

---

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

NGUYỄN VĂN HƯƠNG  
Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

### TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Đánh giá kết quả thái độ xử trí phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu 58 bệnh nhân phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng từ tháng 1/2010-12/2013 tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Tuổi trung bình  $66,16 \pm 12,5$  (32-86) tuổi; Nữ 35 (60,3%), Nam 23 (39,7%). Lý do vào viện đau bụng (100%), bí trung đại tiện (93,1%); các triệu chứng biểu hiện thường gặp là: bụng chướng (96,5%), bí trung đại tiện (98,3%), siêu âm có gợi ý hình ảnh tắc ruột (72,4%). Vị trí khối u, xử lý phẫu thuật: Ung thư đại tràng phải 24 (41,4%), cắt bỏ khối u nối ngay 10 (17,2%), cắt u và làm HMNT 13 (22,4%). Ung thư đại tràng ngang 5 (8,6%): Cắt u và làm HMNT 3 (5,2%), Cắt nối ngay 1 (1,7%), làm HMNT 1 (1,7%). Ung thư đại tràng trái 21 (36,2%): cắt u và làm HMNT 20 (34,5%). Ung thư trực tràng 8 (13,8%): phẫu thuật Hartmann 4 (6,9%), Cắt u 4 (6,9%). Kết quả điều trị: không gặp tử vong, biến chứng chung là 34,5%. **Kết luận:** Tắc ruột là biến chứng gặp nhiều của ung thư đại tràng phải và đại tràng trái. Khi xử trí tắc ruột do ung thư đại tràng cố gắng giải quyết tắc ruột và ung thư ngay thờ đầu với điều kiện cho phép; đối với ung thư trực tràng thờ cố gắng giải quyết tắc ruột và u nhưng nên làm HMNT.

**Từ khóa:** Tắc ruột, ung thư đại trực tràng, phẫu thuật.

### SUMMARY

ASSESSMENT RESULTS SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION COLORECTAL CANCER

**Objective:** Assessment and management attitudes emergency surgery results obstruction treatment of colorectal cancer.

**Material and method:** we performed a retrospective study describes 58 patients with emergency surgical treatment of obstruction due to colorectal cancer in the Nghe an General Friendship Hospital from January 2010 to december 2013.

**Results:** 58 patients with an average age of  $66.16 \pm 12.5$  (32-86) years old, Female 35 (60.3%), Male 23 (39.7%). The reason is the highest admission abdominal pain (100%) and being hit by defecation (93.1%); expression of the common symptoms are: abdominal distention (96.5%), being hit by defecation (98.3%), ultrasound images suggest intestinal obstruction (72.4%). Tumor location, surgical handling: right colon cancer to 24 (41.4%), to remove the tumor and circulate connection digest 10 (17.2%), cutting the tumor and do anal Artificial 13 (22.4%). Transverse colon cancer 5 (8.6%): Removal of the tumor and ostomies 3 (5.2%), tumor resection and gastrointestinal circulation connection 1 (1.7%), do ostomies 1 (1.7%). Left colon cancer 21 (36.2%) to remove the tumor and ostomies 20 (34.5%). Colorectal cancer 8 (13.8%): Surgical Hartmann 4 (6.9%), tumor resection and ostomies 4 (6.9%). Treatment outcomes: not meet death, common

complications is 34.5%

**Conclusions:** Obstruction is encountered multiple complications of colon cancer and colon to the left. When the management of obstruction due to colon cancer ileus trying to solve immediate and cancer patients with conditions allow, for cancer Rectal is trying to solve obstruction but u should do ostomies

**Keywords:** Obstruction, Colorectal Cancer, Surgical.

### ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) đứng hàng thứ 3 trên thế giới. Ở cộng đồng các nước phát triển, UTĐTT đứng hàng thứ hai, đang có xu hướng tăng lên ở mức thường gặp nhất. Đây là loại ung thư có liên quan chặt chẽ với chế độ dinh dưỡng. UTĐTT chủ yếu phát triển từ các tế bào tuyến của niêm mạc đại tràng, xâm lấn vào thành ruột lan ra các tổ chức xung quanh. Di căn theo hai đường: đường bạch huyết tới các nhóm hạch, đường máu tới gan, phổi, xương...

Tắc ruột là một biến chứng thường gặp nhất của UTĐTT. Trong nước, tỷ lệ này khoảng 12-15% [1], [4], [5]. Trong cấp cứu, xử lý tắc ruột do UTĐTT còn có nhiều ý kiến khác nhau: Cắt đại tràng 1 thì hoặc 2 thì; vấn đề đặt ra là cắt u ngay thì đầu hay làm hậu môn nhân tạo để giải quyết tắc ruột sau đó giải quyết thì 2 cắt u khi còn khả năng cắt được. Vấn đề thứ 2 là cắt u thì đầu thì cần nối ngay hay không. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này muốn nêu lên những nhận xét về thái độ xử trí trong cấp cứu và kết quả điều trị tắc ruột do UTĐTT.

### ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

#### 1. Đối tượng nghiên cứu.

Nghiên cứu 58 bệnh nhân được phẫu thuật cấp cứu điều trị tắc ruột do UTĐTT tại bệnh viện hữu nghị đa khoa Nghệ An trong 4 năm (1/2010 - 12/2013), không tính đến những trường hợp bán tắc ruột.

**2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu kết hợp tiến cứu.

#### 3. Các chỉ tiêu nghiên cứu:

Tuổi, giới, nghề nghiệp, chẩn đoán vị trí khối u, phương pháp xử lý phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, các biến chứng trong mổ, tổn thương giải phẫu bệnh, thời gian nằm viện sau mổ, các biến chứng sau mổ...

**4. phương pháp xử lý số liệu:** theo chương trình SPSS 16.0

### KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

58 BN tắc ruột do ung thư đại trực tràng được phẫu thuật cấp cứu tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An từ 1/2010 đến 12/2013, trong đó có 23 bệnh nhân nam chiếm 39,7% và 35 bệnh nhân nữ chiếm 60,3%; tuổi trung bình là  $66,16 \pm 12,5$  trong đó bệnh nhân tuổi thấp nhất là 32 tuổi và cao nhất là 86 tuổi, gặp nhiều nhất là độ tuổi 41-70.

Bảng 1. Lý do vào viện, triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng khi thăm khám

Lý do vào viện	BN	Tỷ lệ %
Suy kiệt	12	20,7
Đau bụng	58	100
Nôn	15	25,7
Chướng bụng	20	34,5
Bí trung tiện, đại tiện	54	93,1
Rối loạn đi cầu(són phân, ỉa máu..)	4	6,9
Các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng		
Bụng chướng	56	96,5
Nôn	25	43,1
Quai ruột nổi	24	41,4
Dấu hiệu rắn bò	20	34,5
U ổ bụng	12	20,7
Thăm trực tràng có u	5	8,6
X quang có mức nước, mức hơi	56	96,5
Siêu âm bụng có gợi ý dấu hiệu tắc ruột	42	72,4
Siêu âm bụng phát hiện khối u	38	65,5

Lý do vào viện là đau bụng 58/58 chiếm 100%, tiếp đến là bí trung đại tiện 54/58 (93,1%). Những triệu chứng lâm sàng thường xuất hiện là bụng chướng (96,5%), nôn (43,1%), quai ruột nổi (41,4%). Những dấu hiệu cận lâm sàng gợi ý là X quang có mức nước, mức hơi (96,5%), siêu âm gợi ý tắc ruột (72,4%).

Bảng 2. Các triệu chứng liên quan đến u đại trực tràng trước khi gây tắc ruột

Triệu chứng	BN	Tỷ lệ %
Đại tiện phân có nhầy, mũi, máu	15	25,7
Tiêu chảy	10	17,2
Táo bón	8	13,8
Đau bụng	58	100
Mót rặn	5	8,6

Các dấu hiệu có tiền triệu trước khi BN có dấu hiệu tắc ruột là Đại tiện phân có nhầy và mũi, máu (27,5%), tiêu chảy (17,2%), có xuất hiện cả táo bón và BN vẫn hay có dấu hiệu mót rặn; đặc biệt là 100% có tiền sử đau bụng.

Bảng 3. Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	BN	Tỷ lệ %
Tắc ruột do u đại tràng	42	72,4
Tắc ruột do u trực tràng	5	8,6
Tắc ruột chưa rõ nguyên nhân	9	15,5
Viêm phúc mạc	2	3,4

72,4% các BN được chẩn đoán trước mổ bằng nghĩ tới tắc ruột do u đại trực tràng dựa vào tiền sử, bệnh sử và thăm khám lâm sàng và cận lâm sàng.

Bảng 4. Chẩn đoán vị trí khối u trong mổ

Vị trí khối u	BN	Tỷ lệ %	Tổng số (%)	
Đại tràng phải	Manh tràng	9	15,5	24 (41,4)
	Đại tràng lên	4	6,9	
	Góc gan	11	19,0	
Đại tràng ngang	5	8,6	5 (8,6)	
Đại tràng trái	Góc lách	6	10,3	21 (36,2)
	ĐT xuống	3	5,2	
	Sigma	12	20,7	
Trực tràng	Cao	4	6,9	8 (13,8)
	Thấp	4	6,9	

Trong mổ xác định vị trí u nằm ở đại tràng phải 24 BN (41,4), Đại tràng ngang 5 (8,6), Đại tràng trái 21 (36,2), Trực tràng 8 (13,8).

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

Vị trí khối u	BN	Tỷ lệ %
---------------	----	---------

Đại tràng phải	Cắt Đại tràng phải + nối ngay	10	17,2
	Cắt Đại tràng phải + làm HMNT	13	22,4
	Làm HMNT	1	1,7
	Nối tắt	0	0
Đại tràng ngang	Cắt Đại tràng ngang + nối ngay	1	1,7
	Cắt Đại tràng ngang + làm HMNT	3	5,2
	Làm HMNT	1	1,7
	Nối tắt	0	0
Đại tràng trái	Cắt Đại tràng trái + nối ngay	0	0
	Cắt Đại tràng trái + làm HMNT	20	34,5
	Làm HMNT	1	1,7
	Nối tắt	0	0
Trực tràng cao	Cắt+ nối ngay	0	0
	Cắt + HMNT	1	1,7
	HMNT	3	5,2
	Cắt cụt trực tràng	0	0
Trực tràng thấp	Cắt+ nối ngay	0	0
	Cắt + HMNT	2	3,5
	HMNT	1	1,7
	Cắt cụt trực tràng	1	1,7

Đại tràng phải: Cắt Đại tràng phải + làm HMNT chiếm nhiều hơn (22,4%), Cắt Đại tràng phải + nối ngay (17,2%). Đại tràng ngang: Cắt u làm HMNT 3 (5,2%), cắt u nối ngay 1 (1,7%), HMNT 1 (1,7%). Đại tràng trái: Cắt Đại tràng trái + làm HMNT là cơ bản với 20 BN (34,5%). Trực tràng: cắt u làm HMNT 4 (6,9%), làm HMNT thì đầu 4 (6,9%).

Bảng 6. Kết quả điều trị

Các biến chứng	BN	Tỷ lệ %
VPM sau mổ	0	0
Tắc ruột sau mổ phải mổ lại hậu phẫu	0	0
Tắc ruột sau mổ không phải mổ lại hậu phẫu	1	1,7
Rò tiêu hóa sau mổ	0	0
Bục vết mổ do hoại tử vết mổ phải đóng lại vết mổ	2	3,5
Nhiễm trùng vết mổ	12	20,7
Hoại tử hậu môn nhân tạo phải mổ lại	0	0
Hoại tử hậu môn nhân tạo không phải mổ lại	4	6,9
Tụt hậu môn nhân tạo	1	1,7
Tử vong sau mổ	0	0
Tổng số	20	34,5

Biến chứng chung là 34,5%, nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ (20,7), sau đó là hoại tử hậu môn nhưng không phải mổ (6,9%). Không có BN nào tử vong trong và sau mổ.

#### BÀN LUẬN

Tắc ruột là loại biến chứng thường gặp nhiều nhất so với các biến chứng khác của UTĐTT. Nguyễn Đại Bình thống kê 10 năm (1977-1986) tại BV Việt Đức với 210 ung thư đại tràng đã thấy 78 biến chứng phải mổ cấp cứu, trong đó: tắc ruột 60 trường hợp (28,6%), áp xe quanh u (3,8%), thủng gây viêm phúc mạc (2,4%), thủng vào trạng rỗng (2,4%) [1]. Tại TPHCM, Võ Tấn Long và Phạm Văn Tấn với 127 biến chứng trong tổng số 385 trường hợp UTĐTT trong 5 năm (1978-1983) tại bệnh viện

Chợ Rẫy; Trong đó tắc ruột chiếm 6,2% viêm phúc mạc 4,4%, áp xe thành bụng 1,3%, xuất huyết tiêu hóa nặng 0,5% và rò các cơ quan khác 0,5% [4].

#### \* Về chẩn đoán tắc ruột do UTĐTT

Trong nghiên cứu của chúng tôi, lâm sàng biểu hiện rõ của hội chứng tắc ruột thấp với các triệu chứng cơ năng như đau bụng từng cơn 100%, bí trung đại tiện 93,1%. Các triệu chứng thực thể như bụng chướng 96,5%, quai ruột nổi 41,4%, dấu hiệu rắn bò 34,5%, u phát hiện khi khám 20,7% và thăm trực tràng có khối u 8,6%. Các triệu chứng cận lâm sàng rõ như X quang có hình ảnh mức nước và mức hơi 96,5%, Siêu âm gợi ý hình ảnh tắc ruột 74,2% hoặc có u 65,5%, Chụp cắt lớp vi tính (CLVT) phát hiện tắc ruột do u đại trực tràng 36/40 BN chiếm 90,0%.

Trên thực tế việc chẩn đoán tắc ruột để mổ là không khó với lâm sàng biểu hiện của một hội chứng tắc ruột thấp điển hình. Vấn đề đặt ra là làm thế nào để chẩn đoán nguyên nhân tắc và tắc ở đâu mới là việc khó. Nhờ có sự hỗ trợ của siêu âm và chụp CLVT nên trong nghiên cứu này, chẩn đoán trước mổ tắc ruột do ung thư đại trực tràng với 47/58 BN chiếm tỷ lệ 81%.

#### \* Về vị trí của khối u

Theo nhiều nghiên cứu thì vị trí khối u có khác nhau nhưng nhìn chung thường gặp nhiều nhất là ở đại tràng sigma, góc gan, góc lách và manh tràng [1], [2], [4]. Theo kinh điển ung thư phần cuối của đại tràng ngang đến đại tràng sigma với tổn thương thâm nhiễm kiểu vòng nhẫn để gây tắc ruột hơn ung thư ở các vị trí khác [3], [4], [5]. Vì số liệu của chúng tôi chỉ nghiên cứu những bệnh nhân bị tắc ruột do UTĐTT đã được phẫu thuật, nên tỷ lệ ung thư đại tràng sigma 20,7%, đại tràng góc gan 19%, manh tràng 15%, góc lách 10,3%, nhiều hơn những vị trí khác.

#### \* Phương pháp xử trí tắc ruột do UTĐTT

##### +Ung thư ở đại tràng phải (p):

Theo quan điểm của những nghiên cứu trước: Nếu thương tổn ung thư không lấy được thì nên mở thông hồi tràng thay cho hậu môn nhân tạo (HMNT) hay nối hồi tràng với đại tràng ngang. Nếu thương tổn ung thư có thể lấy được thì làm 1 thì hay 2 thì:

- Phương pháp 1 thì: Cắt đại tràng trong cấp cứu và nối ngay, có dẫn lưu đại tràng (Quénu) hay không, hoặc không nối ngay và đưa hai đầu ra ngoài (Mikulicz)[4], [trích dẫn từ 5].

- Phương pháp 2 thì: Thì 1 mở thông hồi tràng ra da, sau vài tuần sẽ chủ động làm thì 2 để cắt đại tràng phải [4], [trích dẫn từ 5].

Theo Barth [6] việc dẫn lưu ra ngoài dù tạm thời hay vĩnh viễn là một giải pháp xấu. Dẫn lưu hồi tràng làm nặng thêm tình trạng rối loạn nước điện giải và mất dinh dưỡng. Dù vậy tác giả đưa ra ý kiến nên nối tắt hồi với đại tràng ngang tạm thời chỉ được sử dụng trong trường hợp u không thể cắt được và có di căn nhiều nơi ở đại tràng phải. Cắt u ngay thì đầu với phương pháp cắt 1/2 đại tràng phải là có thể và hợp lý, thường nối ngay có hiệu quả tốt hơn.

Theo Guivarc'h [7] phương pháp dẫn lưu manh

tràng hay nổi tắt (thậm chí trong trường hợp di căn gan hay phúc mạc) cần phải loại bỏ vì nguy cơ cao mà kết quả không tốt. Phương pháp chọn lựa tốt nhất là cắt ½ đại tràng (P), nối ngay bằng máy.

Theo Panis Y [8] điều trị ngoại khoa tắc ruột do ung thư đại tràng phải duy nhất là cắt đại tràng phải và thường nối ngay hồi – đại tràng ngang.

Kết quả nghiên cứu của chúng tôi trong 24 BN tắc ruột do ung thư đại tràng phải (không có BN nào nằm ở vị trí ½ phải của đại tràng ngang) thì cắt u và nối ngay có 13/24 (54,2%), cắt u và làm HMNT 10/24 (41,7%) đưa hồi tràng ra da 1 (4,7%) không có BN nào thực hiện nối tắt

Nhìn chung quan điểm của chúng tôi gần như thống nhất hiện nay trong xử trí tắc ruột do ung thư đại tràng phải trên thế giới và trong nước (ngoại trừ một số trường hợp không thể cắt được u và có di căn nhiều nơi) phương pháp hợp lý và được lựa chọn là cắt ½ đại tràng phải, nối ngay hồi - đại tràng ngang trong cấp cứu [3],[4], [9],[10], [11] gồm những kỹ thuật sau:

#### + Ung thư ở đại tràng trái:

Theo quan điểm kinh điển, vị trí tắc ruột do khối u nằm ở đại tràng trái thì nên làm HMNT ở thì 1 với vị trí ở đại tràng ngang và trong khi mổ nếu đánh giá thương tổn có thể cắt bỏ được thì sau vài tuần sẽ mổ lại cắt đại tràng trái [2], [3], [4], [7], [8]:

- Nếu tắc ở đại tràng sigma hay trực tràng làm HMNT ở thì 1 ngay ở đại tràng sigma phía trên khối u. Nếu thương tổn có thể cắt bỏ được thì sau vài tuần có thể mổ lại cắt đại tràng và nối. Tùy theo vị trí u ở trực tràng có thể làm phẫu thuật Hartmann hay phẫu thuật Miles. Như vậy, trong khi mổ cấp cứu tắc ruột phải thăm dò đánh giá thương tổn để quyết định có nên làm thì 2 hay không.

- Theo Nguyễn Dương Quang, Nguyễn Đức Ninh [trích dẫn từ 1,4 và 5] phương pháp cắt đại tràng và nối ngay không được áp dụng trong tắc ruột ở đại tràng trái mà đề nghị phẫu thuật 3 thì: Thì 1: làm HMNT ở đại tràng ngang; Thì 2: cắt ½ đại tràng trái và nối, HMNT được giữ lại; Thì 3: đóng HMNT.

Nếu theo cách phẫu thuật 3 thì thời gian nằm viện kéo dài, nhiều bệnh nhân không đến đóng HMNT. Nhưng điều đáng quan tâm là tỷ lệ tử vong và biến chứng của nhiều lần mổ sẽ cộng lại và tăng lên. Thời gian sống thêm sau 3 lần mổ và tiện nghi sinh hoạt bị ảnh hưởng do phải mang HMNT dài ngày.

Nếu theo phương pháp mổ 2 thì kèm với đưa đầu trên làm HMNT đóng đầu dưới kiểu Hartmann hoặc đưa cả hai đầu ra làm HMNT phổ biến vì thời gian phẫu thuật nhanh. Nguy cơ rò miệng nối thấp nhất, nhưng bất lợi chính của mổ 2 thì là làm HMNT và bệnh nhân phải điều chỉnh về tâm sinh lý để quen với HMNT trong một thời gian dài. Nếu phẫu thuật cắt và nối ngay thì đầu kèm với mở HMNT trên dòng là 1 cải tiến của mổ hai thì. Lỗ HMNT được đóng sau 8 đến 12 tuần nhưng ít làm.

Nếu mổ 1 thì là cắt đoạn đại tràng, nối ngay thì đầu có những thuận lợi rõ rệt. Tuy nhiên cuộc mổ đòi

hỏi phải kỹ thuật hơn và chấp nhận nguy cơ cao hơn. Nguy cơ rò miệng nối có thể giảm hơn chỉ bằng cách chuyển cuộc mổ cấp cứu thành mổ bán cấp cứu và thực hiện bởi những phẫu thuật viên có nhiều kinh nghiệm và kèm sử dụng phương pháp tưới rửa đại tràng trong lúc mổ và khâu nối bằng máy. Tuy nhiên phương pháp này mất thời gian và dễ nhiễm trùng.

Trong nghiên cứu của chúng tôi tắc ruột ở đại tràng trái (kể cả ½ trái của đại tràng ngang) có 26/58 BN (44,8%) trong đó cắt và làm HMNT 23/26 (84,7%), cắt nối ngay 1 (3,8%), Làm HMNT 2 (7,6%), không nối tắt ca nào. Nhìn chung các phẫu thuật viên vẫn chưa mạnh dạn cắt nối ngay vì sợ rò miệng nối, đa số cắt kèm HMNT hẹn mổ đóng HMNT (chọn phương pháp mổ 2 thì).

#### + Ung thư ở trực tràng:

Đối với ung thư trực tràng thì phần lớn độ xâm lấn của u nguyên phát là T3 và T4 nên thường được chỉ định làm HMNT cấp cứu. Sau đó, bệnh nhân được điều trị thăm dò bằng các phương pháp khác rồi xét cắt cụt trực tràng sau. Phẫu thuật mở rộng trong trường hợp khối u xâm lấn hoại tử vào các tạng lân cận có thể cắt bỏ thành một khối. Với cắt được u dù không bảo đảm triệt căn cũng nên thực hiện nếu điều kiện phẫu thuật cho phép vì nó giúp cải thiện triệu chứng đáng kể và giảm thiểu các biến chứng trong quá trình điều trị triệu chứng và giảm nhẹ sau này [5], [9],[10],[11].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, cắt u và làm HMNT 3/8 (37,0%), Làm HMNT 4/8 (50,0%), Cắt cụt trực tràng 1/8 (12,5%) đây là trường hợp u hoại tử và xâm lấn tạng và xét cắt bỏ được với phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

+ Với những quan điểm điều trị như vậy, chúng tôi gặp biến chứng chung là 34,5%; Trong đó nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ (20,7%), sau đó là hoại tử hậu môn nhưng không phải mổ (6,9%), bục vết mổ do hoại tử vết mổ 3,5%, tụt HMNT 1,7%, dính ruột sau mổ 1,7% và không có BN nào tử vong trong và sau mổ.

#### KẾT LUẬN

Tắc ruột là biến chứng gặp nhiều nhất trong số các biến chứng khác của ung thư đại trực tràng. Cách xử trí tắc ruột trong cấp cứu tùy thuộc vào điều kiện bệnh nhân, kinh nghiệm của phẫu thuật viên, điều kiện gây mê hồi sức và đặc điểm của khối u để lựa chọn phẫu thuật đúng đắn và thích hợp cho từng trường hợp cụ thể là rất quan trọng.

Tắc ruột do ung thư đại tràng phải: Cắt ½ đại tràng phải và có thể nối ngay trong cấp cứu hoặc làm HMNT khi còn khả năng cắt u. Tắc ruột do ung thư đại tràng trái: Cắt đại tràng trái trong cấp cứu, có thể đưa 2 đầu hoặc đóng đầu dưới đưa đầu trên ra làm HMNT. Sau 12 tuần mổ lập lại lưu thông tiêu hóa ở thì 2. Tắc ruột do ung thư ở trực tràng, làm hậu môn nhân tạo ở thì 1, sau 3-4 tuần mổ lại ở thì 2. Cắt trực tràng nối tay hoặc bằng máy hay phẫu thuật Miles.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Đại Bình: một số nhận xét bước đầu về điều trị ung thư đại tràng tại BV Việt Đức trong 10 năm

1977-1986- luận văn tốt nghiệp bác sỹ nội trú, trường ĐH Y Hà Nội, 1987 mã số 30107.

2. Trịnh Hồng Sơn, Chu Nhật Minh, Đỗ Đức Vân: Tắc ruột do ung thư đại tràng: nhận xét về chẩn đoán, chỉ định và cách xử trí qua 99 trường hợp được mổ cấp cứu tại BV Việt Đức (Hà Nội). Ngoại khoa 1996, 9, 129-136.

3. Hà Văn Quyết và cộng sự (2005), Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng, Ngoại khoa số 3, tr 28-36.

4. Phạm Văn Tấn, Võ Tấn Long, Bùi Văn Ninh và CS (2005), Xử lý tắc ruột do ung thư đại trực tràng, Y học TP Hồ Chí Minh, tập 9, số 1, 99-105.

5. Lê sỹ Thắng (2005), Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật thì tắc ruột do UTĐTT tại bệnh viện Việt Đức 1995-2005, Luận văn tốt nghiệp bác sỹ chuyên khoa cấp II, Hà Nội.

6. Barth X; Lanricon A; Repellin Ph; et al. (1990), "Les occlusions aigue pon cancer colique: analyse, d'une serie de 163 observations", Lyon Chir, 86, pp 12-17.

7. Guivarc'h M; Boche D; Roulet- Andy J.C; et al

(1992), "occlusions aigue du colon pon cancer, Indications chirurgicall en urgence", Ann Chir, 46, pp 239-243

8. Panis Y; Fagnier P.L: Chirurgie des cancers du colom et du rectum. Rev Prot (Paris); 1994, 44, 2715-2720.

9. Biondo Sebastiano, Kreisler Esther et al (2008), "Differences in patient postoperative and long-term outcome between obstructive and perforated colonic cancer", The American Journal of Surgery, 195, pp 427-432.

10. Madison Cuffy, Farshad Abir, Riccardo A. et al., (2004), "Colorectal cancer presenting as surgical emergencies", *Surgical Oncology*, 13, pp. 149-157.

11. Yee Man Lee, Wai Lan Law, Kin Wah Chu, et al, (2001), "Emergency Surgery for Obstructing Colorectal cancer: A Comparision Between Right-sided and Left-Sided Lesions", *Journal American College of Surgeons*, Vol. 192, No.6, pp. 719-725.