KẾT QUẢ PHẪU THUẬT ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN

Đặng Quốc Ái[1,2], Đinh Văn Chiến[3,4]

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện E. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu, các bệnh nhân được phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn từ 2019 đến 2021. **Kết quả:** Có 45 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn và điều trị bằng phẫu thuật, tuổi trung bình là 64,82 ± 17,64 (14 – 98) tuổi, 42,2% là nam và 57,8% là nữ. 42,2% có tiền sử mổ củ, trong đó có 26,6% tiền sử mổ dạ dày. 44,4% có yếu tố thức ăn thuận lợi là ăn quả hồng. 100% đau bụng cơn, 91,1% có nôn, 95,6% bí trung đại tiện và 88,9% chướng bụng. 28,9% siêu âm ổ bụng xác định được bã thức ăn và CTscaner là 61,4% xác định được tắc ruột do bã thức ăn. 88,9% mổ mở và 11,1% mổ nội soi, 66,7% được tiến hành đẩy bã thức ăn xuống đại tràng. Thời gian phẫu thuật trung bình 59,40 ± 22,60 (45-112) phút. 8,9% có biến chứng sau mổ nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm và viêm phổi, không có trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. Thời gian nằm viện trng bình 8,04 ± 1,82 (4-12) ngày. **Kết luận:** Phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn là phương pháp an toàn và hiệu quả, bệnh nhân hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn.

Từ khóa: Phẫu thuật tắc ruột, tắc ruột do bã thức ăn.

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY TO TREATMENT INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO THE FOOD BLOCK

Background: The study aimed to evaluate the results of surgery for intestinal obstruction due to the food block at Nghe An Friendship General Hospital and E Hospital. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive study, patients undergoing surgery to treated intestinal obstruction due to the food block from 2019 to 2021. **Results:** There were 45 patients diagnosed with intestinal obstruction due to the food block and treated by surgery, the mean age was 64.82 ± 17.64 (14 – 98) years old, the female/male ratio was 1.37/1. 42.2% had a history of surgery, of which 26.6% had a history of gastric surgery. 44.4% have a favorable food factor that is eating persimmons. 100% abdominal pain, 91.1% vomiting, 95.6% bowel obstruction and 88.9% abdominal distension. 28.9% of abdominal ultrasound identified food residue and CTscaner was 61.4% identified intestinal obstruction due to food residue. 88.9% open surgery and 11.1% laparoscopic surgery, 66.7% was conducted to put food residue into the colon. The mean operative time was 59.40 ± 22.60 (45-112) minutes, 8.9% had complications after surgery: wound infection, early intestinal obstruction and pneumonia, there were no cases of death during and after surgery. The mean hospital stay was 8.04 ± 1.82 (4-12) days. **Conclusions:** Surgery to treatment intestinal obstruction due to the food block is a safe and effective method, patients recover soon and a short hospital stay.

Keywords: Surgery intestinal obstruction, intestinal obstruction due to the food block.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là một trong những cấp cứu ngoại khoa thường gặp nhất, chỉ đứng thứ hai sau viêm ruột thừa. Tắc ruột do bã thức ăn (BTA) là một trong những loại tắc ruột cơ giới, đã được biết đến từ lâu và có thể gặp ở mọi lứa tuổi. Tuy nhiên sự kết hợp của một số yếu tố nguy cơ như: tình trạng sức nhai kém, chế độ ăn uống các chất có chứa nhiều tanin, hay sự thay đổi giải phẫu của đường tiêu hoá, hoạt động sinh lý của dạ dày… làm tăng khả năng mắc tắc ruột do BTA [1]. Năm 1854, Richard đã báo cáo một trường hợp tắc ruột do BTA đầu tiên trên thế giới được phát hiện qua mổ xác, đến nay đã có nhiều nghiên cứu về tắc ruột do BTA.

Theo Jordan Steinberg, Arich Eitan, cấu tạo của cục bã thức ăn gồm rất nhiều thành phần nhưng thành phần chủ yếu là các bã thức ăn thực vật, có trên 50 loại thức ăn khác nhau được tìm thấy gây ra BTA [2]. Trong rất nhiều loại cặn bã thức ăn gây ra BTA, có thể nói loại quả phổ biến nhất là hồng có chứa nhiều Talinmonomer có thể trùng hợp thành polyme trong môi trường axit của dạ dày và cùng với các sợi xơ của hồng tạo thành phức hợp talin-cellulose-protein. Các talin đóng vai trò là các xi măng tạo nên BTA do hồng [3],[4]. Lứa tuổi hay gặp là trên 50 tuổi, chiếm 68,6%. Tỷ lệ tắc ruột do BTA ở nữ giới là 69,8% -70,1% [5]. 61,9% - 62,57% tắc ruột do BTA xẩy ra từ tháng 6 đến tháng 12 hàng năm. Moriel [4], 100% tắc ruột do bã thức ăn có tiền sử phẫu thuật dạ dày.

Tắc ruột do BTA có nhiều phương pháp được ứng dụng để điều trị trong đó phẫu thuật là chủ yếu. Ngày này khoa học phát triển nên phẫu

[1]*Trường Đại Học Y Hà Nội*
[2]*Bệnh viện E*
[3]*Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An*
[4]*Trường Đại Học Y Khoa Vinh*
Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái
Email: drdangquocai@gmail.com
Ngày nhận bài: 4.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 14.3.2023
Ngày duyệt bài: 28.3.2023

thuật nội soi cũng được ứng dụng nhiều trong điều trị tắc ruột do BTA. Đã có nhiều nghiên cứu về tắc ruột do BTA trong nước cũng như trên thế giới, nhưng tỷ lệ mắc bệnh này vẫn chưa có chiều hướng thuyên giảm. Tại Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An và Bệnh viện E đã phẫu thuật điều trị tắc ruột do BTA trong nhiều năm qua nhưng chưa có báo cáo về kết quả, vì vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu: 'Đánh giá kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn" tại hai cở sở y tế trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 45 bệnh nhân (BN) tắc ruột do BTA được phẫu thuật điều trị tại bệnh viện HNĐK Nghệ An từ 2019 đến 2021, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu không đối chứng.

**** Lựa chọn bệnh nhân:*** Tất cả BN tắc ruột do BTA được điều trị bằng phẫu thuật.

**** Tiêu chuẩn loại trừ:*** Tắc ruột do nguyên nhân khác, thất lạc bệnh án hoặc không đầy đủ.

**** Chỉ tiêu nghiên cứu:***

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: Tuổi, giới, tiền sử mổ củ, yếu tố thức ăn thuận lợi trước khi vào viện, đau bụng, nôn, bí trung đại tiện, chướng bụng, Siêu âm, Xquang và CTscaner ổ bụng.
- Kết quả phẫu thuật: PTNS, mổ mở, phương pháp xử lý BTA (mở ruột, dạ dày lấy BTA, đẩy xuống đại tràng, khác…), tai biến trong mổ và thời gian phẫu thuật.
- Kết quả điều trị sau mổ: Biến chứng sau mổ, thời gian trung tiện, thời gian cho ăn sau mổ, thời gian nằm viện sau mổ.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý trên phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Được Hội đồng Y đức Bệnh viện phê duyệt trước khi nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 45 bệnh nhân tắc ruột do BTA được điều trị bằng phẫu thuật có kết quả như sau:

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Tuổi	64,82 ± 17,64 (14 – 98) tuổi	
Giới tính	Nam	19 (42,2%)
	Nữ	26 (57,8%)
Tiền sử mổ bụng	Dạ dày	12 (26,6%)
	Tắc ruột	2 (4,4%)
	Mổ sản phụ khoa	2 (4,4%)
	Khác (ruột thừa, đại tràng …)	3 (6,7%)
	Không	26 (57,8%)
Yếu tố thức ăn trước vào viện	Ăn quả hồng	20 (44,4%)
	Ăn quả khác	5 (11,1%)
	Không rõ	20 (44,4%)
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng cơn	45 (100%)
	Nôn	41 (91,1%)
	Bí trung đại tiện	43 (95,6%)
	Chướng bụng	40 (88,9%)
Triệu chứng cận lâm sàng	Siêu âm bụng có BTA	13/45 (28,9%)
	Xquang có mức hơi dịch	31/45 (68,9%)
	CTscanner bụng	17/21 (61,4%)
Chẩn đoán trước mổ	Tắc ruột do BTA	23 (51,1%)
	Tắc ruột chưa rõ nguyên nhân	12 (26,7%)
	Tắc ruột sau mổ	10 (22,2%)

Nhóm nghiên cứu trên 50 tuổi có 41 BN, chiếm 91,1%; trên 60 tuổi 27 BN, chiếm 60%; trên 70 tuổi 18 BN, chiếm 40%. Nữ nhiều hơn nam, tỷ lệ nam/nữ 0,7/1. Có 10 (22,2%) BN tiền sử phẫu thuật cắt dạ dày, 1 (2,2%) BN tiền sử khâu lỗ thủng dạ dày – tá tràng, 1 (2,2%) BN đã nối vị tràng. 2 BN có tiền sử mổ tắc ruột do BTA. 55,5% có yếu tố thức ăn là hoa quả, trong đó 44,4% là quả hồng. 88,9% có triệu chứng chướng bụng, trong đó chướng mềm chiếm 86,7%, quai ruột nổi chiếm 35,6%, dấu hiệu rấn bò chiếm 19,6%, khám sờ thấy u cục chiếm 2,2%. Có 21 BN được chụp CTscanner bụng trước mổ và xác định được BTA là 17 (61,4%) BN. 51,1% chẩn đoán đúng nguyên nhân là BTA trước mổ.

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật và điều trị sau mổ

Phương pháp phẫu thuật	Mổ mở	40 (88,9%)
	Nội soi	5 (11,1%)
Cách thức xử lý lấy BTA	Đẩy xuống đại tràng	30 (66,7%)
	Mở ruột non đơn thuần	7 (15,6%)
	Đẩy BTA ruột + mở dạ dày	6 (13,3%)
	Mở ruột non + dạ dày	2 (4,4%)
Vị trí BTA	Hông tràng đơn thuần	11 (24,4)
	Hồi tràng đơn thuần	26 (57,8%)
	Hông tràng + Dạ dày	2 (4,4%)
	Hồi tràng + Dạ dày	6 (13,3%)
Tai biến trong mổ	Không	45 (100%)

Thời gian phẫu thuật trung bình	59,40 ± 22,60 (45-112) phút	
Biến chứng	Nhiễm trùng vết mổ	2 (4,4%)
	Tắc ruột sớm	1 (2,2%)
	Viêm phổi	1 (2,2%)
	Không	41 (91,1%)
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ	3,72 ± 1,10 (2-5) ngày	
Thời gian trung tiện trung bình	2,14 ± 0,71 (1-4) ngày	
Thời gian cho ăn đường miệng	3,06 ± 0,61 (2-5) ngày	
Thời gian nằm viện trung bình	8,04 ± 1,82 (4-12) ngày	

Có 5 trường hợp chiếm 11,1% PTNS hỗ trợ (mở nhỏ đường trắng giữa ~3cm) để đẩy bã thứ ăn xuống đại tràng sau khi xác định được nguyên nhân là BTA qua nội soi. 15 (29,3%) BN phải mở ruột hoặc dạ dày hoặc cả hai để lấy BTA. Có 8 BN có bã thức ăn cả ở dạ dày và ruột non, chiếm 17,8%. Không có trường hợp nào có tai biếm trong mổ, 8,9% có biến chứng sau mổ nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm và viêm phổi.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu các BN tắc ruột do BT của chúng tôi có tuổi trung bình là 64,82 ± 17,64 tuổi, nhỏ nhất là 14 tuổi, lớn nhất là 98 tuổi. Qua nghiên cứu chúng tôi thấy tỷ lệ mắc tắc ruột do bã thức ăn tăng dần theo tuổi, điều này có thể do tình trạng sức nhai kém ở người già, những trường hợp rụng răng, khuyết răng góp phần làm tăng nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn. Tỷ lệ nữ giới bị tắc ruột do bã thức ăn nhiều hơn ở nam giới, tỷ lệ nữ của tác giả Trần Hiếu Học là 69,8% [5].

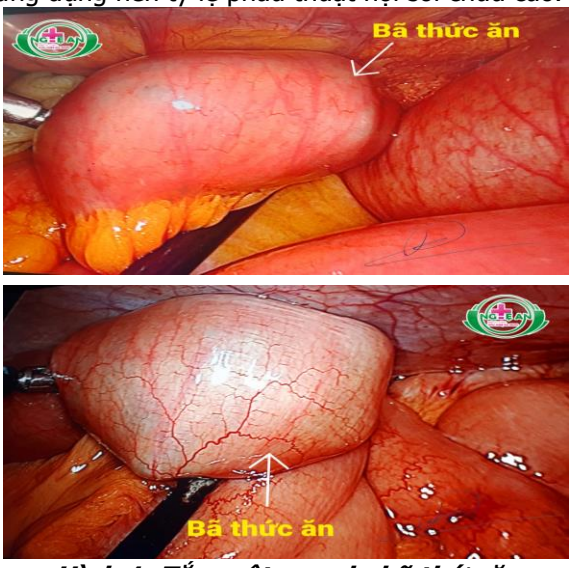
Tiền sử phẫu thuật tuy không ảnh hưởng tới cơ chế hình thành bã thức ăn trong đường tiêu hóa, nhưng lại là điều kiện thuận lợi, góp phần làm tăng nguy cơ tắc ruột do bã thức ăn. Do tiền sử phẫu thuật ổ bụng gây dính ruột, làm hẹp lòng ruột, tạo ra những giải xơ, gập góc, hoặc những đám dính, làm cho sự lưu thông của đường tiêu hóa bị cản trở và bã thức ăn khó vượt qua những chỗ như thế. Hơn thế nữa những bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật ổ bụng làm cho bệnh cảnh lâm sàng của tắc ruột do bã thức ăn trở nên phức tạp. Nếu không thăm khám kỹ tiền sử ăn uống, cơ địa bệnh nhân thì dễ chẩn đoán nhầm là tắc ruột sau mổ. Các nghiên cứu trong nước cũng như trên thế giới đã nêu lên vai trò bệnh lý dạ dày trong sự hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa cũng như biến chứng của nó. Những bệnh nhân viêm loét dạ dày-tá tràng, được điều trị bằng các thuốc giảm tiết, giảm co bóp làm giảm lượng axit dịch vị. Thức ăn, đặc biệt là sợi xơ thực vật không được cắt đứt phân hủy theo cơ chế hóa học, là điều kiện thuận lợi hình thành bã thức ăn đường tiêu hóa [6],[7].

BN có tiền sử phẫu thuật dạ dày như : cắt đoạn dạ dày, tạo hình môn vị, nối vị tràng... không những lượng axit dịch vị giảm, mà sức co bóp của dạ dày cũng kém. Thức ăn không được nhào trộn, ngấm đều với dịch vị, sợi xơ thực vật không được cắt nhỏ, phân hủy, hơn nữa thời gian thức ăn lưu lại trong dạ dày lâu hơn, dễ có điều kiện kết dính thành khối. Moriel và cộng sự đã thông báo một trường hợp 77 bệnh nhân tắc ruột do bã thức ăn, tất cả những bệnh nhân này đều có tiền sử phẫu thuật dạ dày để điều trị loét [4]. Krausz và cộng sự tổng kết trong số 113 bệnh nhân tắc ruột do bã thức ăn, có 105 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật dạ dày để điều trị loét [8]. Tại Việt Nam tỷ lệ bệnh nhân tắc ruột do bã thức ăn có tiền sử phẫu thuật dạ dày thấp hơn, theo Hà văn Quyết tiền sử phẫu thuật là 17/31 (54,8%), Nguyễn Đình Hối là 9/19 (47%), Đinh Ngọc Dũng tỷ lệ tiền sử phẫu thuật tại dạ dày là 13,77%. Trong rất nhiều loại cặn bã thức ăn gây ra BTA, có thể nói loại quả phổ biến nhất là hồng có chứa nhiều Talinmonomer có thể trùng hợp thành polyme trong môi trường axit của dạ dày và cùng với các sợi xơ của hồng tạo thành phức hợp talin-cellulose-protein. Các talin đóng vai trò là các xi măng tạo nên BTA do hồng [3],[4]. Talin trong quả hồng (flobatanin) bao gồm floraglucin và acid gallic, bị đông kết bởi acid vô cơ hoà tan. Trong thực nghiệm cho hồng tiếp xúc với acid clohydric đã chứng minh được sự hình thành BTA [4]. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng gặp 44,4% có yếu tố tiền sử ăn quả hồng trước khi nhập viện 3 – 7 ngày.

Về triệu chứng lâm sàng của tắc ruột do BTA khá điển hình, kết quả nghiên cứu có 100% đau bụng cơn, 91,1% có nôn, 95,6% bí trung đại tiện và 88,9% chướng bụng. Trần Hiếu Học đau bụng cơn là 100%, bí trung đại tiện là 72,1% và 72,1% chướng bụng [5], Nguyễn Văn Hải 97% đau bụng cơn và 81,6% có nôn [1]. Triệu chứng cận lâm sàng: có 28,9% siêu âm ổ bụng xác định được BTA và CTscaner là 61,4% xác định được tắc ruột do BTA. Xquang bụng không chuẩn bị cơ 68,9% có mức hơi dịch. Triệu chứng cận lâm sàng giúp chẩn đoán xác định nguyên nhân tắc ruột là BTA trong nghiên cứu của chúng tôi có tỷ lệ dương tính chưa cao (26,7%), về phần này còn phụ thuộc vào trang thiết bị, máy móc, trình độ và kinh nghiệm của các bác sĩ cận

lâm sàng, ngoài ra tắc ruột do BTA thường xẩy ra vào thời điểm cấp cứu ban đêm nên cũng hạn chế rất nhiều về độ chính xác của nguyên nhân tắc ruột. Tuy nhiên, về bệnh cảnh tắc ruột cơ học cho dù là nguyên nhân nào thì cũng cần can thiệp ngoại khoa để lập lại lưu thông tiêu hóa, do đó việc chưa xác định được chính xác nguyên nhân cũng không ảnh hưởng nhiều tới kết quả điều trị cho người bệnh. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự ghi nhận của các tác giả khác.

Kết quả điều trị, nghiên cứu chúng tôi có 88,9% mổ mở và 11,1% mổ nội soi. Về phương pháp phẫu thuật thì các tác giả trước đây đều thực hiện mổ mở, ngày nay khoa học công nghệ máy móc phát triển nên phẫu thuật nội soi cũng được ứng dụng vào điều trị tắc ruột, trong nghiên cứu của chúng tôi cũng mới bước đầu ứng dụng nên tỷ lệ phẫu thuật nội soi chưa cao.



Hình 1: Tắc ruột non do bã thức ăn

Nghiên cứu chúng tôi có 66,7% được tiến hành đẩy BTA xuống đại tràng, đây là thủ thuật an toàn, tránh được những nguy cơ biến chứng khi phải mở ruột cho bệnh nhân. Kỹ thuật này là thủ thuật được ưa chuộng đối với tắc ruột do BTA. Theo kinh nghiệm của chúng tôi nếu khối BTA không quá cứng nên nắn bóp nhẹ làm thay đổi hình thể, sau đó đẩy xuống đại tràng, chỉ khi nào không thể đẩy được mới tiến hành mở ruột. Chúng tôi cho rằng trước khi đẩy BTA xuống đại tràng nên bóp nhỏ cục BTA. Không nên bóp ngay tại chỗ tắc, mà nên đẩy BTA lên đoạn ruột lành. Trước khi tiến hành dồn xuống đại tràng nên đánh giá kỹ tình trạng của ruột, xem ruột có bị hoại tử, có bị thủng không, kiểm tra đoạn dưới xem có bị cản trở không. Đặc biệt với những bệnh nhân đã có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, phải loại trừ đoạn dưới có dây chằng, có dính, có khối u cản trở và luôn luôn phải kiểm tra dạ dày và tá tràng để tránh bỏ sót BTA trong dạ dày và tá tràng. Đối với dạ dày thì phải mở để lấy BTA, nếu ở tá tràng thì cân nhắc vấn đề đẩy lên dạ dày để lấy hoặc xuống hỗng tràng hoặc đẩy xuống đại tràng. Khi không có chỉ định đẩy BTA hoặc không thể thực hiện được như BTA lớn, rắn, ở cao nguy cơ gây tổn thương ruột thì nên mở ruột để lấy BTA. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật trung bình 59,40 ± 22,60 (45-112) phút, 8,9% có biến chứng sau mổ nhiễm trùng vết mổ, tắc ruột sớm và viêm phổi, tất cả các trường hợp biến chứng đều điều trị nội khoa ổn định ra viện. Thời gian nằm viện trng bình 8,04 ± 1,82 (4-12) ngày.

Qua nghiên cứu chúng tôi rút kinh nghiệm để điều trị tắc ruột do BTA đạt kết quả tốt như sau: (1) chuẩn bị bệnh nhân trước nổ như: hút dạ dày, bồi phụ nước điện giải, dùng kháng sinh trước mổ. (2) Trong khi phẫu thuật cần đánh giá kỹ tình trạng ổ bụng, tình trạng của ruột tại chỗ tắc cũng như trên và dưới chỗ tắc. (3) Đánh giá số lượng, vị trí và kích thước của khối bã thức ăn để có thái độ xử lý phù hợp. (4) Điều trị tắc ruột do BTA bằng phẫu thuật không có nghĩa là loại trừ dứt điểm tắc ruột do BTA. (5) Trong mổ nên giảm bớt các yếu tố thuận lợi gây tắc ruột như gỡ dính, cắt bỏ đoạn ruột hẹp... (6) BN sau mổ nên được tư vấn về chế độ ăn uống đề phòng tắc ruột lại do BTA.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn là phương pháp an toàn và hiệu quả, tỷ lệ tai biến và biến chứng thấp, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Hải** (2002), Tắc ruột do bã thức ăn, Y học thành phố HCM, tập 6 số 2 tr. 93 - 97
2. **Jordan M, Steinberg, Arieh Eitan** (2003): Prickly pear fruit bezoar presenting as rectal perforation in an elderly patient. Int J Colorectal Dis, 18: 365-367.
3. **Ji-Hoon Kim, Huyn Kwon Ha, Min Jee Sohn et al.** (2003): CT findings of phytobezoar associated with small bowel obstruction, Eur Radiol, 13: 299-304.
4. **Moriel Evyatar Z, Amram Ayalon, Ahmed Eid, Damiel Rachmileitz, Micheal M Krausz, and Arie L Durst** (1983): An unusually high incidence of gastrointestinal obstruction by persimmon bezoars in Israeli patients after ulcer surgery, Gastroenterology, 84, 4: 725-55
5. **Trần Hiếu Học, Nguyễn Ngọc Bích,** (2006), Một số nhận xét về tắc ruột do bã thức ăn điều trị

tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai trong 7 năm (1999- 2005). Tạp chí Y học lâm sàng, số đặc san bệnh viện Bạch Mai năm 2006, tr 27-32.
6. **Ragarri-R.; Dimartino-G.; Sentina-A.; Alberghina-G.; Dimartino-A.; Lucenti-S,** (1991), Intestinal occlusion caused by ileal phytobezoar, Menerva-Chir, Dec; 46 (23-24): 1285-7.
7. **Schoff V, Varatorn R, Blinnikov O, vidamaly V,** (2004), Intestinal obstruction due to phytobezoar of banana seeds: a case report. Asian J Surg, Oct; 27(4): 348-51.
8. **Krausz MM, Moriel EZ et al.** (1986): Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment, Am J Surg, 152(5):526-30.

ĐÁNH GIÁ HIỆU QUẢ ĐIỀU TRỊ CỦA CHẾ PHẨM XỊT XOANG TRÊN BỆNH NHÂN VIÊM MŨI XOANG MẠN TÍNH

Nguyễn Thị Thu Hằng[1], Đào Thị Minh Châu[2]

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá tác dụng của chế phẩm Xịt xoang trên bệnh nhân Viêm mũi xoang mạn tính. **Đối tượng và Phương pháp:** Nghiên cứu can thiệp lâm sàng mở, có đối chứng, so sánh trước sau điều trị, 60 bệnh nhân được chẩn đoán viêm mũi xoang mạn tính, chia 2 nhóm. Nhóm nghiên cứu điều trị bằng thuốc Xịt xoang, xịt mỗi bên mũi 1 nhát/lần, 4 lần/ngày, liên tục trong 14 ngày, nhóm chứng điều trị bằng Cephalexin 500mg x 4 viên/ ngày x 7 ngày và Pivalone 1% 10ml x 1 lọ xịt mỗi bên mũi 1 nhát/lần, 4 lần/ngày trong 14 ngày. **Kết quả:** Sau 14 ngày điều trị, bệnh nhân hết triệu chứng chảy mũi ở nhóm nghiên cứu (20%) nhiều hơn nhóm chứng (0%) (p < 0,05), tỷ lệ hết ngạt mũi của nhóm nghiên cứu (26,7%) cao hơn nhóm chứng (13,3%) (p < 0,05), điểm SNOT-20 của nhóm nghiên cứu (giảm từ 34,23 xuống 27,53) có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chứng (giảm từ 27,53 xuống 22,06) (p < 0,05), điểm TNSS của nhóm nghiên cứu (giảm từ 8,80 ± 2,97 xuống 3,97 ± 1,87) có xu hướng giảm nhiều hơn so với nhóm chứng (giảm từ 6,93 ± 1,93 xuống 5,03 ± 1,81) (p < 0,05). **Kết luận:** Điều trị Xịt xoang có hiệu quả tốt trên bệnh nhân viêm mũi xoang mạn tính.

Từ khóa: Xịt xoang, viêm mũi xoang mạn tính

SUMMARY

EVALUATION ON THE EFFECTS OF "XIT XOANG" PRODUCT IN CHRONIC RHINOSINUSSITIS TREATMENT

Objectives: To evaluate the effects of "Xit xoang" product in chronic rhinosinussitis treatment. **Methods**: Clinical controlled trial study with 60 patients at equal to or more than 18 years of age, diagnosed with chronic rhinosinussitis. The patients were devided into two groups. The study group was treated with Xit xoang 15ml x 1 bottle, sprayed in each nostril, 4 times/day, sprayed continuously for 14 days, the control group was given Cephalexin 500mg x 4 tablets/day x 7 days. and Pivalone 1% 10ml x 1 spray bottle in each nostril 1 time, 4 times/day, spray continuously for 14 days. **Results**: After 14 days of treatment, the study group had more patients who had no symptoms of runny nose (20%) than the control group (?%) (p < 0.05), the rate of nasal congestion of the study group (26.7%) higher than the control group (13.3%) (p < 0.05), the SNOT 20 score of the study group (down from 34.23 to 27.53) tended to decrease more than that of the control group (reduced from 27.53 to 22.06) (p < 0.05), the TNSS score of the study group (reduced from 8.80 ± 2.97 to 3.97 ± 1.87) tended to decrease significantly than the control group (reduced from 6.93 ± 1.93 to 5.03 ± 1.81) (p < 0.05). **Conclusion**: "Xit xoang" product treatment has a good effect on patients with chronic rhinosinusitis.

Keywords: "Xit xoang" product, chronic rhinosinusitis.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm mũi xoang mạn tính (VMXMT) là sự rối loạn quá trình viêm kéo dài tại mũi và các xoang cạnh mũi. Bệnh là một gánh nặng kinh tế lớn cho xã hội và người bệnh. Bệnh làm ảnh hưởng lớn đến chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt gây ảnh hưởng đến chất lượng giấc ngủ đêm. Theo nghiên cứu năm 1994 của trung tâm phỏng vấn và điều tra sức khoẻ Hoa Kỳ NHIS (National Health Interview Survey), hàng năm người lao động Mỹ mất 12,5 triệu ngày nghỉ việc. Năm 2011 nước Mỹ tiêu tốn khoảng 8,6 tỷ đô la cho chi phí điều trị VMXMT [6]. Ở Việt Nam, đây cũng là một trong số các bệnh lý thường gặp nhất trong chuyên ngành Tai Mũi Họng, tỷ lệ mắc bệnh khoảng 3-5% [2], [3].

VMXMT thuộc phạm vi chứng Tị uyên của Y học cổ truyền. Bên cạnh các bài thuốc cổ phương để điều trị theo các thể lâm sàng, YHCT cũng có rất nhiều các vị thuốc được sử dụng để điều trị VMXMT có hiệu quả như: Hoa ngũ sắc, Thương nhĩ tử, Tân di, Kim ngân hoa,… Rất nhiều vị thuốc dưới nghiên cứu của dược lý học

[1]*Bệnh viện Đa khoa Y học Cổ truyền Hà Nội*
[2]*Trường Đại học Y Hà Nội*
Chịu trách nhiệm chính: Đào Thị Minh Châu
Email: daothiminhchau2008@gmail.com
Ngày nhận bài: 3.01.2023
Ngày phản biện khoa học: 10.3.2023
Ngày duyệt bài: 27.3.2023