

## ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG VÀ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN SAU CẮT ĐOẠN DẠ DÀY

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Trần Đại Mạnh<sup>1</sup>, Phan Văn Cường<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu mô tả với 2 mục tiêu: 1. Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của tắc ruột do bã thức ăn sau cắt dạ dày cũng như một số nguyên nhân khác. 2. Đánh giá kết quả phẫu thuật TRBTA. **Kết quả nghiên cứu:** 8 BN, Nam 50%, Nữ 50%, Tuổi TB: 68,9 ±3,18. Tiền sử (TS) Cắt DD bán phần 75%. **Lâm sàng:** Đau bụng cơn 75%, Nôn 75%, bí trung đại tiện 75%, quai ruột nổi và rắn bò 75%; CLVT kháng định khối BTA 62,5%. Phẫu thuật 100%: Bóp đẩy BTA xuống đại tràng 12,5%; Mở ruột lấy BTA 75% (3 BN mở quai đi cách miệng nổi dạ dày-ruột < 30cm, 1 ca đẩy khối bã thức ăn lên DD, mở DD lấy BTA). Kích thước (KT) khối BTA ≤ 5 cm 25%; KT khối BTA > 5 cm 75%; Vị trí khối BTA: hồng tràng 50% (1 ca BTA ở hồng tràng và ở DD); Hồi tràng 50%. Không có BN tử vong; 2 BN nhiễm trùng vết mổ (25%). **Kết luận:** 8 BN TRBTA, nam 4 BN (50%), nữ 4 BN (50%), Tuổi TB: 68,9 ±3,18; Tiền sử: Đã cắt DD bán phần 75%. 1) Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng: Đau bụng cơn 75%; Buồn nôn, nôn 75%; Bí trung đại tiện 75%; Quai ruột nổi và rắn bò 75%; Chụp CLVT xác định khối BTA 62,5%; 2) Kết quả phẫu thuật: Điều trị phẫu thuật 100%; + **Phương pháp mổ:** Bóp đẩy BTA xuống đại tràng 12,5%; Đẩy BTA lên DD và mở dạ dày lấy BTA 12,5%; Mở ruột lấy BTA 75%. + **Vị trí khối BTA:** BTA ở quai đi cách miệng nổi < 30 cm 50%, Khối BTA cách góc HMT < 1m 50%; 1 BN có 2 khối BTA (ở DD và ở hồng tràng). + **Kích thước (chiều dài nhất) khối BTA** ≤ 5 cm 25%; kích thước > 5 cm 75%; + **Loại bã thức ăn:** BTA thực vật 100% (Phytobezoars).

### ABSTRACT

#### CLINICAL CHARACTERISTICS AND SURGICAL RESULTS OF BEZOARS INDUCED- SMALL BOWEL OBSTRUCTIONS POST GASTRECTOMY

**Aim of study:** 1. Evaluation of Clinical characteristics and paraclinical features of Bezoars induced- small bowel obstructions post gastrectomy. 2. The surgical results of Bezoars induced- small bowel obstructions post gastrectomy. **Results:** There were 8 patients, male 50%, female 50%, Mean age: 68,9 ±3,18; + **Surgical History:** Partial gastrectomy in 75% (5 patients for gastric cancer, 1 patients for gastroduodenal ulcer). + **Symptoms:** Abdominal pains in 75%; nausea and vomiting in 75%; lack of defecation

in 75%, bowel movement in 75%. CT. scan revealed bezoars in 62,5%. + **Surgical procedure:** Miking in 12,5%, Enterotomy in 75%, Gastrostomy in 12,5%. Phytobezoars in 100%. Phytobezoars mass diameter ≤ 5 cm in 25; Phytobezoars mass diameter ≥ 5 cm in 75%. Phytobezoars locations: Jejunum in 50,0% (1 patients had 2 phytobezoars: 1 in jejunum, 1 in stomach); Ileum in 50,0%. No death postoperation. Complication 2 patients had infected abdominal insision (25%). There were no reoperated patient within 6 month post operation. **Conclusion:** 8 patients, male 50%, female 50%, mean age 68,9 ±3,18 year. **Surgical History:** Partial gastrectomy in 75%. 1) **Clinical and paraclinical characteristics:** + Abdominal pains in 75%; nausea and vomiting in 75%; Lack of defecation in 75%, bowel movement in 75%. + CT.scan revealed bezoars in 62,5%. 2) **Surgical results:** + Surgical procedure: Miking in 12,5%, Enterotomy in 75%, Gastrostomy in 12,5%. + Phytobezoars in 100%. + Phytobezoars mass diameter: ≤ 5 cm in 25%, phytobezoars mass diameter > 5 cm in 75%. + Phytobezoars locations: Jejunum in 50,0%; Ileum in 50,0%. + No death post operation. Complication: 2 patients had infected abdominal insision (25%).

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do bã thức ăn (TRBTA) đứng hàng thứ 5 trong bệnh lý tắc ruột, chiếm tỷ lệ 0,4-4,8%. Có nhiều nguyên nhân gây TRBTA như tắc do khối bã thức ăn thực vật (phytobezoars), khối tóc (tricobezoars), khối bã thức ăn do thuốc (Pharmacobezoars), khối bã thức ăn do cặn sữa (lactobezoars) và một số nguyên nhân khác như búi giun hay nấm, kaolin, giấy...

Một trong những điều kiện thuận lợi của TRBTA xảy ra ở BN đã cắt DD với tỷ lệ mắc từ 20-93%.

Gần đây số bệnh nhân TRBTA/ đã phẫu thuật cắt DD có xu hướng tăng lên tuy nhiên chưa có nhiều nghiên cứu trong nước về tắc ruột do bã thức ăn cũng như TRBTA sau cắt DD. Sự hiểu biết về cơ chế bệnh sinh, nguyên nhân gây TRBTA, biểu hiện lâm sàng, chẩn đoán bệnh cũng như các phương pháp xử trí: theo dõi, điều trị thuốc, can thiệp qua NS hay mổ còn chưa thống nhất. Bởi vậy chúng tôi nghiên cứu đề tài này với mục tiêu.

1. **Mô tả đặc điểm dịch tễ học, lâm sàng, cận lâm sàng của tắc ruột do bã thức ăn sau cắt dạ dày cũng như một số nguyên nhân khác.**

2. **Đánh giá kết quả phẫu thuật TRBTA.**

<sup>1</sup> Bệnh viện K

<sup>2</sup> Bộ môn Ngoại, Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 30.1.2026

Ngày duyệt bài: 13.3.2026

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- *Đối tượng nghiên cứu:*
- + Những BN được chẩn đoán TRBTA, được điều trị phẫu thuật tại BV K.
- + Thời gian: 2023-2025.
- *Phương pháp nghiên cứu:* Mô tả hồi cứu.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 8 BN đủ tiêu chuẩn: Nam 4 BN (50%), Nữ 4 BN (50%), Tuổi TB: 68,9 ± 3,18

- Tiền sử (TS)
- + Cắt DD bán phần: 6/8 BN (75%) trong đó 5 BN cắt GTBDD do UTDD; 1 BN cắt 2/3 DD do loét > 30 năm.
- + Sau xạ trị: 1BN (UT cổ tử cung c.T3N2Mo)
- + Loét DD: 1 BN. (túi thừa Meckel cách HMT 30cm).
- + Thời gian xuất hiện tắc ruột BTA sau cắt bán phần dạ dày: ngắn nhất < 3 tháng (BN cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do ung thư dạ dày); dài nhất > 30 năm (BN cắt 2/3 DD do loét DD-TT)

- *Đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán.*

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng**

TT	Đặc điểm lâm sàng	N (%)
1	Đau bụng cơn	6/8 (75)
2	Đau bụng không rõ	2/8 (25)
3	Nôn	6/8 (75)
4	Buồn nôn	2/8 (25)
5	Bí trung tiện	6/8 (75)
6	Bán tắc ruột (Gaz+/-)	2/8 (25)
7	Quai ruột nổi (QRN)	6/8 (75)
8	Rắn bò	6/8 (75)
9	XQ có mức nước hơi	8/8 (100)
10	CLVT OB có khối tăng tỷ trọng	5/8 (62,5)
11	CLVT không thấy khối bã thức ăn	3/8 (37,5)

**Bảng 2: Vị trí và KT khối bã thức ăn**

TT	Vị trí	N
1.	Khối BTA cách miệng nổi ≤ 30cm	4
2.	Khối BTA cách góc HMT* ≤ 1m	4
3.	KT khối BTA > 5 cm	6
4	KT khối BTA ≤ 5 cm	2

\*HMT: hồi manh tràng

**Bảng 3: Phương pháp phẫu thuật**

TT	Phương pháp mổ	N
1	Đẩy bã thức ăn xuống ĐT***	1
2	Mở ruột lấy bã thức ăn*	6 (3 ca mở hông tràng ≤ 30 cm cách miệng nổi, 3 ca mở hồi tràng)
3	Mở dạ dày lấy bã thức ăn**	1

\*Các khối bã thức ăn > 5 cm đều phải mở ruột lấy bã thức ăn; 1 BN khối bã thức ăn trên

BN hẹp ruột sau xạ được mở ruột lấy bã thức ăn (< 5cm).

\*\* 1 khối bã > 5cm được mở dạ dày lấy bã thức ăn (đẩy lên dạ dày).

\*\*\* 1 BN khác khối bã thức ăn nhỏ nên được mổ bóp đẩy bã thức ăn xuống ĐT(5 cm)

+ Không có BN nào được PTNS.



**Hình 1: Đẩy bã thức ăn lên dạ dày, mở DD lấy bã thức ăn (phytobezoars sau cắt bán phần DD)**



**Hình 2: Tắc ruột bã thức ăn sau cắt đoạn dạ dày do UTDD**

Mở ruột lấy bã thức ăn (khối bã 6-5 cm, không đẩy được xuống ĐT-Lê văn B, 71T)

- Biến chứng và TV

+ Không có BN TV.

+ Không có BN phẫu thuật lại do tắc ruột bã thức ăn (bã thức ăn thứ 2).

## IV. BÀN LUẬN

Bã thức ăn đường tiêu hóa là sự kết tập những thức ăn không tiêu hóa được ở đường tiêu hóa. Khối bã thức ăn có thể kết tụ lại ở bất kỳ đoạn nào của ống tiêu hóa với tỷ lệ cao nhất là bã thức ăn ở dạ dày (DD). Trước đây, bã thức ăn trong DD động vật được coi là thuốc giải độc tuy nhiên hiện nay bã thức ăn đường tiêu hóa là bệnh lý cần được chẩn đoán và điều trị kịp thời.

Bã thức ăn có thể hình thành ở người có đặc điểm sinh lý và giải phẫu (GP) bình thường, tuy nhiên BN với sự thay đổi GP và/hoặc sinh lý (vận động đường tiêu hóa) làm tăng nguy cơ tạo thành khối bã thức ăn (BTA). Các yếu tố nguy cơ

bao gồm: BN đã cắt bán phần DD (phối hợp với vagotomy hay không), có bệnh đái tháo đường (ĐTĐ) gây chậm rỗng DD (CRDD), các bệnh hệ thống có liên quan đến vận động của hệ tiêu hóa, các yếu tố khác như nhai nghiền thức ăn kém, ăn quá nhiều thức ăn xơ, bệnh xơ nang (bệnh di truyền gen lặn sản xuất ra chất nhày đặc dính bất thường), bệnh tâm thần [1]

- Để chẩn đoán và điều trị thành công tắc ruột BTA, cần chẩn đoán được thể loại bã thức ăn, có 4 thể loại [2]

**+ Bã thức ăn thực vật (phytobezoars):** Chiếm tỷ lệ cao nhất, bao gồm rau và hoa quả như cần tây, mận, mơ tây, vỏ nho, cam, nho khô, nấm, quả hồng... Thành phần chủ yếu là cellulose, hemicellulose, tannin và chất keo (lignin). Quả hồng chiếm tỷ lệ cao nhất trong phytobezoars và khó điều trị nhất do có nhiều tannin khi tiếp xúc với acid sẽ polymeze hóa tạo thành khối trầm tích chứa cellulose, hemicellulose và các protein khác trong đó tannin là chất kết và các protein khác trong đó tannin là chất kết dính. Tác giả Iwanaro (8) nghiên cứu các thành phần khối BTA do hồng thấy rằng nhiều sắt và sulfur trên bề mặt khối bã tạo ra khối BTA màu sẫm, ngoài ra còn thấy Yttrium và nhôm.

**+ Bã thức ăn do thuốc (pharmacobezoars):** Tạo ra do sự lắng đọng thuốc kayexalate, antacids, cholestyramine. Các chất vận chuyển thuốc và 1 số tác dụng đặc hiệu của thuốc là nguyên nhân gây tạo thành BTA do thuốc: Chậm tan, phóng thích chậm như verapamil, cefaclor, felodopine, nifedipine được bao phủ bởi cellulose acetate làm kéo dài và chậm hấp thu các chất phối hợp. 1 số thuốc như aspirin, sulphasalazine, omeprazole không tan trong môi trường acid cao (DD) cho phép hòa tan trong ruột do đó các polymer vận chuyển sẽ tạo ra BTA. Một số thuốc chống táo bón (chất tạo khối-bulkforming) tạo thành khối BTA do hút ẩm.

**+ Khối BTA do tóc (Trichobezoar):** khối tóc thường ở DD trên BN nữ trẻ tuổi thường do rối loạn tâm thần (chứng nhổ tóc bệnh lý - trichotillomania) do không cưỡng được nhổ tóc và ăn tóc. Tóc có tính chất kháng enzyme tiêu hóa: nhẵn, mềm, trơn, tích tụ ở nếp niêm mạc DD tạo thành mass bởi chất nhầy và mẩu BTA, có thể nặng tới 6,2 kg. Rất hiếm khi khối bã xuống ruột. Cho tới nay có khoảng 120 ca trên TG được báo cáo, 100% là nữ, tuổi dao động từ 5-23 T, có rối loạn tâm thần, 85% số này được chẩn đoán trước mổ do có TS tâm thần.

**+ Khối BTA do sữa (Lactobezoars)**

Là khối sữa cho trẻ em cô đặc và chất

nhầy, khối BTA sữa thường ở DD; ca đầu tiên được báo cáo năm 1959 cho tới nay ghi nhận 110 ca xuất hiện chủ yếu ở trẻ đẻ non hay thiếu cân. Có thể sữa tổng hợp giàu năng lượng vượt quá khả năng tiêu hóa của trẻ sơ sinh là trẻ mà enzymes tiêu hóa và tuyến nước bọt hoạt động giảm tạo thành lactobezoars.

**+ Một số nguyên nhân khác:**

Các nguyên nhân khác bao gồm khối bã cao lin, nấm, nhựa, ký sinh trùng (búi giun), giấy

- Nghiên cứu tắc ruột do bã thức ăn (TRBTA) của Fatih và cs [3] trên 121 BN cho thấy: Nam 39,7%, Nữ 60,3%, (từ 24-86 T), các bệnh lý phối hợp 42,9% trong đó ĐTĐ chiếm 20,7%, có 60 BN (49,9%) có TS phẫu thuật đường tiêu hóa (cắt DD hay vagotomy 27,3%). BN được phẫu thuật trong vòng 1-11 ngày; CLVT phát hiện khối BTA 73,5%. Vị trí TRBTA: tá tràng 2 BN (1,6%), hồng tràng 38 BN (31,4%), hồi tràng 38 BN (31,4%); 2 vị trí DD và hồng tràng 11,5%, DD và hồi tràng 29 BN (23,9%). Mổ lấy bã thức ăn xuống ĐT 45 BN (37,1%); Mổ ruột lấy bã thức ăn 36 BN (29,7%), Mổ DD lấy bã thức ăn 20,6%; Mổ DD và mổ ruột lấy bã thức ăn 15 BN (12,3%). Các tác giả kết luận: TRBTA nên được xem xét đầu tiên trên BN cao tuổi đã phẫu thuật loét DD-TT.

- Báo cáo của BV trường ĐH ZhJiang từ 2017-2019 có 40 ca tắc ruột do BTA được chia thành 2 nhóm: Nhóm không mổ (nhóm 1) 27 BN, Nhóm mổ (nhóm 2) 13 BN: 11 BN (27,5%) có TS mổ cắt DD do loét hay UTDD, cắt đoạn ruột. Tuổi TB nhóm 1 là 63,15±16,15 vs nhóm 2 là 60,38± 12,47. Lâm sàng: đau bụng, nôn, bí trung tiện. Thời gian từ khi đau bụng đến khi nhập viện nhóm 1 là 55,11±44,08 h vs 59,33± 72,90 h (nhóm 2); KT khối BTA nhóm 2 là 5,31±0,74 cm vs nhóm 1 là 3,72±0,53 cm; chiều rộng khối bã nhóm 2 là 3,74±0,48 vs 2,9±0,64 cm. Tỷ trọng khối BTA (CLVT) nhóm 2: 97,23 ±12,36 HU vs 21,11±7,27 HU. 13 BN được mổ mở cắt đoạn ruột hay mổ ruột lấy BTA; Khối BTA khu trú từ 60-160 cm cách góc hồi manh tràng (HMT). Các BN nhóm mổ được điều trị nội trước mổ 7,92±10,23 ngày. Các tác giả kết luận: CLVT là phương pháp chẩn đoán chính, nên chỉ định mổ nếu khối BTA có kích thước lớn với tỷ trọng cao trên CLVT, sau khi điều trị nội khoa thất bại.

+ Oleh.O và CS [4] báo cáo 17 ca BTA ở DD tổng kết 2001-2019: Tuổi TB 58±2,5 T (từ 25-82), Nam 76,5 %, Nữ 23,5%. 70,6% số BN > 60T; 58,8% mắc bệnh tim mạch, 29,4 % mắc các bệnh thần kinh, 11,8% có bán tắc ruột. 88,2% được đo pH dạ dày. Phần lớn BTA ở DD

được chẩn đoán qua NSDD, 17,6% qua SA nội soi, 11,8% qua CLVT. Về điều trị: 58,8% (10 BN) khối BTA được lấy qua NSDD; 7 BN được phẫu thuật mở DD lấy BTA (41,2%) trong đó 5/7 BN được PTNS mở dạ dày lấy BTA. Kết quả phân tích thành phần BTA: 52,9% phytobezoars (9BN), 35,3% (6BN) trichobezoars; 11,8% (2 BN) là mỡ và thức ăn chế biến vón cục. Các tác giả kết luận: BTA ở DD xảy ra chủ yếu ở người > 75T, mắc các bệnh suy giảm nhận thức, triệu chứng lâm sàng kín đáo, phần lớn có pH DD thấp, chẩn đoán chủ yếu qua NSDD. Khi khối BTA mới hình thành sẽ có kích thước nhỏ, kết cấu lỏng lẻo nên dễ dàng cắt nhỏ và lấy ra qua NSDD. Có thể PTNS mở DD lấy BTA nếu không lấy được BTA qua NSDD.

+ Christine Boumitri và CS [5] báo cáo BN nam, 55 T, BTA ở DD/ BN đã cắt TK X, cắt hang vị và phục hồi lưu thông kiểu Billroth I (25 năm trước): BN vào viện 2 lần với triệu chứng tắc ruột hay hẹp môn vị (HMOV) không rõ. NSDD ở lần nhập viện thứ 2 là khối BTA 10-10cm ở phình vị lớn (khối này không chẩn đoán được qua XQ bụng, SA bụng, CLVT). NSDD không cắt nhỏ được BTA do mật độ cứng. BN được PTNS mở mặt trước DD lấy BTA. Các tác giả nhận xét: HMOV là tình trạng bất thường của khối BTA ở DD; Khối BTA thường xảy ra ở BN đã phẫu thuật DD, có giảm vận động DD, răng nhai kém, giảm sút trí tuệ, ăn nhiều chất xơ. Cắt nhỏ và lấy BTA qua NSDD là lựa chọn chính nếu thất bại có thể PTNS mở DD lấy BTA.

+ Về lâm sàng chúng tôi có 6/8 BN tắc ruột rõ với đau bụng cơn, nôn, bí trung đại tiện. Khám có QRN rõ, rỗng (+). Tuy nhiên có 2 BN đau bụng không rõ, có bán tắc ruột trong đó 1 ca được chẩn đoán TR do ung thư đại tràng phải (BN Phan Thị N. 71 T, TRBTA trên BN có loét DD và túi thừa Meckel cách HMT 30 cm).

+ Có nhiều phương pháp chẩn đoán hình để xác định khối BTA: Chụp bụng không chuẩn bị có thể nghi ngờ BTA trên 56%. Chụp lưu thông ruột uống thuốc cản quang thường cản trở nội soi DD quan sát trong lòng DD bởi vậy nên chỉ định NSDD trước.

Chụp CLVT được coi là phương pháp chẩn đoán hiệu quả và đáng tin cậy.

Đặc điểm hình ảnh của BTA là hình tròn hay oval, vỏ ranh giới rõ nằm trong lòng ống tiêu hóa với mật độ không đồng nhất và chứa khí loang lổ trong khối BTA. Tỷ trọng không đồng nhất: tỷ trọng cao ở phần vỏ khối BTA, tỷ trọng thấp ở giữa khối BTA. Chụp CLVT chẩn đoán được TRBTA trên 73,6% đồng thời xác định số lượng

bã thức ăn đồng thời có ở vị trí tắc ruột và trên đoạn ruột giãn cũng như ở dạ dày [3].

Số liệu bảng 1) cho thấy có 5/8 BN chụp CLVT trước mổ xác định được khối BTA (62,5%). Chụp bụng không chuẩn bị đứng không xác định được khối bã thức ăn ở tất cả các BN. Chúng tôi không có ca nào chụp Transit ruột để chẩn đoán.

Phần lớn bã thức ăn ở dạ dày và xuống ruột ở BN cắt DD, nổi vị tràng hay tạo hình môn vị. Bã thức ăn hình thành ở ruột non khi ruột hẹp hoặc có túi thừa Trong lô BN của chúng tôi có 1 trường hợp tắc ruột bã thức ăn/ BN hẹp ruột sau xạ trị. Mặc dù bã thức ăn này < 5 cm nhưng không thể bóp đẩy xuống ĐT do ruột hẹp. Một BN khác khối BTA hình thành trên BN loét DD, cách góc HMT 30 cm có túi thừa Meckel. 6 BN còn lại được cắt GTBDD trong đó 1 BN cắt 2/3 DD do loét, 5 BN khác đã cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD) do UTDD. Các tác giả cho rằng đối với BN đã cắt DD lượng dịch DD và acid giảm, thức ăn chưa được tiêu hóa kỹ (phần lớn sự co bóp ở hang vị) xuống ruột nhanh qua miệng nổi rộng và không có valve dẫn tới khối BTA lớn ở ruột (đối với cắt GTBDD, tạo hình môn vị hay nổi vị tràng).

+ Chúng tôi gặp 1 ca bã thức ăn ở DD và ruột (2 vị trí) còn lại 7/8 BN có BTA ở ruột.

+ KT khối BTA: có 2 khối BTA ở ruột kích thước ≤ 5 cm trong đó 1 ca được mổ ruột lấy BTA do hẹp đoạn cuối hồi tràng sau xạ trị (UT cổ TC) nên không thể bóp đẩy BTA xuống ĐT được; ca thứ 2 được bóp đẩy BTA xuống ĐT (khối BTA 3-5 cm, sau cắt 2/3 DD do loét)

+ Chúng tôi có 4 ca khối BTA cách miệng nổi vị tràng ≤ 30 cm trên nền ruột non trên chỗ tắc giãn / sau cắt DD bán phần trong đó 3 ca được mổ ruột non lấy BTA; 1 ca chúng tôi đẩy khối BTA lên DD và mở DD lấy bã thức ăn. Mở DD lấy BTA là phương pháp an toàn hơn mổ ruột lấy BTA do quai đi gần miệng nổi nên nguy cơ rò hay bục đường khâu khá cao. Mặt khác khi mở DD có thể xác định khối BTA thứ 2, thứ 3 trong DD hay tá tràng.

+ Chúng tôi có 1 ca TRBTA sau cắt GTBDD được điều trị nội bằng bơm sond DD CocaCola 3 lit/24h trong 3 ngày tuy nhiên triệu chứng tắc ruột không giảm nên BN này được mổ mở DD lấy BTA.

+ Đã có nhiều báo cáo về sử dụng CocaCola điều trị BTA ở DD: Năm 2002, Ladas và CS báo cáo 5 ca đầu tiên sử dụng CocaCola bơm sond DD thành công (3 lít CocaCola/12 h). Chung và CS [6] bơm trực tiếp CocaCola vào khối BTA qua NSDD thành công. Hayashi et al [7] cho uống

500-1000ml Coca-Cola trước mỗi bữa ăn trong 3 tuần làm mềm và giảm đáng kể kích thước khối BTA(phytobezoars) sau đó lấy khối BTA qua NSDD.

Phần lớn các tác giả bơm DD hay cho uống 500 ml Cocacola/ 3 lần/ ngày. Khối BTA mềm ra và giảm kích thước tạo thuận lợi cho NSDD cắt nhỏ và lấy BTA.[8]

Kết quả phẫu thuật cho thấy không có BN tử vong hay mổ lại vì tắc ruột hoặc có khối BTA thứ 2 trong vòng 6 tháng, có 2 BN nhiễm trùng vết mổ.

#### V. KẾT LUẬN:

8 BN TRBTA, nam 4 BN (50%), nữ 4 BN (50%), Tuổi TB: 68,9 ±3,18; Tiền sử: Đã cắt DD bán phần 75%.

**1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng:** Đau bụng cơn 75%; Buồn nôn, nôn 75%; Bí trung đại tiện 75%, Quai ruột nổi và rắn bò 75%,Tắc ruột rõ 75%; Chụp CLVT xác định khối BTA62,5%;

**2. Kết quả phẫu thuật:** Điều trị phẫu thuật 100%;

+ Bóp đẩy BTA xuống đại tràng 12,5%; Đẩy BTA lên DD và mở dạ dày lấy BTA 12,5%; Mở ruột lấy BTA 75%.

+ Vị trí khối BTA: BTA ở quai đi cách miệng nổi < 30 cm 50%, Khối BTA cách góc HMT < 1m 50%; 1 BN có 2 khối BTA (ở DD và ở hồng tràng).

+ Kích thước (chiều dài nhất) khối BTA ≤ 5

cm 25%, kích thước > 5 cm 75%; BTA thực vật 100% (Phytobezoars).

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Katharine Eng, Marsha Kay.** Gastrointestinal Bezoars:History and Current Treatment Paradigms.Gastro Hepatol.2012 Nov;8(11): 776-778.
- Konstantinos A et al.** Pathophysiological and clinical aspect of the diagnosis and treatment of Bezoars.onstantinos A et al. Pathophysiological and clinical aspect of the diagnosis and treatment of Bezoars. Ann Gastroenterol 2019 32 (3):224-232.
- Fatih Altintoprak et al:** intestinal Obstruction due to Bezoar in Elderly Patients: Risk Factors and treatment Results. Emergency Medicine International 2019 (issue 1) 3647536.
- Oleh.O et al.** Stomach Bezoaris, causes of development, diagnosis and methods of treatment. WiadLek.2021;74(1):128-131.
- Christine Boumitri et al.** Gastric Bezoar after Vagotomy and Billroth I Presenting With Gastric Outlet Ostruction. Journal of Medical Cases, volume 7(1)2016:1-4.
- Chung YW et al.** Huge gastric diospyrobezoars successfully treated by oral intake and endoscopic injection of Coca-cola. Dig Liver Dis, 2006; 38(7): 515-517.
- Hayashi et al.** Persimmon bezoar successfully treated by oral intake of Coca-Cola. A case report. Cases J.2008;1(1)385.
- Gokhan Ertugrul et al.** Treatment of gastric phytobezoars with Coca-cola given oral rout: a case report. Int J Gen Med 2012 23;5: 157-161

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ NGƯỜI BỆNH NGỘ ĐỘC CẤP METHANOL BẰNG PHÁC ĐỒ PHỐI HỢP LỌC MÁU TÍCH CỰC VÀ ETHANOL ĐƯỜNG UỐNG TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 175

Lê Minh Phong<sup>1</sup>, Bùi Đức Thành<sup>1</sup>

#### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá hiệu quả điều trị của phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống ở người bệnh ngộ độc cấp methanol tại Bệnh viện Quân y 175. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả tiến cứu có can thiệp theo thực hành lâm sàng thường quy, đánh giá trước - sau điều trị, tiến hành trên 35 người bệnh được chẩn đoán ngộ độc cấp methanol điều trị bằng phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống tại Bệnh viện

Quân y 175 từ tháng 12/2022 đến tháng 12/2024. **Kết quả nghiên cứu:** Nghiên cứu trên 35 người bệnh ngộ độc methanol, tuổi trung bình 48,6 ± 13,2, chủ yếu là nam giới (88,6%); nguồn phơi nhiễm chủ yếu là rượu không rõ nguồn gốc (82,9%). Thời gian từ uống đến nhập viện trung vị 18 giờ. Người bệnh nhập viện với biểu hiện lâm sàng đa dạng và tình trạng nhiễm toan chuyển hóa nặng. Lọc máu được thực hiện sớm (trung vị 4 giờ), 40,0% cần ≥ 2 lần lọc; 100% sử dụng ethanol. Thời gian hồi phục pH > 7,3 trung vị 18 giờ, thời gian nằm viện trung bình 7 ngày. Sau điều trị, mức độ nặng theo PSS cải thiện rõ rệt (p < 0,001). Tỷ lệ hồi phục hoàn toàn đạt 68,6%, di chứng 17,1% và tử vong 14,3%. **Kết luận:** Phác đồ phối hợp lọc máu tích cực và ethanol đường uống có hiệu quả trong cải thiện nhanh tình trạng lâm sàng và rối loạn chuyển hóa, góp phần nâng cao tỷ lệ hồi phục và giảm mức độ nặng ở người bệnh ngộ độc cấp methanol.

<sup>1</sup> Bệnh viện Quân Y 175

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Thành

Email: drthanhbd175@gmail.com

Ngày nhận bài: 8.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 29.1.2026

Ngày duyệt bài: 12.3.2026