

dưỡng mà còn là yếu tố tiên lượng quan trọng đối với các biến chứng nặng trong sản khoa. Ngược lại, nghiên cứu không ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa giữa TM TK và các kết cục sơ sinh như cân nặng khi sinh, điểm Apgar, chuyển ICU hay dị tật bẩm sinh ( $p>0,05$ ). Kết quả này có phần khác biệt so với một số nghiên cứu quốc tế, trong đó TM, đặc biệt là TM nặng, được cho là làm tăng nguy cơ sinh non và nhẹ cân. Tuy nhiên, sự khác biệt này có thể do phần lớn các trường hợp TM trong nghiên cứu ở mức độ nhẹ và được kiểm soát tốt. Nhiều bằng chứng cho thấy ảnh hưởng của TM đến kết cục TK phụ thuộc vào mức độ và thời điểm xuất hiện; TM nhẹ thường không gây ảnh hưởng đáng kể nếu được điều trị kịp thời.

## V. KẾT LUẬN

Kết cục TK thuận lợi với tỷ lệ biến chứng ở mẹ và trẻ sơ sinh thấp. Không có mối liên quan giữa TM và các kết cục sơ sinh, tuy nhiên TM làm tăng rõ rệt nguy cơ cần truyền máu sau sinh. Kết quả nhấn mạnh vai trò của tầm soát và quản lý TM trong TK nhằm nâng cao an toàn cho mẹ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **W. H. Organization**, "Global Anaemia Estimates in Women of Reproductive Age, by Pregnancy Status, and in Children Aged 6–59 Months.[Internet]. 2021

[cited 6 July 2022]. about 2 p," (in eng), Available in: <https://bit.ly/3uTEuoG>, 2022.

2. **V. D. dưỡng**, "Báo cáo tình trạng dinh dưỡng Việt Nam 2020–2023.," 2023.
3. **M. M. Rahman et al.**, "Maternal anemia and risk of adverse birth and health outcomes in low-and middle-income countries: systematic review and meta-analysis, 2," (in eng), The American journal of clinical nutrition, vol. 103, no. 2, pp. 495-504, 2016, doi: <https://doi.org/10.3945/ajcn.115.107896>.
4. **L. B. Vi, M. H. Phạm, and T. H. Đình**, "Tỷ lệ thiếu máu ở phụ nữ có thai và một số yếu tố ảnh hưởng tại trung tâm y tế huyện Hạ Lang tỉnh Cao Bằng 2019-2024," (in vi), Tạp chí Y học Việt Nam, vol. 542, no. 3, 09/30 2024, doi: 10.51298/vmj.v542i3.11185.
5. **O. C. Consensus**, "Pregnancy at age 35 years or older," (in eng), Obstet Gynecol, vol. 140, no. 2, pp. 348-366, 2022.
6. **J. Daru**, "UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy," (in eng), British Journal of Haematology, 2019, doi: <https://doi.org/10.1111/bjh.16221>.
7. **S. Chawanpaiboon et al.**, "Global, regional, and national estimates of levels of preterm birth in 2014: a systematic review and modelling analysis," (in eng), The Lancet global health, vol. 7, no. 1, pp. e37-e46, 2019.
8. **C. Breymann**, "Iron deficiency anemia in pregnancy," in Seminars in hematology, 2015, vol. 52, no. 4: Elsevier, pp. 339-347.

# CÁC HÌNH THÁI RÒ TIÊU HÓA, ĐẶC ĐIỂM LÂM SÀNG, KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ VÀ PHẪU THUẬT RÒ TIÊU HÓA (46 TRƯỜNG HỢP)

Thái Nguyên Hưng<sup>1</sup>, Phan Văn Cường<sup>2</sup>, Thái Diệp Anh<sup>3</sup>

## TÓM TẮT

**Nghiên cứu hồi cứu với 2 mục tiêu:** 1. Mô tả đặc điểm lâm sàng (LS), cận lâm sàng (CLS) của rò tiêu hóa (TH) và đặc điểm LS các hình thái rò TH. 2. Kết quả điều trị và phẫu thuật rò TH.

**Kết quả:** 46 BN, Nam 63%, Nữ 37%; Tuổi TB 60,8±12,94. LS: Đau bụng 93,4%, sốt 82,6 %, khối apxe 43,5%, tắc ruột 15,2%, XHTH 2,2%.CLVT 43,5% có khối apxe. XQ bụng 15,2% tắc ruột. Cấy mũ (+) 21,7%. Phân loại: Rò nhỏ 38,9%, Rò TB 55,6%; Rò nhiều 5,5%. Rò cao 88,9%; Rò TH thấp 11,1%. Rò sau mổ 78,3%, rò tự phát 21,7%.

Nhóm rò sau mổ: Điều trị nội 38,9%, can thiệp 22,2%, Phẫu thuật (PT) 38,9 %. Số ngày điều trị 21± 12,04 ngày. Nhóm rò tự phát: PT 100%. Không có TV. Biến chứng 26,0%.

**Kết luận:** Tỷ lệ cao rò sau PT 78,3%. Điều trị phức tạp và kéo dài nhất là nhóm rò miệng nối thực quản-hồng tràng và rò miệng nối dạ dày hồng tràng, thời gian nằm viện dài (29,29±17,55 vs 37,0±1,14)

Điều trị nội và can thiệp thành công cao nhất ở nhóm rò mồm tá tràng (TT) và rò sau cắt đoạn tá tràng, với số ngày điều trị ngắn (14±6,16 vs 14,0± 4,90), tỷ lệ PT điều trị rò thấp.

**Từ khóa:** rò tiêu hoá cao, rò tiêu hoá

## SUMMARY

### THE CLINICAL AND PARA CLINICAL CHARACTERISTIC OF GASTROINTESTINAL FISTULAS AND THE RESULTS OF GASTROINTESTINAL FISTULAS TREATMENT

**Aim of study:** Evaluate the clinical and paraclinical characteristic of gastrointestinal fistulas also characteristic of gastrointestinal fistulas groups. Results of medical, intervention and surgical treatment for gastrointestinal fistulas

**Results:** 46 patients, men 63,0%, women 37,0%; Mean age 60,8±12,94. Clinical features: Abdominal pain in 93,4%; Fever in 82,6%; intra abdominal abscesses in 43,5%, bstruction in 15,2%. CTScan revealed intra abdominal

<sup>1</sup>Bệnh viện K.

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

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng;

E mail: thainguyenhung70@gmail.com

**Mã bài:** N499

Ngày nhận bài: 31/3/2026

Ngày phản biện khoa học: 30/3/2026

Ngày duyệt bài: 1/5/2026

abscesses in 43,5%; Xray revealed air-liquid level in 15,2%. Pus culture positive in 21,7%. Small volume fistulas in 38,9%, Moderate in 55,6%; High in 5,5%. Upper gastrointestinal fistulas in 88,9%; Lower 11,1%. Post operated fistulas in 78,3%; Spontaneous fistulas in 21,7%. Medical treatment in 38,9%, Intervention in 22,2%; Surgical in 38,9%. The average of hospital stay was  $21 \pm 12,04$  day.

**Conclusion:** The prevalence postoperated fistulas in 78,3%. The most complicated treatment were esophago-jejunal fistulas and gastrojejunal anastomosis fistulas with long hospital stay and high morbidity. Medical and intervention treatment was more successful in duodenal stump fistulas (90,9%) and fistulas of duodeno-duodenal anastomosis (100%) with short hospital stay ( $14 \pm 6,16$  vs  $14,0 \pm 4,90$ ).

**Keyword:** Gastrointestinal fistula

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Mục tiêu điều trị rò TH là lập lại lưu thông TH. Mọi phương pháp điều trị cần xem xét vị trí giải phẫu, kích thước và độ dài tổn thương, đặc tính của tổ chức quanh lỗ rò, tình trạng toàn thân, các bệnh lý phối hợp. Điều trị rò TH là một thách thức đối với phẫu thuật viên do tình trạng nhiễm trùng, suy dinh dưỡng, rối loạn nước điện giải... kéo dài. Hiện tại ở nước ta chưa có nhiều nghiên cứu về rò TH bởi vậy chúng tôi NC đề tài này với 2 mục tiêu:

**1. Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng của rò TH, đặc điểm các hình thái rò TH.**

**2. Kết quả điều trị và phẫu thuật rò TH.**

Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC)

Đối tượng NC: BN chẩn đoán rò TH, được điều trị tại khoa ngoại tiêu hóa 2, BV K.

Thời gian: 2022-2025.

Phương pháp NC: Mô tả hồi cứu.

**3. Kết quả nghiên cứu.**

46 BN rò TH, Nam 63%, Nữ 37%; Tuổi TB:  $60,8 \pm 12,94$ .

**Bảng 1: Tiền sử các bệnh lý đã PT**

| TT | Tiền sử đã PT         | N |
|----|-----------------------|---|
| 1  | Cắt GTBDD             | 3 |
| 2  | Cắt ĐT phải hoặc trái | 2 |
| 3  | Cắt ĐT phải và trái   | 2 |
| 4  | PT Hartmann           | 2 |
| 5  | Cắt đoạn ruột non     |   |
| 6  | Cắt đoạn trực tràng   | 1 |
| 7  | Mổ mật                | 2 |

Tiền sử PT 26,0%.

4,3% đã PT 3 lần.

**Bảng 2: PT đã thực hiện (Rò sau mổ)**

| TT                           | PT đã thực hiện                                                               | N  |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|----|
| Rò sau mổ (n=36)             |                                                                               |    |
| 1                            | Cắt gần toàn bộ dạ dày (GTBDD)                                                | 6  |
| 2                            | Cắt GTBDD, dẫn lưu mỏm (DLM) tá tràng                                         | 7  |
| 3                            | Cắt toàn bộ dạ dày (TBDD)                                                     | 5  |
| 4                            | Cắt TBDD/đã cắt GTB DD                                                        | 2  |
| 5                            | Cắt đoạn tá tràng+ cắt hang vị, DLM tá tràng                                  | 4  |
| 6                            | Cắt cực trên DD                                                               | 1  |
| 7                            | Cắt đoạn ruột non ( 2 BN đã PT harmann; 2 BN đã cắt ĐT P và Trái +trực tràng) | 4  |
| 8                            | Cắt khối tá tụy (DPC)                                                         | 1  |
| 9                            | Cắt thân đuôi tụy, lách                                                       | 2  |
| 10                           | Cắt ĐT trái                                                                   | 2  |
| 11                           | Cắt đoạn trực tràng (UTTT thấp).                                              | 2  |
| Rò tự nhiên - Chưa mổ (n=10) |                                                                               |    |
| 12                           | Rò do viêm hoặc UT vỡ (tạo khối apxe)                                         | 10 |
| Tổng                         |                                                                               | 46 |

78,3% rò sau PT

21,7% rò tự phát

**Bảng 3: Triệu chứng LS**

| TT | Các triệu chứng LS | N (46)     |
|----|--------------------|------------|
| 1  | Đau bụng           | 43 (93,4%) |
| 2  | Sốt                | 38(82,6%)  |
| 3  | Tắc ruột           | 7 (15,2%)  |
| 4  | XHTH               | 1 (2,2%)   |
| 5  | Rò tạo khối apxe   | 12 (26,0%) |

**Bảng 4: Các XN cận lâm sàng và chẩn đoán.**

| TT. | Các XN               | N (46)       |
|-----|----------------------|--------------|
| 1   | Không thiếu nhẹ      | 28 (60,9)    |
| 2   | Thiếu máu TB         | 14 (30,4)    |
| 3   | Thiếu máu nặng       | 4 (8,7)      |
| 4   | XN Bạch cầu (BC) G/L | (n=46)       |
|     | BC <10               | (34,8).      |
|     | BC: 10-15            | (39,1)       |
|     | BC > 15 (5 BN > 20)  | 12 (26,08)   |
| 5   | Albumin (g/L)        |              |
|     | Albumin < 25         | 10/46 (21,7) |

| TT. | Các XN          | N (46)                      |
|-----|-----------------|-----------------------------|
|     | Albumin 25-30.  | 23/46 (50,0)                |
|     | Albumin > 30-35 | 9/46 (19,6)                 |
|     | Albumin >35     | 4/46 (8,7)                  |
|     | Nuôi cấy VK     |                             |
| 6   | Cấy mủ (+)      | 10 (8. Ecoli; 2 Klessiella) |
|     | Cấy máu (+)     | 1 (E.Coli)                  |

Bảng 5 : Phân loại rò theo sinh lý

| TT | Phân loại rò TH                 | N (36)     |
|----|---------------------------------|------------|
| 1  | Rò nhỏ ( <200 ml/24 h)          | 14 (38,9%) |
| 2  | Rò Trung Bình (200-500 ml/24 h) | 20 (55,6%) |
| 3  | Rò nhiều ( > 500ml/24 h)        | 2(5,5%)    |

Bảng 7: Chẩn đoán hình ảnh

| TT | Các phương pháp                       | N (46) | Kết quả |
|----|---------------------------------------|--------|---------|
| 1  | XQ bụng<br>Mức nước, hơi.<br>Không có | 8      | 7<br>1  |
| 2  | Chụp lưu thông ruột<br>Thoát thuốc    | 5      | 4       |
| 3  | Chụp đường rò<br>Không thấy           | 2      | 2       |
| 4  | CLVT<br>Hình ảnh ổ apxe               | 24     | 20      |
| 5  | MRI.<br>Ổ apxe, đường rò              | 2      | 2       |

Bảng 8: Điều trị rò sau PT (n=36)

| TT | Các phương pháp                                            | N            | Nội khoa      | Can thiệp                                      | Mổ mở thông HT | Mổ lại        |
|----|------------------------------------------------------------|--------------|---------------|------------------------------------------------|----------------|---------------|
| 1  | Rò mồm TT<br>Đã DLM tá tràng<br>Không DLM TT               | 11<br>6<br>5 | 8             | 2 (luồn sond hút liên tục)                     |                | 1             |
| 2  | Rò miệng nối TQ-HT (3 BN cắt lại DD)                       | 7            |               | 2 (Tách vết mổ- hút liên tục).<br>1 DL dưới SA | 1**            | 3*            |
|    | Rò miệng nối DD-ruột                                       | 2            |               | 2 (Tách+Hút)                                   |                |               |
|    | Rò Miệng nối tá tràng                                      | 4            | 4             |                                                |                |               |
| 3  | Rò ruột non                                                | 5            | 1             | 1-Hút liên tục-tách vết mổ                     |                | 3***          |
| 4  | Rò tụy                                                     | 3            | 1             |                                                |                | 2****         |
| 5  | Rò tiêu hóa thấp<br>Sau cắt ĐT.<br>Sau cắt đoạn trực tràng | 4            |               |                                                |                | 2<br>2        |
|    | Tổng : 36                                                  |              | 14<br>(38,9%) | 8/36 (22,2%)                                   | 1              | 13<br>(38,9%) |

\*2 BN cắt lại, làm lại miệng nối TQ-ruột và ruột ruột; 1 BN mổ làm sạch

Bảng 6 : Phân loại rò theo giải phẫu

| TT | Phân loại rò                                                                                         | N                         | n=36 (%)        |
|----|------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|-----------------|
| 1  | Rò TH cao<br>- Rò mồm TT:<br>- Rò miệng nối:<br>- Rò ruột non: (3 BN rò sát góc Treitz)<br>- Rò tụy: | 32<br>11<br>13*<br>5<br>3 | 32/36<br>(88,9) |
| 2  | Rò TH thấp**                                                                                         | 4                         | 4/36 (11,1)     |

\*Rò mồm TQ-HT:6 (cắt TBDD);1 cắt cực trên DD; 2 cắt GTBDD; 4 BN cắt đoạn tá tràng.

\*\* 2 BN cắt đoạn trực tràng (TT) thấp; 2 cắt đoạn ĐT trái.

\*\* 1 BN tách vết mổ hút+ Dẫn lưu màng phổi phải+ MTHT (mở thông hồng tràng)

\*\*\* 1 BN cắt đoạn ruột, nối tắt; 1 BN gỡ dính, MTHT; 1 ca cắt đoạn ruột, MTHT.

\*\*\*\*1 BN cầm máu, đặt Volker; 1 BN mổ lại vì tắc ruột.

- Rò TH thấp: 2 BN sau cắt ĐT (1 ca làm HMNT, 1 ca mổ cắt lại ĐT).

+ 2 ca rò sau cắt đoạn TT thấp: 1 BN làm HMNT; 1 BN làm HMNT, khâu BQ).

**Bảng 8: Xử trí PT rò do viêm hoặc UT (n=10).**

| TT | Chẩn đoán                                | n | PT                                       |
|----|------------------------------------------|---|------------------------------------------|
| 1  | Rò do viêm                               |   |                                          |
|    | Khối apxe do viêm túi thừa ĐT thùng:     | 1 | Làm sạch, FT Hartmann                    |
|    | Apxe cạnh hậu môn                        | 2 | Trích rạch, làm sạch, Cắt đường rò, HMNT |
| 2  | Rò do ung thư                            |   |                                          |
|    | Khối apxe cạnh Bờ cong lớn (BCL) DD      | 1 | Cắt TBDD, lách, thân, đuôi tụy           |
|    | Rò ĐT trái vào ĐT xích ma do UT ĐT trái: | 1 | Cắt đoạn ĐT T, ĐT xích ma                |
|    | UT ĐT trái thùng tạo thành khối apxe:    | 3 | FT Hartmann                              |
|    | UT ĐT phải apxe thùng vào D2 tá tràng:   | 1 | Cắt ĐT P, khâu tá tràng, nối vị tràng    |
|    | Khối apxe do thùng bít ruột non          | 1 | Cắt đoạn ruột non                        |

|  |      |                   |
|--|------|-------------------|
|  | Tổng | vật hay tắc ruột. |
|--|------|-------------------|

#### IV. BÀN LUẬN

Mặc dù có nhiều tiến bộ trong hỗ trợ về dinh dưỡng, điều trị kháng sinh và PT nhưng rò TH vẫn là thách thức với phẫu thuật viên (FTV). Tỷ lệ tử vong (TV) của rò TH khoảng 5-15%. Tỷ lệ khỏi tự nhiên từ 5-20%. Tỷ lệ điều trị PT từ 75-85%; Gần đây tỷ lệ TV giảm nhưng tỷ lệ biến chứng khá cao (> 85%). [1] [2]

Edmunds (1964) mô tả tam chứng: Nhiễm trùng, suy dinh dưỡng (SDD), rối loạn điện giải. [3]

4 nguyên tắc ban đầu xử trí rò TH được Chapman [4] nêu ra (1964) :

1. Bồi phụ đường tĩnh mạch.
2. Dẫn lưu apxe .
3. Không chế dịch vào.
4. Bảo vệ da.

**Phân loại rò:** Theo giải phẫu, sinh lý, theo nguyên nhân gây bệnh.

**Phân loại theo giải phẫu:** phụ thuộc vào các tạng bị rò, có phối hợp ổ apxe không, độ dài và đặc điểm của đường rò: Các đường rò từ TQ, mỏm tá tràng (TT); rò mật, tụy, hồng tràng có thể khỏi mà không cần phẫu thuật (PT).

Đường rò dài và mất đoạn thành ruột ngắn có tỷ lệ tự khỏi cao. Rò ở DD, thành bên tá tràng, góc Treitz, hồi tràng thường cần phẫu thuật.

Các yếu tố về giải phẫu làm rò khó liền: Mất đoạn ruột; khối apxe kề bên, hẹp hoặc bệnh lý ruột, có di

vật hay tắc ruột.

**Phân loại rò theo sinh lý:** dựa vào lượng dịch.

Rò nhiều: Lượng dịch rò > 500 ml/24h.

Rò TB: Lượng dịch 200-500 ml/24 h.

Rò nhỏ: Lượng dịch < 200 ml/24 h.

**Phân loại rò theo bệnh sinh (etiology):**

+ Rò TH do bệnh lý của ruột.

+ Rò TH do các bệnh lý ngoài ruột.

Khoảng 75-85% rò sau mổ [1] và thường trên nền bệnh lý ung thư (UT), viêm ruột, dính ruột, viêm tụy cấp hay sa lồi thành bụng hoặc thoát vị. Các nguyên nhân cụ thể bao gồm: Bực đường khâu nối ruột, chấn thương hoặc làm thùng ruột trong mổ, đặt Mesh thoát vị bẹn hay thành bụng.

**Bảng 9: Khả năng rò tự liền theo vị trí giải phẫu [1]**

| Các vùng khả năng rò tự liền cao | Khó liền ( không thuận lợi) |
|----------------------------------|-----------------------------|
| Thực quản (TQ)                   | Dạ dày                      |
| Mỏm tá tràng (MTT)               | Bờ tự do tá tràng           |
| Tụy                              | Đoạn cao Hồng tràng         |
| Đường mật                        | Hồi tràng                   |
| Đại tràng                        |                             |

**Bảng 10: Khả năng liền rò theo đặc tính đường rò và các tổ chức xung quanh [1]**

| Đặc tính               | Thuận lợi (tự liền) | Khó liền   |
|------------------------|---------------------|------------|
| Tổn thương ruột        | < 1 cm              | >1 cm.     |
| Chiều dài đường rò     | 3cm                 | < 3cm      |
| Các tổn thương di căn  | Không có            | Có         |
| Mất đoạn ruột          | Không có            | Mất đoạn   |
| Tắc ruột dưới đường rò | Không có            | Tắc ruột   |
| Ổ apxe liền kề         | Không có apxxe      | Có ổ apxe  |
| Bệnh lý ruột           | Không có            | Có bệnh lý |
| Dị vật                 | Không có            | Có dị vật  |
| Xạ trị ( trước)        | Có xạ               | Không xạ   |

Bảng 11: Khả năng tự liền theo sinh lý [1]

| Các đặc tính          | Liên thuận lợi            | Khó liền                 |
|-----------------------|---------------------------|--------------------------|
| Lượng dịch rò         | Rò nhỏ-TB (< 500 ml/24 h) | Rò nhiều (> 500 ml/24 h) |
| Tình trạng dinh dưỡng | Dinh dưỡng tốt            | Suy dinh dưỡng (SDD)     |
| Transferrin           | 200/mg                    | < 200/mg                 |
| Nhiễm trùng           | Không hoặc thoáng qua     | Có và thường xuyên       |

Theo số liệu của chúng tôi 78,3% rò sau PT, 21,7% rò tự phát. Tỷ lệ rò sau mổ tương đồng với số liệu đã công bố (75-85% rò TH sau mổ). [1]

Về đặc điểm tiền sử và lâm sàng: 26% số BN đã được PT trong đó 2 BN PT Hartmann, 2 BN đã PT 3 lần (Cắt ĐT phải, trái, trực tràng). TS đã PT, số lần mổ và tính chất mổ là 1 trong những yếu tố có thể gây rò TH do những lần mổ sau dính nhiều, ruột dễ tổn thương, ung thư tiến triển [5]. Tuổi cao (60,8±12,94), đã PT nhiều lần, UT tiến triển và PT cấp cứu là những yếu tố thuận lợi gây ra Rò TH. Mặt khác tình trạng suy dinh dưỡng, Albumin máu giảm, thiếu máu là những yếu tố thuận lợi phát sinh rò [4].

Theo Bảng 3: tỷ lệ thiếu máu TB và nặng khá cao (39,1%). BC cao > 10G/L 63% (5 BN BC> 20 G/L). Cây máu (+) với E Coli 1 BN. Cây mủ 21,7% (+): 8 BN (+) với E.Coli; 2 BN (+) với Klebsiella.

Một số yếu tố khác như xơ gan, suy thận, bệnh lý mạch máu làm tăng nguy cơ rò sau PT. Chúng tôi có 2 BN ung thư ĐT vỡ tạo khối apxe/ tai biến mạch não, suy thận; 1 BN khác rò miệng nối ĐT/viêm ĐT thiếu máu; 1 BN rò mỗ tá tràng/xơ gan/ DLM tá tràng

CLVT (Bảng 60): 20/24 BN có ổ apxe phối hợp với rò TH, 7 BN có tắc ruột. Chụp transit 5 BN phát hiện vị trí rò 4 BN. Chụp fistulography 2 BN không thấy đường rò. Như vậy, thiếu máu, nhiễm trùng, apxe và tắc ruột trên BN đã PT nhiều lần là những yếu tố phát

sinh rò sau PT.

Phân bố các thể rò sau mổ của chúng tôi như sau (bảng 7)

Rò miệng nối TQ-hồng tràng: 7/36 BN (19,4%) trong đó 6/7 BN cắt TBDD, 1 BN cắt cực trên DD. Xử trí : 4 ca được tách vết mổ luôn sond hút liên tục hết rò (1 ca DLMP và MHTT). Có 3 ca xử trí PT: 1 ca làm sạch, DL; 2 ca khác cắt lại miệng nối TQ-HT và làm lại miệng nối ruột-ruột. hai BN này sau mổ lần 2 tiếp tục xuất hiện rò tái phát với số lượng nhiều, nhiễm trùng nặng, rò tái diễn, viêm phổi, phải thở máy kéo dài. Theo Bảng 9: rò miệng nối TQ là vùng giải phẫu có khả năng tự liền cao, khi làm lại miệng nối ruột-ruột là miệng nối sát góc Treitz (là vùng nguy cơ cao).

Nhóm rò mỗ tá tràng: 90,9% rò tự liền; 1 BN mổ lại 2 lần. 2 BN Rò gây apxe dưới hoành trái (rò TB)/ DLM tá tràng. Chúng tôi tách vết mổ, luôn sond hút liên tục.

Có 6/11 BN đã DLMTT xuất hiện rò trong đó 5/6 BN mỗ sâu sát Vater do UT dạ dày (UTDD) xâm lấn đầu tụy, tá tràng D1-D2, ống mật chủ (OMC)/ đã cắt GTBDD/DLM tá tràng. Nhóm rò mỗ tá tràng có 1 BN mổ lại 2 lần mặc dù giai đoạn UTDD sớm (T1bN0M0: Nguyễn Thị D.) BN này được PTNS cắt DD sau đó rò mỗ TT, mổ lại 2 lần do có ổ apxe gây chảy máu.

Bảng 9 cho thấy rò mỗ tá tràng là vị trí giải phẫu có tỷ lệ tự liền cao bởi vậy đối với BN UTDD giai đoạn sớm, rò mỗ TT có thể xảy ra hoặc do kỹ thuật mổ hoặc có thể UTDD/ loét TT. Đối với UTDD/loét TT mỗ tá tràng có thể xơ chai, hẹp, phù nề, cứng. Nếu UTDD/loét TT nên đóng mỗ tá tràng bằng khâu tay, không nên dùng stapler. [6]

Chúng tôi có 2 BN rò miệng nối DD-ruột/ cắt GTBDD do UTDD. 1 ca rò nhiều xảy ra ngày thứ 7 sau mổ ( BN viêm tụy cấp hoại tử). Chúng tôi đặt sond qua vết mổ hút liên tục lượng dịch rò giảm chậm. Sau đó chúng tôi đặt rau thai 2 lần rò giảm dần.

Ca thứ 2 rò xuất hiện sau cắt GTBDD (Nguyễn Thị L). BN này phần đứng BCN dạ dày có túi thừa DD với lớp cơ thiếu sản, sau khi cắt GTBDD nối DD-ruột Finsterer chúng tôi patch dây chằng tròn và làm Val Nissen. Rò xuất hiện tại vị trí cắt túi thừa, chúng tôi tách vết mổ, luôn sond hút liên tục và MHTT.

Nhóm cắt đoạn tá tràng có 4 BN: 1 cắt đoạn D2 trên bóng Vater; 3 BN cắt đoạn D2-D3 dưới bóng Vater. Cả 4 BN được cắt đoạn tá tràng, cắt hang vị và DLM tá tràng.

Nhóm rò ruột non (bảng 7):

Tổn thương rò:

3 ca rò sát góc Treitz : 2 ca đã MHTT giảm áp nên rò giảm nhanh; 1 ca tách vết mổ hút liên tục.

2 BN rò đoạn cuối hồi tràng: 1 ca mổ đóng rò, nối tắt; 1 ca gỡ dính và MHTT.



Nhóm rò tụy: 1 BN rò miệng nổi tụy ruột/ DPC gây apxe và chảy máu, mổ lại đặt Volker miệng nổi tụy ruột. Sau mổ lượng dịch rò giảm dần, DL Volker ra tốt.

2 BN rò sau cắt thân, đuôi tụy, cắt lách: rò giảm dần sau điều trị nội khoa và octreotide.

Rò tiêu hóa thấp:

2 BN rò sau cắt ĐT trái; 1 BN rò ở mồm tận/miệng nổi bên-tận/ Viêm ĐT phải thiếu máu. BN này mổ lại khâu lại mồm tận ĐT phải, làm HMNT. BN khác rò miệng nổi ĐT ngang-ĐT xích ma / cắt ĐT trái. Mổ lại cắt đoạn ĐT-nổi ngay tuy nhiên rò xuất hiện lại, được tách vết mổ, DL dịch.

2 BN rò TH thấp sau cắt đoạn trực tràng ( UTTT) thấp: 1 BN UTTT thấp do GIST được mổ lại làm HMNT. Ca khác UTTT thấp sau mổ rò vào BQ được mổ lại làm HMNT và khâu BQ.

**Bảng 12: Số ngày xuất hiện rò sau mổ và số ngày điều trị**

| TT | Thể loại rò          | N  | Ngày xuất hiện rò (ngày) | Số ngày điều trị (ngày) |
|----|----------------------|----|--------------------------|-------------------------|
| 1  | Rò mồm tá tràng (TT) | 11 | 6,82±1,6                 | 14±6,16                 |
| 2  | Rò miệng nổi         |    |                          |                         |
|    | Rò TQ-hồng tràng     | 7  | 8,43±2,37                | 29,29±17,55             |
|    | Rò miệng nổi DD-ruột | 2  | 7,5±0,71                 | 37,0±1,14               |
|    | Rò tá tràng          | 4  | 6,0±1,63                 | 14,0± 4,90              |
| 3  | Rò ruột non          | 5  | 5,8±1,3                  | 22,8±12,68              |
| 4  | Rò tụy               | 3  | 8,67±2,08                | 28,67± 7,09             |
| 5  | Rò TH Thấp           | 4  | 7,5±1,73                 | 16,75±3,4               |

|  |      |    |                                                                                                                                             |
|--|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|  | Tổng | 36 | kéo dài nhất là nhóm rò miệng nổi thực quản-hồng tràng và rò miệng nổi dạ dày hồng tràng, thời gian nằm viện dài (29,29±17,55 vs 37,0±1,14) |
|--|------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

Chúng tôi thấy nhóm rò mồm tá tràng, nhóm rò sau cắt đoạn tá tràng/ DLM tá tràng và rò TH thấp là các nhóm rò có diễn biến khá thuận lợi, số ngày điều trị ngắn hơn, không có BN điều trị tại ICU trong khi rò miệng nổi TQ-Hồng tràng nếu được xử trí tách vết mổ hút liên tục có diễn biến khá thuận lợi, trong khi các trường hợp cắt lại và làm lại miệng nổi cho kết quả xấu, thời gian rò kéo dài (TB 29 ngày), điều trị tại ICU dài ngày. Nhóm rò miệng nổi DD-Hồng tràng sau cắt GTBDD điều trị phức tạp, thời gian nằm viện dài (TB 37 ngày).

Falconi M [7] Nhận xét do kỹ thuật mổ tiến tiến nên các PTV thường thực hiện các ca phẫu thuật phức tạp làm tăng tỷ lệ rò.

Biến chứng và TV:

Không có TV.

2 BN rò TQ-HT viêm phổi, sốc, rò kéo dài (1 BN xin về địa phương).

2 BN rò tái phát kéo dài/ tắc ruột.

8 BN nhiễm trùng vết mổ.

Tỷ lệ BC 12/46 ( 26%)

## V. KẾT LUẬN.

Tỷ lệ cao rò sau PT 78,3%. Điều trị phức tạp và

Điều trị nội và can thiệp thành công cao nhất ở nhóm rò mồm tá tràng (TT) và rò sau cắt đoạn tá tràng, với số ngày điều trị ngắn (14±6,16 vs 14,0± 4,90), tỷ lệ PT điều trị rò thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Carla I, Haack John R, Galloway.** Enterocutaneous Fistulas: A look at Causes and Management. Curr Surg Rep (2014)2:71.
2. **J. Pfeifer et al.** The surgical anatomy and etiology of gastrointestinal fistulas. EUR J Trauma Emerg Sur (2011) 37:209-213.
3. **Owen R et al** (2013). Definitive surgical treatment of enterocutaneous fistulas Jama 48 (2), 118-126.
4. **Chapman R et al.** Management of intestinal fistulas. Am J Surg. 1964; 108:157-64
5. **Berry SM, Fischer JE.** Classification and Pathophysiology of Enterocutaneous fistulas. Surg Clin N Am 1996; 76: 1009-18.
6. **Thái Nguyên Hưng.** Đặc điểm tổn thương và kết quả phẫu thuật ung thư dạ dày phổi hợp với loét tá tràng. Y học Việt nam 3 (1) 2026.
7. **M Falconi, P Pederzoli.** The Relevance of gastrointestinal fistulae in clinical practice: a review. Gut 2002, 49 (Suppl IV): iv2-iv10