

V. KẾT LUẬN

Nghiên cứu trên 63 người bệnh cho thấy có tới trên 90% bệnh nhân có rối loạn ăn uống. Thay đổi khẩu vị chiếm tỷ lệ cao nhất (72,6%), tiếp đến là thói quen ăn uống (60,3%). Có mối liên quan giữa tình trạng rối loạn nuốt, thay đổi mức độ thèm ăn và thay đổi thói quen ăn uống theo mức độ nguy cơ suy dinh dưỡng. Những phát hiện từ nghiên cứu của chúng tôi rất quan trọng để cung cấp bằng chứng tiền đề về các vấn đề dinh dưỡng ở bệnh nhân sa sút trí tuệ tại Việt Nam.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **WHO (2022).** Dementia cases set to triple by 2050 but still largely ignored<<https://www.who.int/news/item/11-04-2012-dementia-cases-set-to-triple-by-2050-but-still-largely-ignored>>, accessed: 09/29/2022.
2. **Jones S. (2019).** Nutritional interventions for preventing malnutrition in people with dementia. *Nurs Older People*.
3. **Sergi G., De Rui M., Coin A., et al. (2013).** Weight loss and Alzheimer's disease: temporal and aetiological connections. *Proc Nutr Soc*, 72(1), 160–165.
4. **Paul S.S. (2020).** Strategies for home nutritional support in dementia care and its relevance in low-middle-income countries. *J Family Med Prim Care*, 9(1), 43–48.
5. **Kai K., Hashimoto M., Amano K., et al. (2015).** Relationship between Eating Disturbance and Dementia Severity in Patients with Alzheimer's Disease. *PLoS One*, 10(8), e0133666.
6. **Śliwińska S. and Jeziorek M. (2021).** The role of nutrition in Alzheimer's disease. *Rocz Panstw Zakl Hig*, 72(1), 29–39.
7. **L Volicer, B Seltzer, Y Rheaume, et al. (1989).** Eating difficulties in patients with probable dementia of the Alzheimer type. *Journal of geriatric psychiatry and neurology*, 2(4).
8. **Namasivayam-MacDonald A.M., Morrison J.M., Steele C.M., et al. (2017).** How Swallow Pressures and Dysphagia Affect Malnutrition and Mealtime Outcomes in Long-Term Care. *Dysphagia*, 32(6), 785–796.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT SAU MỔ

Đặng Quốc Ái^{1,2}, Đinh Văn Chiến^{3,4}

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Nghiên cứu nhằm mục đích đánh giá kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ 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 nội soi điều trị tắc ruột sau mổ từ 2018 đến 2022. **Kết quả:** Có 35 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và điều trị bằng phẫu thuật nội soi, tuổi trung bình là $45,36 \pm 18,63$ (16-77) tuổi, trong đó 31,4% là nam và 68,6% là nữ giới. Số lần mổ bụng trung bình trước mổ là $1,29 \pm 0,60$ lần, 80% mổ bụng 1 lần và mổ cắt ruột thừa chiếm phần lớn chiếm 74,3%. Nguyên nhân gây tắc ruột chủ yếu là do dây chằng và dính, chiếm trên 80%. Có 8,6% phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Thời gian mổ trung bình là $89,80 \pm 24,80$ (58-138) phút. Có 5,7% trường hợp có tai biến rách thanh cơ ruột non trong mổ và không có trường hợp nào gặp biến chứng sau mổ. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $2,44 \pm 0,77$ ngày, thời

gian nằm viện trung bình $7,04 \pm 1,51$ ngày. **Kết luận:** Kết quả bước đầu phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ cho thấy đây là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, đau ít, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi tắc ruột, tắc ruột sau mổ.

SUMMARY

INITIAL RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREATMENT INTESTINAL OBSTRUCTION AFTER SURGERY

Background: The study aimed to evaluate the initial results of laparoscopic surgery for intestinal obstruction after surgery at Nghe An Friendship General Hospital and E Hospital. **Materials and Methods:** Retrospective descriptive study, patients undergoing laparoscopic surgery to treated intestinal obstruction after surgery from 2018 to 2022. **Results:** There were 35 patients diagnosed with intestinal obstruction after surgery and treated by laparoscopic surgery, the mean age was 45.36 ± 18.63 (16-77) years old, there were 31.4% male and 68.6% were female. The average number of abdominal operations before surgery was 1.29 ± 0.60 times, 80% of abdominal operations were performed once and appendectomy accounted for the majority of 74.3%. The cause of intestinal obstruction is mainly due to ligaments and adhesions, accounting for over 80%. There were 8,6% Assistant-laparoscopic. The mean operative time was 89.80 ± 24.80 (58-138) minutes. There were 5.7% cases had complications of tearing

¹Trường Đại Học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Bệnh viện Hữu nghị Đa khoa Nghệ An

⁴Trường Đại Học Y Khoa Vinh

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Quốc Ái

Email: drdangquocai@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2023

Ngày phản biện khoa học: 17.3.2023

Ngày duyệt bài: 30.3.2023

the small bowel muscle during surgery, no complications after surgery. The mean time of post-operative defecation was 2.44 ± 0.77 days, The mean time for beginning oral feeding was 43.56 ± 0.71 (2-5) days. The mean hospital stay was 7.04 ± 1.51 days. **Conclusions:** Initial results of laparoscopic surgery to treatment intestinal obstruction after surgery show that this is a safe and effective technique, less pain, early recovery, and a short hospital stay.

Keywords: Technique of laparoscopic intestinal obstruction, intestinal obstruction after surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sau mổ là một bệnh thường gặp sau phẫu thuật vùng bụng. 93 - 100% bệnh nhân sau mổ vùng bụng sẽ hình thành dính sau mổ. Nguy cơ tắc ruột sau mổ ở những bệnh nhân này thay đổi từ 0,3% đến 10,7%. Theo Cox, tỷ lệ tắc ruột sau mổ gặp sau cắt ruột thừa (23%), cắt đại trực tràng (21%), mổ sản khoa (12%) và 24% là các trường hợp mổ bụng nhiều lần [1, 2].

80% trường hợp tắc ruột sau mổ được chỉ định điều trị nội khoa và 70-85% điều trị nội khoa thành công. Ngoại khoa được chỉ định khi điều trị nội khoa thất bại hoặc tắc ruột nghẹt, xoắn, hoại tử. Trong đó, mổ mở vẫn là phương pháp được lựa chọn nhiều nhất trong điều trị tắc ruột sau mổ. Tuy nhiên, mổ mở lại làm tăng nguy cơ dính và tắc ruột tái phát lên 10 - 30% [3]. Năm 2014, Sallinen V đã so sánh kết quả của phẫu thuật nội soi và phẫu thuật mở bụng điều trị tắc ruột sau mổ và đưa ra các chỉ định của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ [4]. Ở Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ được thực hiện ở tại một số trung tâm phẫu thuật lớn trong cả nước, cũng đã có một số công trình nghiên cứu về tính khả thi cũng như kết quả sớm của phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ. Tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An và Bệnh viện E phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ đã được thực hiện cùng một quy trình kỹ thuật như nhau trong những năm gần đây. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này với mục tiêu "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ" tại hai cơ sở y tế trên.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. Gồm 35 bệnh nhân Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An và Bệnh viện E từ năm 2018 đến 2022, có hồ sơ bệnh án đầy đủ theo chỉ tiêu nghiên cứu.

2.2. Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Lựa chọn bệnh nhân:

- Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và được điều trị bằng phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Hữu Nghị Đa Khoa Nghệ An hoặc Bệnh viện E.

- Có hồ sơ đầy đủ các thông tin và dữ liệu phục vụ cho nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Những bệnh nhân gỡ dính ruột hoặc cắt dây chằng do tình cờ phát hiện trong mổ nội soi điều trị bệnh lý khác mà không phải tắc ruột.

- Những bệnh nhân chuyển mổ mở ngay sau khi đặt trocar thăm dò và đánh giá không thể thực hiện được phẫu thuật nội soi.

Chỉ tiêu nghiên cứu:

- Đặc điểm bệnh nhân: Tuổi, giới tính, tiền sử mổ cũ, số lần phẫu thuật, bệnh lý phẫu thuật gần nhất, thời gian từ lần mổ gần nhất đến lần này, số lần điều trị nội khoa tắc ruột trước mổ.

- Kết quả phẫu thuật: phẫu thuật nội soi hoàn toàn, phẫu thuật nội soi hỗ trợ, nguyên nhân gây tắc ruột, 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 dùng thuốc giảm đau sau mổ và 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: Các thông tin về bệnh nhân được giữ bí mật và chỉ phục vụ cho công tác nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu 35 bệnh nhân tắc ruột sau mổ được điều trị bằng phẫu thuật nội soi có các đặc điểm bệnh nhân trước phẫu thuật trình bày trong bảng 1, kết quả phẫu thuật trình bày trong bảng 2 và kết quả điều trị trình bày trong bảng 3.

Bảng 1: Đặc điểm của bệnh nhân trước phẫu thuật:

Tuổi	45,36 ± 18,63 (16 – 77) tuổi	
Giới tính	Nam	11 (31,4%)
	Nữ	24 (68,6%)
Tiền sử mổ bụng	1 lần	28 (80,0%)
	2 lần	4 (11,4%)
	≥ 3 lần	3 (8,6%)
	Trung bình	1,29 ± 0,60 lần
Số lần phẫu thuật tắc ruột	0	31 (88,6%)
	1 lần	2 (5,7%)
	≥ 2 lần	2 (5,7%)
Bệnh lý mổ lần gần nhất	PTNS ruột thừa	14 (40,0%)
	Mổ mở ruột thừa	12 (34,3%)
	Mổ bệnh lý sản	9 (25,7%)

	phụ khoa	
Thời gian từ lần mổ gần nhất	< 1 năm	7 (20,0%)
	1 năm – 5 năm	20 (57,1%)
	≥ 5 năm	8 (22,9%)
Số lần điều trị nội khoa trước mổ	Chưa điều trị lần nào	31 (88,6%)
	1-2 lần	3 (8,6%)
	≥ 3 lần	1 (2,8%)

Tuổi trung bình $45,36 \pm 18,63$ tuổi, thấp nhất là 16 tuổi và cao nhất là 77 tuổi. Tỷ lệ nam/nữ 2,13/1. Tiền sử số lần mổ bụng trung bình là $1,24 \pm 0,60$ lần, có 88% mổ bụng 1 lần và mổ cắt ruột thừa chiếm phần lớn chiếm 84%. Tắc ruột sau mổ xuất hiện dưới 1 năm chiếm 18%, sớm nhất là 2 tháng sau mổ, thời gian dài nhất là trường hợp tắc ruột sau mổ 35 năm (mổ u nang buồng trứng).

Bảng 2: Kết quả phẫu thuật:

Phẫu thuật nội	Hỗ trợ	3 (8,6%)
	Hoàn toàn	32 (91,4%)
Nguyên nhân tắc ruột	Do dây chằng	25 (71,4%)
	Do dính đơn thuần	28 (80,0%)
	Do xoắn	3 (8,6%)
	Do thoát vị nội	4 (11,4%)
	Do dính kèm bã thức ăn	3 (8,6%)
Tai biến trong mổ	Không	33 (94,3%)
	Rách thanh mạc ruột non	2 (5,7%)
	Thủng ruột	0 (0,0%)
Thời gian phẫu thuật trung bình $89,80 \pm 24,80$ (58-138) phút		

Có 3 trường hợp, chiếm 8,6% phẫu thuật nội soi hỗ trợ (mở nhỏ đường trắng giữa < 5cm) để đẩy bã thức ăn xuống đại tràng. 2 trường hợp tai biến rách thanh cơ ruột non trong mổ, có tiền sử mổ bụng cũ 2 lần, dính nhiều, được tiến hành khâu lại bằng chỉ vicryl 4.0 mũi rời thanh cơ qua nội soi.

Bảng 3: Kết quả điều trị sau mổ:

Biến chứng sau mổ	0 (0,0%)
Thời gian rút dẫn lưu ổ bụng sau mổ	$5,72 \pm 1,10$ (4-8) ngày
Thời gian trung tiện trung bình	$2,44 \pm 0,77$ (1-4) ngày
Thời gian cho ăn đường miệng	$3,56 \pm 0,71$ (2-5) ngày
Thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ	$2,56 \pm 0,82$ (1-4) ngày
Thời gian nằm viện trung bình	$7,04 \pm 1,51$ (4-11) ngày

Nhóm nghiên cứu không ghi nhận trường hợp nào có biến chứng và tử vong sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu của chúng tôi có tuổi trung bình là $45,36 \pm 18,63$ tuổi, tuổi nhỏ nhất là 16 tuổi,

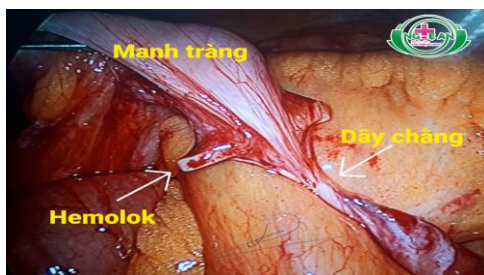
tuổi lớn nhất là 77 tuổi. Tuổi trung bình của tác giả Nguyễn Văn Hải (2008) là 35,7 tuổi (15-78 tuổi) [5], Đặng Ngọc Hùng (2016) là 45 ± 19 [6]. Tỷ lệ nữ trong nghiên cứu của chúng tôi nhiều hơn nam; nghiên cứu của tác giả về tỷ lệ giới tính nam và nữ là tương đương nhau [5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân có tiền sử phẫu thuật bụng 3 lần chiếm 8,6%, đặc biệt có 1 bệnh nhân tiền sử 3 lần mổ mở. Tiền sử số lần phẫu thuật bụng trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là $1,29 \pm 0,6$ lần. Đặng Ngọc Hùng (2016) tiền sử số lần phẫu thuật bụng là $1,1 \pm 0,4$ lần [6]. Tiền sử số lần mổ bụng là một yếu tố chỉ định và tiên lượng trong phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ. Các nghiên cứu cũng ghi nhận rằng, số lần mổ bụng > 2 lần thường liên quan đến tình trạng dính nhiều, gây khó khăn trong quá trình phẫu thuật do khó xác định vị trí của quản nhân gây tắc ruột, dễ gây thương tổn ruột như xây sát thanh mạc, chảy máu thành ruột và thậm chí là thủng ruột trong quá trình thao tác.

Về bệnh lý mổ củ gần nhất trong nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là viêm ruột thừa, chiếm 74,3%, trong đó 40% là mổ nội soi và 34% là mổ mở cắt ruột thừa. Đặng Ngọc Hùng (2016) ghi nhận tiền sử mổ mở viêm ruột thừa là 45,2% [6]. Nguyễn Văn Hải (2008) cũng cho kết quả tương tự với tiền sử mổ cắt ruột thừa là 48,6% tiếp theo là các phẫu thuật sản phụ khoa, chấn thương bụng [5].

Chúng tôi ghi nhận được số bệnh nhân chưa từng điều trị tắc ruột nội khoa chiếm tỷ lệ 88,6% và 1 trường hợp điều trị nội khoa tắc ruột nhiều hơn 3 lần. Phần lớn được chỉ định mổ cấp cứu vì vào viện với biểu hiện lâm sàng của hội chứng tắc ruột cấp tính. Có 1 trường hợp được điều trị tắc ruột nội khoa 8 lần, bệnh nhân này được ghi nhận lại trong mỗi lần vào viện với các triệu chứng lâm sàng và cận lâm sàng ít rầm rộ hơn như đau nhẹ, thỉnh thoảng có cơn đau trội lên hơn mức bình thường kiểu tắc ruột do dính mạn tính, nôn ít hoặc không nôn, bụng không chướng hoặc chướng ít, không có điểm đau khu trú, không có biến đổi các triệu chứng toàn thân.

Tác giả Fevang và cs (2004) [1], nhận định rằng nguy cơ tương đối tái phát tắc ruột sau mổ tăng lên theo số lần điều trị tắc ruột trước đây. Số lần vào viện điều trị tắc ruột càng cao thì nguy cơ tái phát càng cao và khoảng thời gian từ giữa 2 lần điều trị tắc ruột càng ngắn lại. Bệnh nhân điều trị tắc ruột > 4 lần sẽ có ít nhất 1 lần tái phát trong vòng 10 năm (33% bệnh nhân tái phát trong vòng 1 năm).



Hình 1: Tắc ruột do dây chằng sau phẫu thuật nội soi cắt ruột thừa viêm

Về quan điểm có nên gỡ dính toàn bộ tất cả các vị trí dính trong mổ hay không, điều này vẫn còn nhiều ý kiến khác nhau, một số tác giả cho rằng nếu phải gỡ dính toàn bộ thì phải thực hiện nhiều thao tác trong phẫu trường hẹp do ruột chướng mà càng thao tác nhiều thì nguy cơ xảy ra biến chứng trong và sau mổ càng tăng nhất là biến chứng tổn thương ruột. Các tác giả khuyến cáo chỉ thực hiện gỡ dính tại chỗ nguyên nhân gây tắc ruột và nếu thấy rõ nguyên nhân tắc đã được giải quyết thì không cần tìm một cách có hệ thống các vị trí dính khác, chỉ khi thấy dính nhiều mới kiểm tra toàn bộ ruột non. Nghiên cứu của Strickland (1999) so sánh 2 nhóm phẫu thuật nội soi và nhóm chuyển mổ hở và đưa ra lời khuyên là nếu như trong mổ thấy tình trạng dính nhiều và phức tạp thì phẫu thuật viên nên chuyển sang mổ mở chứ không nên mất thời gian để gỡ dính bằng nội soi [7].

Thời gian phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là $89,80 \pm 24,80$ phút, thời gian mổ ngắn nhất 58 phút, nhiều nhất 138 phút. Trường hợp có thời gian mổ dài nhất là tổn thương dính ruột nhiều gây gập góc và có bã thức ăn gây tắc, phải tiến hành gỡ dính kết hợp mổ nhỏ hỗ trợ, đẩy bã thức ăn. Theo dõi sau mổ tất cả đều ổn định, không ghi nhận biến chứng nào sau mổ. Thời gian mổ trung bình của chúng tôi tương đương kết quả nghiên cứu của tác giả Nguyễn Hồng Sơn là 89 phút [8], Nguyễn Văn Hải là $90,9 \pm 55,3$ phút [5], nhìn chung thời gian mổ của các tác giả thay đổi từ 45 đến 112 phút. Chúng tôi thấy, ngoài yếu tố khách quan là tình trạng tổn thương của bệnh nhân, thời gian mổ còn phụ thuộc rất nhiều vào kỹ năng và kinh nghiệm của phẫu thuật viên, nhất là kỹ năng về phẫu thuật nội soi. Vì trong tắc ruột nếu quai ruột giãn lớn, chướng hơi kèm dính nhiều thì phẫu trường rất chật hẹp, khó thao tác và dễ gây tổn thương thêm cho các cơ quan trong ổ bụng. Sự khó khăn trong không gian ổ bụng hẹp do các quai ruột chướng cũng là nguyên nhân dễ dẫn đến tai biến trong mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi

ghi nhận 2 trường hợp xảy ra tai biến rách thanh mạc nông (chiếm 5,7%) là thấp hơn trong báo cáo của tác giả Đặng Ngọc Hùng tỷ lệ tai biến là 8,2% [6]. Thông thường những tổn thương rách thanh mạc hoặc bong thanh mạc do giao diện nếu không được phát hiện và khâu phục hồi thì có nguy cơ rò tiêu hóa gây viêm phúc mạc sau mổ.

Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình $2,56 \pm 0,82$ ngày. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình $2,44 \pm 0,77$ ngày, thời gian cho ăn sau mổ trung bình $3,56 \pm 0,71$ ngày, thời gian nằm viện trung bình $7,04 \pm 1,51$ ngày. Nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn (2010) [8], Dương Trọng Hiền (2014) đều ghi nhận rằng: phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ có nhiều ưu điểm như: (1) ít đau sau mổ, (2) trung tiện sớm hơn, (3) giảm thời gian nằm viện, (4) hồi phục sức khỏe sau mổ nhanh hơn, (5) giảm tỷ lệ các biến chứng của vết mổ và (6) giảm tạo dính sau mổ [5, 6].

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ là kỹ thuật an toàn và hiệu quả, vết mổ nhỏ, ít đau, tỷ tai biến và biến chứng thấp, hồi phục sức khỏe sớm, thời gian nằm viện ngắn.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Fevang. B. T. S., Fevang. J., Lie. S. A., et al** (2004), Long-term prognosis after operation for adhesive small bowel obstruction, *Ann Surg*, 240 (2), pp. 193-201(2).
2. **Cox. M. R., Gunn. I. F., Eastman. M. C., et al** (1993), The safety and duration of non-operative treatment for adhesive small bowel obstruction, *Aust N Z J Surg*, 63 (5), pp. 367-371.
3. **Ayman. M. H., Sarwat. M. A., Naser. Z** (2004), Laparoscopic adhesiolysis for recurrent small bowel obstruction with the ultrasonically activated shear, *Egyptian Journal of Surgery*, 23 (1), pp. 14-19.
4. **V., Wikstrom. H., Victorzon. M., et al** (2014), Laparoscopic versus open adhesiolysis for small bowel obstruction - a multicenter, prospective, randomized, controlled trial, *BMC Surg*, 14 (77), 1471-2482.
5. **Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu, Nguyễn Hồng Sơn** (2008), "Hiệu quả phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột sau mổ", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 12(1), 154-160.
6. **Đặng Ngọc Hùng** (2016), Nghiên cứu chỉ định và kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ, Luận án Tiến sĩ chuyên ngành Ngoại khoa Đại học Y dược Huế tr. 96-115.
7. **Nguyễn Hồng Sơn, Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lưu** (2010), "Kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ", *Y Học TP. Hồ Chí Minh*, 14 (4), tr. 1-7.
8. **Strickland. P., Lourie. D. J., Suddleson. E. A., et al** (1999), Is laparoscopy safe and effective for treatment of acute small-bowel obstruction? *Surg Endosc*, 13 (7), pp. 695-698.