

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT THÙNG ĐẠI TRÀNG TỰ PHÁT: CA LÂM SÀNG HIẾM GẶP VÀ ĐIỂM LẠI Y VẤN

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh vỡ đại tràng tự phát hiếm gặp. 2. Kết quả điều trị phẫu thuật và điểm lại Y văn. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu ca lâm sàng. **Kết quả nghiên cứu:** BN nam, 57T, có TS. điều trị hóa xạ trị ung thư thực quản (T3N1M0, SCC) và phẫu thuật ung thư amydal. Đã mổ mở thông dạ dày nuôi ăn do UT thực quản tái phát. Đau bụng đột ngột dưới sườn trái, hố chậu trái lan ra khắp bụng >24 h, kèm sốt. không nôn. Mạch 95 lần/phút, HA 120/70 mmhg. Khám bụng co cứng, đau khắp bụng, phản ứng thành bụng mạnh. Chụp bụng không chuẩn bị có liềm hơi D'hoành phải. Siêu âm bụng: Nhiều dịch tự do OB vùng hố chậu trái. Xét nghiệm: BC 17,36 G/L. Chẩn đoán: Thủng tạng rỗng/UTTQ đang điều trị/UT amydal đã PT. Tồn thương trong mổ: Ổ bụng nhiều dịch đục, giả mạc tập trung rãnh ĐT trái, douglas, tổn thương thủng ĐT trái 5 mm, bờ mềm. Mổ: Sinh thiết đại tràng trái, lau rửa bụng, khâu ĐT trái đưa đường khâu ra ngoài ổ bụng (HMNT) trên que ngang. Kết quả GPB: viêm loét niêm mạc ĐT mạn tính. **Kết luận:** Vỡ đại tràng tự phát là bệnh hiếm gặp thường xảy ra ở người > 60 T, tỷ lệ Nam/Nữ là 2/1. Vị trí thường gặp là chỗ nối giữa đại tràng xích ma-trực tràng và đại tràng xích ma chiếm tỷ lệ từ hơn 50% đến 100%. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở bệnh nhân táo bón kéo dài (68% → > 80%). Chẩn đoán trước mổ thủng đại tràng chiếm tỷ lệ thấp (9,5%-20,6%). CLVT là phương pháp chẩn đoán nhanh, hiệu quả, Phẫu thuật Hartmann chiếm tỷ lệ cao (>50%), tiếp đến là khâu lỗ thủng, làm HMNT, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao (TV 31,1%-34,2%; Biến chứng có thể tới 67,7%). Chẩn đoán và mổ sớm là yếu tố quyết định làm giảm tỷ lệ biến chứng và TV. Thủng ĐT stercoral chiếm tỷ lệ cao và tiên lượng xấu hơn thủng Idiopathic.

SUMMARY

SPONTANEOUS PERFORATION OF COLON: CASE REPORT AND LITERATURE REVIEW

Study aim: 1. The clinical and paraclinical feature of spontaneous Perforation of Colon and surgical result. 2. Review of literature. **Patient and method:** Retrospective study, Case report (rare diseases). **Result:** -Male patient, aged of 57 years old. - Medical history: 2022 he was diagnosed cancer of oesophage and had chemio-radiated therapy. + 2023: Cancer of amydal PT2N0M0 (histopathology: SCC) and had surgery. +4/2024: Recidive of

oesophageal cancer and had gastrostomy for feeding. - Urgent hospitalization for left upper quadrant pain that radiated all abdomen with fever more than 24h. - On physical examination: The abdomen was rigid with generalized tenderness. - Temperature was 38°C, pulse rate was 95/min, blood pressure 120/90 mmhg. - A plain film of the abdomen showed free gas under right dome of diaphragm. - Abdominal ultrasound revealed free liquid in lower left quadrant of abdomen. - Laboratory findings: + Red blood cell counts: 4,27 T/L; Hb:112 g/L, white blood cell counts: 17,36 G/L, Platelete: 184 G/L. + Biochemistry: Creatinin 72 mmol/L; Ure 5,2 mmol/L; GOT 12,4 U/L; GPT 17,5U/L. - Urgent operation: At laparotomy, there was 0,5 cm perforation on the anti-mesenteric border of lower left colon with copious amount of purulent fluid in the peritoneum and in the pelvis. Suture of perforation and exteriorization of left sutured colon (the left colon was brought to exterior part of anterior abdominal wall to prevent collection of leaked fluid in the peritoneal cavity). - The patient recovered unvenfully and was discharged on the 8th post operative day. - Pathological report revealed edema of mucosa, chronic inflammatory tissue. **Conclusion:** Spontaneous colonic perforation is rare disease which happened in over 60 years old patient. The sex ratio was male/female: 2/1. More than 50% of lesions located in recto - sigmoid junction and sigmoid colon. There were 68% up to more than 80% of patients had constipation. The positive preoperation diagnosis of colon perforation was low (around 9,5 to 20,6%). Abdominal CTScan seem to be the effective method to diagnose. Early diagnosis and surgical management were the important factor to reduce the mortality and complication. The stercoral perforation was worse pronostic than the idiopathic one.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Vỡ đại tràng tự phát là bệnh lý hiếm gặp và chưa được nghiên cứu nhiều về bệnh học lâm sàng. Bệnh thường xảy ra ở người cao tuổi và táo bón kéo dài. Các triệu chứng của bệnh thường không đặc hiệu và tỷ lệ được chẩn đoán trước mổ thấp. Cho tới nay, các nghiên cứu về bệnh thủng đại tràng tự phát chủ yếu là các ca lâm sàng và loạt ca lâm sàng. Các nghiên cứu tiến cứu với số lượng lớn BN kho và chưa thực hiện được do tỷ lệ mắc bệnh rất thấp và tính khẩn cấp của bệnh.

Ở nước ta bệnh lý thủng ĐT tự phát chưa được nghiên cứu, bởi vậy chúng tôi báo cáo ca lâm sàng hiếm gặp với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng bệnh vỡ đại tràng tự phát hiếm gặp.
2. Kết quả điều trị phẫu thuật và điểm lại Y văn.

¹Bệnh viện K

²Trường Đại học Y - Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.2.2025

Ngày duyệt bài: 25.3.2025

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Mô tả hồi cứu ca lâm sàng

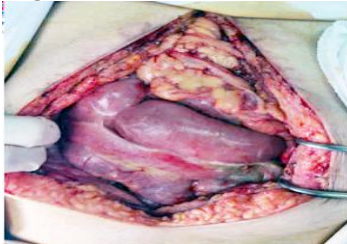
III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

- + BN nam, 57 T
- Tiền sử:
 - + Năm 2022 được chẩn đoán ung thư (UT) thực quản T3N1M0 (GPB: SCC) được điều trị hóa xạ CF-4 CK.
 - + 2023 chẩn đoán UT amydal pT2N0M0 (GPB: SCC) đã phẫu thuật
 - + T4/2024 UTTQ tái phát tại chỗ mổ mở thông dạ dày, điều trị hóa xạ điều trị 50,4 Gy, Folfox-3 chu kỳ.
- Lâm sàng:
 - + Ngày 28/6 đau bụng đột ngột dưới sườn trái (DST) sau lan ra khắp bụng, không nôn, ko buồn nôn vào viện sau >24h, đau bụng tăng, sốt.
 - + Toàn thân: M 95/lần/phút, HA 120/70, To 38 độ, thở 20 l/phút.
 - + Bụng co cứng, đau khắp bụng, phản ứng thành bụng khắp bụng
 - Xét nghiệm: HC 4,27 T/L; Hb:112 g/L, BC: 17,36 G/L, BCTT: 91,7%; TC: 184 G/L
 - Sinh hóa: Creatinin 72 mmol/L; Ure 5,2 mmol/L; GOT 12,4 U/L; GPT 17,5U/l
 - XQ: Liềm hơi D' hoành phải.



Ảnh 1: Chụp bụng không chuẩn bị, liềm hơi D' hoành phải

- SA: Nhiều dịch tự do OB vùng hố chậu trái
- Chẩn đoán: Thủng tạng rỗng/ UTTQ đang điều trị/ UT amydal đã PT.
- Tổn thương trong mổ: Ổ bụng nhiều dịch đục, giả mạc tập trung rãnh ĐT trái, douglas, tổn thương thủng ĐT trái 5 mm, bờ mềm.



Ảnh 2: Tổn thương trong mổ, ổ bụng nhiều dịch đục, giả mạc

- Mổ: Sinh thiết đại tràng trái, lau rửa bụng, khâu ĐT trái đưa đường khâu ra ngoài ổ bụng (HMNT) trên que ngang.
- Kết quả GPB: viêm loét niêm mạc ĐT mạn tính.
- Không có biến chứng, BN ra viện sau 10 ngày.

IV. BÀN LUẬN

Thủng đại tràng (ĐT) tự phát được định nghĩa là thủng đột ngột đại tràng không có bệnh lý hoặc chấn thương đại tràng. Thủng ĐT tự phát là bệnh hiếm gặp, cho tới nay trên thế giới có khoảng 100 ca được báo cáo.

Thủng ĐT thường gây viêm phúc mạc (VPM) nặng với tỷ lệ TV cao. Tuổi mắc bệnh trung bình TB khoảng 65 T, tỷ lệ nam/nữ là 2:1, tổn thương thường ở bờ tự do của ĐT là bờ thiếu máu.(7).

Năm 1984 JA Berry phân loại vỡ đại tràng tự phát thành 2 type là "Stereocoral" và Idiopathic (thủng do phân và không thấy nguyên nhân - tự phát).

Thủng ĐT do phân thường phối hợp với loét ĐT, vị trí thủng thường gặp ở ĐT xích ma và chỗ nối ĐT xích ma trực tràng, hiếm gặp ở manh tràng. Tổn thương thủng đại tràng do phân thường là lỗ thủng hình tròn hay oval với hoại tử và viêm ở bờ lỗ thủng trong khi thủng ĐT idiopathic thường rách dọc trên nền thành ĐT bình thường.

Hai thể này có nhiều đặc điểm chung, tỷ lệ chẩn đoán được thủng đại tràng trước mổ thấp.

Tỷ lệ thủng ĐT idiopathic thấp hơn so với thủng ĐT stereocoral, có tiên lượng tốt hơn thủng Stereocoral do ít bị nhiễm trùng nhiễm độc phân.

Tỷ lệ thủng ĐT gây viêm phúc mạc do phân chiếm 1,2% tổng số phẫu thuật (PT) cấp cứu đại trực tràng, chiếm 3,2% tổng số thủng ĐT và thường xuất hiện ở BN táo bón.

Maurer và CS đưa ra tiêu chuẩn thủng ĐT stereocoral: Lỗ thủng >1 cm, ĐT đầy phân, niêm mạc ĐT thiếu máu, hoại tử và có phản ứng viêm [1].

- Vị trí hay gặp nhất là chỗ nối ĐT xích ma trực tràng, đoạn giữa ĐT xích ma tiếp đến manh tràng, ĐT ngang, ĐT trái. Maurer (8) báo cáo 64% thủng ở những vùng trên.

- Cho và CS: >50% các trường hợp vị trí thủng thủng ở ĐT xích ma, các vùng khác ít gặp [2].

- Theo Kasahara: 68% thủng idiopathic ở các vùng trên, lỗ thủng thường dọc, bờ gọn, không thấy thiếu máu. [3]

- Báo cáo của Chen cho rằng tỷ lệ thủng cao ở chỗ nối giữa ĐT xích ma - trực tràng do thiếu hoặc không có mạch nối giữa phần thấp của ĐT xích ma và phần cao của trực tràng (Sudeck's point) hoặc không có mạch nối giữa hệ mạch của động mạch mạc treo tràng trên và mạc treo

tràng dưới ở ĐT góc lách (Griffith's point) hoặc vùng hồi manh tràng. Có 2 giả thiết được các tác giả nêu gây vỡ ĐT idiopathic: Các vùng này được tưới máu kém, thành ruột cấu trúc yếu do một số bị thoát vị, sa trực tràng hoặc cấu trúc túi cùng douglas sâu (anatomical depth of Douglas pouch). [4], [5]

- Báo cáo 4 ca vỡ ĐT tự phát của Sabah Al Shukry [6] cho thấy: 1 BN thủng ĐT xích ma tự phát 2 lần (cách nhau 3,5 năm). BN này được mổ cấp cứu 2 lần:

+ Lần 1: BN nam, 18 T, đau bụng đột ngột, tăng dần trong 18h, không sốt, ỉa nhày mũi. Bụng co cứng, đau phản ứng khắp bụng. XQ bụng có mức nước hơi dưới hoành 2 bên. Xét nghiệm BC 9,2 G/L

BN được mổ cấp cứu: vị trí thủng ở bờ tự do của đại tràng xích ma, kích thước (KT') 3 cm, bụng nhiều mủ và giả mạc, cắt 8 cm ĐT xích ma nối tận-tận, hậu phẫu bình thường. Kết quả GPB lần 1 là phù nề, xung huyết niêm mạc và thanh cơ;

+ Lần thứ 2 (sau 3,4 năm): BN đau bụng đột ngột, táo bón, nôn, Khám thấy bụng chướng, co cứng khắp bụng, phản ứng thành bụng mạnh, không sốt. XQ bụng không chuẩn bị có liềm hơi dưới hoành 2 bên. Xét nghiệm máu BC 7,2... BN được hồi sức, điều trị kháng sinh phổ rộng. Mổ cấp cứu: Lỗ thủng 3 cm, bờ không đều gần miệng nối cũ. Bụng có dịch đục, giả mạc, ít phân. Cắt đoạn đại tràng nối ngay. Hậu phẫu bình thường. Kết quả GPB: thành ruột sát lỗ thủng đổi màu, tím, niêm mạc phù nề, tổ chức viêm hoại tử tới thanh mạc.

+ BN khác nam 70 T, dùng giảm đau chống viêm Nonsteroid thường xuyên, đau bụng đột ngột được chẩn đoán viêm phúc mạc thủng tạng rỗng, mổ cấp cứu, tổn thương gồm 4 lỗ thủng ở bờ tự do ĐT xích ma, BN được cắt đoạn ĐT tổn thương đóng đầu D' đưa đầu trên làm HMNT (PT kiểu Harmann), BN tử vong sau mổ 1 tuần vì

viêm phổi và nhiễm trùng huyết. Kết quả GPB là loét thủng có thể do thiếu máu, thâm nhiễm tế bào viêm.

+ BN khác nữ, 15 T, mắc bệnh DOWN, mổ cấp cứu vì viêm phúc mạc phân, đưa ĐT thủng ra ngoài, BN này chết sau 4 tuần vì sốc, kết quả GPB là loét phù nề niêm mạc thủng.

+ BN thứ 4 nam, 61 T, đau bụng, nôn, 3 ngày, táo bón, bụng chướng tăng dần, bụng co cứng, cảm ứng phúc mạc, phản ứng thành bụng. Lỗ thủng 2 cm ở ĐT xích ma. BN được cắt đoạn ĐT xích ma, nối ngay, sau mổ diễn biến thuận lợi, ra viện sau 3 tuần. Kết quả GPB loét thủng phù nề tụ máu D' niêm mạc, viêm thanh mạc.

- Cho tới nay có khoảng 100 BN vỡ ĐT tự phát được báo cáo. Nghiên cứu của Sabah Al Shukry [6] cho thấy: BN số 1 trong ổ bụng rất ít phân, hầu như trong ĐT ko có phân nên tác giả loại trừ vỡ ĐT stercoral, chẩn đoán là vỡ ĐT idiopathic.

- Điểm lại y văn thế giới có 1 BN vỡ ĐT tự phát ở 3 đoạn ĐT khác nhau tuy nhiên ko thấy báo cáo nào vỡ ĐT tự phát 2 lần trên cùng ĐT xích ma.

- Số liệu của Ren Chongxi [7]: Trong thời gian 10 năm (từ 2008-2017) tại BV trường đại học Cangzhou Trung Quốc có 7 ca thủng ĐT tự phát trong đó tỷ lệ BN >60T là 85,8%; 5 nam, 2 nữ, 57,1% có táo bón, 71,4% có bệnh phổi hợp.

Chẩn đoán hình ảnh trước mổ 100% có liềm hơi D' hoành, tỷ lệ chẩn đoán thủng ĐT trước mổ 14,2% (1BN); Vị trí lỗ thủng ở ĐT xích ma 5 BN (71,6%), thủng chỗ nối ĐT xích ma - trực tràng 14,2% (1BN), thủng ĐT trái 14,2%; 71,4% (5 BN) thủng bờ tự do, 6 BN thủng <1 cm (1 BN>1cm); 100% các BN chỉ có 1 lỗ thủng. Mổ khâu lỗ thủng 28,7% (2 BN), PT Hartmann 4 BN (57,1%), làm HMNT 14,2% (1BN); tử vong 3 BN (42,9%). Kết quả GPB vỡ ĐT stercoral 4 BN, vỡ ĐT Idiopathic 3 BN.

Bảng 1: Các nghiên cứu (NC) lâm sàng

Tác giả	Loại vỡ ĐT	n	Tuổi	Thủng ĐT xích ma (%)	Thủng các ĐT khác	Táo bón (%)	Chẩn đoán hình ảnh (+) (%)	Tử vong
Ryu et al	SPC	12	73,8	12 (100)	0	12 (100)	12 (100)	0
Chakra et al	SPC	137	62,0	69 (50,4)	68(49,6)	111 (81)	123 (89,8)	47(34,2)
Namik et al	IPC	16	72,5	9 (56,3)	7 (43,7)	11 (68,8)	16 (100)	3 (18,8)
Yang et al	SCP	10	65,0	3 (30)	7 (70)	7(70)	9 (90)	3(30)
Tổng		175	63,9	93 (53,1)	82 (46,9)	141(80,6)	160 (91,4)	53(30,3)

Tổng kết của Chakra và CS có 137 ca, tuổi TB 62 T; Số BN mắc táo bón chiếm 81%; Có 50,4% thủng ở ĐT xích ma, 49,6% thủng ở các vị trí ĐT khác, chẩn đoán hình ảnh thủng tạng rỗng đạt 89,8%; Tỷ lệ TV 34,2%. Thủng ĐT stercoral (do phân) chiếm 100% các BN.

Nghiên cứu của Namik có 16 BN thủng IPC

(thủng không thấy nguyên nhân); Tuổi TB 72,5 T, thủng ĐT xích ma 56,3%, táo bón kéo dài 68,8%, chẩn đoán thủng tạng rỗng 100%; Tử vong 18,8%.

Như vậy các báo cáo cho thấy lứa tuổi thủng ĐT tự phát >60T, phần lớn vị trí thủng ở ĐT xích ma (tỷ lệ từ 30-50-100%), thủng ĐT tự phát

phần lớn xảy ra trên BN táo bón (68,8%-100%), tỷ lệ TV có thể > 30%.

Mặt khác số liệu của các NC thấy rằng tỷ lệ chẩn đoán trước mổ dao động thấp, NC của Serpell và Nicholl [8]: Chẩn đoán trước mổ thủng ĐT chỉ đạt 11%, của Ren Chongxi 20,6% [7]. Cũng NC của Ren Chongxi cho thấy tỷ lệ PT kiểu Harmann cao (59,3%), tỷ lệ biến chứng 67,7%, tỷ lệ TV 31,1%.

Các tác giả cho rằng chẩn đoán sớm là yếu tố quyết định làm giảm tỷ lệ biến chứng và TV. Tuy nhiên chẩn đoán sớm khó khăn vì: Thủng ĐT tự phát là bệnh khá hiếm gặp và là bệnh lý chưa được nghiên cứu nhiều. Chẩn đoán hình ảnh cho kết quả không đặc hiệu. Bệnh nhân thường có biểu hiện LS đau bụng khó giải thích, không khác so với các đau bụng do thủng tạng rỗng khác. Charkravanty và CS cho rằng chụp CLVT là phương pháp chẩn đoán nhanh, hiệu quả: cho thấy khí tự do ổ bụng, thâm nhiễm mỡ, dịch trong ổ bụng ngoài ống tiêu hóa, dày thành ruột ở lỗ thủng. Trong 137 BN thủng ĐT tự phát theo báo cáo của Charkravanty, 91,7% có liềm hơi hay đám thâm nhiễm nhưng chỉ có 13 BN được chẩn đoán thủng ĐT trước mổ (9,5%).

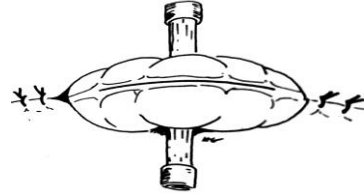
Các NC cho rằng khi chụp XQ có khí trong OB, chẩn đoán thủng tạng rỗng có thể đạt tỷ lệ 85-95% trong khi có 5-15% hơi trong OB không do thủng tạng rỗng mà đến từ các nguồn khác (không cần chỉ định mổ cấp cứu) bao gồm nguồn trong OB, ngực, phụ khoa và Ideopathic. Những BN này không đau bụng, bụng không chướng hoặc không có VPM. Theo Rechard: khi BN không đau bụng, bụng không chướng, không sốt, bạch cầu không tăng thì hơi trong phúc mạc có thể điều trị bảo tồn. Những hơi trong phúc mạc này không cho phép chẩn đoán thủng ĐT.

- BN của chúng tôi BN Nam, 58 T, đang điều trị hóa xạ ung thư thực quản tái phát, đã mổ UT amygdal đau bụng có sốt, BC tăng >17 G/L. Đến với triệu chứng VPM gần 20h. Khám bụng co cứng, đau khắp bụng. XQ có liềm hơi. Tổn thương trong mổ là ổ bụng có nhiều dịch đục, giả mạc và ít phân, trong lòng ĐT có phân, lỗ thủng nhỏ khoảng 5 mm bờ tự do đại tràng trái sát chỗ nối với ĐT xích ma nên cho phép chẩn đoán là vỡ ĐT loại Stercoral. Kết quả GPB là phù nề, sung huyết, viêm loét niêm mạc mạn tính.

Do lỗ thủng nhỏ, mềm. Chúng tôi tiến hành sinh thiết và khâu lỗ thủng và đưa đường khâu ra ngoài ổ bụng trên que ngang. Hàng ngày chúng tôi làm sạch và rửa huyết thanh mặn, nếu đường khâu liền sẽ đưa ĐT vào ổ bụng tại chỗ (không mổ), tuy nhiên đường khâu không liền và đã rò phân ra (HMNT trên que ngang).



Ảnh 3: Tổn thương trong mổ, lỗ thủng đại tràng trái (sát chỗ nối với đại tràng xích ma)



Ảnh 4: Đưa ĐT trái và đường khâu ra ngoài ổ bụng trên que ngang

V. KẾT LUẬN

Vỡ (thủng) đại tràng tự phát là bệnh hiếm gặp thường xảy ra ở người > 60 T, tỷ lệ Nam/Nữ là 2/1. Vị trí thường gặp là chỗ nối giữa đại tràng xích ma-trực tràng và đại tràng xích ma chiếm tỷ lệ từ hơn 50% đến 100%. Tỷ lệ mắc bệnh cao ở bệnh nhân táo bón kéo dài (68% → > 80%). Chẩn đoán trước mổ thủng đại tràng chiếm tỷ lệ thấp do triệu chứng không đặc hiệu (9,5%-20,6%). CLVT là phương pháp chẩn đoán nhanh, hiệu quả, cho thấy khí tự do ổ bụng, thâm nhiễm mỡ, dịch trong ổ bụng ngoài ống tiêu hóa, dày thành ruột ở lỗ thủng.

Phẫu thuật Hartmann chiếm tỷ lệ cao (>50%), tiếp đến là khâu lỗ thủng, làm HMNT, tỷ lệ biến chứng và tử vong cao (TV 31,1%-34,2%; Biến chứng có thể tới 67,7%). Chẩn đoán và mổ sớm là yếu tố quyết định làm giảm tỷ lệ biến chứng và TV. Thủng ĐT stercoral chiếm tỷ lệ cao và tiên lượng xấu hơn thủng Idiopathic.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Maurer CA, Renzulli P, Mazzucchelli L. Use of accurate diagnostic criteria may increase incidence of stercoral perforation of the colon. Dis Colon Rectum 2000;43:991-998.
2. Cho H, Han HY, Chun TJ, Yu Ik, Daejeon, Deajeon, KR and Deajeon R. Spontaneous Perforation of the Colon: CT Finding and Clinical Characteristics. Poster type: Scientific Exhibit ECR 2012.
3. Kasahara Y, Matsumoto H, Umera H, Shiraga S and Kuyama T. (1981) Idiopathic Perforation of The Sigmoid in Japan. World Journal of Surgery, 5, 125-130.
4. Chen JC, Chen CC, Liang J-T and Huang SF. Spontaneous Bowel Perforation in Infants and

- Young children: A Clinicopathologic Analysis of Pathogenesis. Journal of pediatric Gastroenterology and nutrition, 30: 432-435.
5. **Siddharth P, Ravo B.** (1988) Colorectal Neurovascular and anal sphincter, Surgical Clinics of North America, 68, 1185-1200.
 6. **Sabah Al Shukry.** Spontaneous Perforation of the Colon Clinical Review of Five Episodes in Four Patients. Oman Med J 2009 Apr; 24(2): 137-141.
 7. **Ren Chongxi et al.** Spontaneous colonic perforation in adults: Evaluation of a pooled case series. Science Progress volume 103, Issue 3, July 2020.
 8. **Serpell JW, Nicholls RJ.** Stercoral perforation of the colon. Br J Surg 1990; 77 (12): 1325-1329.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỬ DỤNG NƯỚC MUỐI SINH LÝ RỬA VẾT MỒ TRONG PHẪU THUẬT UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Phạm Văn Bình¹, Lê Văn Thành¹,
Nguyễn Thị Phong Lan¹, Thái Đức An¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nhiễm khuẩn vết mổ là biến chứng phẫu thuật phổ biến nhất. Một trong những biện pháp được sử dụng để giảm nhiễm khuẩn vết mổ là rửa vết mổ để loại bỏ chất thải với dung dịch, nhằm loại bỏ những mảnh tế bào, dịch cặn và giảm tải lượng vi khuẩn trước khi đóng vết mổ. **Mục tiêu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của bệnh nhân phẫu thuật ung thư đại trực tràng tại khoa Ngoại bụng 1, bệnh viện K. Đánh giá kết quả sử dụng nước muối sinh lý rửa vết mổ trong phẫu thuật ung thư đại trực tràng và một số yếu tố liên quan. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu so sánh có đối chứng trên 195 bệnh nhân ung thư đại trực tràng được phẫu thuật mổ. Bệnh nhân được chia thành 2 nhóm: Nhóm A - sử dụng povidone-iodine sát trùng vết mổ sau phẫu thuật; nhóm B - Sử dụng nước muối sinh lý rửa vết mổ sau khi đóng cân – cơ, trước khi khâu da. **Kết quả:** Rửa vết mổ bằng nước muối sinh lý làm giảm tỷ lệ nhiễm khuẩn vết mổ từ 22,4% xuống 7,2%. Nguy cơ nhiễm khuẩn vết mổ tăng lên đáng kể ở bệnh nhân có các yếu tố: tiền sử đái tháo đường; thời gian mổ kéo dài trên 3 tiếng; mổ lại trong vòng 30 ngày và thời gian nằm viện trên 14 ngày. **Từ khóa:** Nhiễm khuẩn vết mổ, rửa vết mổ, ung thư đại trực tràng

SUMMARY

EVALUATION OF THE EFFECTIVENESS OF SALINE IRRIGATION IN SURGICAL SITE INFECTION PREVENTION FOR COLORECTAL CANCER SURGERY

Background: Surgical site infection (SSI) is the one of the most common postoperative complication. One method to reduce SSI is wound irrigation with the saline solution to remove cellular debris, residual fluids, and reduce bacterial load before closing the surgical site. **Objective:** To evaluate the clinical and

paraclinical characteristics of colorectal cancer patients undergoing surgery at Department of Abdominal Surgery 1, K Hospital. Additionally, to assess the effectiveness of saline irrigation in reducing SSI in colorectal cancer surgeries and identify related risk factors. **Methods:** A controlled comparison study was conducted on 195 patients undergoing open colorectal cancer surgery. Patients were divided into two groups: Group A: Wound treated with povidone-iodine for disinfection after surgery; Group B: Wound irrigated with saline solution after fascial and muscular closure, before skin closure. **Results:** Saline irrigation reduced the SSI rate from 22.4% to 7.2%. Significant risk factors for SSI included a antecedent of diabetes, operation time exceeding 3 hours, reoperation within 30 days, and hospital stays longer than 14 days.

Keywords: Surgical site infection, wound irrigation, colorectal cancer

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Nhiễm khuẩn vết mổ (NKVM) là biến chứng phẫu thuật phổ biến nhất, ước tính lên đến 25% tùy thuộc vào loại phẫu thuật. NKVM là nhiễm trùng bệnh viện có liên quan đến tỷ lệ tử vong của bệnh nhân và là gánh nặng của hệ thống y tế. Một trong những biện pháp được sử dụng để giảm NKVM là rửa vết mổ (RVM) để loại bỏ những mảnh tế bào, dịch cặn và giảm tải lượng vi khuẩn trước khi đóng vết mổ. Hiệu quả của RVM trong giảm NKVM đã được báo cáo trong nhiều nghiên cứu trước đây. Nước muối sinh lý ấm là dung dịch RVM được lựa chọn phổ biến vì an toàn với mọi vùng phẫu thuật, bao gồm cả phúc mạc, khoang màng phổi, và có hiệu quả kinh tế do chi phí thấp.

Trước đây, trong thực hành lâm sàng, chúng tôi thường sử dụng dung dịch povidone-iodine để sát trùng vết mổ sau khi khâu da, nhưng tỷ lệ NKVM vẫn đáng kể. Thời gian gần đây, chúng tôi sử dụng nước muối sinh lý (NMSL) để RVM trước khi khâu da và nhận thấy tỷ lệ NKVM có xu hướng giảm. Mặc dù kết quả các nghiên cứu còn nhiều tranh cãi, dựa trên kinh nghiệm lâm sàng, chúng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Lê Văn Thành

Email: benque.471@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 26.3.2025