

thể hiện sự chu đáo, tận tình với người bệnh. Qua kết quả nghiên cứu cho thấy có 98,0% người bệnh đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt việc tư vấn nội quy khoa phòng.

4.5.4.2. Tư vấn dinh dưỡng cho người bệnh. Dinh dưỡng có vai trò rất quan trọng trong sự phát triển và đảm bảo sức khỏe của con người. Đặc biệt, đối với người bệnh sau phẫu thuật dinh dưỡng là một phần quan trọng không thể thiếu được trong điều trị tổng hợp và chăm sóc toàn diện. Dinh dưỡng có ảnh hưởng rất lớn tới quá trình liền vết thương. Dinh dưỡng đầy đủ và hợp lý cho người bệnh điều trị nội trú giúp làm giảm nguy cơ suy dinh dưỡng, tránh mắc thêm các bệnh nhiễm trùng, tăng khả năng hồi phục, giảm thời gian nằm viện, cải thiện chi phí điều trị, quá tải và nằm ghép trong bệnh viện, từ đó giúp nâng cao chất lượng dịch vụ khám chữa bệnh và tăng sự hài lòng của người bệnh. Vì thế, vai trò tư vấn, giám sát, hỗ trợ người bệnh của các điều dưỡng về chế độ ăn và dinh dưỡng là hết sức cần thiết. Kết quả nghiên cứu cho thấy có 95,5% trường hợp người bệnh đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt việc giải thích, hướng dẫn cho người bệnh chế độ ăn theo tình trạng bệnh và theo diễn biến sau mổ.

4.5.4.3. Công tác tư vấn kiến thức cho bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu cho thấy 2,9% bệnh nhân cho rằng điều dưỡng hướng dẫn chưa đầy đủ hoặc không hướng dẫn cho họ các phương pháp luyện tập nâng cao sức khỏe tại gia đình sau khi ra viện và chỉ có 97,1% người bệnh đánh giá điều dưỡng thực hiện tốt việc tư vấn, giáo dục sức khỏe. Tỷ lệ này cao hơn kết quả nghiên cứu của Dương Thị Bình Minh (2012) tại Bệnh

viện Hữu Nghị với 66,2% người bệnh cho rằng điều dưỡng đã làm tốt việc tư vấn, giáo dục sức khỏe cho họ.

V. KẾT LUẬN

Điều trị sỏi thận bằng phương pháp tán sỏi nội soi qua da tại bệnh viện Xanh pôn là phương pháp an toàn, hiệu quả. Kết quả chăm sóc và mức độ hài lòng người bệnh đạt kết quả cao.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

- Nguyễn Minh An (2021)** "Chăm sóc ngoại khoa các bệnh lý hệ tiết niệu", Nhà Xuất bản y học
- Nguyễn Thị Thúy Huyền (2021)** Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật tán sỏi thận qua da và một số yếu tố liên quan tại khoa Phẫu thuật Tiết niệu BV Việt Đức
- Vũ Thị Hiền (2016)**, Đánh giá kết quả chăm sóc bệnh nhân sau mổ lấy sỏi thận tại bệnh viện Thanh Nhàn, Đề tài cấp cơ sở năm 2016
- Nguyễn Thị Tố Loan (2016)**, Thực trạng và một số yếu tố liên quan đến mệt mỏi của người bệnh sau phẫu thuật mở ổ bụng tại bệnh viện Việt Tiệp Hải Phòng, năm 2016. Luận văn tốt nghiệp thạc sỹ Điều dưỡng, Đại học Điều dưỡng Nam Định tr 62.
- Danh Ngọc Minh (2020)**, "Kết quả chăm sóc người bệnh sau phẫu thuật nội soi đường tiết niệu và một số yếu tố liên quan tại bệnh viện đa khoa tỉnh Kiên Giang", Yhoccongdong.vn, Tập 60, Số 7, tr 99-105.
- Nguyễn Thị Bích Nga (2015)**. Thực trạng một số hoạt động chăm sóc người bệnh của điều dưỡng lâm sàng bệnh viện Phổi Trung ương, năm 2015, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường Đại Học y tế Công Cộng, Hà Nội.
- Chu Thị Hải Yến (2013)**. Thực trạng công tác chăm sóc toàn diện người bệnh của điều dưỡng viên khoa hồi sức cấp cứu bệnh viện nông nghiệp năm 2013, Luận văn thạc sỹ quản lý bệnh viện, Trường đại học y tế công cộng.

RÒ KHÍ KÉO DÀI SAU PHẪU THUẬT NỘI SOI LỒNG NGỰC CẮT THUY PHỔI DO UNG THƯ PHỔI KHÔNG TẾ BÀO NHỎ TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Phạm Hữu Lưu¹, Lê Văn Thực²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nhận xét biến chứng rò khí kéo dài sau cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực điều

¹Bệnh viện hữu nghị Việt Đức

²Bệnh viện 198

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Hữu Lưu

Email: huulupham@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

trị ung thư phổi không tế bào nhỏ tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức giai đoạn 2016-2018. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu tỷ lệ rò khí kéo dài của 84 bệnh nhân (BN) được tiến hành phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi kèm theo nạo vét hạch. **Kết quả:** Tuổi trung bình toàn bộ nhóm nghiên cứu là 57,4±9,52 (từ 25 đến 78 tuổi), tỷ lệ nam/nữ = 1,9. Thời gian phẫu thuật nhóm rò khí kéo dài với n = 6 là 213,33±78,91 phút (toàn bộ nhóm nghiên cứu với n = 84 là 169,2 ± 47,2 phút), thời gian rút dẫn lưu màng phổi của nhóm rò khí kéo dài với n = 6 là 12,33 ± 1,97 ngày (toàn bộ nhóm nghiên cứu với n = 84 là

6,31 ± 2,15 ngày), thời gian nằm viện của nhóm rò khí kéo dài n = 6 là 14,50 ± 1,87 ngày (toàn bộ nhóm nghiên cứu với n = 84 là 9,56 ± 2,56 ngày). Tỷ lệ rò khí kéo dài sau mổ là 7,2%. **Kết luận:** Rò khí kéo dài sau phẫu thuật nội soi lồng ngực cắt thùy phổi là một biến chứng có thể gặp trong thực hành lâm sàng. Xử trí biến chứng này tùy từng tình huống cụ thể trong đó xử trí tốt trong mổ và rửa màng phổi sau mổ có vai trò quan trọng.

Từ khóa: Rò khí kéo dài, cắt thùy phổi, phẫu thuật nội soi lồng ngực

SUMMARY

POSTOPERATIVE PROLONGED AIR LEAKAGE OF TREATING NON-SMALL CELL LUNG CANCER BY VIDEO-ASSISTED THORACOSCOPIC SURGERY AT VIETDUC UNIVERSITY HOSPITAL

Objectives: Comment on complications of postoperative prolonged air leakage (PAL) of video-assisted thoracoscopic surgery lobectomy (VATS lobectomy) for treating non-small cell lung cancer at Viet Duc University Hospital in the period of 2016-2018. **Methods:** A retrospective descriptive study of PAL ratio/ 84 patients underwent VATS lobectomy with lymph node dissection. **Results:** The mean age of study group was 57.4±9.52 (from 25 to 78 years old), the male/female ratio = 1.9. The operative time of the PAL group with n = 6 was 213.33 ± 78.91 minutes (the study group with n = 84 was 169.2 ± 47.2 minutes), the chest drainage time of the PAL with n = 6 was 12.33 ± 1.97 days (the study group with n = 84 was 6.31 ± 2.15 days), the hospital stay of the PAL with n = 6 was 14.50 ± 1.87 days (the study group with n = 84 was 9.56 ± 2.56 days). Postoperative PAL ratio: 7.2%. **Conclusion:** Prolonged air leakage following VATS lobectomy is a common complication in clinical practice. Management of this complication depends on each specific situation in which good intraoperative techniques and postoperative pleural lavage have an important role.

Key words: Prolonged air leakage, lung lobectomy, VATS

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư phổi không tế bào nhỏ (UTPKTBN) là một trong những nguyên nhân gây tử vong hàng đầu trên thế giới [1]. Phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị hiệu quả nhất đối với UTPKTBN giai đoạn sớm và phương pháp phẫu thuật ít xâm lấn là lựa chọn được chấp nhận rộng rãi. Một trong những biến chứng hay gặp nhất trong cắt thùy phổi điều trị UTPKTBN là rò khí kéo dài với tỷ lệ dao động từ 3 – 25% các trường hợp [2] hoặc có nghiên cứu tỷ lệ này có thể lên tới 46% trong phẫu thuật cắt giảm thể tích phổi do khí phế thũng [3]. Đây là nguyên nhân làm tăng tình trạng viêm phổi và nhiễm trùng khoang màng phổi, tăng số ngày nằm viện, tăng chi phí điều trị [2], [3], [4], [5].

Tại Bệnh viện Hữu Nghị Việt Đức trong thời gian 3 năm (2016 – 2018) chúng tôi đã phẫu thuật nội soi cắt thùy phổi và nạo vét hạch cho 84 trường hợp bệnh nhân ung thư phổi trong đó có 06 trường hợp rò khí kéo dài đã được xác định. Nghiên cứu này của chúng tôi nhằm nhận xét tình trạng rò khí kéo dài sau phẫu thuật.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1 Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả 06 trường hợp rò khí trong số 84 bệnh nhân đã được cắt thùy phổi, nạo vét hạch bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực tại Trung tâm tim mạch và lồng ngực - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức trong giai đoạn 2016-2018.

2.2 Xử lý số liệu: Số liệu được thu thập theo mẫu hồ sơ nghiên cứu thống nhất và xử lý bằng phần mềm thống kê SPSS 20.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1 Đặc điểm nhóm bệnh nhân nghiên cứu (n = 84): Tuổi trung bình: 57,4±9,52 (25 - 78 tuổi); Tỷ lệ nam/nữ là 55/29 = 1,9; Tiền sử hút thuốc lá, thuốc lào: 45,2%; Triệu chứng lâm sàng thường gặp là đau, tức ngực và ho kéo dài chiếm 83,3% và 50%. Có 50% bệnh nhân khám sức khỏe định kỳ phát hiện bệnh.

3.2 Một số kết quả của nghiên cứu

Bảng 1. Một số kết quả và biến chứng của phẫu thuật (n = 84)

Thông số	n	%
Phương pháp phẫu thuật		
Nội soi 1 lỗ	12	14,3
Nội soi 2 lỗ	69	82,1
Nội soi 3 lỗ	1	1,2
Chuyển mổ mở	2	2,4
Phẫu thuật		
Cắt một thùy	66	78,6
Cắt một thùy+ 1 phần thùy	11	13,1
Cắt hai thùy	4	4,8
Cắt một phổi	3	3,6
Thời gian phẫu thuật (phút)		169,2 ± 47,2
Thời gian dân lưu màng phổi (ngày)		6,31 ± 2,15
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)		9,56 ± 2,56
Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ	7/84	8,3
Rò khí kéo dài (*)	6	7,1
Ổ cặn màng phổi	1	1,2

Nhận xét: 71 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi 2 lỗ chiếm 82,1%; 78,6 % cắt 1 thùy phổi kết hợp nạo vét hạch. Tỷ lệ biến chứng rò khí kéo dài 7,1%. (*)Tất cả các trường hợp rò khí

kéo dài đều phải phân chia và cắt trong mô do cầu nhu mô giữa các thùy phổi (Phân chia thùy phổi không rõ ràng về mặt giải phẫu).

Bảng 2. Một số thông tin liên quan đến thời gian điều trị sau mổ (n = 6)

Thời gian (ngày)	Trung bình	Dài nhất	Ngắn nhất
Rút dẫn lưu màng phổi	12,33 ± 1,97	15	10
Thời gian phẫu thuật	213,33±78,91	350	120
Nằm viện	14,50 ± 1,87	17	12

Nhận xét: Rò khí kéo dài sau phẫu thuật ảnh hưởng tới thời gian rút dẫn lưu màng phổi và số ngày nằm viện.

IV. BÀN LUẬN

4.1 Kết quả phẫu thuật và tình trạng rò khí sau mổ cắt thùy phổi bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực. Định nghĩa kinh điển của rò khí kéo dài sau phẫu thuật (prolonged air leakage) khi mà tình trạng rò khí từ 7 ngày trở lên [6] nhưng hiện nay đa số các tác giả đồng thuận với qui định của hiệp hội lồng ngực Mỹ là từ 5 ngày trở lên [6], [7]. Đây là một biến chứng có thể gặp sau phẫu thuật cắt thùy phổi do nhiều nguyên nhân như phẫu thuật trên bệnh nhân có chức năng phổi kém, bệnh nhân có tiền sử dùng corticoid kéo dài, dính nhiều màng phổi sau mổ, phân chia ranh giới giải phẫu không rõ ràng ("cầu nhu mô" giữa các thùy phổi)... [6].

Nhóm nghiên cứu gồm 84 bệnh nhân có tuổi trung bình 57,4±9,52 tuổi. Bệnh nhân trẻ nhất 25 tuổi, bệnh nhân cao tuổi nhất 78 tuổi. Nghiên cứu của chúng tôi lựa chọn các bệnh nhân được chẩn đoán giai đoạn I, II và IIIA dựa vào các dữ liệu thăm dò và tầm soát trước mổ. Cho đến nay, điều trị ung thư phổi không tế bào nhỏ giai đoạn sớm bằng phẫu thuật nội soi lồng ngực vẫn là phương pháp hiệu quả và được lựa chọn đầu tiên. Phẫu thuật nội soi mang lại nhiều ưu việt so với mổ kinh điển đã được các tác giả khẳng định như thẩm mỹ, ít đau sau mổ, giảm thời gian nằm viện... [1]. Trong nghiên cứu có 82,1% bệnh nhân được phẫu thuật nội soi 2 lỗ, 14,3% là phẫu thuật nội soi 1 lỗ (Uniportal VATS) sử dụng phương tiện khâu cắt tự động (stappler). Tuy nhiên, kinh phí cao (do sử dụng trang thiết bị vật tư tiêu hao, nằm viện kéo dài, biến chứng...) vẫn còn là một trở ngại lớn trong loại hình điều trị ngoại khoa này. Rò khí kéo dài là một trong những nguyên nhân gián tiếp làm tăng số ngày nằm viện và tăng chi phí điều trị cho bệnh nhân [5]. Trong nhóm nghiên cứu có 66 trường hợp

cắt một thùy phổi, 11 trường hợp cắt một thùy kèm theo cắt 1 phần thùy do xâm lấn, 4 trường hợp cắt hai thùy, 3 trường hợp u xâm lấn rãnh liên thùy và màng phổi tạng thùy liền kề do đó phải tiến hành cắt cả 1 bên phổi. Chuyển mổ mở 2 trường hợp do chảy máu nhiều không kiểm soát được qua nội soi. Tỷ lệ biến chứng thấp 7/84 ca (8,33%), gặp nhiều nhất là rò khí kéo dài 6 trường hợp chiếm 7,14%. Thời gian phẫu thuật trung bình của nhóm rò khí kéo dài n = 6 là 213,33±78,91 phút (so với toàn bộ nhóm nghiên cứu n = 84 là 169,2 ± 47,2 phút). Thời gian rút dẫn lưu màng phổi trung bình của nhóm rò khí kéo dài n = 6 là 12,33 ± 1,97 ngày (so với toàn bộ nhóm nghiên cứu n = 84 là 6,31 ± 2,15 ngày). Thời gian dẫn lưu màng phổi ngắn giảm nguy cơ nhiễm khuẩn và tăng hiệu quả lý liệu pháp hô hấp. Thời gian nằm viện sau mổ của nhóm rò khí kéo dài n = 6 là 14,50 ± 1,87 ngày (so với toàn bộ nhóm nghiên cứu n = 84 là 9,56 ± 2,56 ngày). Như vậy, thời gian phẫu thuật, rút dẫn lưu và nằm viện của nhóm rò khí kéo dài lâu hơn so với toàn bộ nhóm nghiên cứu. Một số nghiên cứu đã chứng minh thời gian nằm viện được rút ngắn sẽ giảm đáng kể chi phí điều trị và vấn đề này cũng đã được khẳng định bởi Brunelli và cộng sự [5].

4.2 Một số biện pháp dự phòng và điều trị. Dự phòng trong mổ: Một số phương pháp dự phòng rò khí kéo dài áp dụng trong mổ được nhiều tác giả đề cập. Cụ thể: Phẫu thuật di động thùy phổi tối đa trong quá trình phẫu tích cắt thùy phổi bao gồm thùy phổi được cắt và phần thùy phổi để lại (giải phóng dây chằng tam giác nếu cắt thùy trên); Sử dụng lá thành màng phổi sau khi được giải phóng khỏi thành ngực bao phủ phần nhu mô phổi còn rò khí sau khi kết thúc cuộc mổ (pleural tent); Sử dụng dụng cụ khâu – cắt tự động có sử dụng miếng đệm bằng surgicel (stapler-line buttressing) đảm bảo miệng cắt kín (nhất là những bệnh nhân có tổn thương khí phế thũng, tình trạng nhu mô phổi kém); sử dụng keo sinh học bơm vào vị trí rò khí; chuyển cơ thành ngực... [3], [4], [7], [8], [9]. Các bệnh nhân rò khí của chúng tôi tất cả đều có sự phân chia thùy không hoàn toàn (tồn tại "cầu nhu mô") trong quá trình phẫu thuật cần phẫu tích phân tách, chúng tôi sử dụng dao ligasure và khâu qua nội soi chỉ prolene 4/0 hoặc 5/0 (tiết kiệm dụng cụ khâu cắt tự động, gián tiếp làm giảm giá thành của cuộc mổ), vấn đề phẫu tích di động các thùy phổi luôn được tuân thủ nhất là các trường hợp cắt thùy trên hoặc thùy trên và thùy giữa phổi phải.

Hỗ trợ điều trị rò khí bằng rửa khoang màng phổi sau mổ tại trung tâm tim mạch và lồng ngực – Bệnh viện hữu nghị Việt Đức: Các bệnh nhân sau cắt phổi của chúng tôi đều được đặt 02 dẫn lưu silicon 16F sau mổ (01 hướng lên đỉnh phổi và 01 hướng xuống góc sườn – hoành), về bệnh phòng được hút liên tục với áp lực 20cmH₂O. Tất cả các bệnh nhân rò khí sau phẫu thuật cắt thùy phổi của chúng tôi được hút áp lực thấp hơn 20cmH₂O, sử dụng kháng sinh toàn thân kết hợp với rửa màng phổi vào ngày thứ 3 sau mổ với thời gian từ 3 – 5 ngày bằng dung dịch Natri chloride 9% 500ml được thêm vào 50 – 100ml Betadin và 5 ống Lidocain 2%. Thông thường chúng tôi rửa qua hệ thống dẫn lưu màng phổi: Sau khi truyền được 250ml dịch rửa (thành phần đã nêu ở trên), dịch sẽ để lưu lại trong khoang màng phổi 20 – 30 phút (trong thời gian hệ thống dây nối dẫn lưu sẽ để treo cao hơn vị trí của bệnh nhân làm sao khí có thể ra ngoài những dịch trong khoang màng phổi thì không thể) rồi sau đó hạ dây xuống thấp cho dịch trong khoang màng phổi chảy ra ngoài. Sau 3 - 5 ngày được rửa khoang màng phổi với dung dịch kể trên tất cả các bệnh nhân hết rò khí, rút dẫn lưu sau khi có kết quả chụp x- quang lồng ngực phổi nở được. Một số biện pháp điều trị rò khí kéo dài sau phẫu thuật được mô tả như giảm áp lực hút của hệ thống dẫn lưu màng phổi dưới 20cmH₂O, rút bớt dẫn lưu màng phổi ra khoảng 1 – 2cm, xoay hoặc đặt thêm dẫn lưu màng phổi khác, gây dính màng phổi... sau khi đã đánh giá các nguy cơ rò khí kéo dài ở bệnh nhân sau khi mổ [3], [7], [8],[10] và thậm chí là phẫu thuật nội soi lại đóng rò với rò lớn chiếm tỷ lệ 0,05% [8].

V. KẾT LUẬN

Rò khí kéo dài sau phẫu thuật nội soi lồng

ngực cắt thùy phổi là một biến chứng có thể gặp trong thực hành lâm sàng. Vấn đề xử trí triệt để trong mổ đóng vai trò quan trọng dự phòng biến chứng này. Rửa khoang màng phổi là một trong những biện pháp góp phần điều trị cho kết quả khả quan những trường hợp rò khí kéo dài sau mổ.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Postmus P.E., Kerr K.M., Oudkerk M., et al. (2017). Early and locally advanced non-small-cell lung cancer (NSCLC): ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up. *Ann Oncol*, **28**, iv1–iv21.
2. Drahush N., Miller A.D., Smith J.S., et al. (2016). Standardized Approach to Prolonged Air Leak Reduction After Pulmonary Resection. *Ann Thorac Surg*, **101**(6), 2097–2101.
3. Sridhar P., Little V.R., Okada M., et al. (2020). Prevention of Postoperative Prolonged Air Leak After Pulmonary Resection. *Thorac Surg Clin*, **30**(3), 305–314.
4. Seder C.W., Basu S., Ramsay T., et al. (2019). A Prolonged Air Leak Score for Lung Cancer Resection: An Analysis of The Society of Thoracic Surgeons General Thoracic Surgery Database. *Ann Thorac Surg*, **108**(5), 1478–1483.
5. Brunelli A., Chapman K., Pompili C., et al. (2020). Ninety-day hospital costs associated with prolonged air leak following lung resection. *Interact Cardiovasc Thorac Surg*, **31**(4), 507–512.
6. Brunelli A., Cassivi S.D., and Halgren L. (2010). Risk Factors for Prolonged Air Leak After Pulmonary Resection. *Thorac Surg Clin*, **20**(3), 359–364.
7. Burt B.M. and Shrager J.B. (2015). The Prevention and Management of Air Leaks Following Pulmonary Resection. *Thorac Surg Clin*, **25**(4), 411–419.
8. Rice T.W., Okereke I.C., and Blackstone E.H. (2002). Persistent air-leak following pulmonary resection. *Chest Surg Clin N Am*, **12**(3), 529–539.
9. Toloza E.M. and Harpole D.H. (2002). Intraoperative techniques to prevent air leaks. *Chest Surg Clin N Am*, **12**(3), 489–505.
10. Attaar A., Tam V., and Nason K.S. (2020). Risk Factors for Prolonged Air Leak After Pulmonary Resection: A Systematic Review and Meta-analysis. *Ann Surg*, **271**(5), 834–844.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO UNG THƯ BIỂU MÔ ĐẠI TRÀNG PHẢI TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng*

TÓM TẮT

*Bệnh viện Bạch mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 3.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 28.2.2022

Ngày duyệt bài: 4.3.2022

Mục tiêu: Kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh Viện Bạch Mai. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, thời gian nghiên cứu từ 1/2017 đến 12/2020. Địa điểm tại khoa Ngoại Tổng Hợp - Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** Có 67 bệnh nhân được lựa chọn vào nghiên cứu. 68,6% có dịch ổ bụng, 100% có giãn ruột non. Kích thước trung bình của khối u là 4,5 ± 1,2 cm, phần lớn khối u có kích thước < 5 cm (74,6%). Phân loại Dukes: Giai đoạn B (49,3%)