

3. **Cooper D.W. và Turner G.** (1993). Patient-controlled extradural analgesia to compare bupivacaine, fentanyl and bupivacaine with fentanyl in the treatment of postoperative pain. *Br J Anaesth.* 70(5), 503–507
4. **Grass, J.A.** (2005): "Patient-controlled analgesia". *Anesthesia&Analgesia*, 101(5S), 44-S61
5. **McLeod G., Davies H., Munnoch N., et al** (2001). Postoperative pain relief using thoracic epidural analgesia: outstanding success and disappointing failures. *Anaesthesia*, 56(1), 75–81
6. **Nimmo, S. M., & Harrington, L. S.** (2014). What is the role of epidural analgesia in abdominal surgery? "Continuing Education in Anaesthesia". *Critical Care & Pain*, 14(5), 224-229
7. **Patil S.S., Kudalkar A.G., Tendolkar B.A.** (2018). Comparison of continuous epidural infusion of 0.125% ropivacaine with 1 µg/ml fentanyl versus 0.125% bupivacaine with 1 µg/ml fentanyl for postoperative analgesia in major abdominal surgery. *J Anaesthesiol Clin Pharmacol*, 34(1), 29–34
8. **Shah. S., Vaishali. K., Prasad. S. S., & Babu. A. S.** (2021). Altered patterns of abdominal muscle activation during forced exhalation following elective laparotomy: An experimental research. *Annals of Medicine and Surgery*, 61, 198-204

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT SAU MỔ TẠI BỆNH VIỆN E

Lê Kim Vũ<sup>1</sup>, Đặng Quốc Ái<sup>1,2</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá hiệu quả của phẫu thuật điều trị bệnh lý tắc ruột sau mổ tại Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị bệnh lý tắc ruột sau mổ từ 2019 đến 2023. **Kết quả:** Có 50 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và điều trị bằng phẫu thuật, tuổi trung bình là  $62 \pm 20$  (14 - 90) tuổi, trong đó 44% là nam và 56% là nữ giới. Số lần phẫu thuật bụng trung bình trong tiền sử của các bệnh nhân là  $1,30 \pm 0,58$  lần, 78% bệnh nhân từng mổ ổ bụng một lần và mổ sản phụ khoa là phẫu thuật chiếm số lượng nhiều nhất trong tiền sử với 32%. Đường mổ cũ thường gặp trên các bệnh nhân này là đường mổ trắng giữa trên và dưới rốn. Nguyên nhân gây tắc ruột chủ yếu là do dây chằng và dính, chiếm 67%. Chủ yếu các bệnh nhân được phẫu thuật bằng phương pháp mổ mở chiếm 54%, 46% mổ nội soi trong đó 30% phẫu thuật nội soi hoàn toàn, 16% bệnh nhân phải có can thiệp mổ mở hỗ trợ. Thời gian mổ trung bình chung là  $103,2 \pm 51,4$  (30 - 285) phút, trong đó thời gian mổ của nhóm mổ mở hoàn toàn là  $116,9 \pm 50,8$ , của nhóm phẫu thuật nội soi là  $87,2 \pm 48,4$ . Có 8% trường hợp tai biến rách thanh cơ ruột non trong mổ, 2% có tai biến thủng ruột. Có 1 trường hợp gặp biến chứng chảy máu sau mổ từ mạch máu mạc treo ruột phải phẫu thuật lần 2 xử lý biến chứng. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình  $3,2 \pm 1,2$  ngày, thời gian nằm viện trung bình  $11,4 \pm 4,9$  ngày. Kết quả sau mổ 78% đạt kết quả tốt, chỉ 2% có kết quả xấu do xảy ra biến chứng sau mổ phải mổ lại xử lý tổn thương. **Kết luận:** Kết quả bước đầu phẫu thuật điều trị tắc ruột

sau mổ phần lớn đều đạt kết quả tốt. Trong đó phẫu thuật nội soi có nhiều ưu điểm so với mổ mở như ít đau sau mổ, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn. **Từ khóa:** Phẫu thuật tắc ruột sau mổ, phẫu thuật nội soi tắc ruột, tắc ruột sau mổ

### SUMMARY

#### INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREATMENT INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER SURGERY

**Background:** The study aimed to evaluate the efficacy of surgical treatment for postoperative bowel obstruction at Hospital E. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive study, patients undergoing surgery to treated postoperative bowel obstruction from 2019 to 2023. **Results:** There were 50 patients diagnosed with post-operative bowel obstruction and treated with surgery, the mean age was  $62 \pm 20$  (14-90) years old, of which 44% were male and 56% were female. The average number of abdominal surgeries in the history of patients was  $1.30 \pm 0.58$  times, 78% of patients had one abdominal operation and obstetrics and gynecology was the largest number of surgeries in history with 32%. The common old incision in these patients is the midline incision. The cause of intestinal obstruction is mainly ligaments and adhesions, accounting for 67%. Mainly patients undergoing open surgery accounted for 54%, 46% laparoscopic surgery of which 30% had complete laparoscopic surgery, 16% of patients required assisted open surgical intervention. The overall mean operating time was  $103.2 \pm 51.4$  (30 to 285) minutes, of which the operating time of the fully open surgery group was  $116.9 \pm 50.8$ , of the laparoscopic surgery group was  $87.2 \pm 48.4$ . There are 8% of cases of accidental tearing of the small intestinal muscle wall during surgery, 2% of accidents have intestinal perforation. There was one case of complications of postoperative bleeding from mesenteric blood vessels requiring 2nd surgery to handle complications. The average postoperative median time is  $3.2 \pm 1.2$  days, the average hospital stay is  $11.4 \pm 4.9$  days. 78% of

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện E

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 11.7.2024

Ngày duyệt bài: 16.8.2024

postoperative results were good, only 2% had bad results due to postoperative complications that required re-operation to treat the lesion.

**Conclusions:** The initial results of surgical treatment of post-operative intestinal obstruction are mostly good. In which, laparoscopic surgery has many advantages compared to open surgery such as less pain after surgery, early recovery, and short hospital stay. **Keywords:** Postoperative bowel obstruction surgery, laparoscopic intestinal obstruction, postoperative intestinal obstruction

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sau mổ là một loại tắc ruột cơ giới, mắc phải; là biến chứng thường gặp trong phẫu thuật vùng bụng, chiếm đa số các trường hợp (60 -70%) tắc ruột khi mổ. Một số nghiên cứu gần đây cho thấy nguy cơ tắc ruột ở những bệnh nhân được phẫu thuật vùng bụng thay đổi từ 0,3% đến 10,7%<sup>1,2</sup>. Theo Miller, nghiên cứu về tiền sử phẫu thuật của 410 bệnh nhân nhập viện điều trị tắc ruột sau mổ thì loại phẫu thuật chiếm tỷ lệ hàng đầu là phẫu thuật đại trực tràng (24%), tiếp theo là phẫu thuật sản phụ khoa (22%), thoát vị (15%) và cắt ruột thừa (14%)<sup>3</sup>.

Tắc ruột sau mổ có thể được điều trị nội khoa hoặc điều trị phẫu thuật. Theo thống kê cho thấy điều trị nội khoa được chỉ định trong hơn 80% trường hợp tắc ruột sau mổ và có tỉ lệ thành công 70-85%<sup>4</sup>. Điều trị phẫu thuật được chỉ định khi tắc ruột có biểu hiện của nghẹt, xoắn, hoại tử, thủng ruột hoặc điều trị nội khoa thất bại<sup>5</sup>. Trong trường hợp đó có thể lựa chọn mổ mở hoặc mổ nội soi tùy theo diễn biến của bệnh nhân, thể tắc ruột, điều kiện cơ sở vật chất và trình độ của bác sĩ phẫu thuật tại bệnh viện. Mổ mở hay mổ nội soi đều có những ưu nhược điểm khác nhau. Hướng dẫn Bologna 2014, cập nhật 2017 về chẩn đoán và quản lý tắc ruột non do dính (ASBO) đã có những hướng dẫn về việc lựa chọn phương án điều trị cho những bệnh nhân tắc ruột sau mổ dựa trên bằng chứng từ nhóm nghiên cứu ASBO của Hiệp hội phẫu thuật cấp cứu thế giới<sup>6</sup>. Ở Việt Nam, phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ được thực hiện tại nhiều cơ sở chuyên khoa ngoại trong cả nước, riêng phẫu thuật nội soi chủ yếu được áp dụng tại một số trung tâm phẫu thuật lớn, một số công trình nghiên cứu cũng đã được thực hiện để đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật trong điều trị tắc ruột sau mổ. Bệnh viện E hằng năm đã thực hiện điều trị phẫu thuật cho rất nhiều các trường hợp tắc ruột sau mổ, bao gồm cả phương pháp mổ mở và phương pháp mổ nội soi, tuy nhiên chưa có báo cáo nào tổng kết đầy đủ về kết quả phẫu thuật điều trị bệnh lý này. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá kết

quả điều trị phẫu thuật tắc ruột sau mổ" tại bệnh viện E.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Bao gồm 50 bệnh nhân nhập viện được chẩn đoán tắc ruột sau mổ, được điều trị bằng phẫu thuật tại bệnh viện E từ tháng 1/2019 đến hết tháng 12/2023, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

**2.2. Phương pháp nghiên cứu.** Nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

### Lựa chọn bệnh nhân:

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và được điều trị bằng phẫu thuật tại Bệnh viện E.

- Có hồ sơ đầy đủ các thông tin và dữ liệu phục vụ cho nghiên cứu.

**Tiêu chuẩn loại trừ:** Chẩn đoán tắc ruột không do nguyên nhân cơ học hoặc do nguyên nhân cơ học nhưng không liên quan đến dính ruột sau mổ như: thoát vị qua vết mổ, lồng ruột, u, bã thức ăn...

### Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới tính, tiền sử mổ cũ, số lần phẫu thuật trước đây, bệnh lý phẫu thuật gần nhất, thời gian từ lần mổ gần nhất đến lần này, số lần điều trị nội khoa tắc ruột trước mổ.

- Kết quả phẫu thuật: phẫu thuật mở, phẫu thuật nội soi, nguyên nhân gây tắc ruột, tai biến trong mổ và thời gian phẫu thuật.

- Kết quả điều trị sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian cho ăn sau mổ, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ, thời gian rút dẫn lưu ổ bụng và thời gian nằm viện sau mổ.

**2.3. Xử lý số liệu:** Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 20.0.

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 50 bệnh nhân tắc ruột sau mổ được điều trị bằng phẫu thuật có các đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật trình bày trong bảng 1, kết quả phẫu thuật trình bày trong bảng 2 và kết quả điều trị trình bày trong bảng 3.

**Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật**

<b>Tuổi</b>	58,52 ± 20,17 (14 - 90 tuổi)	
<b>Giới tính</b>	Nam	44%
	Nữ	56%
<b>Tiền sử mổ bụng</b>	1 lần	39 (78%)
	1 - 2 lần	8 (16%)

	> 2 lần	3 (6%)
	Trung bình	1,30 ± 0,58 lần
<b>Số lần điều trị tắc ruột trước đây</b>	Chưa lần nào	41 (82%)
	1 lần	6 (12%)
	2 lần	2 (4%)
	> 2 lần	1 (2%)
<b>Bệnh lý mổ gần nhất</b>	Mổ sản phụ khoa	15 (30%)
	Mổ đại trực tràng	7 (14%)
	Mổ dạ dày	6 (12%)
	Mổ mở ruột thừa	5 (10%)
	PTNS ruột thừa	4 (8%)
<b>Thời gian từ lần mổ gần nhất</b>	< 1 năm	8 (16%)
	1 - 5 năm	19 (38%)
	> 5 năm	23 (46%)

Tuổi trung bình 58,52 ± 20,17, tuổi thấp nhất là 14 tuổi và cao nhất là 90 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ là 1/1,27. Tiền sử số lần mổ bụng trung bình là 1,30 ± 0,58 lần, có 78% mổ bụng 1 lần và mổ sản khoa chiếm phần lớn với 30%. Tắc ruột sau mổ xuất hiện dưới 1 năm chiếm 16%, sớm nhất là 3 tuần sau mổ vì chấn thương bụng kín, cắt lách, cắt thận, cắt đoạn đại tràng làm hậu môn nhân tạo, thời gian dài nhất là trường hợp tắc ruột sau mổ 30 năm (mổ mở viêm ruột thừa).

**Bảng 2: Kết quả phẫu thuật**

<b>Phẫu thuật</b>	Mổ mở	27 (54%)
	Phẫu thuật nội soi	23 (46%)
<b>Nguyên nhân tắc ruột</b>	Do dây chằng	28 (32,9%)
	Do dính đơn thuần	39 (45,9%)
	Do xoắn ruột	6 (7,1%)
	Do dính xơ hẹp ruột	4 (4,7%)
	Do thoát vị nội	2 (2,4%)
	Do dính kèm bã thức ăn	6 (7,1%)
<b>Tai biến trong mổ</b>	Không	44 (90%)
	Rách thanh mạc ruột non	4 (8%)
	Chảy máu thành ruột	0 (0%)
	Thủng ruột	1 (2%)
<b>Thời gian phẫu thuật trung bình chung</b> 103,2 ± 51,4 (30 – 285) phút		
<b>Thời gian phẫu thuật trung bình</b>	<b>Nhóm mổ mở hoàn toàn n=27</b>	<b>Nhóm PTNS n=23</b>
	116,9 ± 50,8	87,2 ± 48,4

Tỷ lệ mổ mở/mổ nội soi là 27/23. Có 5 trường hợp, chiếm 10% phẫu thuật nội soi hỗ trợ (mổ nhỏ đường trắng giữa < 8cm) và 3 trường hợp chiếm 6% phẫu thuật nội soi phải chuyển sang mổ mở, chủ yếu do quai ruột dính nhiều qua nội soi khó gỡ, nguy cơ tổn thương thanh mạc ruột cao, cắt đoạn ruột tổn thương, phẫu thuật viên quyết định chuyển mổ mở với đường mổ từ 11 – 20 cm. 5 trường hợp tai biến rách thanh cơ ruột non và thủng ruột trong quá

trình tách dính trong mổ, đều được tiến hành khâu phục hồi bằng chỉ vicryl, sau mổ theo dõi ổn định.

**Bảng 3: Kết quả điều trị sau mổ**

Đánh giá sau mổ	Mổ nội soi (n=15)	Mổ mở nhỏ/lớn (n=35)	P value	
<b>Thời gian dùng giảm đau sau mổ</b>	2,27 ± 1,75	4,43 ± 1,85	0,000 <0,05	
<b>Thời gian trung tiện sau mổ</b>	2,33 ± 0,90	3,57 ± 1,12	0,001 <0,05	
<b>Thời gian cho ăn trở lại</b>	3,00 ± 1,25	5,07 ± 1,69	0,000 <0,05	
<b>Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng</b>	3,67 ± 0,82	5,54 ± 1,67	0,003 <0,05	
<b>Thời gian nằm viện</b>	8,73 ± 4,77	12,49 ± 4,66	0,003 <0,05	
<b>Biến chứng sau mổ</b>	Không có	14	P = 0,407	
	Nhiễm trùng vết mổ	0		7
	Chảy máu sau mổ	1		0

Chúng tôi ghi nhận có 7 trường hợp gặp biến chứng nhiễm trùng vết mổ, trong đó bao gồm mổ mở hoàn toàn và mổ mở sau mổ thăm dò bằng phẫu thuật nội soi. 1 trường hợp xảy ra biến chứng chảy máu sau phẫu thuật nội soi gỡ dính, cắt dây chằng, chảy máu sau mổ từ mạch mạc treo ruột non, được mổ mở lại xử trí khâu cầm máu.

**IV. BÀN LUẬN**

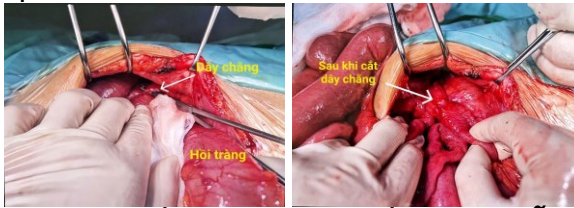
Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là 58,52 ± 20,17, tuổi thấp nhất là 14 tuổi và cao nhất là 90 tuổi. Tuổi trung bình của tác giả Dương Trọng Hiền (2014) là 38,7 ± 1,7<sup>7</sup>. Đặng Ngọc Hùng (2016) là 45 ± 19<sup>8</sup>. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn nam; nghiên cứu của tác giả về tỷ lệ giới tính nam và nữ là gần tương đương nhau.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng ≥ 3 lần chiếm 6%, đặc biệt có 1 bệnh nhân tiền sử 4 lần mổ mở do lạc nội mạc tử cung. Tiền sử số lần phẫu thuật bụng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,30 ± 0,58 lần. Dương Trọng Hiền (2014) tiền sử số lần phẫu thuật bụng là 1,4 ± 0,06 lần<sup>7</sup>. Tiền sử số lần mổ bụng là một yếu tố chỉ định và tiên lượng trong phẫu thuật điều trị tắc ruột sau mổ. Các nghiên cứu cũng ghi nhận rằng, số lần mổ bụng > 2 lần thường liên quan đến tình trạng dính nhiều, gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật do khó xác định vị trí của nguyên nhân gây tắc ruột, dễ gây thương tổn ruột như xây xát thanh mạc, chảy máu thành

ruột và thậm chí là thủng ruột trong quá trình thao tác.

Phẫu thuật sản phụ khoa bao gồm mổ nội soi hay mổ mở đường mổ giữa dưới rốn hay đường ngang trên vệ là phẫu thuật gần nhất thường gặp chiếm 30%, các phẫu thuật cắt ruột thừa, phẫu thuật đại trực tràng, phẫu thuật dạ dày, chiếm tỷ lệ lần lượt là 18%, 14 % và 12%. Dương Trọng Hiền (2014) tổng kết cho thấy đứng đầu là phẫu thuật các bệnh lý tiêu hóa, trong đó cao nhất là mổ viêm ruột thừa đơn thuần và viêm phúc mạc ruột thừa chiếm 28%, xếp sau là nhóm bệnh nhân có tiền sử sản phụ khoa với 20%<sup>7</sup>. Đặng Ngọc Hùng (2016) ghi nhận tiền sử mổ mở viêm ruột thừa chiếm tới 45,2%<sup>8</sup>.

Đa số các bệnh nhân chưa từng trải qua đợt điều trị tắc ruột sau mổ nào trong tiền sử chiếm 82%. Có 1 trường hợp được điều trị tắc ruột nội khoa hơn 4 lần, bệnh nhân này trước đó trải qua hơn 3 lần phẫu thuật liên quan đến bệnh lý sản phụ khoa. Sanlinen 2019 đã thống kê cho thấy 89% bệnh nhân không có tiền sử điều trị bệnh lý tắc ruột sau mổ, và chỉ có 2% là có từ 2 lần điều trị trở lên<sup>9</sup>.



**Hình 1: Tắc ruột do dây chằng sau phẫu thuật mổ mở cắt ruột thừa viêm**

Thời gian phẫu thuật trung bình chung trong nghiên cứu của chúng tôi là  $103,2 \pm 51,4$  (30 – 285) phút, trong đó của nhóm mổ mở có thời gian dài hơn trung bình 29,7 phút so với nhóm mổ nội soi. Thời gian mổ ngắn nhất 30 phút, nhiều nhất 285 phút. Trường hợp mổ kéo dài nhất là của phẫu thuật mở với 285 phút, đây là trường hợp bệnh nhân tắc ruột sau mổ viêm phúc mạc ruột thừa 11 năm, sẹo mổ cũ đường trắng bên bên phải, thoát vị thành bụng kèm theo tắc ruột do dính nhiều quai ruột vào nhau và vào vết mổ, gây gập góc nhiều đoạn. Thời gian mổ kéo dài do việc gỡ dính khó khăn kèm theo phục hồi thành bụng bằng mảnh lưới. Thời gian mổ ngắn nhất là của nhóm phẫu thuật nội soi hoàn toàn, trung bình  $63,3 \pm 27,4$ . Hai trường hợp mổ ngắn nhất kéo dài 30 phút đều của nhóm này, một bệnh nhân sau mổ đẻ và một bệnh nhân sau mổ nội soi cắt ruột thừa, các trường hợp này đều có nguyên nhân tắc ruột do dây chằng, dính ruột ít, gỡ dính và cắt dây chằng thuận lợi qua nội soi, không xảy ra biến chứng

sau mổ. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi dài hơn kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Văn Hải là  $90,9 \pm 55,3$  phút<sup>4</sup> và Đặng Ngọc Hùng là  $67,6 \pm 29,8$  phút<sup>8</sup>. Thời gian phẫu thuật ngắn hay dài ngoài ảnh hưởng từ mức độ tổn thương ổ bụng ra còn phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Khi xảy ra tắc ruột các quai ruột xu hướng giãn to do tắc nghẽn, thành mỏng, dễ tổn thương khi thao tác, mặt khác quai ruột dính vào nhau và vào vết mổ sẽ làm thu hẹp phẫu trường từ đó gây khó khăn trong thao tác mổ, nếu phẫu thuật viên ít kinh nghiệm, thao tác sẽ không linh hoạt, có thể gây ra các tai biến trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận 4 trường hợp tai biến rách thanh cơ ruột non, 1 trường hợp thủng ruột trong quá trình tách dính, các thương tổn đều được phát hiện trong mổ và được xử lý kịp thời, theo dõi sau mổ ổn định. Tỷ lệ xảy ra tai biến trong mổ là cao hơn so với báo cáo của tác giả Đặng Ngọc Hùng là 8,2%<sup>8</sup>. Ít hơn của tác giả Tác giả Nguyễn Hồng Sơn (2010) với tai biến thủng ruột trong mổ là 5,5% và tổn thương thanh mạc ruột khi mổ là 27,7%<sup>10</sup>. Những tổn thương rách thanh mạc nếu không được phát hiện và khâu phục hồi thì có nguy cơ rò tiêu hóa gây viêm phúc mạc sau mổ.

Trong số 50 bệnh nhân nghiên cứu của chúng tôi, có 27 bệnh nhân chiếm 54% được mổ mở ngay từ đầu, số bệnh nhân được phẫu thuật nội soi hoàn toàn là 15 chiếm 30%, 10% bệnh nhân phẫu thuật nội soi sau đó phối hợp thêm mổ đường mổ nhỏ < 8cm hỗ trợ vì dính nhiều khó gỡ qua nội soi hoặc kiểm tra, cắt đoạn ruột bị tổn thương hoại tử. 6% bệnh nhân phẫu thuật nội soi chuyển mổ mở vì các lý do tương tự. Tất cả các trường hợp chuyển đổi sang phẫu thuật mổ đều thực hiện thông qua đường rạch đường trắng giữa. Mặc dù nội soi ổ bụng có thể mang lại một số lợi ích cho một số bệnh nhân tắc ruột sau mổ, nhưng thực tế nên lựa chọn cẩn thận các đối tượng để điều trị nội soi. Nội soi ổ bụng với các quai ruột rất căng và nhiều vết dính phức tạp có thể làm tăng nguy cơ biến chứng nghiêm trọng như tổn thương thủng ruột, chảy máu trong và sau mổ<sup>6</sup>.

Để giảm nguy cơ tổn thương ruột trong quá trình phẫu thuật nội soi, bác sĩ phẫu thuật nên tránh cầm nắm các quai ruột bị căng, hạn chế sử dụng dao điện đơn cực hay lưỡng cực, có thể lựa chọn bóc tách bằng kéo phẫu tích hoặc Ligasure. Các nghiên cứu trước đây cũng khuyến cáo chỉ thực hiện gỡ dính tại chỗ nguyên nhân gây tắc ruột và nếu thấy rõ nguyên nhân tắc đã được giải quyết thì không cần tìm một cách có hệ

thống các vị trí dính khác, nếu như trong mổ thấy tình trạng dính nhiều và phức tạp thì phẫu thuật viên nên chuyển sang mổ mở chứ không nên mất thời gian để gỡ dính bằng nội soi<sup>4</sup>.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ của nhóm mổ nội soi hoàn toàn ngắn hơn trung bình là 2,27 ngày so với nhóm có mổ mở. Thời gian trung tiện sau mổ của nhóm mổ nội soi là 2,33 ± 0,90 ngày trong khi của nhóm có mổ mở dài hơn là 3,57 ± 1,12. Thời gian rút được ống dẫn lưu ổ bụng hay thời gian từ lúc mổ đến lúc ra viện nhóm mổ nội soi hoàn toàn cũng đều ngắn hơn. Bệnh nhân nằm viện điều trị với thời gian trung bình là 12,49 ± 4,66 ngày đối với nhóm có mổ mở trong khi nhóm phẫu thuật nội soi hoàn toàn ngắn hơn trung bình 3,76 ngày là 8,73 ± 4,77. Nghiên cứu của Dương Trọng Hiền (2014), Đặng Ngọc Hùng (2016) đều ghi nhận rằng: phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ có nhiều ưu điểm như: (1) ít đau sau mổ, (2) trung tiện sớm hơn, (3) giảm thời gian nằm viện, (4) hồi phục sức khỏe sau mổ nhanh hơn, (5) giảm tỷ lệ các biến chứng của vết mổ và (6) giảm tạo dính sau mổ<sup>7,8</sup>.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị bệnh lý tắc ruột sau mổ là phương pháp cho hiệu quả tốt. Không có sự khác biệt rõ ràng về kết quả trong mổ giữa mổ mở và mổ nội soi. Tuy nhiên kết quả sớm sau mổ chứng minh phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ vẫn là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, ít đau, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn hơn. Bên cạnh đó, không phải trường hợp tắc ruột sau mổ nào cũng có thể tiến hành phẫu thuật nội soi, cần lưu ý chọn lựa bệnh nhân phù hợp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Cox. M. R., Gunn. I. F., Eastman. M. C., et al (1993), The safety and duration of non-operative treatment for adhesive small bowel obstruction, Aust N Z J Surg, 63 (5), pp. 367-371.
2. Ayman H, Sarwat A, Naser Z (2004). Laparoscopic adhesiolysis for recurrent small bowel obstruction with the ultrasonically activated shears, Egyptian Journal of Surgery, 23 (1), pp. 14-19.
3. Miller G, Boman J, Shrier I, Gordon PH (2000). Natural history of patients with adhesive small bowel obstruction. Br J Surg, 87(9):1240-7.
4. Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu, Nguyễn Hồng Sơn (2008), "Hiệu quả phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 12(1), 154-160.
5. Fevang. B. T. S., Fevang. J., Lie. S. A., et al (2004), Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction, Ann Surg, 240 (2), pp. 193-201(2).
6. Ten Broek RP, Krielen P, Di Saverio S, et al (2018). Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg, 13:1-13.
7. Dương Trọng Hiền (2014). Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ. Luận án tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Đại học Y Hà Nội tr. 94-125.
8. Đặng Ngọc Hùng (2016). Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ. Luận án tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Trường đại học Y dược Huế; tr.91-126.
9. Sallinen V, Di Saverio S, Haukijärvi E, et al (2019). Laparoscopic versus open adhesiolysis for adhesive small bowel obstruction (LASSO): an international, multicentre, randomised, open-label trial. Lancet Gastroenterol Hepatol; 4(4):278-286.
10. Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu (2010), "Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ", Y Học TP. Hồ Chí Minh, 14 (4), tr. 1-7.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ GỠ ĐẦU DƯỚI HAI XƯƠNG CẰNG CHÂN BẰNG PHẪU THUẬT KẾT HỢP XƯƠNG NẸP VÍT

Trần Thị Trúc Linh<sup>1</sup>, Hồ Văn Bình<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Nghiên cứu nhằm mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm điều trị gãy đầu dưới hai xương cẳng chân bằng phẫu thuật kết hợp xương nẹp vít tại Cần Thơ. **Phương pháp:** Thiết kế nghiên cứu cắt ngang

<sup>1</sup>Trường Đại học Võ Trường Toản

Chịu trách nhiệm chính: Hồ Văn Bình

Email: hvbinh@vttu.edu.vn

Ngày nhận bài: 6.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 10.7.2024

Ngày duyệt bài: 15.8.2024

mô tả, hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 52 bệnh nhân gãy kín hoặc gãy hở theo Gustilo độ I đến sớm đầu dưới hai xương cẳng chân được mổ kết hợp xương bằng nẹp vít tại Bệnh viện Đa Khoa Trung Ương Cần Thơ, Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ, Bệnh viện Quân Y 121 thời gian từ năm 2022 đến năm 2024. **Kết quả:** Kết quả sớm sau điều trị: Kết quả nắn chỉnh ổ gãy theo tiêu chuẩn của Larson và Bostman: Rất tốt và tốt là 92,31%, trung bình là 7,69%; tình trạng vết mổ: vết mổ khô sạch không bị nhiễm trùng là 90,36%, nhiễm trùng nông với tỉ lệ là 9,61%.

**Từ khóa:** gãy xương, kết hợp xương, nẹp vít, kết quả điều trị.