

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 20cmH<sub>2</sub>O. Tất cả các bệnh nhân rò khí sau phẫu thuật cắt thùy phổi của chúng tôi được hút áp lực thấp hơn 20cmH<sub>2</sub>O, 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 20cmH<sub>2</sub>O, 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%)

và C (35,8%). Phần lớn được mổ 1 thì (86,6%) với cắt 1/2 đại tràng phải nối ngay. Nhiễm trùng vết mổ 8,9%. Thời gian trung tiện trở lại trung bình là  $3,8 \pm 1,3$  ngày. Thời gian nằm viện trung bình là  $9,6 \pm 2,4$  ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt 1/2 đại tràng phải và nối ngay để điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng phải là phương pháp an toàn và hiệu quả.

**Từ khóa:** Ung thư đại tràng, tắc ruột cơ giới, phẫu thuật cắt nửa đại tràng phải.

## SUMMARY

### EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO RIGHT SIDED COLORECTAL CARCINOMA AT BACH MAI HOSPITAL

**Objectives:** Early results of surgical treatment of intestinal obstruction due to right sided colorectal carcinoma at Bach Mai Hospital. **Material and methods:** Retrospective, cross-sectional study. The study period was from January 2017 to December 2020. Location at Department of General Surgery - Bach Mai Hospital. **Results:** 67 patients were included in the study. 68.6% had peritoneal fluid, 100% had dilated small intestine. The average size of the tumor was  $4.5 \pm 1.2$  cm, most tumors were  $<5$  cm (74.6%). Dukes classification: Stage B (49.3%) and C (35.8%). The majority of patients underwent 1-stage surgery (86.6%) with sided colectomy and an immediate anastomosis. Surgical site infection, accounting for 8.9%. The mean time to return of the bowel is  $3.8 \pm 1.3$  days. The average hospital stay was  $9.6 \pm 2.4$  days. **Conclusion:** The majority of patients underwent 1-stage surgery with half-colon resection and had to be anastomosed immediately. Complications are rare. The average length of hospital stay was  $9.6 \pm 2.4$  days.

**Keywords:** intestinal obstruction, colon cancer, right colon resection.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột chiếm tỷ lệ 10% đến 29% các trường hợp ung thư đại tràng. Điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng nói chung và đại tràng phải nói riêng có nhiều phương pháp khác nhau nhưng đều đảm bảo hai nguyên tắc là lập lại lưu thông đường tiêu hóa và điều trị ung thư<sup>1</sup>. Việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật sao cho đúng và thích hợp cho từng trường hợp cụ thể là rất quan trọng, nó quyết định sự thành công hay thất bại của quá trình điều trị. Khối u ở các vị trí khác nhau trên khung đại tràng có các phương pháp phẫu thuật khác nhau như: cắt u lập lại lưu thông tiêu hóa ngay, nối tắt hay làm hậu môn nhân tạo và nối lại sau một vài tuần<sup>2</sup>... Tại Việt Nam cũng có nhiều công trình nghiên cứu về ung thư đại tràng, tuy nhiên còn ít nghiên cứu cụ thể đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng phải. Tại Khoa Ngoại Tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai chúng tôi đã tiến hành phẫu thuật cho nhiều trường hợp tắc ruột do ung thư

đại tràng phải, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư biểu mô đại tràng phải tại Bệnh Viện Bạch Mai"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### \*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán và mổ cấp cứu tắc ruột do ung thư đại tràng phải tại Khoa Ngoại tổng hợp Bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1 năm 2017 đến tháng 12 năm 2020.

- Sau mổ tắc ruột có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô đại tràng phải.

- Có đầy đủ thông tin trong hồ sơ bệnh án.

#### \*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Trường hợp mổ tắc ruột do u đại tràng phải không làm sinh thiết hoặc kết quả GPB không phải là ung thư biểu mô đại tràng phải.

- Các trường hợp ung thư ở cơ quan khác di căn đến đại tràng phải gây tắc ruột.

### 2.2. Phương pháp nghiên cứu

\***Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu

#### \*Các bước tiến hành nghiên cứu;

- Bệnh nhân vào viện được ghi nhận các dấu hiệu lâm sàng, cận lâm sàng, chẩn đoán và chỉ định phẫu thuật cấp cứu.

- Ghi nhận các tổn thương trong mổ: Tình trạng ổ bụng, vị trí, kích thước khối u...

- Các phương pháp xử lý trong phẫu thuật: Cắt nửa đại tràng phải nối ngay, cắt u làm hậu môn nhân tạo, nối tắt...

- Kết quả phẫu thuật: Diễn biến sau mổ, các tai biến, biến chứng sau mổ, thời gian nằm viện...

- Đánh giá kết quả sớm sau phẫu thuật chia làm 3 loại mức độ:

+Tốt: là trường hợp bệnh nhân không có biến chứng nào cho đến khi ra viện.

+Trung bình: là trường hợp bệnh nhân có biến chứng nhưng được điều trị khỏi, ổn định và được ra viện.

+Xấu: là trường hợp bệnh nhân tử vong hậu phẫu tại viện hoặc được xác định tình trạng nặng gia đình ký bệnh án xin về kể cả các bệnh nhân rõ hay không rõ nguyên nhân.

**2.3. Phân tích và xử lý số liệu:** Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0

**2.4. Đạo đức nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

### Bảng 1. Đặc điểm các đối tượng nghiên cứu

Đặc điểm bệnh nhân	(Số lượng) n = 67	Tỉ lệ (%)
Tuổi	63,9 ± 16,3	(22 - 91)
Giới (Nam/Nữ)	29/38	43,2/ 56,8
Bệnh nội khoa phối hợp	31/67	46,3
ASA I/II/III	25/37/5	37,3/ 55,2/7,5
Đau bụng cơn	67	100
Nôn	20	29,9
Bí trung đại tiện	55	82,1
Xquang: Hình hơi mức nước	67	100
CTScanner ổ bụng	Phát hiện u	60
	Không phát hiện u	7
Hồng cầu máu giảm < 3,5T/L	6	9,0
Bạch cầu tăng > 10G/L	31	46,3

**Nhận xét:** Lứa tuổi gặp nhiều nhất 61 - 80 tuổi (55,3%0. Tỉ lệ nam/nữ = 0,76/1. Có 46,3% bệnh nội khoa phối hợp. ASA 1 và 2 chiếm tỷ lệ cao nhất (92,5%). Đau bụng cơn 100% các trường hợp, bí trung đại tiện (82,1%), X-Quang 100% có hình ảnh mức nước mức hơi chủ yếu là chân hẹp, vòm cao, nằm dọc theo khung đại tràng, CT - Scanner có 89,5% phát hiện khối u.

#### Bảng 2. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp phẫu thuật	Số lượng (n)	Tỉ lệ (%)
Cắt 1/2 đại tràng phải nối ngay	58	86,6
Nối tắt hồi đại tràng ngang	3	4,5
Làm hậu môn nhân tạo	6	8,9
Miệng nối hồi đại tràng ngang tận - tận	20	29,9
Miệng nối hồi đại tràng ngang bên - bên	30	44,8
Miệng nối hồi đại tràng ngang tận - bên	8	11,9
Phẫu thuật Quénu	0	0

**Nhận xét:** Phần lớn được mổ 1 thì (86,6%) với cắt 1/2 đại tràng phải nối ngay. Bệnh nhân nối tắt hồi đại tràng ngang chiếm 4,5%. Bệnh nhân làm hậu môn nhân tạo (8,9%). Trong đó chủ yếu là nối đại tràng bên-bên (44,8%) và 29,9% nối tận - tận, 11,9% nối tận - bên.

#### Bảng 3. Đặc điểm giải phẫu bệnh

Giải phẫu bệnh	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
Vị trí u	Manh tràng	11
	Đại tràng lên	35
	Đại tràng góc	18

	gan	
	Đại tràng ngang bên phải	03
Kích thước u	≥ 5cm	17
	< 5 cm	50
Phân loại theo Dukes	Dukes B	33
	Dukes C	24
	Dukes D	10

**Nhận xét:** Vị trí gặp nhiều nhất là đại tràng lên với 35 bệnh nhân, chiếm 52,2%. Đại tràng góc gan chiếm 26,8%. Phần lớn khối u có kích thước <5 cm chiếm 74,6%. Nhóm bệnh nhân được mổ vì tắc ruột thường gặp ở giai đoạn Dukes B (49,3%) và C (35,8%).

#### Bảng 4. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Giá trị trung bình	Khoảng giá trị
Số lượng máu truyền (ml)	818,6 ± 288,3	250 - 1500
Thời gian nhu động ruột trở lại (ngày)	3,8 ± 1,3	2 - 6
Nuôi dưỡng đường tĩnh mạch (ngày)	4,62 ± 1,56	2 - 10
Thời gian sử dụng kháng sinh (ngày)	8,21 ± 2,07	4 - 14
Thời gian nằm viện (ngày)	9,6 ± 2,4	5 - 20

**Nhận xét:** Lượng máu truyền trung bình là 818,6 ± 288,3ml. Thời gian nhu động ruột trung bình là: 3,8 ± 1,3. Thời gian nuôi dưỡng đường tĩnh mạch là: 4,62 ± 1,56. 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh trong và sau mổ, thời gian sử dụng kháng sinh trung bình là từ 8,21 ± 2,07. Thời gian nằm viện trung bình là 9,6±2,4 ngày.

**\*Biến chứng sau mổ:** Chúng tôi ghi nhận 6 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ 8,9%, không có tử vong sau mổ.

**\*Đánh giá kết quả sau phẫu thuật:** Tốt là 91%, trung bình là 9%, xấu 0%.

#### IV. BÀN LUẬN

**\*Tuổi và giới:** Nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ nam/nữ = 0,76/1. Chúng tôi ghi nhận tuổi trung bình bệnh nhân là 63,9 ± 16,3 tuổi, nhỏ nhất 22 tuổi và lớn nhất 91 tuổi. Lứa tuổi gặp nhiều nhất 61 - 80 tuổi với 37 bệnh nhân, chiếm 55,3%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự Hữu Hoài Anh<sup>3</sup> tuổi trung bình 62,1 tuổi. Có 46,3% bệnh nội khoa phối hợp. ASA 1 và 2 chiếm tỷ lệ cao nhất. Cũng như các tác giả chúng tôi cho rằng tình trạng sức khỏe ASA cùng với tuổi tác và tiền sử bản thân là các yếu tố liên quan đến kết quả điều trị: tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật ung thư đại tràng phải.

**\*Lâm sàng và cận lâm sàng:** Trong nghiên cứu của chúng tôi, đau bụng là triệu chứng gặp nhiều nhất chiếm tỷ lệ cao với 100%. Bệnh nhân chủ yếu đau bụng mức độ vừa (68,6%) và nhẹ (29,9%). Ngoài ra, triệu chứng chướng bụng chúng tôi gặp 100%, phân có máu chiếm tỷ lệ 29,8%, bí trung đại tiện 82,1%, tiêu chảy chiếm 25,4%, gầy sút cân 19,4% và nôn chiếm 29,9%. Nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ<sup>4</sup> có đau bụng là triệu chứng thường gặp nhất chiếm 97,9%, gầy sút 19,1%, thiếu máu 21,3%, phân có máu 31,9% và bán tắc ruột 36,2%. Chúng tôi ghi nhận 100% hình ảnh mức nước mức hơi trên phim chụp X Quang ổ bụng với hình ảnh chân hẹp vòm cao nằm dọc theo khung đại tràng và nhận thấy rằng tắc ruột do ung thư đại tràng phải thường có nhiều mức hơi nước ở ruột non hơn các vị trí khác. Điều này cũng phù hợp với nhận định của một số tác giả là việc phân tích đặc điểm mức nước, hơi cũng giúp cho chẩn đoán vị trí tắc do ung thư đại tràng.

CT Scanner có tỉ lệ phát hiện khối u là 89,5%. Theo Hồ Long Hiến<sup>5</sup> với CT Scanner ổ bụng phát hiện u 97,7% trường hợp. Mục đích chụp cắt lớp ổ bụng không phải là để khẳng định tắc ruột cơ giới mà để xác định chính xác vị trí, tính chất khối u và phát hiện di căn để từ đó có định hướng và lựa chọn phương pháp phẫu thuật cho phù hợp. Trong nghiên cứu của chúng tôi có số lượng hồng cầu trung bình là  $4,4 \pm 0,6$  ( $2,8 - 5,7$ ) và bạch cầu trung bình là  $9,78 \pm 3,88$  ( $3,10 - 25,5$ ). Hemoglobin dưới 11g/dl chiếm tỷ lệ 44,7%. Hồng cầu  $2,5-3,5$  triệu/mm<sup>3</sup> chiếm tỷ lệ 20,9%. Có 6 bệnh nhân có Hb < 8g/dl phải truyền máu trước mổ.

**\*Phương pháp phẫu thuật:** Trong nghiên cứu của chúng tôi bệnh nhân được mổ 1 thì là chủ yếu (86,6%) với cắt 1/2 đại tràng phải nối ngay, phẫu thuật một thì có ưu điểm là giải quyết được cùng một lúc 2 vấn đề là điều trị tắc ruột và điều trị ung thư, sau mổ bệnh nhân không phải đeo túi và chăm sóc hậu môn nhân tạo nên tránh được sinh hoạt phiền toái và tâm lý nặng nề cho bệnh nhân, cũng là cơ hội để người bệnh phục hồi sớm chuẩn bị cho lộ trình điều trị hóa chất tiếp theo và miệng nối hồi đại tràng ngang là miệng nối an toàn vì nó được dinh dưỡng tốt và không căng do vậy tránh được nguy cơ rò, bục... Trong đó chủ yếu là nối đại tràng bên-bên (44,8%) và 29,9% nối tận - tận, 11,9% nối tận - bên. Có 8,9% bệnh nhân làm hậu môn nhân tạo và có 4,5% bệnh nhân nối tắt hồi đại tràng ngang, đó là những bệnh nhân suy kiệt già yếu, di căn phúc mạc và đã di căn xa.

Kết quả của chúng tôi tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Chuyên<sup>6</sup> phẫu thuật một thì được thực hiện ở 21/28 bệnh nhân (75%). Sở dĩ nghiên cứu của chúng tôi phẫu thuật một thì được áp dụng rộng rãi do đa phần bệnh nhân đến sớm và được mổ trong 48 giờ đầu sau khi người bệnh đã được điều trị các rối loạn do tắc ruột và do ung thư ổn định.

**\*Đặc điểm giải phẫu bệnh:** Vị trí khối u là yếu tố giúp cho phẫu thuật viên chọn lựa phương pháp phẫu thuật phù hợp giúp đảm bảo an toàn và hiệu quả. Chúng tôi nhận thấy vị trí u gặp nhiều nhất là đại tràng lên với 35 bệnh nhân, chiếm 52,2%, đại tràng góc gan gặp 26,8%, khối u ở vị trí manh tràng chiếm 16,4% và đại tràng ngang bên phải có 4,6%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ với 42 bệnh nhân được phẫu thuật cắt đại tràng, vị trí khối u thường gặp nhất là đại tràng lên với tỷ lệ 42,9%, góc gan 31,0%, manh tràng 14,3% và đại tràng ngang 1/3 bên phải 11,9%. Kết quả này phù hợp với báo cáo của Nguyễn Hữu Thịnh<sup>7</sup> vị trí khối u đại tràng lên chiếm tỷ lệ cao nhất trong ung thư đại tràng phải. Trong nghiên cứu của chúng tôi, kích thước trung bình của khối u là  $4,5 \pm 1,2$  cm, nhỏ nhất là 3 cm và lớn nhất là 8 cm. Phần lớn khối u có kích thước < 5 cm chiếm 74,6%, có 17 bệnh nhân với kích thước 5-10 cm chiếm 25,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Hữu Thịnh<sup>7</sup> khối u trung bình là  $4,8 \pm 0,6$  cm, của Ertem M<sup>8</sup>. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận nhóm bệnh nhân được mổ vì tắc ruột do ung thư đại tràng phải thường gặp ở giai đoạn Dukes B là 49,3%, C là 35,8% và D là 14,9%. Kết quả chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Chuyên<sup>6</sup> giai đoạn Dukes B là 49,21%, giai đoạn Dukes C là 31,75%, giai đoạn Dukes D là 19,05%. Adloff chỉ có 5,8% bệnh nhân ở giai đoạn Dukes A, 49,6% ở giai đoạn Dukes B, 25,4% bệnh nhân ở giai đoạn Dukes C và 18,7% ở giai đoạn Dukes D. Điều đó cho thấy đại đa số ung thư đại tràng phải khi đã biểu hiện tắc ruột đều ở giai đoạn muộn khi khối u đã xâm lấn ra thanh mạc hay đến các tạng xung quanh.

**\*Kết quả phẫu thuật:** Có 9 người bệnh được truyền máu trong và sau mổ. Phần lớn đối tượng truyền máu từ 500-1000 ml (66,7%), tỷ lệ truyền trên 1000ml là 11,1%. Lượng máu truyền trung bình là  $818,6 \pm 288,3$  ml. Thời gian trung tiện trở lại cũng là một tiêu chí đánh giá sự hồi phục của bệnh nhân sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện trở lại trung

binh là  $3,8 \pm 1,3$  ngày, sớm nhất là 2 ngày và chậm nhất là 6 ngày. Thời gian có lại trung tiện sau 3-4 ngày chiếm tỷ lệ cao nhất 65,7%, có lại trung tiện sau 5 ngày chiếm tỷ lệ thấp 13,4 %. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu Veldkamp R,<sup>9</sup> báo cáo thời gian có nhu động ruột là 4,6 ngày. 100% bệnh nhân được điều trị kháng sinh trong và sau mổ, từ 7 - 10 ngày. Kháng sinh được sử dụng là nhóm cephalosporin thế hệ 3 + metronidazol. Thời gian nuôi dưỡng đường tĩnh mạch là:  $4,62 \pm 1,56$ . Sớm nhất là 2 ngày, lâu nhất là 10 ngày. Thời gian nằm viện có liên quan tình trạng phục hồi sau mổ cũng như có kèm hay không các tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là  $9,6 \pm 2,4$  ngày, sớm nhất là 6 ngày và chậm nhất là 20 ngày. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Phạm Trung Vỹ<sup>4</sup> có thời gian nằm viện trung bình  $9,7 \pm 3,5$  ngày. Qua nghiên cứu chúng tôi có 6 bệnh nhân bị nhiễm trùng vết mổ, chiếm 8,9%. Đó chủ yếu là những bệnh nhân nhiều tuổi, suy kiệt, tình trạng dinh dưỡng kém. Phần lớn kết quả sớm sau phẫu thuật là mức độ tốt 61/67 bệnh nhân (91%), tiếp đến là trung bình 6/67 bệnh nhân (9%). Kết quả của chúng tôi cũng tương tự Sophea<sup>10</sup> có 77/85 trường hợp (90,6%) xếp mức độ tốt, 7/85 trường hợp (8,2%) xếp mức độ trung bình.

**Tóm lại:** Ung thư đại tràng phải có thể có các biến chứng khác nhau như tắc ruột, chảy máu, thủng đại tràng trong đó tắc ruột vẫn là biến chứng thường gặp nhất, cần được chẩn đoán và xử trí kịp thời, hợp lý cho từng trường hợp cụ thể để giảm tỷ lệ biến chứng và tử vong sau mổ cũng như mang lại chất lượng cuộc sống tốt nhất cho người bệnh.

## KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TUYẾN GIÁP TÁI PHÁT

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả điều trị và một số yếu tố liên quan tới thời gian sống thêm ở bệnh nhân ung thư tuyến giáp tái phát. **Đối tượng và phương**

<sup>1</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

<sup>2</sup>Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Xuân Hậu

Email: nguyensexuanhau@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 01.01.2022

Ngày phản biện khoa học: 25.2.2022

Ngày duyệt bài: 2.3.2022

### V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật cắt 1/2 đại tràng phải nổi ngay là phương pháp điều trị chủ yếu cho bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng phải với tỉ lệ biến chứng thấp, thời gian nằm viện sau mổ ngắn.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gainant A (2012).** Emergency management of acute colonic cancer obstruction. Journal of visceral surgery. 149(1), e3-e10.
2. **Nguyễn Văn Hải (2007).** Kết quả của phẫu thuật một thì và nhiều thì trong điều trị tắc ruột do ung thư đại tràng. Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 11(1), 104 - 10.
3. **Hữu Hoài Anh (2009).** Bước đầu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ung thư đại tràng tại bệnh viện E. Y học thực hành. 54-5.
4. **Phạm Trung Vỹ (2020).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi một đường mổ điều trị ung thư đại tràng phải. Luận án tiến sĩ Y học, Đại Học Y Dược Huế.
5. **Hồ Long Hiến (2016).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư biểu mô tuyến đại tràng phải. Luận án tiến sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
6. **Nguyễn Văn Chuyên (2014).** Đánh giá kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng tại bệnh viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội.
7. **Nguyễn Hữu Thịnh (2015).** Hiệu quả của phẫu thuật nội soi một vết mổ cắt đại tràng do ung thư. Luận án tiến sĩ y học, ĐHYD TP Hồ Chí Minh.
8. **Ertem M, et al.(2013).** Single-incision (with multi-input single-port) laparoscopic colorectal procedures: Early results. Ulusal cerrahi dergisi. 29(3), 119-23.
9. **Veldkamp R, et al.(2005).** Laparoscopic surgery versus open surgery for colon cancer: short-term outcomes of a randomised trial. The Lancet Oncology. 6(7), 477-84.
10. **Sophea L(2019).** Kết quả sớm điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng tại Bệnh Viện Bạch Mai. Luận văn Thạc sĩ Y học, Đại Học Y Hà Nội

Nguyễn Xuân Hậu<sup>1,2</sup>, Nguyễn Xuân Hiến<sup>2</sup>

**pháp:** Nghiên cứu hồi cứu kết hợp tiến cứu trên 50 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư tuyến giáp tái phát điều trị tại khoa Ung bướu và chăm sóc giảm nhẹ, bệnh viện Đại học Y Hà Nội từ tháng 10/2017 đến tháng 8/2021. **Kết quả:** Tất cả bệnh nhân đều được phẫu thuật triệt căn, trong đó cắt toàn bộ tuyến giáp + vét hạch cổ chiếm 33,3%, vét hạch cổ 2 bên chiếm 66,7%. Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 27%, gặp nhiều nhất trong tuần đầu. Sau mổ có 63% bệnh nhân được điều trị I<sup>131</sup> bổ trợ. Thời gian theo dõi trung bình sau điều trị là 35 tháng, lâu nhất 86 tháng. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ là 100%, sống thêm không bệnh 5 năm đạt 85,1%. Thời gian sống thêm không bệnh 5