

- management. *World J Gastroenterol* WJG. 2009;15(3):280. doi:10.3748/wjg.15.280
3. **Spectrum of Liver Disease in Type 2** Diabetes and Management of Patients With Diabetes and Liver Disease | Diabetes Care | American Diabetes Association. Accessed December 1, 2022. <https://diabetesjournals.org/care/article/30/3/734/25518/Spectrum-of-Liver-Disease-in-Type-2-Diabetes-and>
 4. **García-Compeán D, González-González JA, Lavallo-González FJ, González-Moreno EI, Maldonado-Garza HJ, Villarreal-Pérez JZ.** The treatment of diabetes mellitus of patients with chronic liver disease. *Ann Hepatol*. 2015;14(6):780-788. doi:10.5604/16652681.1171746
 5. **Goh GBB, Pan A, Chow WC, Yuan JM, Koh WP.** Association between diabetes mellitus and cirrhosis mortality: the Singapore Chinese Health Study. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2017;37(2):251-258. doi:10.1111/liv.13241
 6. **Garcia-Compean D, Jaquez-Quintana JO, Gonzalez-Gonzalez JA, Maldonado-Garza H.** Liver cirrhosis and diabetes: risk factors, pathophysiology, clinical implications and management. *World J Gastroenterol*. 2009;15(3):280-288. doi:10.3748/wjg.15.280
 7. **Tripathi D, Stanley AJ, Hayes PC, et al.** U.K. guidelines on the management of variceal haemorrhage in cirrhotic patients. *Gut*. 2015;64(11):1680-1704. doi:10.1136/gutjnl-2015-309262
 8. **European Association for the Study of the Liver.** EASL clinical practice guidelines on the management of ascites, spontaneous bacterial peritonitis, and hepatorenal syndrome in cirrhosis. *J Hepatol*. 2010;53(3):397-417. doi:10.1016/j.jhep.2010.05.004
 9. **Surviving Sepsis Campaign Guidelines 2021 | SCCM.** Accessed December 1, 2022. <https://www.sccm.org/Clinical-Resources/Guidelines/Guidelines/Surviving-Sepsis-Guidelines-2021>

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG CÓ BIẾN CHỨNG TẮC RUỘT TẠI BỆNH VIỆN K

Trần Tuấn Thành¹, Trần Thắng¹, Nguyễn Văn Huy¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư đại trực tràng (UTĐTT) có biến chứng tắc ruột do tổn thương u. **Bệnh nhân và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu. Từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020 có 60 bệnh nhân UTĐTT có biến chứng tắc ruột được tuyển vào nghiên cứu. Bệnh nhân được đánh giá chiến lược và biến chứng phẫu thuật, thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ. **Kết quả:** 100% bệnh nhân được phẫu thuật triệt căn. Tỷ lệ cắt nối một thì của ung thư đại tràng phải và trái lần lượt là 100% và 50%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 23.3%. Thời gian sống thêm không bệnh và sống thêm toàn bộ ở thời điểm 3 năm và 5 năm lần lượt là 82.4% và 61.5%; 84.2% và 78.2%. **Kết luận:** Phẫu thuật cho nhóm bệnh nhân ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột là an toàn, đạt tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, biến chứng thấp có khả năng kiểm soát được.

Từ khóa: ung thư đại trực tràng, tắc ruột.

SUMMARY

EVALUATION OF TREATMENT RESULTS IN COLORECTAL CANCER WITH BOWEL OBSTRUCTION COMPLICATIONS

Objective: Evaluation of treatment results in patients with colorectal cancer (CRC) with bowel

obstruction complications. **Patients and methods:** Retrospective cohort study. From January 2017 to December 2020, 60 patients were diagnosed with bowel obstruction due to colorectal cancer in K hospital. The patients were evaluated for surgical strategies and complications, Disease-free survival and overall survival. **Results:** 100% of patients underwent radical surgery. One-stage anastomosis rates for right and left colon cancers are 100% and 50%, respectively. The rate of postoperative complications was 23.3%. Disease-free survival and overall survival at 3 years and 5 years were 82.4% and 61.5%, respectively; 84.2% and 78.2%. **Conclusions:** Radical surgery for colorectal cancer patients with bowel obstruction complications is safe, achieving a high rate of radical surgery, low complications and controllability

Keywords: colorectal cancer, bowel obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng (UTĐTT) là bệnh lý ác tính hay gặp của đường tiêu hóa. Theo GLOBOCAN năm 2020, có 1,9 triệu ca mới được chẩn đoán và khoảng 935000 ca tử vong, đứng thứ 3 về tỷ lệ mới mắc và thứ hai về tỉ lệ tử vong¹.

Triệu chứng ban đầu của UTĐTT thường nghèo nàn, không đặc hiệu. Vì vậy, bệnh nhân thường đến viện muộn và trong bệnh cảnh có biến chứng như tắc ruột, thủng, áp xe, chảy máu, chèn ép xâm lấn các tạng. Tắc ruột do ung thư đại trực tràng chiếm 9% trong tắc ruột chung và khoảng 9 - 29% tổng số ung thư đại trực tràng mới chẩn đoán².

Điều trị tắc ruột do ung thư đại trực tràng

¹Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thắng

Email: tranthangncc@gmail.com

Ngày nhận bài: 15.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

còn nhiều tranh luận. Các phương pháp phẫu thuật ung thư đại trực tràng biến chứng tắc ruột hiện nay là phẫu thuật Hartmann, cắt đoạn đại tràng đưa 2 đầu ra làm hậu môn nhân tạo (HMNT), làm HMNT sau đó cắt u thì 2, cắt đoạn đại tràng nối ngay có hoặc không làm HMNT hồi tràng bảo vệ... Tại Việt Nam, phẫu thuật điều trị tắc ruột do UTĐTT trước đây chủ yếu được thực hiện qua hai, ba thì mổ nếu u còn cắt được. Tại bệnh viện K những năm gần đây đã bắt đầu thực hiện phẫu thuật một thì cho kết quả bước đầu tương đối khả quan, vẫn đảm bảo yêu cầu về mặt ung thư học, tỉ lệ rò miệng nối không khác biệt với cắt u thì 2, hơn nữa việc phẫu thuật một thì giúp rút ngắn thời gian điều trị, giảm thiểu nguy cơ biến chứng và rút ngắn thời gian chờ đợi khi bệnh nhân phải hóa trị. Hiện nay tại Việt Nam chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá kết quả điều trị ở nhóm bệnh nhân có biến chứng tắc ruột. Do vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu đề tài: "*Đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột tại Bệnh viện K*" với mục tiêu: *Đánh giá kết quả điều trị bệnh nhân ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu. 60 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng có biến chứng tắc ruột được phẫu thuật triệt căn tại Bệnh viện K từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn. Các bệnh nhân nghiên cứu phải có đủ các tiêu chuẩn sau:

- Bệnh nhân được chẩn đoán xác định UTĐTT (đại tràng phải, đại tràng trái, trực tràng cao) bằng mô bệnh học là ung thư biểu mô tuyến, tế bào nhẵn, chế nhày.

- Có biến chứng tắc ruột do u
- Giai đoạn I-III theo phân loại AJCC 2017
- Thể trạng chung tốt: PS 0-2
- Được phẫu thuật triệt căn
- Có hồ sơ lưu trữ đầy đủ

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh nhân mắc các ung thư khác kèm theo.

- Bệnh nhân tắc ruột do ung thư tái phát đã phẫu thuật trước đó

- Bệnh nhân tắc ruột do các nguyên nhân khác như dây chằng, tắc ruột sau mổ cũ, do bã thức ăn... không phải do tổn thương u.

- Bệnh nhân mắc các bệnh nội khoa trầm trọng nguy cơ tử vong gần.

2.2. Thời gian và địa điểm nghiên cứu

- Thời gian nghiên cứu: Từ tháng 09/2021 đến tháng 11/2022

- Địa điểm nghiên cứu: Bệnh viện K, cơ sở Tân Triều

2.3. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu.

Cỡ mẫu và phương pháp chọn mẫu:

Chọn mẫu thuận tiện: Lấy tất cả các bệnh nhân đủ tiêu chuẩn nghiên cứu

Các bước tiến hành

Bước 1: Lựa chọn, đánh giá bệnh nhân theo đúng các tiêu chuẩn lựa chọn và loại trừ, thu thập thông tin trước điều trị: lâm sàng, cận lâm sàng.

Bước 2: Đánh giá chiến lược điều trị cho bệnh nhân, nhận xét một số biến chứng sau phẫu thuật, thời gian nằm viện

Bước 3: Đánh giá hiệu quả điều trị

- **Sống thêm không bệnh:** (tháng) được tính từ thời điểm bệnh nhân phẫu thuật triệt căn tới khi bệnh nhân được xác định tái phát

- **Sống thêm toàn bộ:** (tháng) được tính từ thời điểm bệnh nhân được chẩn đoán xác định ung thư cho đến khi bệnh nhân tử vong

Xử lý số liệu: Nhập số liệu, làm sạch, mã hoá số liệu: sử dụng phần mềm SPSS 26.0 và các test thống kê y học.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu.

Từ tháng 01/2017 đến tháng 12/2020, 60 bệnh nhân UTĐTT có biến chứng tắc ruột được tuyển vào nghiên cứu. Tuổi trung bình 58.2 ± 13.0 . Tỷ lệ nam/nữ 0.93/1. 100% bệnh nhân có giai đoạn $\geq T3$. Đặc điểm bệnh nhân trong bảng 1.

Bảng 1. Đặc điểm chung nhóm nghiên cứu

Đặc điểm	N = 60
Tuổi	
Trung bình	58.2 \pm 13.0
≥ 60	28 (46.7%)
Giới	
Nam	29 (48.4%)
Nữ	31 (51.6%)
Vị trí khối u	
Đại tràng phải	24 (40%)
Đại tràng trái	36 (60%)
Giải phẫu bệnh	
UTBM tuyến biệt hóa cao	5 (8.3%)
UTBM tuyến biệt hóa vừa	43 (71.7%)
UTBM tuyến biệt hóa kém + chế nhày + tế bào nhẵn	12 (20%)
Giai đoạn T	
T3	25 (41.7%)
T4	35 (58.3%)
Giai đoạn N	
N0	32 (53.3%)

N1	21 (34.9%)
N2	7 (11.8%)
Giai đoạn bệnh	
II	35 (58.4%)
III	25 (41.6%)

3.2. Chiến lược xử trí phẫu thuật cho bệnh nhân

Bảng 2: Thái độ xử trí tắc ruột

Chiến lược xử trí	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Cấp cứu tức thì	51	85,0
Cấp cứu có trì hoãn	9	15,0

Nhận xét: 85% BN được mổ cấp cứu tức thì sau khi hoàn thành các xét nghiệm cơ bản.

Bảng 3. Chiến lược phẫu thuật

Số thì mổ	Chiến lược mổ	ĐT phải N=24	ĐT trái N= 36
Một thì	Cắt đoạn đại tràng nối ngay	24 (100%)	18 (50%)
	Phẫu thuật Hartmann	0	3 (8,3%)
Hai thì	Cắt đoạn đại tràng nối ngay, HMNT bảo vệ → Đóng HMNT	0	6 (16,7%)
	Phẫu thuật Hartmann → Lập lại lưu thông	0	3 (8,3%)
	Làm HMNT trên dòng → Cắt đoạn ĐT nối ngay	0	3 (8,3%)
	Cắt đoạn ĐT đưa hai đầu ra ngoài → Lập lại lưu thông	0	2 (5,6%)
Ba thì	Phẫu thuật Hartmann → Lập lại lưu thông, HMNT bảo vệ → Đóng HMNT	0	1(2,8%)

Nhận xét: 100% các trường hợp UTĐT phải được cắt đoạn đại tràng nối ngay một thì. 58,3% các trường hợp UTĐT trái được phẫu thuật một thì, trong đó 50% cắt nối ngay.

3.3. Các biến chứng sau mổ và thời gian nằm viện

Bảng 4. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Chảy máu sau mổ	2	3,3
Rò miệng nối	1	1,7
Bán tắc ruột sớm sau mổ	1	1,7
Nhiễm trùng vết mổ	6	10,0
Viêm phổi	3	5,0
Biến cố tim mạch	1	1,7
Tổng	14	23,3

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng sau mổ là 23,3%. Nhiễm trùng vết mổ (10,0%) và viêm phổi (5,0%) thường gặp nhất.

Bảng 5. Thời gian hậu phẫu

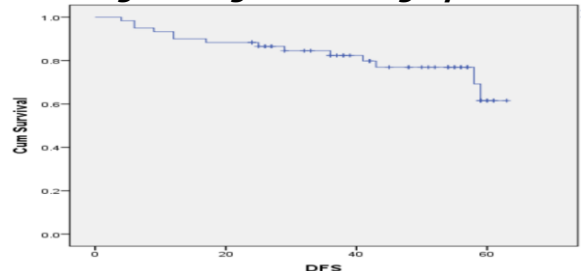
Phương pháp phẫu thuật	Số bệnh nhân	Thời gian hậu phẫu
------------------------	--------------	--------------------

	nhân n (%)	trung bình (ngày)
Cắt đoạn đại tràng nối ngay	42(70,0)	11,3 ± 4,7
Cắt đoạn ĐT nối ngay, làm HMNT bảo vệ	6(10,0)	10,5± 3,1
Làm HMNT trên dòng	3(5,0)	5,7 ± 0,5
Cắt đoạn đại tràng đưa hai đầu ra ngoài	2(3,3)	9,5±0,5
Phẫu thuật Hartmann	7(11,7)	9,7±3,2

Nhận xét: Bệnh nhân cắt đoạn đại tràng nối ngay có thời gian nằm hậu phẫu dài nhất là 11,3 ± 4,7 ngày.

3.4. Kết quả sống thêm

Thời gian sống thêm không bệnh



Biểu đồ 1: Thời gian sống thêm không bệnh (DFS)

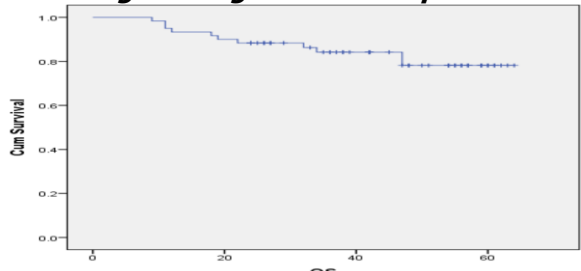
Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm và 5 năm lần lượt là 82,4% và 61,5%.

Bảng 6. Vị trí tái phát

Vị trí di căn	Di căn xa (n=14)		
	Nửa phải đại tràng (n=24)	Nửa trái đại tràng (n=36)	Chung (n,%)
Phúc mạc	3	1	4(28,6)
Gan	4	3	7(50,0)
Phổi	1	2	3(21,4)
Buồng trứng	1	0	1(7,1)
Hạch cổ	1	0	1(7,1)

Nhận xét: Trung vị thời gian theo dõi 42 tháng, 14 bệnh nhân tái phát sau điều trị. Gan là vị trí di căn thường gặp nhất chiếm 50%.

Thời gian sống thêm toàn bộ



Biểu đồ 2. Sống thêm toàn bộ (OS)

Nhận xét: Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm và 5 năm lần lượt là 84,2% và 78,2%.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật điều trị tắc ruột do UTĐTT thường phức tạp, do phải đảm bảo hai nguyên tắc giải quyết biến chứng tắc ruột và đảm bảo về mặt ung thư học. 85% bệnh nhân trong nghiên cứu được chỉ định mổ cấp cứu tức thì sau khi hoàn thành các xét nghiệm cơ bản. 9 trường hợp (15%) được trì hoãn bằng điều trị nội khoa nhịn ăn truyền dịch, bồi phụ điện giải, kháng sinh, đặt sonde dạ dày sau đó tiến hành mổ sau (Bảng 2). Chỉ định mổ cấp cứu tức thì được đặt ra khi bệnh nhân đau bụng cơn nhiều, bụng chướng nhiều, ấn bụng có phản ứng, hoặc có các dấu hiệu thay đổi huyết động...

100% BN được phẫu thuật triệt căn cắt bỏ tổn thương và vét hạch. Tỷ lệ bệnh nhân ung thư đại tràng phải được phẫu thuật cắt u, lập lại lưu thông tiêu hóa 1 thì đạt 100%. (Bảng 3) Miệng nối hồi đại tràng ngang tương đối an toàn ngay cả trong bệnh cảnh tắc ruột vì đảm bảo không bị căng và nuôi dưỡng tốt vì vậy chiến lược tiếp cận là cắt nối ngay một thì. Phẫu thuật cắt nối ngay một thì có ưu điểm là bệnh nhân không phải mang túi hậu môn nhân tạo, rút ngắn thời gian hồi phục sau phẫu thuật, bệnh nhân có thể tiếp nhận điều trị hóa chất hỗ trợ sớm. Một số trường hợp nối có nguy cơ rò bực (ổ bụng bần do biến chứng vỡ u gây viêm phúc mạc) có thể làm hậu môn nhân tạo hồi tràng sau đó cắt u thì hai, hoặc cắt đại tràng phải đưa hai đầu ra ngoài sau đó lập lại lưu thông tiêu hóa thì hai. Theo tác giả Nguyễn Văn Chuyên và Trần Mạnh Hùng, đối với các trường hợp ung thư đại tràng phải còn chỉ định cắt đoạn đại tràng, 100% các trường hợp được phẫu thuật nối hồi đại tràng ngang một thì, các trường hợp không còn chỉ định cắt đoạn đại tràng do khối u xâm lấn rộng hoặc di căn lan tràn, thể trạng bệnh nhân suy kiệt tiên lượng sống thêm ngắn, có thể tiến hành nối tắt hồi đại tràng ngang hoặc làm hậu môn nhân tạo^{4,5}.

Chiến lược phẫu thuật cho ung thư nửa đại tràng trái rất đa dạng và phụ thuộc vào bệnh cảnh của từng bệnh nhân. Tỷ lệ bệnh nhân UTĐTT trái phẫu thuật một thì là 58,3% trong đó 50% cắt đoạn đại tràng nối ngay, 8,3% phẫu thuật Hartmann. Có 14 bệnh nhân (38,9%) được phẫu thuật hai thì trong đó 6 bệnh nhân (16,7%) được cắt đoạn nối ngay làm HMNT bảo vệ, thì hai đóng HMNT; 3 bệnh nhân (8,3%) được phẫu thuật Hartmann sau đó lập lại lưu thông tiêu hóa thì hai; 3 bệnh nhân (8,3%) được làm HMNT trên dòng sau đó cắt đoạn đại tràng nối ngay thì hai; 2 bệnh nhân (5,6%) cắt đoạn đại tràng đưa 2 đầu ra ngoài sau đó lập lại lưu thông tiêu hóa

thì hai. Có 1 bệnh nhân phải phẫu thuật ba thì, thì đầu phẫu thuật Hartmann, thì hai nối hai đầu đại tràng làm HMNT hồi tràng bảo vệ, thì ba đóng HMNT (Bảng 3). Tác giả Nguyễn Văn Chuyên và Hà Văn Quyết, tỷ lệ cắt nối 1 thì thấp hơn lần lượt là 22,9% và 16,4%^{3,4}. Kết quả này có thể do các nghiên cứu khác bao gồm cả các bệnh nhân giai đoạn IV, hoặc kích thước u lớn xâm lấn rộng nên tăng tỷ lệ bệnh nhân làm HMNT đơn thuần, nối tắt, hoặc phẫu thuật Hartmann. Hai đầu miệng nối đại tràng trái được tưới máu nuôi dưỡng không tốt, chứa nhiều vi khuẩn, ứ đọng phân dài ngày do tắc, chênh lệch khẩu kính giữa hai đầu ruột do đầu giãn đầu xẹp... là các yếu tố không thuận lợi dẫn tới nguy cơ rò miệng nối.

Tỷ lệ biến chứng sau phẫu thuật là 23,3%, gồm nhiễm trùng vết mổ (10%) và viêm phổi sau mổ (5%), tỷ lệ biến chứng liên quan đến phẫu thuật là 6,7%, với 2 trường hợp chảy máu sau mổ được điều trị nội khoa ổn định, 1 trường hợp rò miệng nối trên bệnh nhân ung thư đại tràng Sigma được cắt nối ngay một thì, và 1 trường hợp bán tắc ruột sớm sau mổ được điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp nào phải can thiệp mổ lại và không có tử vong sớm liên quan phẫu thuật (Bảng 4). Nghiên cứu của Trịnh Hồng Sơn báo cáo 99 trường hợp tắc ruột tại bệnh viện Việt Đức giai đoạn 1986-1993, tỷ lệ tử vong lên tới 23%, chủ yếu liên quan tới tình trạng suy kiệt, chảy máu sau mổ và rò miệng nối⁶. Nhờ những tiến bộ trong hồi sức tích cực, cùng với việc giảm tỷ lệ các trường hợp tắc ruột đến muộn, tỷ lệ biến chứng và tử vong do tắc ruột đã giảm đáng kể. Nghiên cứu của Hà Văn Quyết trên 122 bệnh nhân tắc ruột tại bệnh viện Việt Đức trong giai đoạn 1999-2004, tỷ lệ biến chứng chung là 27%, thường gặp nhất là nhiễm trùng vết mổ, không có trường hợp tử vong³.

Đối với thì đầu giải quyết tắc ruột, thời gian hậu phẫu trung bình là $10,8 \pm 4,5$ ngày, trong đó làm HMNT trên dòng có thời gian hậu phẫu ngắn nhất là $5,7 \pm 0,5$ ngày, mổ cắt đoạn đại tràng nối ngay một thì có thời gian hậu phẫu dài nhất là $11,3 \pm 4,7$ ngày (Bảng 5). Kết quả này thấp hơn nghiên cứu của Phạm Văn Bình trên các bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại tràng trái được cắt nối ngay một thì, thời gian hậu phẫu trung bình là 14,3 ngày⁷, và cao hơn nghiên cứu của Nguyễn Văn Chuyên, thời gian hậu phẫu trung bình là $9,86 \pm 1,86$ ngày⁴. Nhìn chung thời gian hậu phẫu ở nhóm bệnh nhân mổ cấp cứu tắc ruột cao hơn so với các bệnh nhân mổ có kế hoạch theo một số nghiên cứu.

Trung vị thời gian theo dõi 42,0 tháng, 14 (23,3%) bệnh nhân tái phát sau điều trị. Gan, phúc mạc và phổi là những vị trí thường gặp nhất chiếm tỷ lệ lần lượt là 50%, 28,6% và 21,4% (Bảng 6). Trung vị sống thêm không bệnh chưa đạt được. Tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm và 5 năm lần lượt là 82,4% và 61,5% (Biểu đồ 1). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi tương đồng với kết quả của La Văn Trường cho kết quả tỷ lệ sống thêm không bệnh 3 năm đạt 76,3%⁸.

Trung vị sống thêm toàn bộ (OS) chưa đạt được. OS 3 năm và 5 năm là 84,2% và 78,2% (Biểu đồ 2). Nghiên cứu của tác giả Chen tỷ lệ sống thêm 5 năm sau phẫu thuật triệt căn cho bệnh nhân tắc ruột do ung thư đại trực tràng đạt 59,7%⁹. Kết quả tương tự cũng được báo cáo trong nghiên cứu của Yang, tỷ lệ sống thêm 5 năm và 10 năm ở nhóm có tắc ruột lần lượt là 47,8% và 42,8%, thấp hơn so với nhóm không có biến chứng tắc ruột là 67,2% và 59,8%¹⁰. Tỷ lệ sống thêm toàn bộ 3 năm và 5 năm của chúng tôi cao hơn so với tác giả Chen và Yan do nghiên cứu của chúng tôi chỉ lựa chọn bệnh nhân giai đoạn tại chỗ, chưa di căn xa, 100% bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi được phẫu thuật triệt căn, trong đó Chen và Yan lựa chọn cả nhóm bệnh nhân giai đoạn IV chỉ phẫu thuật giảm nhẹ.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật triệt căn cho nhóm bệnh nhân UTĐT có biến chứng tắc ruột là an toàn, đạt tỷ lệ phẫu thuật triệt căn cao, biến chứng thấp có khả năng kiểm soát được. Với tổn thương đại tràng phải, chiến lược điều trị là phẫu thuật cắt u triệt căn lập lại lưu thông tiêu hóa 1 thì. Với tổn thương đại tràng trái, thể trạng kém, chênh lệch khẩu kính 2 đầu ruột, ứ đọng phân lâu ngày nên làm hậu môn nhân tạo, phẫu thuật lập lại lưu

thông tiêu hóa thì sau.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Sung H, Ferlay J, Siegel RL, et al.** Global Cancer Statistics 2020: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. *CA Cancer J Clin.* 2021;71(3):209-249.
2. **Cuffy M, Abir F, Audisio RA, Longo WE.** Colorectal cancer presenting as surgical emergencies. *Surg Oncol.* 2004;13(2-3):149-157.
3. **Hà Văn Quyết.** Nghiên cứu chẩn đoán và điều trị phẫu thuật tắc ruột do ung thư đại tràng, *Ngoại Khoa Số 3*, 2005: 28 – 36.
4. **Nguyễn Văn Chuyên.** Đánh Giá Kết Quả Điều Trị Phẫu Thuật Tắc Ruột Do Ung Thư Đại Tr tràng Tại Bệnh Viện Bạch Mai. Luận Văn Thạc Sĩ Y Học, Trường Đại Học Y Hà Nội. 2014.
5. **Trần Mạnh Hùng.** Kết Quả Sớm Điều Trị Phẫu Thuật Tắc Ruột Do Ung Thư Biểu Mổ Đại Tr tràng Phải Tại Bệnh Viện Bạch Mai. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2022;512(1).
6. **Trình Hồng Sơn, Chu Nhật Minh, Đỗ Đức Văn.** Tắc Ruột Do Ung Thư Đại Tr tràng Nhận Xét về Chẩn Đoán, Chỉ Định và Cách Xử Trí qua 99 Trường Hợp Được Mổ Cấp Cứu Tại Bệnh Viện Việt Đức. *Tạp Chí Ngoại Khoa.* 1995;9:129-136.
7. **Phạm Văn Bình, Hoàng Mạnh Thắng.** Đánh Giá Kết Quả Sớm Phẫu Thuật Cấp Cứu Nổi Ngay Một Thì Điều Trị Tắc Ruột Do Ung Thư Nửa Trái Đại Tr tràng Tại Bệnh Viện K. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2021; 501(1).
8. **La Văn Trường.** Kết Quả Điều Trị Hỗ Trợ Ung Thư Đại Tr tràng Giai Đoạn II-III Bằng Phác Đồ FOLFOX4. *Tạp Chí Y Học Việt Nam.* 2017; 455(1):126-130.
9. **Chen TM, Huang YT, Wang GC.** Outcome of Colon Cancer Initially Presenting as Colon Perforation and Obstruction. *World J Surg Oncol.* 2017;15(1):164.
10. **Yang Z, Wang L, Kang L, et al.** Clinicopathologic Characteristics and Outcomes of Patients with Obstructive Colorectal Cancer. *J Gastrointest Surg Off J Soc Surg Aliment Tract.* 2011;15(7):1213-1222.

SỰ HÀI LÒNG CỦA NGƯỜI CAO TUỔI KHÁM CHỮA BỆNH TẠI TRẠM Y TẾ XÃ PHƯỜNG, THÀNH PHỐ NAM ĐỊNH NĂM 2022

Mai Anh Đào¹, Đỗ Thị Mai¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả thực trạng sự hài lòng của người cao tuổi khám chữa bệnh ở Trạm y tế xã phường,

¹Trường Đại học Điều dưỡng Nam Định

Chịu trách nhiệm chính: Mai Anh Đào

Email: daodhdnd@gmail.com

Ngày nhận bài: 16.3.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.4.2023

Ngày duyệt bài: 23.5.2023

thành phố Nam Định năm 2022. **Đôi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả cắt ngang người cao tuổi khám chữa bệnh tại Trạm y tế đạt chuẩn quốc gia. **Kết quả:** Khám chữa bệnh tại trạm y tế nhóm tuổi 60-79 chiếm 80,6%, nữ 59,3%, bệnh thông thường và mạn tính chiếm 90,1%, sử dụng BHYT chiếm 60,3%. Điểm số trung bình hài lòng về ứng xử, năng lực chuyên môn 4,25; Khả năng tiếp cận dịch vụ 4,23; Cơ sở vật chất, phương tiện phục vụ 4,01; Minh bạch thông tin 3,94; Kết quả cung cấp dịch vụ 3,55. NCT hài lòng về tiếp cận dịch vụ 66,8%; Cơ sở vật