

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐÓNG LỖ MỞ ĐẠI TRÀNG, HỒI TRÀNG RA DA TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA THÀNH PHỐ CẦN THƠ

La Văn Phú^{1,2}, Tống Hải Dương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Việc mở đại tràng hoặc hồi tràng ra da có thể được chỉ định tạm thời hoặc vĩnh viễn trong điều trị nhiều tình trạng bệnh lý khác nhau của ống tiêu hóa. **Mục tiêu:** Đánh giá kết quả phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ. **Đối tượng và phương pháp:** Mô tả cắt ngang trên 31 bệnh nhân được phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023. **Kết quả:** Tỷ lệ nữ/nam là 7/24. Độ tuổi chiếm nhiều nhất là trên 60 tuổi. Chỉ có 7 trường hợp không có bệnh kết hợp chiếm (22,6%). Nguyên nhân chủ yếu do bệnh lý thủng túi thừa đại trực tràng có 14 trường hợp (45,2%). Trong đó 23 trường hợp hậu môn nhân tạo hai đầu chiếm 74,2%. Thời gian mang lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da ít nhất là 20 ngày, trường hợp có thời gian nhiều nhất là 8 tháng và thời gian trung bình 2,3 tháng. Biến chứng nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ 61,3%, kết quả phẫu thuật khá và tốt (87,1%). **Kết luận:** Chỉ định đúng thời điểm và kỹ năng phẫu thuật viên tốt, đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da hạn chế được biến chứng sau phẫu thuật và đạt kết quả điều trị cao.

Từ khóa: Mở đại tràng ra da, mở hồi tràng ra da, phẫu thuật, biến chứng

SUMMARY

OUTCOMES OF COLOSTOMY AND ILEOSTOMY CLOSURE AT CAN THO GENERAL HOSPITAL

Background: The creation of a colostomy or ileostomy may be indicated either temporarily or permanently for the treatment of various gastrointestinal conditions. **Objective:** To evaluate the surgical outcomes of colostomy and ileostomy closure at Can Tho General Hospital. **Materials and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 31 patients who underwent colostomy or ileostomy closure at Can Tho General Hospital from January 2023 to October 2023. **Results:** The female-to-male ratio was 7/24. The most common age group was over 60 years old. Only seven cases (22.6%) had no associated comorbidities. The primary cause was perforated colorectal diverticular disease, accounting for 14 cases (45.2%). Among them, 23 cases (74.2%) had a double-barrel stoma. The duration of colostomy or ileostomy varied from a minimum of 20 days to a

maximum of 8 months, with an average duration of 2.3 months. The most common complication was surgical site infection (61.3%), while good and fair surgical outcomes were observed in 87.1% of cases. **Conclusion:** Proper timing of the indication and good surgical skills in closing a colostomy or ileostomy can minimize postoperative complications and achieve optimal treatment outcomes. **Keywords:** Colostomy, ileostomy, surgery, complications

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mở thông đại tràng (hay còn gọi là hậu môn nhân tạo: HMNT) hoặc hồi tràng ra da nhằm để đưa toàn bộ các chất chứa trong lòng ruột ra ngoài mà không đi theo đường hậu môn tự nhiên. Các lỗ mở chủ động này gọi chung là lỗ mở đại tràng, ruột non ra da được thực hiện nhằm bảo vệ phần trực tràng thấp hoặc miệng nối ĐT sau phẫu thuật (PT), giảm thiểu các vấn đề liên quan như nhiễm trùng huyết, viêm phúc mạc, nhiễm trùng vết mổ và tắc ruột rối loạn chức năng đại tràng sau mổ hoặc ung thư tái phát.

Cùng với sự đa dạng về chỉ định, kỹ thuật đóng hậu môn nhân tạo hay lỗ mở thông hồi tràng ra da cũng có nhiều biến chứng, có những biến chứng sớm, di chứng có thể điều trị bảo tồn nhưng cũng có những trường hợp phải mổ lại, thậm chí có thể làm đe dọa đến tính mạng người bệnh [1], [2]. Từ mong muốn đánh giá được các đặc tính bệnh lý, việc chọn lựa phương pháp PT, và xử lý những vấn đề trong quá trình điều trị sẽ đưa đến những kết quả như thế nào cho bệnh nhân (BN), nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tại Bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Đối tượng nghiên cứu: Tất cả các BN được chỉ định phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

Tiêu chuẩn chọn: Tất cả các BN được phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tuổi từ 16 trở lên tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- BN dưới 16 tuổi
- Những BN được PT đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da ở tuyến khác chuyển đến bệnh viện Đa khoa thành phố Cần Thơ.

¹Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

Chịu trách nhiệm chính: La Văn Phú

Email: lvphu@ctump.edu.vn

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 24.3.2025

Ngày duyệt bài: 25.4.2025

- Không có đủ hồ sơ bệnh án.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả cắt ngang có phân tích.

Cỡ mẫu: Có tổng 31 BN được chỉ định PT đóng đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da tại Bệnh viện Đa khoa Thành phố Cần Thơ từ tháng 01/2023 đến tháng 10/2023.

Phương pháp chọn mẫu: Phương pháp chọn mẫu thuận tiện, các BN thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh nhân và tiêu chuẩn loại trừ vào nghiên cứu.

Nội dung nghiên cứu

- Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu: tuổi, giới tính, bệnh nội khoa kết hợp

- Đặc điểm của đối tượng theo từng chỉ định phẫu thuật đóng đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da.

- Kết quả điều trị.

Phương pháp thu thập và xử lý số liệu: số liệu được xử lý theo thuật toán thống kê y học qua chương trình SPSS 20.0. Biến số định lượng coi là có phân phối chuẩn khi mức ý nghĩa (Sig.) > 0,05. Kiểm định trung bình với một giá trị bằng kiểm định One-sample T-Test với giá trị $p < 0,05$ thể hiện sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ở khoảng tin cậy 95%.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Bảng 1: Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Nhóm tuổi	≤40	2	6,5
	40-60	8	25,8
	>60	21	67,7
Giới tính	Nam	24	77,0
	Nữ	7	23,0
Bệnh nội khoa kết hợp	Không có bệnh kết hợp	7	22,6
	1 bệnh kết hợp	19	61,3
	2 bệnh kết hợp	5	16,1
Tổng		31	100

Nhận xét: BN nam nhiều hơn nữ, độ tuổi trung bình là 64,7. Độ tuổi chiếm nhiều nhất là trên 60 tuổi. Chỉ có 7 trường hợp không có bệnh kết hợp chiếm (22,6%).

3.2. Đặc điểm của đối tượng theo từng chỉ định phẫu thuật

Bảng 2: Đặc điểm của đối tượng được chỉ định đóng hậu môn nhân tạo

Đặc điểm		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Phân bố	Thủng túi thừa đại tràng	14	45,2

theo bệnh lý	U đại trực tràng	13	41,9
	Sau phẫu thuật khác	4	12,9
Kiểu hậu môn nhân tạo	Hậu môn nhân tạo tận một đầu	8	25,8
	Hậu môn nhân tạo tận hai đầu	23	74,2
Tổng		31	100

Nhận xét: Nguyên nhân chủ yếu do bệnh lý thủng túi thừa đại trực tràng có 14 trường hợp (45,2%). Trong đó 23 trường hợp HMNT tận hai đầu chiếm 74,2%.

Bảng 3: Đặc điểm của đối tượng được chỉ định đóng lỗ mở đại tràng, ruột non ra da

Đặc điểm		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Đoạn đại tràng, ruột non	Đại tràng lên	3	9,7
	Đại tràng ngang	0	0,0
	Đại tràng xuống	14	45,2
	Đại tràng Sigma	10	32,2
	Hồi tràng	4	12,9
Vị trí trên thành bụng	Dưới sườn trái	13	35,4
	Dưới sườn phải	0	0,0
	Hố chậu phải	4	13
	Hố chậu trái	16	51,6
Thời gian mang	<1 tháng	7	22,6
	2 tháng	14	45,2
	3 tháng	6	19,4
	4 tháng	2	6,5
	5 tháng	1	3,2
	>6 tháng	1	3,2
Tổng		31	100

Nhận xét: Thời gian mang LMDTRNRD ít nhất là 20 ngày, trường hợp có thời gian nhiều nhất là 8 tháng và thời gian trung bình 2,3 tháng.

3.3. Kết quả điều trị

Bảng 4: Kết quả phẫu thuật đóng hậu môn nhân tạo

Kết quả phẫu thuật hậu môn nhân tạo		Số ca (n)	Tỷ lệ (%)
Phẫu thuật khác đi kèm	Đóng tại chỗ	22	71,0
	Mở bụng lớn đóng hậu môn nhân tạo	4	12,9
	Cắt đại trực tràng kèm theo	5	16,1
Kiểu khâu nối ruột	Nối tay tận tận	16	51,6
	Nối máy tận tận	11	35,4
	Nối máy bên bên	4	13,0
Thời gian lưu thông đường tiêu hóa sau mổ	<2 ngày	6	19,4
	2-4 ngày	19	61,2
	>4 ngày	6	19,4
Tổng		31	100

Nhận xét: Trường hợp có PT khác đi kèm chiếm 16,1%, không có PT khác đi kèm, được đóng tại chỗ 71% và mở bụng lớn 12,9%. Trường hợp đóng HMNT có 51,6% được nối tay

và 48,4% được nối máy. Thời gian lưu thông đường tiêu hóa trung bình là 3,19 ngày.

Bảng 5: Kết quả phẫu thuật đóng lỗ mở đại tràng, ruột non ra da

Kết quả phẫu thuật lỗ mở đại tràng, ruột non ra da		Số ca (n)	Tỷ lệ %
Biến chứng sớm	Không biến chứng	7	22,6
	Nhiễm trùng vết mổ	19	61,3
	Tắc ruột sớm	2	6,50
	Chảy máu vết mổ	0	0,0
	Áp xe tồn dư	1	3,2
	Rò miệng nối	1	3,2
	Viêm phúc mạc	2	6,5
Thời gian nằm viện	<6 ngày	1	3,2
	6 - 9 ngày	16	51,6
	> 9 ngày	14	45,2
Kết quả điều trị	Tốt	17	54,8
	Khá	10	32,3
	Trung bình	2	6,5
	Xấu	2	6,5
Tổng		31	100

Nhận xét: Biến chứng nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ 61,3%, kết quả phẫu thuật khá và tốt (87,1%).

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm chung của đối tượng nghiên cứu. Trong nghiên cứu của chúng tôi, từ 35 đến 87 tuổi, tuổi trung bình là 64,7. Tỷ lệ nữ/nam là 7/24, so sánh với các nghiên cứu có tỷ lệ mở HMNT tương đồng: Hoàng Anh Bắc cho thấy sự phân bố theo giới là không đều, nữ giới chiếm 17,1%, nam giới chiếm 82,9%. Tỷ lệ nam/nữ 4,83. Độ tuổi từ 28 đến 84 tuổi, độ tuổi trung bình là 60,17. Nhóm tuổi thường gặp là 61-70 chiếm 42,8%, nhóm tuổi >60 chiếm 60% [3]. Trần Thái Phúc thấy trung bình là 63,5 tuổi. Nam 36,2% và nữ 63,8% [4]. Theo Sabbagh trung bình 61 tuổi và 2310 (50%) là nam giới [5]. Kết quả Gurluler cao hơn chúng tôi 71,1±15,5 tuổi, 51,4% là nam [6]. Từ đó thấy tỷ lệ cao nhất là tuổi trên 60 chiếm 67,7%. Đây là độ tuổi chính liên quan đến tần suất mắc các bệnh lý về viêm loét đại trực tràng cũng như các khối u đại trực tràng.

Tỷ lệ không có bệnh kết hợp chiếm 22,6%, một bệnh kết hợp chiếm 61,3%, hai bệnh kết hợp chiếm 16,1%, tương đồng với Hoàng Anh Bắc nghiên cứu thấy 31,43% không có bệnh nội khoa kèm theo, 1 bệnh nội khoa 54,29%. Có 14,28% BN đồng thời trên 2 bệnh nội khoa kèm theo [3].

4.2. Đặc điểm của đối tượng theo từng chỉ định phẫu thuật. Trong số 31 trường hợp có chỉ định mở đại tràng, hồi tràng ra da, nguyên nhân thường gặp nhất là thủng túi thừa

đại tràng (45,2%). Mở đại tràng ra da do u đại trực tràng chiếm 41,9%. Các nguyên nhân mở hồi tràng ra da bao gồm bảo vệ miệng nối đại trực tràng sau cắt u với 03 trường hợp và 01 trường hợp thủng hồi tràng do bệnh lý. Tác giả Hoàng Anh Bắc cho thấy ung thư đại trực tràng và biến chứng của viêm túi thừa đại tràng sigma là các bệnh lý chiếm đa số (88,57%) [3].

Chủ yếu là mở đại tràng, hồi tràng ra da kiểu hai đầu, chiếm 74,2%, một đầu chiếm 25,8%.

Kết quả Gurluler mở đại tràng, hồi tràng ra da một đầu (72,9%) là loại lỗ thông được sử dụng phổ biến nhất, tận 2 đầu (10,0%) [6]. Điều này giải thích nghiên cứu của chúng tôi trên người lớn và nguyên nhân chủ yếu là do viêm túi thừa đại tràng, khối u đại trực tràng và mở chủ động sau phẫu thuật, kiểu 2 đầu được áp dụng thường khó khăn hơn về kỹ thuật tuy nhiên khi phẫu thuật tái lập lưu thông thường dễ dàng hơn, có thể đóng tại chỗ và không mở bụng lớn, tỷ lệ này trong nghiên cứu của chúng tôi là 71%.

Chủ yếu mở thông đại tràng ra da ở ĐT xuống 45,2%, tiếp theo đến ĐT Sigma chiếm 32,3%, ít nhất ĐT lên 9,7%. Tỷ lệ này khá tương đồng với Hoàng Anh Bắc trong đó nhiều nhất là thủng túi thừa ĐT Sigma chiếm 45,8% [3], hố chậu trái chiếm 51,6%, ở dưới hạ sườn trái chiếm 35,4%, ít nhất ở hố chậu phải 13%. Điều này cũng phù hợp với thực tế là BN được làm HMNT chủ yếu trong cấp cứu đưa đoạn ĐT sigma ra hố chậu trái do thủng túi thừa ĐT. Kết quả Gurluler cho ĐT trái (72,9%) là loại lỗ thông được sử dụng phổ biến nhất [6]. Climent nghiên cứu nên mở thông hồi tràng ở những BN ung thư trực tràng giữa và dưới [7]. Theo Trần Thái Phúc vị trí u ở manh tràng 42,6%, ĐT lên 21,3%, ĐT góc gan 31,8%, ĐT ngang 4,3% [4].

Thời gian mang lỗ mở thông ruột ra da từ 20 ngày đến 8 tháng và trung bình 2-3 tháng và phụ thuộc vào bệnh lý chính và tổng trạng người bệnh. Nhìn chung những bệnh lý do nguyên nhân ung thư có thời gian để HMNT kéo dài hơn, thường là 8-10 tháng do ảnh hưởng tuổi cao, hệ miễn dịch giảm phục hồi đáng kể [3]. HMNT trong các trường hợp này thường là biện pháp bảo vệ tổn thương phía dưới như vết thương, chấn thương, viêm loét khi ổn định thường được sự hướng dẫn của bác sĩ PT đóng sớm sau 1 đến 3 tháng. Đối với mở thông hồi tràng ra da thường chỉ định đóng sớm hơn mở thông đại tràng ra da do dễ lâu dễ gây mất nước, điện giải hoặc loét da.

4.3. Kết quả điều trị. Kết quả có 26 trường hợp không có PT khác đi kèm, được đóng tại chỗ 71% và mở bụng lớn 12,9%. 05 trường hợp có

PT khác đi kèm chiếm 16,1%: bao gồm cắt kèm đoạn đại trực tràng, lập lại lưu thông do lần mổ đầu đưa ĐT trên dòng ra ngoài do khối u gây tắc ruột, trong đó có 4/5 trường hợp được phẫu thuật nội soi. Những nghiên cứu gần đây trường hợp u đại trực tràng gây tắc ruột thì lần mổ sau sẽ làm tăng tỷ lệ nạo vét hạch, từ đó giúp thời gian sống còn kéo dài hơn và tỷ lệ BN mang hậu môn vĩnh viễn thấp hơn.

Nghiên cứu có 51,6% được nối tay và 48,4% được nối máy khâu nối tự động. Trong đó nối tay được thực hiện kiểu tận-tận, nối máy có nối tận-tận và nối bên-bên. Theo Guyton tỷ lệ được nối máy (5,5%) và được nối tay (7,2%) [8]. Hoàng Anh Bắc được thực hiện phục hồi lưu thông ruột theo kiểu miệng nối tận-tận (74,3%), tuy nhiên một số trường hợp không tiếp cận được đầu của móm trực tràng thì phải thực hiện miệng nối tận-bên (trong trường hợp dính) hoặc bên-bên (trong trường hợp móm trực tràng dài) [3]. Theo kết quả PT nối ruột tận - tận được sử dụng phổ biến, đây là kiểu nối khi mà phẫu thuật viên thường lựa chọn khi khâu kính hai đầu ruột tương đương nhau, kiểu nối bên-bên được thực hiện khi khâu kính hai đầu ruột khác nhau nhiều, và với sự phát triển về phương tiện kỹ thuật trong PT hiện nay, thì phương pháp khâu nối ruột bằng máy nối cũng được áp dụng rộng rãi mang lại nhiều lợi ích cho BN.

Thời gian lưu thông đường tiêu hóa từ 1 đến 7 ngày và trung bình là 3,19 ngày, trường hợp có thời gian lưu thông đường tiêu hóa sau mổ từ 2 đến 4 ngày chiếm chủ yếu (61,2%). Tương tự Trần Thái Phúc thời gian có nhu động ruột trở lại là 3,1 ngày [4].

Chúng tôi ghi nhận được không có biến chứng chiếm 22,6%. Biến chứng nhiều nhất là nhiễm trùng vết mổ chiếm 61,3%. Sau mổ tắc ruột sớm chiếm 6,5%, không trường hợp nào chảy máu vết mổ hay bụng vết mổ, thoát vị vết mổ. Có 1 trường hợp áp xe tồn lưu, 1 trường hợp rò miệng nối và 2 trường hợp viêm phúc mạc. Rò miệng nối (5,26%), thoát vị thành bụng (5,26%), tắc ruột sau mổ (5,26%)[16].

So với tỷ lệ biến chứng PT đóng HMNT của một số tác giả nước ngoài thì tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu của chúng tôi cũng không khác biệt nhiều, nghiên cứu của Sabbagh tỷ lệ biến chứng nặng 11,7%, với nguy cơ rò thông nối là 4,7% [5], Theo Guyton đáng lo ngại nhất là rò miệng nối, khoảng 7%, do có nhiều đường khâu và nối giữa hồi tràng thành mỏng và ống hậu môn [8], Fernandez-Portilla có những rủi ro đáng kể nguy cơ nhiễm trùng huyết vùng chậu cao hơn trong vòng 4 tháng đầu sau PT, tỷ lệ chung

của các biến chứng nhiễm trùng là 19,2% [9]. Clausen phân tích BN đang trải qua PT nối túi hồi tràng - hậu môn áp xe vùng chậu thấp trong nhóm BN (7,4%) [10]. Climent báo cáo tỷ lệ, mắc rò rỉ nối thông là 13,6%, tỷ lệ rò rỉ có triệu chứng là 10,3% ở những BN có hậu môn nhân tạo bị mất chức năng, tỷ lệ biến chứng lớn sau khi đóng hậu môn nhân tạo hồi tràng là 9,3% gặp tình trạng mất ổn định huyết động và nhiễm trùng phúc mạc và nguy cơ can thiệp lại là 4-15% [7]. Cũng theo các tác giả thì việc ăn lỏng trước mổ, chuẩn bị tốt 2 đầu ruột, dùng kháng sinh trước, trong và sau mổ, kỹ thuật khâu nối ruột, đóng thành bụng một lớp là những yếu tố giúp giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ [2].

Thời gian nằm viện sau mổ từ 4 đến 14 ngày, trung bình là 7,19 ngày. Trong đó nằm viện sau mổ từ 6 đến 9 ngày chiếm chủ yếu (51,6%), nằm viện sau mổ trên 9 ngày chiếm 45,2%. Hoàng Anh Bắc cho thấy thời gian nằm viện trung bình là 9,3 ngày. Thời gian nằm viện dài nhất là 18 ngày, ngắn nhất là 6 ngày [3]. Theo Trần Thái Phúc thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 10,6±2,8 ngày. Dài nhất là 21 ngày [4].

Để đánh giá kết quả PT chúng tôi dựa vào các biến chứng và thời gian nằm viện sau mổ sau đó phân ra các kết quả tốt, trung bình và xấu. Trong nghiên cứu chúng tôi ghi nhận đạt kết quả khá và tốt (87,1%), 2 trường hợp đạt kết quả trung bình chiếm (6,5%) và 2 trường hợp nào đạt kết quả xấu (6,5%). Climent tỉ lệ thành công là 85,71% [7]. Trần Thái Phúc 1 BN nhiễm trùng toác vết mổ phải mổ lại. Tỷ lệ biến chứng chung là 14,9% [4]. Trong những trường hợp đóng sớm hơn thường các HMNT để bảo vệ miệng nối phía thấp, trong những PT rò trực tràng âm đạo, rò trực tràng bàng quang, những chấn thương vùng tăng sinh môn trên BN trẻ khỏe và có tiên lượng ổn định sớm. Tất nhiên còn tùy thuộc vào thể trạng, tình trạng bệnh của BN, điều kiện gia đình, tiên lượng, hồi phục có thể chậm hơn.

V. KẾT LUẬN

Chỉ định đúng thời điểm và kỹ năng phẫu thuật viên tốt, đóng lỗ mở đại tràng, hồi tràng ra da hạn chế được biến chứng sau phẫu thuật và đạt kết quả điều trị cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Van Ommeren-Olijve S. J., et al** (2020), "Risk factors for non-closure of an intended temporary defunctioning stoma after emergency resection of left-sided obstructive colon cancer", *Int J Colorectal Dis*, 35 (6), pp. 1087-1093.doi: 10.1007/s00384-020-03559-1.
2. **Vogel I., Reeves N., Tanis P. J., Bemelman**

- W. A., et al, (2021), "Impact of a defunctioning ileostomy and time to stoma closure on bowel function after low anterior resection for rectal cancer: a systematic review and meta-analysis", Tech Coloproctol, 25 (7), pp. 751-760.doi: 10.1007/s10151-021-02436-5.
3. **Hoàng Anh Bắc.** (2024). "Kết quả phẫu thuật nội soi đóng hậu môn nhân tạo sau phẫu thuật hartmann ở khoa ngoại tiêu hóa Bệnh viện Thống Nhất". Tạp chí Y học Công đồng, 10, 250-256.https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD10.1627.
 4. **Trần Thái Phúc.** (2021). "Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật ung thư biểu mô Đại tràng trên tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Nam Định". Tạp chí Y dược Thái Bình, 83-87.https://doi.org/10.51298/vmj.v537i1B.9171
 5. **Sabbagh C, et al,** (2024), "Risk factors for severe morbidity and definitive stoma after elective surgery for sigmoid diverticulitis: a multicenter national cohort study". Tech Coloproctol; 28(1):34.doi:10.1007/s10151-023-02906-y
 6. **Guruler E, et al,** (2024). "Utilization and outcomes of Hartmann's procedure in emergency left colon surgery: evaluating postoperative complications and stoma reversal rates". EurRevMed Pharmacol Sci;28(17):4229-4237.doi:10.26355/eurrev_202409_36712
 7. **Climent, M., Biondo, S,** (2022), "Ileostomy closure: is timing of the essence?". Tech Coloproctol 26, 847–849.doi.org/10.1007/s10151-022-02673-2
 8. **Guyton K, Kearney D, Holubar SD,** (2021), "Anastomotic Leak after Ileal Pouch-Anal Anastomosis". Clin Colon Rectal Surg, 34(6):417-425.doi:10.1055/s-0041-1735274
 9. **Fernandez-Portilla E., et al,** (2023), "Is colostomy closure without mechanical bowel preparation safe in pediatric patients? A randomized clinical trial", J Pediatr Surg, 58 (4), pp.716-722. doi:10.1016/j.jpedsurg.2022.09.003. Epub 2022 Sep 17.
 10. **Clausen F. B., et al,** (2021), "Safety of early ileostomy closure: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials", Int J Colorectal Dis, 36 (2), pp. 203-212.doi: 10.1007/s00384-020-03761-1.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT CẮT DẠ DÀY KÈM CÁC TẠNG LÂN CẬN TRONG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Đặng Thanh Sơn¹, Trịnh Hồng Sơn²,
Nguyễn Văn Tâm³, Dương Hoàng Hải¹

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: Đánh giá kết quả gần phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày tại khoa Ung bướu và Xạ trị, Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ 01/2019 – 06/2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả trên 69 bệnh nhân (BN) ung thư dạ dày (UTDD) được phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận trong ổ bụng do UTDD xâm lấn, di căn, ung thư khác, do tai biến hoặc do bệnh kèm theo. **Kết quả:** Tuổi trung bình $64,83 \pm 13,94$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 17, lớn nhất là 93. Tỷ lệ nam/nữ tương đương 3/2. BMI trung bình là $21,3 \pm 2,55$. U ở vị trí 1/3 dưới chiếm chủ yếu với 71%, vị trí 1/3 trên chiếm 8,7%. Kích thước u trung bình là $5,34 \pm 3,24$ cm, lớn nhất là 15 cm. Có 34 BN có u ở giai đoạn T4, 21/34 BN là T4b. Có 63,8% BN di căn hạch. Giai đoạn III, IV chiếm 56,5%. Cắt dạ dày toàn bộ chiếm 26,1%, mổ cấp cứu có 2 BN chiếm 2,9%, mổ mở chiếm chủ yếu 97,1%, mổ cấp cứu 2,9%. Có 47,8% trường hợp do ung thư, trong đó do UTDD xâm lấn là 34,8%, do ung thư khác chiếm

13,0%, do tai biến có 3 BN đều cắt lách, do bệnh kèm theo chiếm 47,8%, chủ yếu là bệnh lý túi mật. Tạng được cắt chủ yếu là túi mật (43,5%), gan (14,5%), tụy (13,0%), đại trực tràng (13,0%), lách (5,8%) và lách thân đuôi tụy (5,8%). Thời gian phẫu thuật trung bình là $236,5 \pm 77,49$ phút. Tai biến trong mổ chiếm 5,8%. Thời gian hậu phẫu trung bình sau mổ là $11,54 \pm 5,84$ ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,7%, trong đó có 01 trường hợp tử vong nặng về do chảy máu sau mổ, 03 trường hợp chảy máu sau mổ chiếm 4,3%, 01 trường hợp rò miệng nối chiếm 1,5%. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng khác trong điều trị ung thư biểu mô dạ dày có tỷ lệ biến chứng cao hơn so với cắt dạ dày tiêu chuẩn.

Từ khóa: Ung thư dạ dày, phẫu thuật cắt dạ dày mở rộng, phẫu thuật cắt dạ dày kèm các tạng lân cận.

SUMMARY

SURGICAL OUTCOMES OF GASTRECTOMY WITH RESECTION OF ADJACENT ORGANS FOR GASTRIC ADENOCARCINOMA

Objective: To evaluate the results of gastric resection and adjacent organs in the treatment of gastric carcinoma at the Department of Oncology and Radiotherapy, Viet Duc Friendship Hospital from January 2019 to June 2024. **Subjects:** The study describes 69 patients with gastric cancer (GC) who underwent gastric resection and adjacent organs in the abdomen due to invasive GC, metastasis, other cancers, complications or concomitant diseases. **Results:** The average age is 64.83 ± 13.94 years old, the youngest is 17, the oldest is 93. The male/female

¹Bệnh viện Trung Ương Thái Nguyên

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

³Bệnh viện Quốc Tế Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thanh Sơn

Email: dr.dangthanhson@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.2.2025

Ngày phản biện khoa học: 25.3.2025

Ngày duyệt bài: 28.4.2025