Gastrointest Endosc Clin N Am. 2007;17(2):223-252, v.
2. **Osna NA, Donohue TM, Kharbanda KK.** Alcoholic Liver Disease: Pathogenesis and Current Management. Alcohol Res Curr Rev. 2017;38(2):147-161.
3. **Hoàng Nam.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị, Tác Dụng Phụ Của Telipressin Liều Thấp Trong Xuất Huyết Tiêu Hóa Do Tăng Áp Lực Tĩnh Mạch Cửa ở Bệnh Nhân Xơ Gan. Luận văn tốt nghiệp Bác sĩ nội trú bệnh viện. Đại học Y Hà Nội; 2011.
4. **Trịnh Hà Châu.** Đánh giá hiệu quả điều trị xuất huyết tiêu hóa do giãn tĩnh mạch dạ dày bằng phương pháp parto trên bệnh nhân xơ gan. Đại Học Hà Nội. Published online 2019:96.
5. **Nguyễn Thành Nam.** Nghiên Cứu Thang Điểm AIMS65 Trong Tiên Lượng Xuất Huyết Tiêu Hóa Cao Do Tăng Áp Lực Tĩnh Mạch Cửa. Luận Văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2019.
6. **Nguyễn Văn Thủy.** Nghiên Cứu Áp Dụng Thang Điểm Aims65 Trong Tiên Lượng Xuất Huyết Tiêu Hóa Do vỡ Giãn Tĩnh Mạch Thực Quản. Luận Văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2014.
7. **Nguyễn Công Long, Lê Hương Thảo.** Kết Quả Điều Trị Xuất Huyết Tiêu Hóa Do Giãn Tĩnh Mạch Phình vị Bằng Phương Kỹ Thuật PARTO. 2022.
8. **Đinh Thị Thu Hương.** Đánh Giá Tác Dụng Của Terlipressin Trong Điều Trị Xuất Huyết Tiêu Hóa Trên Do Tăng Áp Lực Tĩnh Mạch Cửa ở Bệnh Nhân Xơ Gan. Luận Văn Thạc sĩ Y học. Đại học Y Hà Nội; 2010.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT SAU MỔ

Thái Nguyên Hưng[1]

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: NC hồi cứu trên 30 bệnh nhân có tiền sử mổ ung thư đường tiêu hóa được phẫu thuật tắc ruột sau mổ. Mô tả những đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả phẫu thuật. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu**: Tất cả những bệnh nhân có tiền sử đã mổ ung thư đường tiêu hóa (ung thư thực quản, dạ dày, đại trực tràng được phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ (TRSM) tại BV K. Thời gian: 1/2018-12/2018. **Kết quả nghiên cứu**: Có 30 BN, nam chiếm 76,7%, nữ 23,3%, tuổi TB: 56,0, - Tiền sử: 66,7% mổ bụng 1 lần, 33,3% mổ bụng từ 2 lần trở lên, 66,6% có TS mổ ung thư Đại-trực tràng, 30,0% ung thư dạ dày, 3,4% ung thư thực quản. - Đau bụng cơn 100%, nôn: 86,6%, bí trung tiện 90,0%. Quai ruột nổi 80,0%, rắn bò 36,6%, bụng chướng 90,0%. XQ bụng có mức nước hơi 100% (90% có mức nước hơi ruột non), 96,7% chụp CLVT (93,1% quai ruột giãn, 5 BN có U,1 BN xoắn ruột). - Kết quả chẩn đoán và PT: TRSM do dính 23,5%,do dây chằng 33,3%, do xoắn ruột 16,6%,do ung thư tái phát 16,6%, do bã thức ăn 10,0%. - Không có bệnh nhân TV. - 1 BN rò tiêu hóa điều trị nội, 5 BN nhiễm trùng vết mổ. **Kết luận:** - Tắc ruột sau mổ ở BN có TS phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa chiếm tỷ lệ cao là ung thư đại trực tràng 66,6% (chiếm 20% là PT kiểu Harmann), ung thư dạ dày 30,0%. - Tắc ruột do dính và dây chằng và xoắn ruột chiếm tỷ lệ cao: 22/30 BN (73,3%), tắc ruột do bã thức ăn 10,0%, do ung thư tái phát 16,7%. - 100% là mổ mở, không có BN tử vong, 1 BN rò tiêu hóa điều trị nội khoa. Phẫu thuật nội noi (PTNS) gỡ dính, tháo xoắn, cắt dây chằng có thể thực hiện trong 50,0% số bệnh nhân.

[9]*Bệnh viện K Trung ương*
Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng
Email: thainguyenhung70@gmail.com
Ngày nhận bài: 27.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 38.10.2022
Ngày duyệt bài: 11.11.2022

SUMMARY

THE RESULT OF SURGICAL MANAGEMENT OF POST OPERATIVE OBSTRUCTION

Patient and method: Retrospective study. Time: 1/2018-12/2018. **Result:** There were 30 patients of postoperative obstruction were observed in K hospital. The mean age was: 56,0; male 76,7%, femail 23,3%, History feature: There were 66,7% had history of one abdominal surgery, 33,3% had more than 2 abdominal surgery; 66,6% were coloreral cancer operation; 30,0% were gastric cancer operation. Clinical feature: Abdominal pain 100%, vomissement: 57,7%, Gazless 90,0%, bowel mouvement 80,0%, abdominalfullness: 90,0%. Plain badominal X-Ray: all had air-fluid level (100%),CT Scan were carried out in 96,7%, the sign of intertinal dilatation was 93,1%, one case of bowel anemie due to intertinal torsion and 5 reccurent patients were detected on CT scan. The result of operation: Open surgery were perfomed in all patients. There were 7(23,5%) patients had adhesive intertinal obstruction,10 patients had obstruction on band (33,3%), 5 patients (16,6%) had torsion obstruction, 5 others patients (16,6%) had recurrent obstruction, 3 patients had phytobezoar obtruction. Operation perfomed: all had open surgery including adhesiolysis; band resection and adhesiolysis, intertinal resection (necroses oj bowel due to torsion or band), colon resection, colostomy (recurrence), liberation of phytobezoar. There was no death per and postoperation. **Complication:** 1 patient had digestive fistulas post adhesiolysis and bypass operation who had medical treatment. - **Conclusion:** We conclude that: In our study there were 66,6% of patients who had post operative obstruction after colo-rectal cancer operation (20,0% post Harmann procedure), 30,0% of patients after gastric cancr surgery. There were mainly adhesive and/or band and torsion obstruction as high as 73,3%, recurrent cancer obstruction was 16,7%, phytobezoar obtruction post gastrectomy was 10,0%. All the patients had open operation. There

was no death per and post operation.1 patient had digestive fistulas treated medical. We find that laparosopic operation could be performed in 50,0% of patients especially who had adhesive, band, torsion, phytobezoar obstruction.

Keywords: intertinal obstruction,adhesive post operative obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa đứng hàng thứ 2 (chỉ sau viêm ruột thừa), chiếm tỷ lệ 9-19% cấp cứu bụng; 0,8-1,2% các bệnh ngoại khoa với tỷ lệ tử vong (TV) 3-5%. Cho tới nay mặc dù đã ứng dụng nhiều phương pháp để chẩn đoán và điều trị, tắc ruột sau mổ vẫn còn là bệnh lý có tỷ lệ tử vong cao 1-2%. Ranh giới giữa theo dõi, điều trị nội khoa và phẫu thuật hay phẫu thuật cấp cứu còn cần phải nghiên cứu,đặc biệt là BN đã phẫu thuật ổ bụng do ung thư bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này nhằm mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS) và cận lâm sàng (CLS) của tắc ruột sau mổ/đã phẫu thuật ổ bụng do ung thư đường tiêu hóa.

2. Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị phẫu thuật BN tắc ruột sau mổ.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Đối tượng nghiên cứu.

+ Tất cả những bệnh nhân,không phân biệt tuổi,giới.

+ Có tiền sử phẫu thuật ung thư đường tiêu hóa.

+ Được điều trị phẫu thuật với chẩn đoán tắc ruột sau mổ tại bệnh viện K

- Thời gian: 1/2018-12/2018.

- Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả.

+Tiêu chuẩn loại trừ:

+BN tắc ruột do ung thư đường tiêu hóa chưa PT bụng hay đã PT ung thư khác (gan, mật, tụy, đường tiết niệu)

+BN không đủ dữ liệu nghiên cứu.

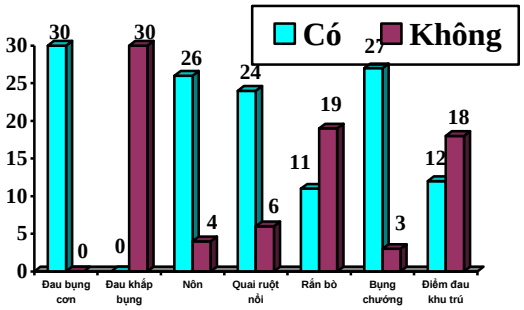
-Tất cả những BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC theo mẫu hồ sơ định sẵn bao gồm: tên, tuổi, giới, tiền sử (TS) đã PT, lâm sàng, CLS, XQ bụng, siêu âm, chụp CLVT, phẫu thuật, kết quả mổ...

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung. Từ tháng 1/2018 - 12/2018 có 30 BN đủ tiêu chuẩn được đưa vào NC:Nam 23 BN (76,7%), Nữ 7 BN (23,3%), tuổi TB: 56,0 (28-70).

3.2. Tiền sử. 100% các BN đã mổ bụng trong đó mổ 1 lần: 66,7% (20 BN), mổ > = 2 lần 33,3% (10 BN); Mổ mở: 93,3%, PT nội soi 6,74% (2 BN),TS phẫu thuật ung thư đại trực tràng 66,7% (20BN), ung thư dạ dày 9 BN (30%), chỉ có 1 BN ung thư thực quản (3,3%)

3.3. Đặc điểm lâm sàng



Biểu đồ 1: Triệu chứng lâm sàng

3.4. Đặc điểm cận lâm sàng

- XQ bụng không chuẩn bị (KCB) đứng:

+100% BN được chụp XQ bụng KCB:30 BN có mức nước hơi(100%).

Bảng 1: Vị trí mức nước hơi

Vị trí	n
Mức nước hơi ruột non	27
Mức nước hơi ruột non+Đại tràng	2
Mức nước hơi đại tràng	1
n	30

- Siêu âm bụng: 100% BN được SA bụng =: 23/30 BN có quai ruột non giãn,3/30 giãn đại tràng (ĐT),1 BN giãn ruột non và ĐT.

- Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng(CLVT)

+ 29/30 BN được chụp CLVT

Bảng 2: Kết quả chụp CLVT trước mổ

Dấu hiệu	có	không	n
Dịch ổ bụng	13	16	29
Quai ruột giãn	27	2	29
Có u	5	24	29

Trong các bn giãn quai ruột có 22 trường hợp giãn ruột non,4 bn giãn ruột non và đại trang,1 bn giãn đại tràng.

- Kết quả xét nghiệm

Bảng 3: Kết quả xét nghiệm

Chỉ số	Bình thường	giảm	n
Hồng cầu	24	6	30
Hematocrit	24	6	30
Tiểu cầu	30	0	30

+ XN sinh hóa: ure tăng 3 BN,Creatinin tăng 2 BN

Hình 1: Tắc ruột do bã thức ăn sau cắt bán

phần dạ dày do ung thư dạ dày

3.5. Chẩn đoán

3.5.1. Chẩn đoán trước mổ

Bảng 4: Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	n	%
Tắc ruột sau mổ	21	70
Nghẹt ruột	7	23,3
Hoại tử ruột	0	0
Xoắn ruột	1	3,3
Tắc ruột do bã thức ăn	1	3,3
n	30	100

3.5.2. Chẩn đoán sau mổ

Bảng 5: Chẩn đoán sau mổ

Chẩn đoán sau mổ	n	%
Tắc ruột do dính	7	23,3
Tắc ruột do dây chằng	10	33,3
Xoắn ruột	5	16,7
Tắc ruột do ung thư tái phát	5	16,7
Tắc ruột do bã thức ăn	3	10
n	30	100

3.6. Phương pháp mổ

Bảng 6: Các phương pháp phẫu thuật

Phương pháp mổ	n	%
Gỡ dính ruột	4	13,3
Cắt dây chằng	6	20,0
Gỡ dính-cắt dây chăng	3	10,0
Cắt đoạn ruột hoại tử	2	6,7
Gỡ dính-nối tắt (do dính)	3	10,0
Gỡ dính,tháo xoắn	4	13,3
Nối tắt	1	3,6
Cắt đoạn ruột hay ĐT do u	2	6,7
Hậu môn nhân tạo (HMNT)	2	6,7
Mở ruột lấy bã thức ăn	1	3,6
Đẩy bã thức ăn xuống ĐT	2	6,7
n	30	100

3.7. Kết quả phẫu thuật:

+Không có trường hợp nào tử vong,

+100% BN ra viện.

3.8. Biến chứng:

+1 BN rò tiêu hóa điều trị nội.

+5 BN nhiễm trùng vết mổ.

IV. BÀN LUẬN

+ Tuổi của BN tắc ruột sau mổ (TRSM) theo Nguyễn Văn Hải là 35,7, theo Đặng Ngọc Hùng là 45±19[2][3], NC này là 56,0. Tuy nhiên BN tuổi nhỏ nhất trong NC là 28 cho thấy lứa tuổi mắc ung thư đường tiêu hóa là BN khá trẻ tuổi.

Các NC khác cũng cho thấy đối với TRSM, tỷ lệ nam nữ là tương đương: Tỷ lệ nam/nữ theo NC của Nguyễn Văn Hải [2] là 1:1; NC của Nguyễn Hồng Sơn: 1,1:1. Số liệu NC này tỷ lệ nam chiếm 76,7% (23/30), nữ chiếm 23,3% (7/30) như vậy nam giới đã PT ung thư đường tiêu hóa có tỷ lệ TRSM cao hơn nữ giới. Tỷ lệ nam giới mắc ung thư dạ dày và đại trực tràng cao cũng có thể là nguyên nhân dẫn tới số TRSM cao.

Các đặc điểm về TS cũng cho thấy PT Đại-Trực tràng là phẫu thuật có tỷ lệ TRSM khá cao 20/30BN (66,7%) trong đó có tới 20,0% (6/30BN) được PT kiểu Hartmann). Trong khi cắt dạ dày do ung thư có tỷ lệ TRSM là 30% (9/30 BN). Có thể PT cắt DD được thực hiện chủ yếu ở tầng trên mạc treo ĐT ngang và là PT có tỷ lệ nhiễm trùng thấp hơn PT đại trực tràng cũng như có thể ít tổn thương phúc mạc hơn.

Tác giả Miller tổng kết 410 trường hợp TRSM nhập viện 675 lần thấy TS có PT đại trực tràng với đường mổ giữa làm tăng nguy cơ tắc ruột, khả năng TR tái phát tăng,thời gian tái phát giảm khi số lần TR tăng [7].

Theo Đặng Ngọc Hùng, TS phẫu thuật viêm ruột thừa và VFM do VRT có tỷ lệ TRSM cao nhất chiếm 45,2%, tỷ lệ này theo Nguyễn Hồng Sơn là 39,1%, theo Nguyễn Văn Hải là 48,6%, tiếp đến là các PT sản phụ khoa 18,8% [3].

+Thời gian đau (thời gian từ lúc xuất hiện triệu chứng đau đến khi mổ):

Carten và CS cho rằng nếu triệu chứng TR không giảm sau 3 ngày hoặc lượng dịch ngày thứ 3> 500ml/24 h thì nên chỉ định mổ [4].

Cox và CS [5] NC trên 123 trường hợp TRSM có 31 BN được mổ sau 48h (31/123).

Thời gian đau trong NC của Đặng Ngọc Hùng là 68,7h; NC của Nguyễn Văn Hải là 18h.

Theo NC của chúng tôi: không có BN nào được mổ trước 6h, có 36,7% số BN được mổ <= 24h (11BN) (có 6 trường hợp nghẹt ruột do dây chằng được mổ sớm trước 24 h,có

1 trong 6 BN này hoại tử ruột). Còn lại 5/11 trường hợp xoắn ruột có 1BN hoại tử ruột do thoát vị qua lỗ mạc treo gây xoắn, nghẹt ruột.

63,3% (19 BN) được mổ sau 1 ngày. Như vậy có 2 BN hoại tử ruột được mổ sớm trong 1 ngày. Số liệu cũng cho thấy chỉ có 5/30 (16,6%) BN có tái phát ung thư được mổ cắt đoạn ruột hay ĐT, nối tắt hoặc làm HMNT. Tuy nhiên có tới 3 BN tắc ruột do bã thức ăn. 3 trường hợp này đều đã cắt DD bán phần do ung thư DD (3/9BN ung thư dạ dày, chiếm 33,3%). Tắc ruột do bã thức ăn thường xảy ra do BN ăn các chất nhiều xơ như măng, mít, các loại rau già, dưa muối hoặc quả hồng (có nhiều tanin).

Biểu đồ 1. cho thấy đặc điểm lâm sàng của TRSM: đau bụng cơn 100%, nôn 26/30BN (86,7%), 90,0% bí trung tiện, chỉ có 3 BN có mức nước hơi vẫn trung tiện. Quai ruột nổi (QRN) 24/30 BN (80%), rắn bò 57,9%, bụng

chướng 90,0%, điểm đau khu trú 40,0%.

XQ bụng KCB thấy 100% có mức nước hơi trong đó 96,7% (29/30 BN) hơi ruột non,chỉ có 1 BN có mức nước hơi ĐT.

Đối chiếu đặc điểm LS với phẫu thuật 3 BN vẫn trung tiện được không tìm thấy rõ vị trí tắc ruột nhưng ruột dính nhiều nên phải nối tắt.Tuy nhiên những trường hợp này chỉ nên mở thông hỗng tràng, sau một thời gian ruột đỡ phù nề sẽ lưu thông bình thường. (XQ có mức nước hơi). Chỉ định mổ những trường hợp này nên cân nhắc.

Phân tích dấu hiệu đau bụng chúng tôi thấy có 8 BN có điểm đau khu trú được chỉ định mổ sớm (≤ 1 ngày) đều do xoắn ruột hay TRSM do dây chằng bởi vậy với BN có đau bụng cơn, nôn, bí trung tiện, khám có điểm đau khu trú nên mổ sớm. Theo Maglinte, tỷ lệ chẩn đoán TRSM bằng XQ bụng KCB là 86,0% dựa vào các dấu hiệu: + Ruột non giãn >3cm.

Đại tràng xẹp (Nếu TR non).

Hình mức nước hơi chân rộng,vòm thấp ở giữa bụng.

Thành ruột non dày. Đánh giá giá trị của SA,Ogata M đã đưa ra các dấu hiệu sau:

++ Đường kính lòng ruột non >3cm, ĐK lòng ĐT> 5cm, trong lòng ruột chứa dịch,hơi và các chất khác,

++ Tăng nhu động ruột trên chỗ tắc xảy ra từng hồi (giai đoạn đầu TR).

++ Chuyển động tới, lui, chuyển động xoáy của chất dịch trong lòng ruột(chấm tăng hồi âm trên nền rỗng âm của dịch).

Trong chẩn đoán TR, siêu âm có độ chính xác: 89,0%, chẩn đoán mức độ tắc nghẽn chính xác 76,0%, vị trí tắc chính xác 80,0%, nguyên nhân tắc xác định được 63,0% [KO,Schutz]. SA có độ nhạy tương đương XQ bụng (88,0% VS 96,0%) nhưng độ đặc hiêu cao hơn (96 vs 65%).

Nguyễn Văn Hải [1] khẳng định chụp CLVT ưu thế hơn XQ bụng KCB do có đọ nhạy, độ đặc hiệu cao, có thể chẩn đoán vị trí và nguyên nhân TR. Chụp CLVT đa dãy với phương pháp tái tạo hình ảnh đa chiều có thể xác định vùng chuyển tiếp chính xác 93,0%, có thể phân biệt được dính thành khối hay đơn thuần[Osada].NC của Wang (2012) CLVT chẩn đoán chính xác TR 91,5%, xác định vị trí tắc 78,7%, nguyên nhân tắc 68,1%[10]. Hayakawa nhấn mạnh CLVT dự đoán sớm thắt nghẹ ruột nếu chụp với thuốc cản quang [9]. Trong 5 BN xoắn ruột, CLVT chỉ chẩn đoán 1/5 BN (20,0%).

- Bảng 6 cho thấy tỷ lệ tắc ruột do dinh, dây chằng và xoắn ruột khá cao 22/30 BN (73,3%), có 3 BN tắc ruột do bã thức ăn sau cắt DD bán phần do ung thư (3/30=10%), chỉ có 5/30 BN tắc ruột do ung thư tái phát. Như vậy tỷ lệ TR do các tổn thương lành tính chiếm 25/30 BN (83,3%) trong đó có 10 BN tắc do dây chằng và 5 BN tắc do xoắn ruột đều có dính ruột ít và TB, hoàn toàn có thể thực hiện PTNS. Tuy nhiên thời gian này chúng tôi chưa PTNS tắc ruột. Mặt khác với BN đã PT đại trực tràng hoặc ung thư dạ dày (đường mổ giữa trên rốn hay trên dưới rốn) PTNS có tỷ lệ chuyển mổ mở cao

PTNS có tỷ lệ thành công cao. NC của Đặng Ngọc Hùng tỷ lệ PTNS thành công 92,5%, chuyển mổ mở 7,5% (28,3% PTNS hỗ trợ).

Kết quả PT cho thấy:

+ Không có trường hợp nào TV

+ 1 BN rò tiêu hóa sau PT gỡ dính,nối tắt được điều trị nội khoa.

+ 5 BN nhiễm trùng vết mổ.

V. KẾT LUẬN

-Tuổi TB: 56,0 (từ 28- 70). Nam: 76,7%, Nữ 23,3%.

-Đặc điểm lâm sàng,cận lâm sàng:

+ 66,7% đã PT bụng 1 lần, 33,3% mổ ≥2 lần.

+ TS đã PT ung thư Đại-Trực tràng: 66,6%, ung thư DD: 30,0%, ung thư thực quản: 3,4%. Đặc biệt 20,0% đã PT kiểu Hartmann. 80,0%

+ Đặc điểm triệu chứng LS: +Đau bụng cơn 100%, Nôn 86,0%, bí trung tiện 90,0%, QRN 80%, rắn bò 63,4%.

+ XQ bụng KCB: 100% có mức nước hơi. SA quai ruột non giãn 90,0%, 5 BN di căn phúc mạc.

+ Chụp CLVT 9,1% co quai ruột giãn, 5 BN có khối u gây tắc ruột, chỉ phát hiện xoắn ruột 1/5 BN.

- Kết quả phẫu thuật:

+ TR do dính 23,5%, TR do dây chằng 33,3%, do xoắn ruột 16,6%, do bã thức ăn 10,0% (sau cắt dạ dày), do ung thư tái phát 16,6%.

+ Tắc ruột sớm sau mổ 20,0% (< 1 tháng)

+ 100% mổ mở: Gỡ dính, cắt dây chằng,đẩy bã thức ăn xuống đại tràng, mở ruột lấy bã thức ăn, cắt ĐT có u, làm hậu môn nhân tạo (di căn phúc mạc).

+ Không có BN tử vong, 1 BN rò tiêu hóa sau PT gỡ dính,nối tắt được điều trị nội.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hải, Ông Kiến Huy, Lê Huy Lưu** (2006):"Giá trị của CLVT trong chẩn đoán tắc ruột cơ học", Tạp chí Y học TP.Hồ Chí Minh,10 (1), tr 1-5.
2. **Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu,Nguyễn Hồng Sơn** (2008):"Hiệu quả của phẫu thuật nội soi trông điều trị tắc ruột sau mổ".Y học TP.Hồ Chí Minh,12(1),tr.154-160.
3. **Đặng Ngọc Hùng** (2018): Nghiên cứu chỉ định

và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, Luận án tiến sỹ Y học, Huế 2018.
4. **Catena. F** (2011): Bologna Guidelines for Diagnosis and Management of adhesive small bowel obstruction(ASBO):2010 Evidece-Based Guidelines of the World Society of Emergency Surgery,World J Emerg Surg,6(5),pp 1749-9992..
5. **Cox.M.R.,** (1993), THe safety and duration of non operative treatment for adhesive small bowel obstruction,Aust N Z J Surg,63(5),pp.367-371.10.
6. **Maglinte D.D, Kelvin. F.M., Kelvin. F.M., Sandrasegaran K., et al** (2005) Radiology of small bowel obstruction:Comtemporary approach and controversies.Abdom Imaging, 30(2), pp 160-178.12.
7. **Miller.G., Boman.J., Shrier.., et al** (2000), Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction,Br J Surg,87(9),pp.1240-1247.
8. **Ogata M., Mateer , J., Con Don. R.E** (1996), Prospective evaluation of abdominal sonogaphy for the diagnosis of bowel obstruction, Ann Surg,223(3), pp.237-241
9. **Hayakawa. K., Tanikake** (2013): CT findings of small bowel strangulation: the importance of constrast enhancement, Emergency Radiology, 20(1),pp.3-9.
10. **Wang, Q.C** (2012), Utinity of CT in the diagnosis and management of small bowel abstruction in children,Pdiatric Radiology, 42(12), pp.1441-1448.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRỰC TRÀNG BẢO TỒN CƠ THẮT KIỂU SCHIESSEL.R ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN THANH NHÀN - HÀ NỘI

Nguyễn Văn Trường[1], Đào Quang Minh[1], Nguyễn Lam Hòa[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng thấp kiểu Schiessel.R tại bệnh viện Thanh Nhàn- Hà Nội từ tháng 01/2018 đến 03/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu, tiến cứu theo dõi dọc, không đối chứng. **Kết quả và bàn luận:** Nghiên cứu 68 trường hợp ung thư trực tràng thấp được thực hiện phẫu thuật nội soi. Tỷ lệ nam/nữ = 1.125, tuổi trung bình là 65,8 ±10,4, hay gặp nhất trong nhóm trên 63,3-68,3 tuổi (CI95%). Triệu chứng lâm sàng đa dạng, không đặc hiệu. Chất chỉ điểm ung thư CEA tăng ở 67,7%; CA 199 tăng ở 22,1% số trường hợp. Tỷ lệ u ≤ ½ chu vi chiếm đa số 77,9%, MSCT và MRI có khả năng xác định khoảng cách u tới rìa hậu môn tương tự như xác định trong mổ. Số lượng hạch nạo vét trung bình là 15,2 ± 2,5. Tạo hình đại tràng 85,3% các trường hợp, điểm Wexner sau mổ trung bình là 7,01 ± 1,14. Tỷ lệ tái phát, di căn 10,3%; Xác suất sống thêm toàn bộ tại thời điểm 48 tháng là 87,2%. **Kết luận:** phẫu thuật nội soi bảo tồn cơ thắt kiểu Schiessel.R điều trị ung thư trực tràng thấp là khả thi và ưu điểm.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi, trực tràng thấp, tạo hình đại tràng, vét hạch

SUMMARY

LAPAROSCOPIC FOR LOW RECTAL CANCER BY SCHIESSEL.R TYPE AT THANH NHAN-HA NOI HOSPITAL

Objectives: To evaluate the results of laparoscopic for low rectal cancer by Schiessel.R type at Thanh Nhan hospital from June 2017 to March 2022. **Research method**: descriptive, prospective longitudinal follow-up, no control. **Results and Discussion**: Research has 68 cases of low rectal cancer that have been performed laparoscopically. Male/female ratio = 1,125, mean age was 65.8 ± 10.4, CI95% is 63.3-68.3 years old. Clinical symptoms are varied and non-specific. Cancer marker CEA increased at 67.7%; CA 199 increased in 22.1% of cases. The percentage of tumors ≤ ½ circumference accounted for the majority of 77.9%, MSCT and MRI were able to determine the tumor distance to the anal margin similar to those determined in surgery. The average number of dredged lymph nodes was 15.2 ± 2.5. Colon reconstruction in 85.3% of cases, the average Wexner score after surgery was 7.01 ± 1.14. The rate of recurrence and metastasis was 10.3%; The probability of overall survival at 48 months was 87.2%. **Conclusion**: laparoscopic for low rectal cancer by Schiessel.R types is feasible and beneficial.

Keywords: laparoscopic, rectum, lymph node, pouch, Schiessel.R

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng thấp là bệnh lý ung thư nằm ở 1/3 dưới trực tràng, trong khoảng 5cm từ rìa hậu môn hoặc dưới nếp phúc mạc túi cùng Douglas, chiếm khoảng 20-25% ung thư trực tràng. Trên thế giới ung thư trực trực tràng có tỷ lệ tử vong đứng hàng thứ 2 sau ung thư phổi (Globocal 2018), tại Việt Nam đứng hàng thứ 5, tỷ lệ sống trên 5 năm cao nếu phát hiện và điều trị sớm. [1] Chỉ định phẫu thuật ung thư trực tràng thấp phụ thuộc vào khoảng cách u tới rìa hậu môn, mức độ xâm lấn u, giai đoạn u chiều

[1]*Bệnh viện Thanh Nhàn – Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Y Dược Hải Phòng*
Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Trường
Email: quoctruongf@gmail.com
Ngày nhận bài: 5.9.2022
Ngày phản biện khoa học: 17.10.2022
Ngày duyệt bài: 28.10.2022