

ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, CẬN LÂM SÀNG VÀ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT RÒ TIÊU HÓA TỰ PHÁT (KHÔNG DO PHẪU THUẬT)

Thái Nguyên Hưng¹, Phan Văn Cường², Thái Diệp Anh³

TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu với 2 mục tiêu: 1) Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của một số hình thái rò TH tự phát. 2) Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò TH tự phát.

Kết quả: 21 BN, nam 71,4%, nữ 28,6%, Tuổi TB 59,60±15,03. Lâm sàng: Đau bụng 81%, sốt 52,4%, Tắc ruột và bán tắc ruột 61,9%; sờ thấy khối 33,3%. XN Thiếu máu trung bình và nặng 23,8%; BC tăng cao > 10 G/L 81%; Albumin < 30 G/L 52%. CLVT khối UT 33,3%; Khối apxe trong ổ bụng hoặc tiểu khung 42,9%; MRI khối apxe TSM và đường rò 19,0%; Ổ tụ dịch mật/apxe dưới hoành 4,8%. Nội soi dạ dày (NSDD) thấy lỗ rò 9,6%. Điều trị: Can thiệp 4,8%, Phẫu thuật 95,2%. Không có BN Tử vong. Biến chứng 14,3%. GPB: Tổn thương rò tiêu hóa do viêm, apxe, lao ruột, Crohn 11 BN (52,4%); Rò mật tự phát 4,8%, Rò do ung thư 9/21 BN (42,8%).

Kết luận: Nghiên cứu 21 trường hợp rò tự phát, không do phẫu thuật, chúng tôi kết luận: Rò tự phát chiếm tỷ lệ thấp; có 2 nguyên nhân chính Rò tự phát do viêm (viêm ruột, viêm đại tràng thiếu máu, lao, Crohn, viêm túi thừa ĐT) chiếm tỷ lệ 52,4%, Rò mật tự phát không rõ nguyên nhân 4,8%, Rò tự phát do UTĐTT 38%, do U xơ cơ viêm (dạ dày) 4,8%. Điều trị phẫu thuật 95,2%, Can thiệp dẫn lưu dưới siêu âm 4,8%. Không có TV; Biến chứng 14,3%.

Từ khóa: Rò tiêu hóa tự phát.

SUMMARY

CLINICAL, PARACLINICAL CHARACTERISTICS AND TREATMENT RESULTS OF SPONTANEOUS GASTROINTESTINAL FISTULAS (NON SURGICAL CAUSES)

Aim of study: 1) Evaluate the clinical and paraclinical characteristics of Spontaneous gastro intestinal fistulas. 2) The treatment results of Spontaneous gastro intestinal fistulas

Results: There were 21, male 71,4%, female 28,6%, Mean age 59,60±15,03. Symptoms: pain in 81%; Fever 52,4%, Obstruction and Sub Obstruction in 61,9%. Panpable mass in 33,3%; Medium and low anemie in 23,8%. Elevated white cell counts > 10 G/L in 81%; Ctsan showed intra abdominal tumor in 33,3%; intra abdominal abscesses in 42,9%. MRI revealed diffuse perineal abscess and anal fistulas in 19%; MRI showed subphrenic

abscess and biloma in 4,8%. Gastroduodenoscopy showed duodeno colic opening hole and gastro- abscess opening hole. Pusculture positive in 8 patients (6 Ecoli (+), 2 Klebsiella (+)). Hemoculture (+) (Ecoli)

Treatment: Intervention under ultrasound guide in 4,8%, Surgery in 95,2%. No death per and postoperation. Complication in 3 patients (14,3%). Pathology: Inflammatory gastrointestinal fistulas in 52,4% (Inflammatory, Diverticulitis, Tuberculosis, ischemic colitis, Crohn, anal fistula, Fournier's, bile fistulas); Colorectal cancer in 38%, Inflammatory Myofibroblastic tumor in 4,8%.

Conclusion: The prevalence of spontaneous gastrointestinal (GI) fistulas was lower than GI fistulas postoperation. The main reasons of spontaneous gastrointestinal (GI) fistulas were inflammatory (Inflammatory, Diverticulitis, Tuberculosis, ischemic colitis, Crohn, anal fistula, Fournier's, bile fistulas) in 52,4% or due to colorectal cancer in 38%; Due to Inflammatory Myofibroblastic tumor in 4,8%. Surgical treatment in 95,2%, Intervention under ultrasound in 4,8%.

Key word: Spontaneous gastrointestinal fistulas.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Rò tiêu hóa (TH) tự phát là rò chiếm tỷ lệ thấp, trong khi rò TH chủ yếu là rò sau phẫu thuật (PT) chiếm tỷ lệ 75-85% thì rò tự nhiên chiếm 15-20%. Rò có thể xảy ra do sự thông thương giữa 2 tạng của đường TH hoặc rò giữa đường TH ra ngoài da. Các nguyên nhân của rò TH tự phát có thể do bệnh lý viêm, túi thừa, thủng ổ loét DD-TT, viêm tụy hoại tử, Crohn hay ung thư (UT)... Cho tới nay ở nước ta chưa có nhiều các nghiên cứu về rò TH tự phát, bởi vậy chúng tôi báo cáo đề tài này với mục tiêu:

1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của một số hình thái rò TH tự phát.
2. Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật rò TH tự phát.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

- Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.
- Đối tượng NC: BN được chẩn đoán rò TH tự phát (không do PT), được điều trị và/hoặc phẫu thuật tại BV K từ 2021-2026

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

21 BN, nam 15 BN (71,4%), nữ 6 BN (28,6%), Tuổi TB 59,60±15,03,
+ Tiền sử (TS):

¹Bệnh viện K.

²Trường Đại học Y Dược Thái Bình.

³Trường Đại học Y Hà Nội

Tác giả chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

E mail: thainguyenhung70@gmail.com

Mã bài: N597

Ngày nhận bài: 16/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 15/4/2026

Ngày duyệt bài: 16/5/2026

Bảng 1: Các đặc điểm về TS

TT	Đặc điểm TS	N (%)
1	Cắt GTBDD do ung thư dạ dày (UTDD)	1
2	PT Hartmann do ung thư đại tràng (UTĐT) xích ma thủng	1
3	Cắt 1/2 ĐT phải (do crohn)	1
4	Điều trị hóa chất (UTTT giai đoạn IV)	1
5	UT hạ họng	1
6	Viêm tụy cấp (do rượu)	2
7	Điều trị HIV	1
8	Tai biến mạch não (TBMN), liệt ½ người	2
	N	10/21 (47,6)

+ Đặc điểm lâm sàng (LS)

Bảng 2: Đặc điểm LS

TT	Đặc điểm LS	N (21)
1	Đau bụng	17 (81%)
2	Nôn	3
3	Bí trung tiện	4 (19%)
4	Sốt	11/21(52,4%)
5	Tắc ruột	4 (19%)
6	Bán tắc ruột	9 (42,9%)
6	Xuất huyết tiêu hóa (XHTH)	2
7	Sờ thấy khối	7 (33,3%)
8	Đau vùng tầng sinh môn (TSM) và hố ngồi trực tràng (TT)	4
9	Viêm tấy TSM và hố ngồi TT (HC Fournier's)	2 (9,6%)
8	Thấy đường rò ra da	6 (28,6%)
9	Rò vào đường TH*	2 (NSDD)

*NSDD có lỗ rò: 1 BN rò từ D2; 1 BN rò thân vị (BCL)

Bảng 3: Các xét nghiệm (XN) và chẩn đoán hình ảnh (HA).

TT	Kết quả XN	N (21)
CTM		
1	Thiếu máu nhẹ hoặc không thiếu máu	16 (76,2%)
	Thiếu máu TB	4 (19%)
	Thiếu máu nặng	1 (4,8%)

TT	Kết quả XN	N (21)
2	Bạch cầu (G/L)	
	BC < 10	4 (19%)
	10-15	10 (47,7%)
	>15	7 (33,3)
Sinh hóa		
3	Albumin (g/L)	
	Alb < 25	5 (14%)
	Alb 25-30	8 (38%)
	Alb>30	8 (38%)
4	Đường máu tăng	10 (47,7%)
5	GOT- GPT tăng	7(33,3)
6	GPT tăng	1
Chẩn đoán HA		
7	CLVT: Khối U	7 (33,3%)
8	CLVT: Ổ apxe	9 (42,9%)
9	MRI : khối apxe-rò	4 (19%)
10	MRI ổ tụ dịch mật	1(4,8%)
11	NSDD (thấy lỗ rò)	2 (9,6%)

Cấy máu (+) với E coli (BN Cẩm Hà Q, 25 T).

Cấy mủ: 6 E.coli, 2 Klebsiella.

Bảng 4: Chẩn đoán-xử trí

TT	Chẩn đoán	N	Xử trí
1	Rò do viêm		
	Viêm túi thừa đại tràng (ĐT) thủng rò tạo khối apxe	2	Cắt ĐT xích ma, HMNT
	Viêm loét ĐT thủng rò thành khối apxe	2	Cắt ĐT phải
	Viêm ruột thủng rò thành khối apxe	1	Cắt đoạn ruột non
2	Rò do Crohn		
	Rò đại tràng gối dưới tá tràng do Crohn	1	Cắt đoạn D2-D3 tá tràng, cắt ĐT phải, cắt 2/3 DD, DL môn TT
3	Rò hậu môn /HIV	1	Chích rạch, cắt đường rò
	Rò hậu môn/ khối apxe quanh TT thấp	1	Chích apxe, cắt đường rò, đặt Seton

TT	Chẩn đoán	N	Xử trí
4	Viêm tấy rò lan tỏa TSM, (HC fournier)	2	Chích rạch rộng, HMNT
5	Rò do lao	1	Cắt ĐT P
6	Rò mật tự phát (biloma)		DL dưới SA
7	Rò dạ dày thành khối apxe cạnh bờ cong lớn (BCL*)	1	Cắt TBDD, cắt lách, thân đuôi tụy
8	Rò do ung thư (UT) đại tràng (ĐT)		
	Rò ĐT ra thành bụng hoặc thành khối apxe	5***	
	UTĐT phải rò vào tá tràng	2**	Cắt đoạn tá tràng, cắt ĐT phải, cắt 2/3 DD, DL móm TT
	UTĐT trái rò vào trực tràng	1	Cắt ĐT trái, cắt đoạn trực tràng
	Tổng	21	

*Rò từ bờ cong lớn (BCL) dạ dày (DD)/ DD đối hình ống (khối apxe cạnh BCL)

**1 BN rò 1,5 cm vào D2 tá tràng trên bóng Vater; 1 BN rò thủng vào gối dưới tá tràng (D2-D3).

*** 3 BN phẫu thuật (PT) Hartmann; 1 BN cắt ĐT P/HMNT kiểu mickulic; 1 BN cắt ĐT trái, cắt lách,

thân đuôi tụy, cắt DD hình chêm (UT rò ra thành bụng thành khối apxe, xâm lấn thân đuôi tụy và DD).

+ Điều trị: Can thiệp 1/21 BN (4,8%) , Phẫu thuật 20/21 BN (95,2%).

+ Tử vong (TV): Không có BN

+ Biến chứng 3/21 BN (14,3%): 1 Ca mổ lại vì chảy máu trong ổ bụng; 1 ca rò miệng nối/cắt đoạn D2-D3 tá tràng được điều trị nội . 1 BN rò tụy sao cắt ĐT trái, lách, thân đuôi tụy, dạ dày điều trị nội

+ Kết quả GPB:

++ Tổn thương viêm, apxe, lao ruột, crohn : 11 BN (52,4%)

+ Crohn 1 BN

+ Lao ruột 1BN

+ Viêm loét ĐT thủng 2BN

+ Viêm loét ruột non 1BN

+ Viêm túi thừa ĐT xích ma apxe thủng: 2.BN

+ Rò, apxe hóa cạnh HM: 4 BN (HC Fournier's: 2 BN)

++ Rò mật tự phát 1BN (4,8%)

++ Ung thư: 9 /21 BN (42,8%)

+ U xơ cơ viêm 1BN (4,8%)

+ 8/21 BN (38,0%) UT đại trực tràng (ĐTT)

GD IIC (T4bN0M0) 3 BN

GD III C (T4bN1-2M0) 4 BN

GD IV (T4bN2M1) 1BN

IV. BÀN LUẬN

Rò TH tự phát chiếm tỷ lệ thấp hơn rò TH sau phẫu thuật (PT). Tỷ lệ rò tự phát chiếm khoảng 15-20 % trong khi rò sau mổ chiếm tỷ lệ 75-85%. Rò TH tự phát có thể rò trong (rò giữa 2 tạng) hoặc rò ngoài (Rò ra da). Rò tự phát là rò nguyên phát, không do nguyên nhân PT tuy nhiên chúng tôi nhận thấy có nhiều bệnh lý liên quan chặt chẽ đến rò tự phát.

TS bệnh (Bảng 1): BN đã PT UTĐT xích ma thủng nay khối UT tái phát thủng tạo thành khối apxe vỡ vào thành bụng. BN khác đã mổ cắt ĐT P do Crohn nay Crohn tái phát gây thủng vào D2-D3 tá tràng. Đặc tính cơ bản của Crohn là apxe và rò vào các tạng lân cận trong đó rò HM chiếm khoảng 50%.

Sachar[1] chia Crohn thành 3 nhóm: Hẹp ruột, thủng ruột, viêm ruột.

Bảng 5: Đặc điểm LS theo vị trí tổn thương

Vị trí tổn thương	Triệu chứng LS	Đặc điểm	%
Hội tràng và ĐT	Ỉa chảy, đau bụng, quặn bụng, gầy sút	Dạng phổ biến nhất	35
Đại tràng	Ỉa chảy, ỉa máu, apxe cạnh HM, rò, loét cạnh TT	Tổn thương ngắt quãng	32
Ruột non	Ỉa chảy, quặn bụng, đau bụng, gầy sút	Biến chứng rò, apxe	28
Dạ dày, tá tràng	Chán ăn, gầy sút, buồn nôn, nôn	Dạng hiếm, biến chứng tắc ruột	5

Bảng 6: Đặc điểm của bệnh Crohn và viêm loét đại trực tràng (ĐTT).

Đặc điểm	Bệnh Crohn	Bệnh viêm loét đại TT
Vị trí	Bất kỳ đoạn nào của ống tiêu hóa	Tổn thương liên tục bắt đầu từ trực tràng, chỉ bị ở đại tràng
Độ sâu tổn thương	Toàn bộ thành ống tiêu hóa	Lớp niêm mạc và dưới niêm mạc
Tổn thương qua NSĐT	Tổn thương ngắt quãng. Hình đá cuội. Loét, hẹp	Tổn thương liên tục. Viêm, giả polip
Thiếu máu	+	++
Đau bụng	++	+
XHTH thấp	+	++
Nguy cơ ung thư hóa	++	++++

BN của chúng tôi (Bùi Thị A) đã mổ cắt ĐT phải 7 năm. Đau bụng, ỉa máu, bán tắc ruột. NSĐT có viêm loét hồi tràng. CLVT dày thành ĐT. Tổn thương trong mổ: hồi tràng viêm dày, dính và thủng 2-3 cm vào gối dưới tá tràng, mổ cắt lại ĐT, cắt đoạn D2-D3, cắt hang vị, DL mổ TT. GPB: viêm loét hồi tràng, ĐT, tá tràng do Crohn. BN này có tổn thương apxe cạnh hậu môn, rò hậu môn.

Jacques Cosnes theo dõi tiến triển của bệnh Crohn trên 2002 BN với thời gian > 5 năm: 1199 BN có biến chứng (60%): Hẹp 254 BN, thủng 945 BN. Tỷ lệ biến chứng theo dõi > 20 năm là: Viêm 12%, hẹp 18%, thủng 70%. Tác giả kết luận vị trí tổn thương có tính quyết định đến dạng biến chứng của bệnh [2].

Các thống kê của Mỹ, Naury, Canada: Tỷ lệ biến chứng thay đổi theo thời gian: thủng 10-60%, hẹp 0-35%. Tỷ lệ thủng tăng lên theo thời gian trong khi tỷ lệ viêm giảm. Tỷ lệ apxe và rò cao hơn hẳn hẹp không có BC. Hẹp vẫn có thể gây thủng ruột. Rò có thể chiếm 85%. Hai vị trí có tỷ lệ thủng cao nhất là ruột non và hậu môn trong khi thực quản, dạ dày, tá tràng, ĐT có tỷ lệ thủng và hẹp thấp. Rò, apxe TSM và cạnh hậu môn chiếm 50% số BN thủng.[3]

Số liệu của chúng tôi: 2 BN viêm ĐT thủng thành khối apxe-rò TH tuy nhiên tổn thương viêm xảy ra ở 1 BN (Phản Thị Nh). BN khác có XHTH, dày thành ĐT, có lỗ thủng hoại tử thành ĐT/ BN UT hạ họng và nghiện rượu. Theo chúng tôi đây là viêm ĐT thiếu máu (Ischemic colitis): ĐT viêm dày, loét, hoại tử thủng trên BN không có bệnh lý ĐT trước đó.

Bệnh viêm đại tràng thiếu máu (Ischemic colitis:IC) là dạng hay gặp nhất của thiếu máu đường TH xảy ra khi giảm cung lượng tưới máu có hệ thống. Tỷ lệ IC chiếm 75% số thiếu máu đường TH, chiếm 15,6/100.000 dân. Khi lượng máu cung cấp cho ĐT không đầy đủ sẽ gây viêm, loét ĐT, xuất

huyết do hậu quả của tổn thương thiếu máu và tái cấp máu. Quá trình tái cấp máu giải phóng nhiều gốc oxy hóa tự do và cytokines viêm để phục hồi tái cấp máu bình thường. Tổn thương gây ra của quá trình tái cấp máu nặng nề hơn thiếu máu: Vi khuẩn xuyên mạch, co thắt mạch máu ruột, loạn khuẩn ruột... Niêm mạc là nơi hoạt động chuyển hóa mạnh nhất bị tổn thương đầu tiên: Hoại tử, bong tróc, phù nề dưới niêm mạc, hoại tử thành ĐT. Các tổn thương bao gồm dày thành ĐT, U sùi gây hẹp lòng ĐT, hoại tử ĐT. Tỷ lệ TV sau mổ rất cao từ 48-54%. IC là tổn thương nặng, khó chẩn đoán trên BN cao tuổi có nhiều yếu tố nguy cơ.[4] [5]

Chúng tôi có 2 ca rò TH tự phát do UTĐT phải rò vào tá tràng: 1 ca rò 1,5-2 cm từ khối UTĐT phải vào D2 trên bóng Vater (Nguyễn Thị Ch, 72 T, số HS:213192867). NSDD trước mổ có lỗ rò hoại tử 1,5 cm tá tràng. Tổn thương trong mổ: khối UTĐT phải gây tắc ruột thủng vào D2. PT cắt ½ ĐT phải, cắt đoạn D2, cắt hang vị, DLM tá tràng.

BN khác UTĐT phải > 10 cm gây tắc ruột, thủng vào gối dưới tá tràng. PT cắt 1/2 ĐT phải, cắt đoạn D2-D3 tá tràng, cắt hang vị, DLM tá tràng.



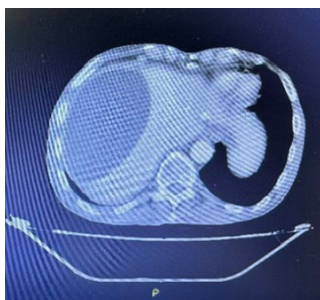
Ảnh 1: UTĐT phải rò vào D2-D3 tá tràng
(Lộc Thị X, 71 T, HS: 230198808)

Rò tá tràng ĐT là bệnh lý hiếm gặp, có nhiều nguyên nhân gây rò như ung thư (UT), lành tính (loét DD-TT, túi thừa TT, lao tá tràng, viêm túi mật, viêm tụy cấp...). Biểu hiện LS chủ yếu là gầy sút, ỉa lỏng, trào ngược dịch phân.

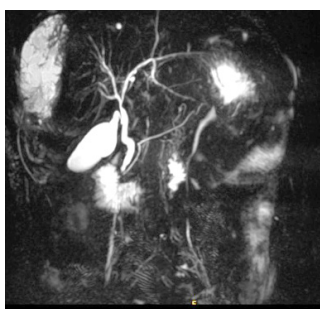
Cả LS đầu tiên rò tá tràng- ĐT được báo cáo năm 1863. Meizhuo Gao báo cáo ca BN nữ, 54 T, ỉa chảy kéo dài 10 năm (5- 6 lần/ngày), có bán tắc ruột (đau bụng, ỉa chảy sau đó đỡ đau), ỉa lỏng xuất hiện 5-10 sau ăn. Chụp lưu thông ruột thấy lỗ rò tá tràng và ĐT góc gan. Tổn thương trong mổ là rò gối dưới tá tràng vào ĐT và mạc treo ĐT phải. Phẫu thuật cắt ĐT phải, cắt tá tràng hình chêm, patch thành bên quai non vào gối dưới và DL tá tràng.[6]

Chúng tôi có 1 ca rò mật tự phát. BN nam, 62 T, TS mổ ung thư dạ dày (UTDD) > 2 tháng. Đau dưới sườn phải (DSP), sốt. CLVT có ổ dịch 13-6 cm D' bao gan. Chụp MRI: ổ tụ dịch mật thông với đường mật phân thùy sau (PTS). BN được DL đường mật qua da dưới siêu âm.

Rò mật và Biloma được báo cáo lần đầu tiên năm 1979 bởi Gould và Patel, thường xảy ra sau mổ cắt túi mật, sau chụp đường mật qua da, sinh thiết gan, ERCP hoặc sau chấn thương gan (thường do sỏi mật hay ung thư đường mật). Các nguyên nhân và cơ chế gây ra ổ tụ dịch mật tự phát chưa rõ ràng tuy nhiên các điều kiện thuận lợi là tăng áp lực đường mật do sỏi mật, u đường mật, co thắt cơ Oddi, hoại tử thành ống mật do sỏi, vỡ nang đường mật...[7]



Ảnh 2: CLVT: Ổ tụ dịch mật tự phát
(Dương Công K, 62 T).



Ảnh 3: MRI rò mật PTS gan

BN rò dạ dày tạo ổ apxe cạnh BCL/dạ dày đôi hình ống là trường hợp hiếm gặp. BN nữ, 51 T (Lương Thị Th, HS:220270847) vào viện vì ỉa phân đen, nôn máu, gầy sút. CLVT là ổ dịch khí 73-88 mm cạnh BCL dạ dày, thành DD dày 16 mm. vùng thân vị có lỗ rò vào ổ apxe 3 cm. Tổn thương trong mổ là rò dạ dày ở BCL tạo thành ổ apxe. Mổ cắt TBDD, lách, thân đuôi tụy. GPB: U xơ cơ viêm. BN này khối ung thư tái phát 1 năm sau.

Số liệu cho thấy có 2 BN do thủng apxe túi thừa ĐT xích ma (phân độ Hinchey 3) tạo ổ apxe: 1 ca ổ apxe trong ổ bụng; 1 ca ổ apxe vỡ ra da. BN này thủng túi thừa xích ma vỡ qua thành bụng tạo thành ổ mủ dưới da, cấy mủ có Klesiella. Chúng tôi PT cắt ĐT kiểu Harmann. GPB là viêm apxe túi thừa ĐT apxe hóa thủng.



Ảnh 4: Khối apxe do thủng túi thừa xích ma rò ra da
(Hoàng Văn Ch, 67 T, HS:260037199)

Số liệu của chúng tôi có 4 ca rò hậu môn (HM) trong đó 1 BN rò HM/HIV (+). 1 ca rò HM xuyên cơ thắt/apxe quanh phần thấp trực tràng. 2 BN khác rò HM mỏng ngựa phức tạp phối hợp với viêm tấy lan tỏa tầng sinh môn (TSM) có HC Fournier. 2 BN này được cắt lọc toàn bộ vùng TSM 2 bên, rạch rộng, lấy tổ chức hoại tử, làm sạch, cấy mủ và làm HMNT trên dòng. Cấy mủ 2 BN này (+) với Ecoli.



Ảnh 5: Viêm tấy lan tỏa TSM do rò, apxe cạnh HM.
BN Nông Văn PH.. (HS 220099150).



Ảnh 6 : Apxe, viêm tấy lan tỏa TSM.

BN. Viên Đình L, (HC Fournier's)(HS :25111988).

Nguyễn Thanh Quang báo cáo 30 BN có HC Fournier tại BV Nhân Dân 115 (2018-2023): Nhiễm khuẩn da 43,3%, từ đường TH 16,7%, từ đường tiết niệu 6,7%. Sưng đau TSM 66,7%, tràn khí D' da 46,7%, bí đái 20%. Bệnh ĐTĐ 56,6%. VK phân lập được chủ yếu là E coli, Klebsiella, Proteus... Tỷ lệ TV 23,3% chủ yếu do sốc nhiễm khuẩn, suy đa tạng trong khi tỷ lệ TV trên TG khoảng 27%. Tỷ lệ TV cao ở phụ nữ. [8]

Chúng tôi có 9/21 ca (42,85%) rò TH do ung thư trong đó UT đại trực tràng 8/21 (38,0%), 1 ca U xơ cơ viêm (Rò DD). Trong số này có 2 ca UTĐT phải thủng và rò vào tá tràng, 1 ca UTĐT trái thủng tự phát vào đoạn ĐT xích ma trực tràng. Số còn lại 3 ca UTĐT trái và xích ma-TT rò tạo thành ổ apxe được PT Hartmann. Như vậy tổn thương UT rò tạo thành ổ apxe khu trú hay rò giữa 2 tạng đường TH.

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu 21 trường hợp rò tự phát, không do phẫu thuật, chúng tôi kết luận:

Rò tự phát chiếm tỷ lệ thấp; có 2 nguyên nhân chính Rò tự phát do viêm (viêm ruột, viêm đại tràng thiếu máu, lao, Crohn, viêm túi thừa ĐT) chiếm tỷ lệ 52,4%, rò mật tự phát không rõ nguyên nhân 4,8%, rò tự phát do UTĐT 38%, do U xơ cơ viêm (dạ dày) 4,8%. Điều trị phẫu thuật 95,2%, Can thiệp dẫn lưu dưới siêu âm 4,8%. Không có TV, biến chứng 14,3%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sachar DB et al.** Proposed Classification of patients subgroups in Crohn's disease. *Gastroenterology* 1992 ;5: 141-54.
2. **Jacques Cosnes et al.** Long term evaluation of disease Behavior of Crohn's Disease. *Inflammatory Bowel Diseases*, Volume 8, Issue 4, July 2002:244-250.
3. **Linares L et al.** Natural history and treatment of anorectal strictures complicating Crohn's diseases. *Br J Surg* 1988; 75: 653-5.
4. **Theodoropoulou Anggeliki et al.** Ischemic colitis: Clinical Practice in Diagnosis and Treatment. *World J Gastroenterol* 2008; 14:7302-8.
5. **Thái Nguyên Hưng, Nguyễn Văn Huy.** Thiếu máu vi mạch đại tràng: Các yếu tố nguy cơ, thay đổi giải phẫu mạch máu đại tràng, đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị viêm đại tràng thiếu máu. *Cận lâm sàng và điểm lại Y văn. Y học Việt nam* tập 544, tháng 9 (1) 2025:253-258.
6. **Meizhuo Gao et al.** Spontaneous Duodeno-colic fistulas: A case report and Literature review. *International journal of Pathology and Clinical Research* ISSN 2469-5807
7. **Thái Nguyên Hưng.** Đánh giá kết quả chẩn đoán và điều trị các biến chứng ruột chấn thương gan. *Y học Việt Nam* tháng 2(1) 2022: 76-81.
8. **Nguyễn Thanh Quang et al.** Kết quả chẩn đoán và điều trị hoại thư Fournier tại bệnh viện nhân dân 115 năm 2018-2023. *Việt nam Journal of community Medicine*, Vol 65, Special Issue 4, 214-221.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT GHÉP GAN NGƯỜI LỚN TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y DƯỢC THÀNH PHỐ HỒ CHÍ MINH

Phạm Hồng Phú^{1,2}, Trần Công Duy Long^{1,2}, Võ Phú Hậu¹

¹Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

²Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Trần Công Duy Long

Email: long.tcd@umc.edu.vn

Mã bài: N599

Ngày nhận bài: 15/4/2026

Ngày phản biện khoa học: 13/4/2026

Ngày duyệt bài: 15/5/2026

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị, tai biến và biến chứng của ghép gan tại một trung tâm.

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu trên các người bệnh ghép gan từ tháng 08/2018 đến tháng 03/2026 tại Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. Các chỉ số được phân tích bao gồm biến chứng, tử vong và tỉ lệ sống còn sau ghép gan từ người