

mức ý nghĩa 5%. Một trong những hạn chế của chỉ số AC trong IOTN là cách thức đánh giá dựa trên hình ảnh chụp trong miệng với bộ banh miệng chuyên dụng. Điều này làm lộ rõ toàn bộ khuyết điểm của cả hai cung răng nhưng trong thực tế, cảm nhận thẩm mỹ về nụ cười của một người thường chủ yếu dựa vào hàm trên khi cười tự nhiên. Do đó, việc đánh giá thông qua ảnh chụp trong miệng có thể phóng đại mức độ sai lệch và không phản ánh đúng cảm nhận thẩm mỹ thực tế.

V. KẾT LUẬN

Cả hai thành phần DHC và AC đều cho thấy mối liên hệ có ý nghĩa thống kê với nhu cầu chỉnh nha tự báo cáo của sinh viên, với giá trị p lần lượt là 0,008 (DHC) và 0,050 (AC). Kết quả này khẳng định tính thực tiễn và phù hợp của chỉ số IOTN như một công cụ đánh giá nhu cầu chỉnh nha tại Việt Nam, đặc biệt đối với đối tượng sinh viên. Tuy nhiên, những hạn chế trong phương pháp đánh giá của IOTN, đặc biệt liên quan đến AC, cần được lưu ý. Báo cáo này đặt nền tảng cho các nghiên cứu sâu hơn nhằm cải thiện và ứng dụng công cụ IOTN trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Hương Đặng Thị Thu.** Nhu Cầu Điều Trị Nắn Chỉnh Răng và Một Số Yếu Tố Liên Quan Của Học

Sinh Trong Độ Tuổi 12 -15 Tại Thành Phố Hà Nội. Luận văn Thạc sỹ Y học. Đại học Y Hà Nội. 2020.

2. **Linh Nguyễn Thủy, Hải Phạm Như, Chiêu Hà Ngọc.** Mối liên quan giữa nhu cầu điều trị chỉnh nha theo IOTN và sự tự tin của nhóm sinh viên 18-24 tuổi. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023.
3. **Thẩm Đông Khắc, Hùng Hoàng Tử.** Khảo Sát Tình Trạng Khớp Cắn ở Người Việt Trong Độ Tuổi 17-27. Tập San Hội Hình Thái Học Việt Nam. 2000.
4. **Trà Trần Thị Hương, Linh Nguyễn Khánh, Bình Trần Thanh, Duy Hoàng Bảo.** Thẩm mỹ nha khoa của sinh viên Y1 trường Đại học Y Hà Nội năm học 2020 - 2021. Tạp chí Y học Việt Nam. 2023.
5. **Uyên Cao Minh Nhã.** Tình Trạng Sai Khớp Cắn và Nhu Cầu Điều Trị Chỉnh Hình Răng Mặt Của Học Sinh 12 Tuổi và 15 Tuổi Tại TP Hồ Chí Minh Năm 2019. Luận văn Thạc sỹ Y khoa. Đại học Y được thành phố Hồ Chí Minh. 2020.
6. **Sato Hiromi, Shimpo Yudai, Sekiya Toshiko, Riki Take, Seki Minami, Wada Satoshi, Nomura Yoshiaki, Tomonari Hiroshi.** Correlation Between Dental Health and Aesthetic Components of Malocclusion in Junior High and High School Students: An Epidemiological Study Using Item Response Theory. Journal of Clinical Medicine. 2025. 4802.
7. **Ibrahim E G, Ali I K, Ertugruk E.** Prevalence of Malocclusion Among Adolescents In Central Anatolia. Eur J Dent. 2007.
8. **Maged Sultan A, Esam F, Mona Salah F, Amr L, Chrestina E.** Global distribution of malocclusion traits: A systematic review. Dental Press Journal of Orthodontics. 2018. 40.e1-40.e10.

KHẢO SÁT HỘI CHỨNG LIỆT RUỘT VÀ LIỆT RUỘT KÉO DÀI SAU PHẪU THUẬT CẮT ĐẠI TRÀNG VÀ TRỰC TRÀNG

Trần Trọng Tân¹, Mai Phan Tường Anh¹,
Nguyễn Văn Hải¹, Ngô Quang Duy¹, Đỗ Thị Thu Phương¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Liệt ruột sau mổ (postoperative Ileus - POI) là một vấn đề y khoa phức tạp và thường gặp, đặc biệt là sau các phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa. Thuật ngữ "ileus" xuất phát từ tiếng Hy Lạp eileus (eileos) có nghĩa là cuộn hoặc xoắn và ban đầu được dùng để chỉ sự không có nhu động ruột do cả nguyên nhân cơ học và cơ năng. Trong lịch sử, từ những năm 1800, tình trạng giảm nhu động ruột đã được ghi nhận và nghiên cứu trong y văn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Xác định tỷ lệ mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật cắt bỏ ở đại tràng và trực tràng. Khảo sát các yếu tố liên quan và biến chứng hậu phẫu ở bệnh nhân liệt ruột và liệt ruột kéo

dài sau phẫu thuật cắt bỏ ở đại tràng và trực tràng. **Phương pháp nghiên cứu:** Đây là nghiên cứu mô tả loạt ca, hồi cứu và tiến cứu. Có 105 trường hợp phẫu thuật đại - trực tràng được chọn. Biến số nghiên cứu chính là tỷ lệ mắc liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau mổ. Các biến số nghiên cứu phụ là các yếu tố liên quan đến hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài. Phân tích số liệu bằng SPSS v25,0 (số đăng ký: 1975-1566-C). Cỡ mẫu được tính với độ mạnh 90% và sai số alpha là 0,05. **Kết quả nghiên cứu:** Tỷ lệ mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau mổ lần lượt là 11,4% và 10,5%. Nam giới là yếu tố nguy cơ của hội chứng liệt ruột. Và viêm phúc mạc là yếu tố nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột kéo dài. **Kết luận:** Hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài ở bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng và trực tràng vẫn là một vấn đề cần quan tâm sau mổ với tỷ lệ mắc ở mỗi nhóm còn tương đối cao. Qua các trường hợp có biến chứng nặng trong nhóm liệt ruột kéo dài, cần theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện các bất thường sau mổ sớm, tránh nhầm lẫn với liệt ruột sinh lý sau mổ. **Từ khóa:** liệt ruột sau mổ, liệt ruột kéo dài sau mổ.

¹Bệnh viện Nhân dân Gia Định

Chịu trách nhiệm chính: Trần Trọng Tân

Email: trantrongtanyds@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

SUMMARY**POSTOPERATIVE ILEUS AND PROLONGED ILEUS AFTER COLORECTAL RESECTION SURGERY**

Background: Postoperative ileus is a complex and common medical problem, especially after surgeries involving the gastrointestinal tract. Historically, since the 1800s, the condition of reduced intestinal motility has been recorded and studied in medical literature. In the United States, postoperative ileus is still a major problem, not only prolonging hospital stay, but also causing a significant economic burden. However, the most serious matter for patients is the discomfort from symptoms such as abdominal pain, nausea and vomiting. **Methods:** retrospective and prospective descriptive study, conducted at Nhan Dan Gia Dinh hospital, from August 2023 to August 2024. There were 105 patients who met the inclusion criteria. **Results:** The incidence of postoperative paralytic ileus and prolonged paralytic ileus were 11.4% and 10.5%, respectively. Male sex is a risk factor for paralytic ileus and peritonitis is a risk factor for persistent paralytic ileus. **Conclusions:** postoperative ileus and prolonged ileus syndrome in patients undergoing colon and rectal resection are still a matter after surgery with a relatively high incidence rate in each group. Through cases of severe complications in the group of prolonged ileus, it is necessary to closely monitor patients to detect early postoperative abnormal symptoms, avoiding confusion with postoperative physiological ileus.

Keywords: postoperative paralytic ileus, prolonged postoperative paralytic ileus

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Liệt ruột sau mổ là một vấn đề y khoa phức tạp và thường gặp, đặc biệt là sau các phẫu thuật liên quan đến đường tiêu hóa.

Tại Mỹ, liệt ruột sau phẫu thuật vùng bụng vẫn còn là một vấn đề lớn, không chỉ làm kéo dài thời gian nằm viện, mà còn gây tăng gánh nặng kinh tế đáng kể. Tuy nhiên, điều đáng lo ngại nhất đối với bệnh nhân chính là sự khó chịu từ các triệu chứng như đau bụng, buồn nôn và nôn. Tại Việt Nam, hiện chưa có nhiều nghiên cứu về vấn đề này. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu:

1. Xác định tỉ lệ mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật cắt bỏ ở đại tràng và trực tràng

2. Khảo sát các yếu tố liên quan và biến chứng hậu phẫu ở bệnh nhân liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật cắt bỏ ở đại tràng và trực tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Thiết kế nghiên cứu: đây là nghiên cứu mô tả, tiến cứu và hồi cứu

Cỡ mẫu: có 105 trường hợp được chọn. Áp dụng công thức:

$$n = \frac{Z_{1-\alpha/2}^2(1-p)p}{d^2}$$

Sai lầm loại 1 (α): 0,05 tương ứng $Z=1,96$

Tỉ lệ ước tính (p): 0,13 (tỉ lệ mắc liệt ruột sau mổ dự kiến). Sai số ước tính (d): 0,07 (do sai lầm lấy mẫu)

$Z_{1-\alpha/2} = 1,96$ (với mức chọn $\alpha = 0,05$).

Vậy cỡ mẫu cần cho nghiên cứu là: 89 ca

Tiêu chuẩn chọn mẫu: tất cả các trường hợp được phẫu thuật cắt đại tràng, trực tràng tại bệnh viện Nhân dân Gia Định.

Tiêu chuẩn loại trừ: Bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng hoặc trực tràng kèm với các tạng khác. Bệnh nhân có diễn tiến hậu phẫu nặng điều trị tại hồi sức tích cực không thu thập được thông tin theo mẫu.

Biến số nghiên cứu chính là tỷ lệ mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau mổ. hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài được định nghĩa như sau:

Chúng tôi sử dụng tiêu chuẩn chẩn đoán theo nghiên cứu của tác giả Vather năm 2013.¹

Liệt ruột sau mổ

Khoảng thời gian từ lúc phẫu thuật đến khi bệnh nhân có thể:

- Trung tiện hoặc đại tiện được
- Và dung nạp được khi ăn lại qua đường miệng

Δ Cả hai sự kiện trên phải xảy ra trước ngày hậu phẫu 4

Liệt ruột kéo dài sau mổ:

Khi bệnh nhân có ít nhất 2 trong 5 triệu chứng sau:

- Buồn nôn hoặc nôn
- Không dung nạp được khi ăn lại đường miệng kéo dài trong 24 giờ

- Không trung tiện trong 24 giờ

- Chướng bụng

- Hình ảnh học gợi ý liệt ruột

Δ Các triệu chứng xảy ra từ ngày hậu phẫu 4

Hình ảnh học chẩn đoán liệt ruột:

• Phim X quang bụng: là phương tiện đầu tiên để đánh giá tình trạng chướng bụng, buồn nôn hoặc đau bụng.

- Các quai ruột non và đại tràng giãn

- Có khí trong đại tràng và trực tràng

Không có vùng chuyển tiếp gợi ý tắc ruột cơ học hay khí tự do gợi ý thủng (giai đoạn hậu phẫu, khí trong khoang phúc mạc trong tối đa bảy ngày).

Các biến số nghiên cứu phụ: Các biến thành phần.

Tiến hành nghiên cứu: Các bệnh nhân được phẫu thuật đại tràng, trực tràng đủ tiêu

chuẩn sẽ được đưa vào nghiên cứu. Diễn tiến lâm sàng và kết quả phẫu thuật được chúng tôi theo dõi hàng ngày, tiến hành khảo sát thu thập các biến số hậu phẫu mỗi ngày đến lúc xuất viện, ghi nhận các triệu chứng cơ năng và thực thể, khảo sát 17 yếu tố chu phẫu theo mẫu thu thập số liệu.

Bước 1: Chọn bệnh theo tiêu chuẩn chọn mẫu

Bước 2: Thu thập các thông tin theo mẫu thu thập số liệu

Bước 3: Xử lý số liệu, trả lời các câu hỏi nghiên cứu đã đặt ra

Bước 4: Viết báo cáo, nghiệm thu

Thu thập và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS v25,0 (số đăng ký: 1975-1566-C). Các biến số định tính gồm giới tính, bệnh nội khoa kèm theo, tiền căn phẫu thuật vùng bụng, giải phẫu bệnh lý, thời điểm phẫu thuật, ruột chướng trong mổ, phương pháp phẫu thuật, phương pháp cắt đại tràng, nạo hạch trong mổ, giảm đau chu phẫu có opioid, thời gian cho ăn lại qua miệng, tình trạng bụng. Các biến số định lượng gồm tuổi, chỉ số khối cơ thể, hemoglobin trước mổ, albumin máu trước mổ, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất trong mổ, thời gian trung tiện, thời gian đại tiện, thời gian nằm viện sau mổ. Sai lầm α là 0,05.

Y đức: Đề tài đã được Hội đồng đạo đức trong nghiên cứu y sinh học bệnh viện Nhân dân Gia Định chấp thuận theo giấy chứng nhận số 79/NDGD-HĐĐĐ tháng 04/2024.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu đã chọn được 105 người bệnh phẫu thuật cắt đại tràng, trực tràng. Nam giới có 57 trường hợp (54,3%) và nữ giới là 48 trường hợp (45,7%). Tuổi trung bình là $61 \pm 13,2$ (năm).

Tỉ lệ mắc hội chứng liệt ruột hoặc liệt ruột kéo dài sau mổ lần lượt là 11,4% và 10,5%.

Nam giới là yếu tố nguy cơ của hội chứng liệt ruột. Viêm phúc mạc là yếu tố nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột kéo dài.

Đặc điểm dân số nghiên cứu: Có 57 nam (54,3%) và 48 nữ (45,7%) tham gia nghiên cứu.

Bảng 3. Ảnh hưởng của hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật

Biến số	Không LR (n=82)	Có LR (n=12)	Có LRKD (n=11)	Tỉ lệ (%)	p
Đặt thông mũi dạ dày	0	5	6	10,5	<0,001
Xì miệng nổi	0	0	2	1,9	0,046
Tụ dịch sau mổ	1	2	2	4,8	0,008
Suy hô hấp	0	1	2	2,9	<0,001
Nhiễm trùng vết mổ	3	1	4	7,6	0,003

Kết quả cho thấy người bệnh mắc các hội chứng này có tỉ lệ đặt lại sonde mũi dạ dày, xì miệng nổi, tụ dịch sau mổ, suy hô hấp, nhiễm trùng vết mổ cao hơn so với nhóm chứng, $p < 0,001$.

Bảng 4. So sánh thời gian nằm viện sau phẫu thuật ở bệnh nhân mắc hội chứng liệt

Tuổi trung bình là $61,05 \pm 13,2$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 30 tuổi và lớn nhất là 101 tuổi.

52 người bệnh có bệnh nội khoa đi kèm (49,5%), trong đó có 29 người bệnh (27,6%) có từ hai bệnh nội khoa trở lên và bệnh lý tăng huyết áp thường gặp nhất 42,9%. Hai bệnh lý bệnh phổi tắc nghẽn mạn tính và bệnh thận mạn chiếm tỉ lệ thấp lần lượt 3,8% và 4,8%.

52 người bệnh chiếm tỉ lệ 49,5% phẫu thuật cấp cứu, tỉ lệ này tương đương với nhóm phẫu thuật chương trình là 53 người bệnh, tỉ lệ 50,5%.

26 người bệnh (24%) mổ mở, 73 người bệnh (70,3%) mổ nội soi, 6 người bệnh (5,7%) ban đầu mổ nội soi sau đó phải chuyển mổ mở.

Đặc điểm sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là $7,5 \pm 4,1$ ngày. Trong đó thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn nhất là 4 ngày và dài nhất là 43 ngày.

Đặc điểm các triệu chứng của hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật

Bảng 1. Các triệu chứng của hội chứng liệt ruột

Biến số	Thời gian (ngày)	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Thời gian trung tiện	$3 \pm 0,73$	2 - 4
Thời gian đại tiện	$4,1 \pm 1,62$	2 - 7
Ăn lại đường miệng	1,5	1 - 4

Nghiên cứu cho thấy 12 người bệnh mắc hội chứng liệt ruột sau phẫu thuật có thời gian trung tiện và ăn lại được qua đường miệng không quá 4 ngày.

Bảng 2. Thời gian các triệu chứng của hội chứng liệt ruột kéo dài

Biến số	Thời gian trung bình (ngày)	Nhỏ nhất - Lớn nhất
Thời gian trung tiện	$3,81 \pm 1,47$	2 - 6
Thời gian đại tiện	$4,27 \pm 1,49$	2 - 6
Ăn lại đường miệng	$3,54 \pm 2,94$	1 - 9

"So với hội chứng LRSM, thời gian có trung tiện lại, đại tiện lại và cho ăn lại qua đường miệng kéo dài hơn ở hội chứng LRKDSM"

ruột và liệt ruột kéo dài

Biến số	Hội chứng LR (n=12)	Hội chứng LRKD (n=11)	Nhóm không bệnh(n=82)	p ¹	p ²
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật					
Trung bình ± Độ lệch chuẩn	8,1 ± 2,4	13 ± 10,3	6,8 ± 2,1	0,018	<0,001
Trung vị (Tứ phân vị)	7,5 (6 – 15)	10 (6 – 43)	6 (4 – 15)	0,016	<0,001

Nghiên cứu cho thấy cả hai hội chứng này đều làm tăng thời gian nằm viện sau mổ có ý nghĩa thống kê.

Bảng 5. Mối liên quan giữa hội chứng liệt ruột và hội chứng liệt ruột kéo dài với các đặc điểm người bệnh trước phẫu thuật

Biến số	Hội chứng LR (n=12)	Hội chứng LRKD(n=11)	Nhóm không bệnh (n=82)	p ¹	OR ¹	p ²	OR ²
Giới tính							
Nam	10 (17,5)	8 (14)	39 (68,5)	0,034	5,5	0,13	2,9
Nữ	2 (4,2)	3 (6,2)	43 (89,6)				
Tuổi							
>60	6 (10,3)	9 (15,5)	43 (74,2)	0,87	0,91	0,24	2,3
<60	6 (12,7)	2 (4,2)	39 (83,1)				
Tình trạng thể chất theo ASA							
>ASA II	10 (13,9)	11 (15,3)	51 (70,8)	0,21	2,74	0,27	2,46
≤ASA II	2 (6,1)	0	31 (93,9)				

Có mối liên quan giữa giới nam với hội chứng liệt ruột với p = 0,034. Nam giới có nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột bằng 5,5 lần so với nữ giới, tuy nhiên không có mối liên quan giữa giới tính và hội chứng liệt ruột kéo dài.

Bảng 6. Mối liên quan giữa hội chứng liệt ruột và hội chứng liệt ruột kéo dài với đặc điểm trong mổ

Biến số	Hội chứng liệt ruột (n=12)	Hội chứng liệt ruột kéo dài (n=11)	Nhóm không bệnh (n=82)	p ¹	OR ¹	p ²	OR ²
Thời gian phẫu thuật							
≥3 giờ	12 (13,8)	10 (11,5)	65(74,7)	0,73	1,34	0,79	0,78
<3 giờ	0	1 (5,5)	17(94,5)				
Viêm phúc mạc							
Có	0	6 (37,5)	10 (62,5)			0,002	8,5
Không	12 (13,5)	5 (5,6)	72 (80,9)				
Truyền máu trong mổ							
Có	7 (46,6)	2 (13,3)	6 (40,1)	0,52	0,49	0,89	1,13
Không	5 (53,4)	9 (86,7)	76(59,9)				

Trong các đặc điểm trong mổ được ghi nhận, viêm phúc mạc làm tăng nguy cơ mắc hội chứng LRKDSM lên 8,5 lần.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu đã chọn được 105 trường hợp phẫu thuật cắt đại tràng, trực tràng. Có 57 nam (54,3%) và 48 nữ (45,7%) tham gia nghiên cứu. Tuổi trung bình là 61,05 ± 13,2 tuổi, tuổi nhỏ nhất là 30 tuổi và lớn nhất là 101 tuổi, thấp hơn nghiên cứu của Bùi Tiến Hưng và Millan với nam chiếm 61,5%^{2,3}. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi, nam giới có khả năng mắc hội chứng liệt ruột cao hơn 5,5 lần so với nữ giới (p=0,034). Đối với hội chứng liệt ruột kéo dài thì sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê, kết quả của Zhubin Moghadamyeghaneh cũng cho kết quả tương tự với chúng tôi.⁴

Đối với phẫu thuật đại trực tràng chương trình hiện nay, phẫu thuật xâm lấn tối thiểu là tiêu chuẩn,⁵ tại Việt Nam kỹ thuật này đang được áp dụng rộng rãi. Phẫu thuật nội soi giúp người bệnh không phải chịu đường mổ dài, giảm sử dụng thuốc giảm đau, tăng cường khả năng vận động lại sớm, từ đó giúp phục hồi chức năng đường ruột sớm hơn. Trong phẫu thuật cấp cứu, lựa chọn giữa mổ nội soi và mổ mở tùy thuộc vào từng cá thể người bệnh. Trong nghiên cứu của chúng tôi, phẫu thuật nội soi chiếm đa số (70,3%), các trường hợp mổ mở hoặc mổ nội soi chuyển mổ mở vì có sốc nhiễm khuẩn, viêm phúc mạc nặng hoặc người bệnh có bệnh lý nền nặng cần rút ngắn thời gian mổ. Tuy nhiên, nghiên cứu chưa chứng minh được phẫu thuật nội soi làm giảm nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài.

Trong ung thư đại trực tràng, việc cắt bỏ đoạn đại tràng hoặc trực tràng chứa khối u kèm nạo đủ số lượng hạch là phương pháp điều trị tiêu chuẩn. Theo một khảo sát toàn quốc tại Nhật Bản, tỉ lệ nạo hạch D3 ở bệnh nhân ung thư đại trực tràng giai đoạn II và III tăng dần theo thời gian, từ 58% năm 2001 tăng lên 75% năm 2010.⁶ Tại bệnh viện Nhân dân Gia Định, tất cả bệnh nhân có chẩn đoán trước mổ là ung thư đại trực tràng sẽ được nạo hạch trong mổ và các mức độ nạo hạch được áp dụng theo phân loại của Nhật Bản.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ghi nhận ở 11 bệnh nhân mắc hội chứng liệt ruột kéo dài sau mổ có 6 trường hợp (54,5%) viêm phúc mạc, 4 bệnh nhân thủng túi thừa đại tràng và 2 là bệnh lý ung thư. Sau phân tích hồi qui đơn biến, chúng tôi kết luận được rằng tình trạng viêm phúc mạc làm tăng nguy cơ mắc hội chứng liệt ruột kéo dài sau phẫu thuật lên 8,5 lần với $p=0,02$.

Tất cả người bệnh mắc hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài đều có thời gian nằm viện từ sau mổ đến lúc xuất viện dài hơn người bệnh không mắc hội chứng này, lần lượt là 8,1 ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 15 ngày); 13 ngày (ngắn nhất là 6 ngày, dài nhất là 43 ngày) và 6,8 ngày (ngắn nhất là 4 ngày, dài nhất là 15 ngày), sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê khi thực hiện phép kiểm t với phương sai khác nhau, $p < 0,05$. Kết quả cũng cho thấy người bệnh mắc các hội chứng này có tỉ lệ đặt lại sonde mũi dạ dày, xì miệng nối, tụ dịch sau mổ, suy hô hấp, nhiễm trùng vết mổ cao hơn so với nhóm chứng, $p < 0,001$.

V. KẾT LUẬN

Hội chứng liệt ruột và liệt ruột kéo dài ở

bệnh nhân phẫu thuật cắt đại tràng và trực tràng vẫn là một vấn đề cần quan tâm sau mổ với tỉ lệ mắc ở mỗi nhóm còn tương đối cao. Qua các trường hợp có biến chứng nặng trong nhóm liệt ruột kéo dài, cần theo dõi sát bệnh nhân để phát hiện các bất thường sau mổ sớm, tránh nhầm lẫn với liệt ruột sinh lý sau mổ. Đây là nghiên cứu thực hiện trong thời gian ngắn, cỡ mẫu tương đối hạn chế, từ đó đưa ra các kết quả nghiên cứu còn giới hạn, tuy nhiên đây là tiền đề cho các nghiên cứu lớn hơn trong tương lai.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Vather R, Trivedi S, Bissett I.** Defining postoperative ileus: results of a systematic review and global survey. *J Gastrointest Surg.* May 2013; 17(5): 962-72. doi:10.1007/s11605-013-2148-y
2. **Hưng BT, Trang CTH.** Tác dụng của điện châm trên bệnh nhân liệt ruột cơ năng sau mổ nội soi lấy sỏi mật. *Tạp chí Nghiên cứu Y học.* 10/11 2022; 158(10): 127-134. doi:10.52852/tcncyh.v158i10.1051
3. **Millan M, Biondo S, Fracalvieri D, Frago R, Golda T, Kreisler E.** Risk factors for prolonged postoperative ileus after colorectal cancer surgery. *World J Surg.* Jan 2012;36(1):179-85. doi:10.1007/s00268-011-1339-5
4. **Moghadamyeghaneh Z, Hwang GS, Hanna MH, et al.** Risk factors for prolonged ileus following colon surgery. *Surg Endosc.* Feb 2016; 30(2): 603-609. doi:10.1007/s00464-015-4247-1
5. **Gustafsson UO, Scott MJ, Hubner M, et al.** Guidelines for Perioperative Care in Elective Colorectal Surgery: Enhanced Recovery After Surgery (ERAS((R))) Society Recommendations: 2018. *World J Surg.* Mar 2019;43(3):659-695. doi:10.1007/s00268-018-4844-y
6. **Seo SHB, Carson DA, Bhat S, et al.** Prolonged postoperative ileus following right- versus left-sided colectomy: A systematic review and meta-analysis. *Colorectal Dis.* Dec 2021;23(12):3113-3122. doi:10.1111/codi.15969

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ MÔ BỆNH HỌC U HẮC TỔ ÁC TÍNH HẮC MẠC TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG GIAI ĐOẠN 2015-2024

Hoàng Lê Dung¹, Phạm Ngọc Đông²,
Phạm Thị Minh Châu², Hoàng Anh Tuấn²

TÓM TẮT

¹Trường Đại học Y Dược - Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Lê Dung

Email: hldung2011@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2025

Ngày duyệt bài: 8.12.2025

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng và mô bệnh học của u hắc tố ác tính hắc mạc tại Bệnh viện Mắt Trung ương giai đoạn năm 2015 – 2024. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên kết quả mô bệnh học và hồ sơ bệnh án của 85 bệnh nhân tại Bệnh viện Mắt Trung ương trong 10 năm (2015 – 2024). **Kết quả:** Nghiên cứu trên 85 bệnh nhân với độ tuổi trung bình 52,5±15,7 tuổi; tỷ lệ nam/nữ là 1.1/1. Có 58/85 mắt (68,2%) có thị lực trước điều trị < ĐNT 1m; 18,6% mắt có nhãn áp cao. 5/85 bệnh nhân (5,9%) có tiền sử điều trị bệnh lý ung thư.