical challenges, as delayed diagnosis and inappropriate management can lead to colonic ischemia or perforation.

Objective: To present a clinical case of Ogilvie's syndrome, emphasizing the importance of early recognition and appropriate intervention to prevent complications.

Case presentation: A 72-year-old male patient with a history of Parkinson's disease, type 2 diabetes mellitus, and left nephrectomy for renal tumor (5 years prior) presented with episodic abdominal pain, abdominal distension, and obstipation. Despite initial conservative treatment in an internal medicine department, his condition did not improve. On the 8th day of illness, he was admitted to the emergency department of 108 Military Central Hospital with nausea, vomiting, obstipation, severe electrolyte imbalance, abdominal pain, marked distension, and prominent bowel loops. An abdominal X-ray showed significant colonic dilatation, while an abdominal CT scan revealed generalized colonic dilatation, and the findings suggested sigmoid volvulus. The patient underwent emergency surgery, where intraoperative findings confirmed diffuse colonic dilatation without clear evidence of mechanical obstruction at the sigmoid colon. Postoperative diagnosis consisted of Ogilvie's syndrome.

Conclusion: Ogilvie's syndrome is a rare but potentially fatal condition with a relatively high mortality rate. Early management, including conservative measures and decompression via colonoscopy, is crucial. Rapid colonic distension can lead to perforation and generalized peritonitis, necessitating timely surgical intervention. Prompt diagnosis and appropriate treatment play a critical role in reducing complications and mortality.

Keywords: Acute colonic pseudo-obstruction, Ogilvie's syndrome.

*Corresponding author

Email: Bs.hohuuan83@gmail.com **Phone:** (+84) 912842616 **Https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2855**

TẮC NGHẼN GIẢ ĐẠI TRÀNG CẤP TÍNH: NHÂN MỘT TRƯỜNG HỢP VÀ TỔNG QUAN Y VĂN

Nguyễn Văn Trường, Diêm Đăng Bình, Hồ Hữu An*,
Trần Tuấn Linh, Phạm Thị Huế, Nguyễn Thu Trang, Nguyễn Thị Hồng Nguyên

Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 - 1 Trần Hưng Đạo, Q. Hai Bà Trưng, Tp. Hà Nội, Việt Nam

Ngày nhận: 28/05/2025

Ngày sửa: 18/06/2025; Ngày đăng: 10/07/2025

ABSTRACT

Đặt vấn đề: Tắc đại tràng giả cấp tính hay còn được gọi là hội chứng Ogilvie là một căn bệnh rất hiếm gặp biểu hiện với tình trạng giãn lớn đại tràng không do tắc nghẽn cơ học, thường gặp ở bệnh nhân có nhiều bệnh kết hợp, chấn thương hoặc sau phẫu thuật. Tuy nhiên, việc chẩn đoán và điều trị vẫn là thách thức trên lâm sàng; nếu chẩn đoán muộn, điều trị không đúng có thể dẫn đến thiếu máu hoặc thủng đại tràng.

Mục tiêu: Mô tả trường hợp lâm sàng của một bệnh nhân mắc hội chứng Ogilvie. Việc phổ biến kiến thức về căn bệnh hiếm gặp này có thể góp phần vào quá trình chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả tránh biến chứng.

Ca lâm sàng: Bệnh nhân nam, 72 tuổi, tiền sử Parkinson, đái tháo đường typ 2, cắt thận trái do u năm thứ 5. Bệnh nhân biểu hiện đau bụng cơn, bụng chướng, bí trung đại tiện, sau đó đã điều trị khoa nội khoa, tuy nhiên tình trạng bệnh nhân không cải thiện, bệnh nhân đến Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 ngày thứ 8 của bệnh với tình trạng buồn nôn, nôn, bí trung đại tiện, rối loạn điện giải nặng, đau bụng, bụng chướng căng, quai ruột nổi rõ. Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh giãn lớn khung đại tràng. Chụp cắt lớp vi tính bụng thấy hình ảnh giãn lớn toàn bộ khung đại tràng; hình ảnh tắc ruột thấp nghi do xoắn đại tràng Sigma. Bệnh nhân đã được phẫu thuật cấp cứu trong mổ, kiểm tra thấy giãn toàn bộ khung đại tràng, không thấy tắc nghẽn rõ ràng ở đại tràng Sigma, chẩn đoán sau mổ tương ứng với hội chứng Ogilvie.

Kết luận: Hội chứng Ogilvie là một căn bệnh hiếm gặp với tỷ lệ tử vong tương đối cao. Về điều trị kết hợp các phương pháp điều trị bảo tồn, nội soi đại tràng để giảm áp cần được tiến hành sớm. Kích thích đại tràng tăng nhanh có thể dẫn đến thủng và viêm phúc mạc toàn thể dẫn đến tử vong; do đó phẫu thuật cần đặt ra ở thời điểm phù hợp. Thời gian đóng vai trò quan trọng trong quá trình chẩn đoán và điều trị để hạn chế biến chứng và tỷ lệ tử vong.

Từ khóa: Tắc nghẽn đại tràng cấp tính, hội chứng Ogilvie.

1. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc nghẽn giả đại tràng cấp tính, còn được gọi là hội chứng Ogilvie, là một tình trạng tương đối hiếm gặp, được mô tả lần đầu tiên vào năm 1948 ở 2 bệnh nhân bởi Sir William Ogilvie [1]. Tình trạng này đi kèm với tiêu chảy, hạ natri máu và hạ kali máu [2]. Bệnh được đặc trưng bởi sự giãn cấp tính của đại tràng mà không có bất kỳ tắc nghẽn cơ học nào bên trong lòng ruột hoặc từ bên ngoài. Theo Wells C.I và cộng sự, nguyên nhân chính là do rối loạn chức năng tự chủ của đại tràng đi kèm với các yếu tố nguy cơ [3]. Theo nghiên cứu, tình trạng này thường xảy ra ở những bệnh nhân bị bệnh nặng, chấn thương hoặc

sau phẫu thuật và tỷ lệ mắc là 100 bệnh nhân trên 100.000 người, với tỷ lệ tử vong là 8% [4]. Tỷ lệ biến chứng thủng hoặc hoại tử đại tràng là 15%. Khi có biến chứng thì tỷ lệ tử vong tăng rất cao, tới 45% [3], [4]. Do đó, việc chẩn đoán sớm và biện pháp điều trị phù hợp là những yếu tố quan trọng quyết định tiên lượng [4]. Việc phổ biến kiến thức về căn bệnh hiếm gặp này có thể góp phần vào quá trình chẩn đoán sớm và điều trị hiệu quả tránh biến chứng. Chúng tôi giới thiệu trường hợp lâm sàng của một bệnh nhân mắc hội chứng Ogilvie.

*Tác giả liên hệ

Email: Bs.hohuuan83@gmail.com Điện thoại: (+84) 912842616 <https://doi.org/10.52163/yhc.v66i4.2855>

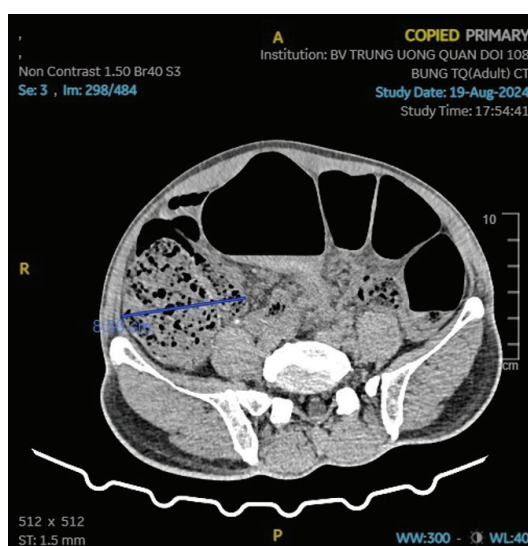
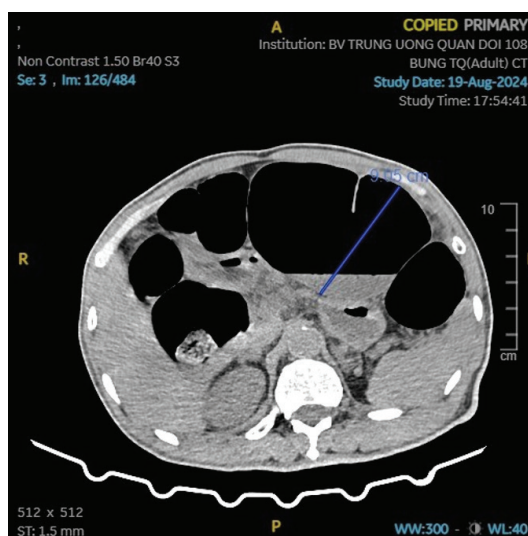
2. CA LÂM SÀNG

Bệnh nhân nam, 72 tuổi, tiền sử Parkinson, đái tháo đường typ 2, đã cắt thận trái do u năm thứ 5. Bệnh nhân biểu hiện chướng bụng tăng dần, đau bụng cơn, bí trung đại tiện, vào khoa cấp cứu được chụp cắt lớp vi tính ổ bụng thấy tình trạng giãn toàn bộ khung đại tràng. Vào khoa nội tiêu hóa điều trị với chẩn đoán: bán tắc ruột do táo bón trên bệnh nhân Parkinson, đái tháo đường typ 2. Bệnh nhân được thực tháo, bù dịch - điện giải, dùng thuốc nhuận tràng. Sau 3 ngày điều trị, bệnh nhân ổn định và ra viện. Ngày thứ 8 của bệnh, bệnh nhân vào Khoa Cấp cứu, Bệnh viện Trung ương Quân đội 108 với tình trạng buồn nôn, nôn, đau bụng, chướng bụng căng. Khám bụng thấy bụng chướng đều, bụng mềm, quai ruột nổi rõ, bí trung đại tiện.

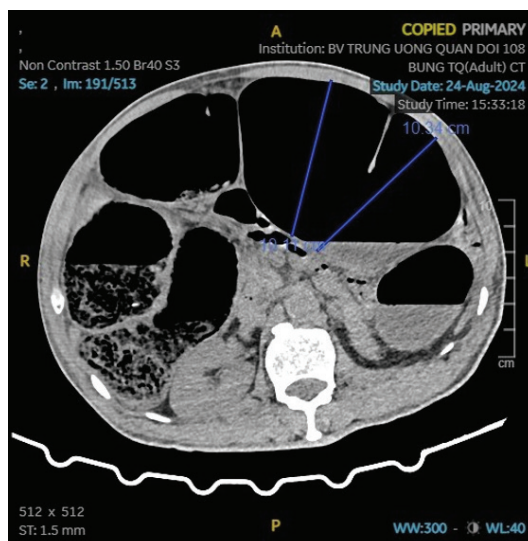
Chụp X quang bụng không chuẩn bị thấy hình ảnh giãn lớn quai đại tràng, theo dõi tắc ruột thấp (hình 1). Chụp cắt lớp vi tính bụng thấy hình ảnh giãn lớn toàn bộ khung đại tràng, hình ảnh tắc ruột thấp nghi do xoắn (hình 2). Bệnh nhân đã được phẫu thuật cấp cứu. Trong mổ kiểm tra thấy các quai ruột non không giãn, giãn toàn bộ khung đại tràng, không thấy nguyên nhân tắc ruột ở đại tràng. Bệnh nhân được làm hậu môn nhân tạo đại tràng Sigma để giảm áp đại tràng. Sau mổ, điều trị hỗ trợ bằng Neostigmin, bù kali. Bệnh nhân diễn biến ổn định. Qua hồi cứu về tiền sử, bệnh sử, cận lâm sàng và tổn thương trong mổ, chúng tôi thấy bệnh lý này phù hợp với hội chứng Ogilvie: giãn đại tràng giả cấp tính.

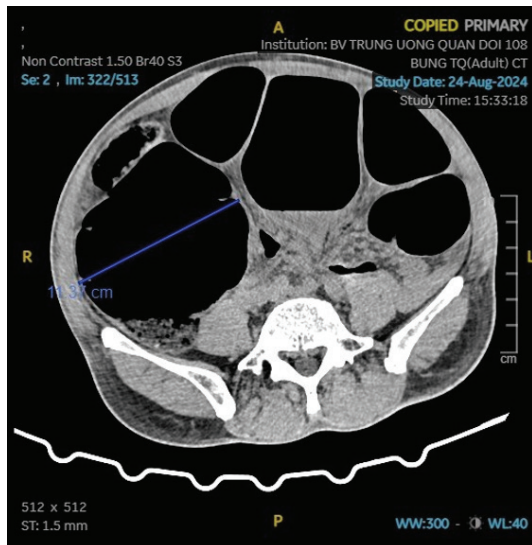


Hình 1. Hình ảnh chụp X quang bụng không chuẩn bị

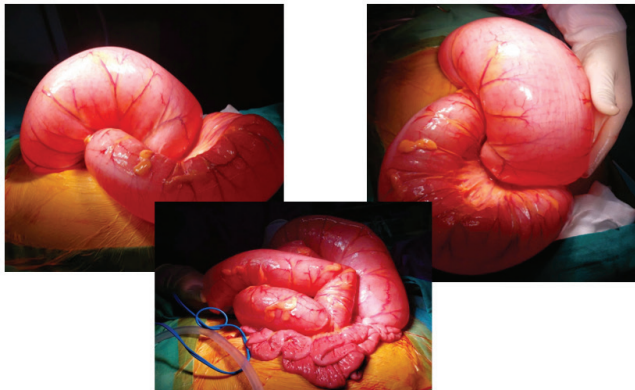


Hình 2. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ngày thứ 3 của bệnh





Hình 3. Hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ngày thứ 8 của bệnh



Hình 4. Hình ảnh giãn lớn khung đại tràng trong mô

3. BÀN LUẬN

Hội chứng Ogilvie lần đầu tiên được Sir William Ogilvie mô tả vào năm 1948 [5]. Hội chứng này được đặc trưng bởi tình trạng giãn đại tràng cấp tính không phải do tắc nghẽn cơ học ở đại tràng. Nguyên nhân vẫn chưa được hiểu rõ, với giả thuyết phổ biến là mất cân bằng trong sự chi phối tự chủ của đại tràng [4], [6]. Hội chứng Ogilvie tương đối hiếm gặp, với tỷ lệ mắc ước tính là 1/1000 (0,1%) bệnh nhân hay gặp ở nam giới trên 60 tuổi [6-8].

Hội chứng Ogilvie thường xảy ra sau một yếu tố khởi phát như chấn thương, đợt cấp của bệnh mạn tính hoặc phẫu thuật [4].

Bảng 1. Các yếu tố nguy cơ liên quan đến hội chứng Ogilvie

Nguyên nhân	Yếu tố nguy cơ
Phẫu thuật	Phẫu thuật tim, ghép tạng, phẫu thuật chỉnh hình, phẫu thuật cột sống, phẫu thuật tiết niệu
Nguyên nhân tim mạch	Sốc tim, nhồi máu cơ tim, suy tim, bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính
Bệnh lý thần kinh	Bệnh Parkinson, bệnh Alzheimer, đột quỵ, chấn thương tủy sống
Rối loạn chuyển hóa	Mất cân bằng điện giải, tiểu đường, suy thận, suy gan
Do thuốc	Nhóm Opiate, thuốc chống Parkinson, thuốc kháng cholinergic, thuốc chống loạn thần, hóa trị liệu gây độc tế bào
Sản, phụ khoa	Phẫu thuật lấy thai, tiền sản giật, phẫu thuật vùng chậu
Nhiễm trùng	Lây nhiễm virus Varicella-zoster, Herpes, Cytomegalovirus
Nguyên nhân khác	Bỏng, chấn thương, nhiễm khuẩn huyết

Theo nghiên cứu của Vanek và cộng sự với 400 bệnh nhân thì hội chứng Ogilvie xảy ra sau phẫu thuật (49%), do bệnh lý kết hợp khác (45%), không rõ nguyên nhân (6%). Trong các nguyên nhân sau mổ thì sau mổ lấy thai là nguyên nhân hay gặp nhất ở nữ; sau mổ tiết niệu là nguyên nhân hay gặp nhất ở nam và thứ 2 ở nữ [6]. Trên bệnh nhân của chúng tôi, có 3 yếu tố nguy cơ, đó là: Parkinson, đái tháo đường, mổ cắt thận. Theo phân tích 400 bệnh nhân bị hội chứng Ogilvie, các triệu chứng của bệnh nhân bao gồm: chướng bụng (100%), buồn nôn (63%), nôn (57%), đau bụng (83%), táo bón (51%), tiêu chảy (41%). Khi bệnh nhân bị thiếu máu cục bộ hoặc thủng thì tỷ lệ sốt cao hơn xảy ra ở 78% bệnh nhân [6].

Theo Haj M và cộng sự, một trong những rối loạn điện giải thường gặp nhất ở những bệnh nhân mắc hội chứng Ogilvie là hạ canxi máu, gặp trong 62% bệnh nhân, hạ kali máu (kali máu < 3,5 mmol/l) gặp ở 35% bệnh nhân [9]. Bệnh nhân của chúng tôi có tình trạng hạ kali máu trước, trong và sau mổ.

Chẩn đoán hội chứng Ogilvie cần dựa vào phim chụp chẩn đoán hình ảnh để loại trừ tắc nghẽn cơ học. Chụp cắt lớp vi tính có tiêm thuốc cản quang là tiêu chuẩn chẩn đoán. Hình ảnh trên cắt lớp vi tính là giãn đại tràng trên 9 cm và không có nguyên nhân

gây tắc nghẽn cơ học. Ngoài ra, còn góp phần chẩn đoán các biến chứng của hội chứng Ogilvie như thiếu máu cục bộ với hình ảnh đặc trưng là sự phù nề niêm mạc đại tràng, biến chứng thủng đại tràng với hình ảnh khí tự do trong ổ bụng [10]. Phim X quang bụng không chuẩn bị có thể được sử dụng để đánh giá tiến triển của tình trạng giãn đại tràng.

Chẩn đoán hội chứng Ogilvie cần có bằng chứng tình trạng giãn đại tràng trên 9 cm [9]; vị trí giãn đại tràng phổ biến nhất là manh tràng và/hoặc đại tràng phải (76%), ngoài ra có thể gặp ở đại tràng trái (16%) và giãn toàn bộ đại tràng (8%) [9]. Bệnh nhân của chúng tôi trên hình ảnh chụp cắt lớp vi tính ổ bụng vào ngày thứ 8 của bệnh thấy giãn toàn bộ đại tràng với đường kính là 10,34 cm, manh tràng giãn 11,3 cm.

Điều trị bảo tồn được chỉ định tiến hành trong 72 giờ đầu tiên và không có giãn manh tràng lớn hoặc không có dấu hiệu thủng hoặc viêm phúc mạc [6], [11]. Điều trị bảo tồn bao gồm đặt sonde dạ dày, nhịn ăn, nuôi dưỡng tĩnh mạch, điều chỉnh cân bằng nước - điện giải. Thụt tháo, đặt sonde trực tràng và soi đại tràng Sigma hiếm khi có tác dụng trong việc giải quyết tình trạng giãn đại tràng. Cần theo dõi bệnh nhân bằng khám lâm sàng, chụp X quang bụng không chuẩn bị mỗi 12 đến 24 giờ để theo dõi đường kính manh tràng và phát hiện khí tự do [1]. Neostigmine đã được sử dụng trong điều trị bảo tồn hội chứng Ogilvie. Mặc dù có hiệu quả trong điều trị hội chứng Ogilvie, nhưng có nhiều tác dụng phụ khác nhau như đau bụng tăng lên, nhịp tim chậm và ngất xỉu. Những bệnh nhân mắc hội chứng Ogilvie đang dùng Neostigmine cần được theo dõi bằng monitor và tiêm Atropine ngay khi có chỉ định [9].

Giảm áp nội soi đại tràng cho tình trạng tắc nghẽn giả cấp tính của đại tràng lần đầu tiên được mô tả vào năm 1977 bởi Kukora và Dent. Trong nghiên cứu của Vanek V.W và cộng sự, nội soi đại tràng giảm áp được thực hiện ở 125 bệnh nhân với tỷ lệ thành công 82% và tỷ lệ tái phát 22% [6]. Nghiên cứu của Ross S.W và cộng sự đã chứng minh rằng nội soi đại tràng sớm đáp ứng điều trị tốt hơn và ít phải can thiệp phẫu thuật hơn so với Neostigmine đơn thuần [8].

Biến chứng nghiêm trọng nhất của hội chứng Ogilvie là thiếu máu cục bộ và thủng với những bệnh nhân có đường kính manh tràng lớn hơn 10 cm đến 12 cm và tăng lên ở bệnh nhân có thời gian bị bệnh vượt quá 6 ngày [12]. Đã có báo cáo về tình trạng thủng ở những bệnh nhân có đường kính manh tràng dưới 9 cm, đường kính manh tràng lớn hơn 12 cm cho thấy cần phải điều trị tích cực giảm áp đại tràng sớm [6], [10]. Các phương pháp phẫu thuật bao gồm: đặt ống thông manh tràng (tube cecostomy), dẫn lưu hồi tràng ra da, làm hậu môn nhân tạo đại tràng, cắt đại tràng phải hoặc cắt toàn bộ đại tràng. Quyết định trong khi phẫu thuật hội chứng Ogilvie tùy thuộc vào tình trạng của đại tràng và tình trạng của bệnh nhân [13].

4. KẾT LUẬN

Hội chứng Ogilvie là một căn bệnh hiếm gặp với tỷ lệ tử vong tương đối cao, do đó việc phổ biến kiến thức về căn bệnh này rất quan trọng. Về điều trị kết hợp các phương pháp điều trị bảo tồn, nội soi đại tràng để giảm áp cần được tiến hành sớm. Kích thước đại tràng tăng nhanh có thể dẫn đến thủng và viêm phúc mạc toàn thể dẫn đến tử vong, do đó phẫu thuật cần đặt ra ở thời điểm phù hợp. Thời gian đóng vai trò cực kỳ quan trọng trong quá trình chẩn đoán và điều trị để hạn chế biến chứng và tỷ lệ tử vong.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- [1] Zimna A.I, Wróblewski H, Wróblewska K et al. A 69-year-old patient with Ogilvie's syndrome - case report.
- [2] Sunnoqrot N, Reilly R.F. Hypokalemia Associated with Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome). *Case Rep Nephrol Dial*, 2015, 5 (2), 118-123.
- [3] Wells C.I, Paskaranandavadivel N, Du P et al. A novel mechanism for acute colonic pseudo-obstruction revealed by high-resolution manometry: A case report. *Physiol Rep*, 2021, 9 (13), e14950.
- [4] Wells C.I, O'Grady G, Bissett I.P. Acute colonic pseudo-obstruction: A systematic review of aetiology and mechanisms. *World J Gastroenterol*, 2017, 23 (30), 5634-5644.
- [5] Ogilvie H. Large-intestine colic due to sympathetic deprivation; a new clinical syndrome. *Br Med J*, 1948, 2 (4579), 671-673.
- [6] Vanek V.W, Al-Salti M. Acute pseudo-obstruction of the colon (Ogilvie's syndrome). An analysis of 400 cases. *Dis Colon Rectum*, 1986, 29 (3), 203-210.
- [7] Hamid A, Sabu J, Elhawary O et al. A Case of Acute Colonic Pseudo-Obstruction (Ogilvie's Syndrome) in a Nonsurgical Patient with Plasma Cell Leukemia. *Case Rep Nephrol*, 2022, 6431248.
- [8] Ross S.W, Oommen B, Wormer B.A et al. Acute Colonic Pseudo-obstruction: Defining the Epidemiology, Treatment, and Adverse Outcomes of Ogilvie's Syndrome. *Am Surg*, 2016, 82 (2), 102-111.
- [9] Haj M, Rockey D.C. Ogilvie's syndrome: management and outcomes. *Medicine (Baltimore)*, 2018, 97 (27), e11187.
- [10] Arthur T, Burgess A. Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Clin Colon Rectal Surg*, 2022, 35 (3), 221-226.
- [11] Sen A, Chokshi R. Update on the Diagnosis and Management of Acute Colonic Pseudo-obstruction (ACPO). *Curr Gastroenterol Rep*, 2023, 25 (9), 191-197.
- [12] Naveed M, Jamil L.H, Fujii-Lau L.L et al. Amer-

ican Society for Gastrointestinal Endoscopy guideline on the role of endoscopy in the management of acute colonic pseudo-obstruction and colonic volvulus. *Gastrointest Endosc*, 2020, 91 (2), 228-235.

[13] Vogel J.D, Feingold D.L, Stewart D.B et al. Clinical Practice Guidelines for Colon Volvulus and Acute Colonic Pseudo-Obstruction. *Dis Colon Rectum*, 2016, 59 (7), 589-600.

