

thuốc tiêm trong điều trị ngoại trú bởi vì dễ sử dụng, ít gây đau so với sử dụng thuốc tiêm và giúp giảm nguy cơ nhiễm trùng, đặc biệt đối với người cao tuổi và người bệnh ĐTĐ. Thuốc có nguồn gốc nhập khẩu từ 13 quốc gia khác nhau chiếm 77,2% về chi phí sử dụng trong điều trị cho người bệnh ĐTĐ có BHYT, và tỷ lệ này cao gần gấp 4 lần so với thuốc sản xuất tại Việt Nam. Trong số đó, thuốc có nguồn gốc từ châu Âu có chi phí sử dụng cao nhất chiếm 48,2% chi phí. Bên cạnh đó, ban lãnh đạo BVLVT luôn quan tâm đến việc lựa chọn sử dụng thuốc sản xuất trong nước để đáp ứng yêu cầu ưu tiên lựa chọn thuốc theo chính sách của Bộ Y tế. Tuy nhiên, thuốc sản xuất tại Việt Nam mới chỉ tập trung vào các dạng bào chế đơn giản nên bệnh viện vẫn phải sử dụng nhiều thuốc nhập khẩu đối với một số nhóm thuốc trong điều trị ĐTĐ.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu đã cung cấp thông tin cụ thể về chi phí sử dụng thuốc cho người bệnh ĐTĐ có BHYT tại BVLVT trong năm 2022, giúp ban lãnh đạo của bệnh viện có thêm căn cứ trong việc đánh giá thực trạng sử dụng thuốc tại bệnh viện, tạo cơ sở cho những điều chỉnh trong kế hoạch phân bổ ngân sách và lựa chọn mua sắm thuốc phù hợp với tình hình thực tế tại bệnh viện cho những năm tiếp theo. Điều này giúp tiết kiệm chi phí và đáp ứng các yêu cầu của chính sách sử dụng thuốc của cơ quan quản lý y tế.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **International Diabetes Federation (IDF).** The IDF Diabetes Atlas. 10th ed. 2021.
2. **Phan Hương Dương, Vũ Thu Trang, Đoàn Tuấn Vũ, Lê Quang Toàn, Hoàng Văn Minh.** Assessment of the risk factors associated with type 2

- diabetes and prediabetes mellitus: A national survey in Vietnam. *Medicine*. 2022; 101(41)
3. **Trần Anh Duyên, Hoàng Thy Nhac Vũ, Lê Phước Thành Nhân, Trần Văn Khanh.** Phân tích tình hình sử dụng insulin và nhóm thuốc hạ đường huyết trong điều trị ngoại trú có bảo hiểm y tế tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(1)
4. **Hoàng Thy Nhac Vũ, Nguyễn Đỗ Hồng Nhung, Lê Phước Thành Nhân, Trần Văn Khanh.** Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 cho người bệnh có bảo hiểm y tế tại bệnh viện Lê Văn Thịnh năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;519(1)
5. **Nguyễn Thị Thùy Trang, Phạm Ngọc Thủy Tiên, Hoàng Thy Nhac Vũ.** Phân tích chi phí trực tiếp y tế trong điều trị đái tháo đường típ 2 tại bệnh viện Quận 8 Thành Phố Hồ Chí Minh giai đoạn 2019-2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022; 514(1)
6. **Lê Văn Phó, Nguyễn Thị Thu Hà, Tạ Văn Trâm.** Chi phí điều trị trực tiếp cho người bệnh đái tháo đường ngoại trú tại phòng khám nội tiết bệnh viện đa khoa trung tâm Tiền Giang năm 2021. *Tạp chí Y học Việt Nam*. 2022;508(2)
7. **Yin R, Xu Y, Wang X, Yang L, Zhao D.** Role of Dipeptidyl Peptidase 4 Inhibitors in Antidiabetic Treatment. *Molecules (Basel, Switzerland)*. 2022; 27(10)
8. **Lee KA, Jin HY, Kim YJ, Kim SS, Cho EH, Park TS.** Real-world comparison of mono and dual combination therapies of metformin, sulfonylurea, and dipeptidyl peptidase-4 inhibitors using a common data model: A retrospective observational study. *Medicine*. 2022;101(8)
9. **Shirabe S, Yamazaki K, Oishi M, et al.** Changes in prescription patterns and doses of oral antidiabetic drugs in Japanese patients with type 2 diabetes (JDDM70). *Journal of diabetes investigation*. 2023;14(1):75-80.
10. **Singla R, Bindra J, Singla A, Gupta Y, Kalra S.** Drug Prescription Patterns and Cost Analysis of Diabetes Therapy in India: Audit of an Endocrine Practice. *Indian journal of endocrinology and metabolism*. 2019;23(1):40-45.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ, PHẪU THUẬT VÀ PHẪU THUẬT NỘI SOI VIÊM TÚI THỪA ĐẠI TRÀNG (81 TRƯỜNG HỢP)

Thái Nguyên Hưng¹, Trịnh Thành Vinh²

TÓM TẮT

Mục tiêu nghiên cứu: 1. Kết quả chẩn đoán VTTĐT. 2. Kết quả điều trị nội khoa, phẫu thuật (PT)

¹Bệnh viện K

²Đại học Y Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Thái Nguyên Hưng

Email: thainguyenhung70@gmail.com

Ngày nhận bài: 10.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 15.5.2023

Ngày duyệt bài: 5.6.2023

và PT nội soi (PTNS). **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu (NC):** - Đối tượng NC: Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VTTĐT, được PT và/hoặc điều trị tại khoa PT cấp cứu bụng, BV Việt Đức. - **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** 81 BN, Nam 49 BN (60,5%), Nữ 32 BN (39,5%), tuổi TB: 45,14±18,5 (16-93). Nam 60,5%, Nữ 39,5%. Địa dư: Thành thị 65,4%, nông thôn 34,6%. Nghề trí thức 48,2%, Nông 18,5%. Tỷ lệ VTTĐT P 77,8%,VTTĐTT 9,9%,VTTĐT P-T 12,3%. Chụp CTScan bụng 84%,phát hiện VTTĐT 85,3%. Điều trị nội 48,1%. Tỷ lệ thành công 100% (VTTĐT Hinchey I-Túi thừa viêm tấy hay apxe cạnh

ĐT). Thời gian TB $5,64 \pm 2,65$ ngày; 84,6% phối hợp 2 kháng sinh. Mổ 51,9%. Mổ cấp cứu 85,7%, phiên 14,3%, PTNS 61,9%, mổ mở 23,8%, FTNS → mổ 14,3%. + Các phương pháp PTNS: PTNS thăm dò, cắt RT 73,2%, cắt túi thừa NS 15,4%, mổ thông MT 3,8%, hút rủa, DL 3,8%, PTNS cắt ĐT trái 3,8%. + Mổ mở và PTNS → Mổ: 31,3%, cắt ĐT trái 6,2%, cắt ĐT P 31,3%, Cắt ĐT P + T 12,5%, PT Harmann: 18,8%. + Thời gian mổ TB: $93,8 \pm 55,2'$ (range 30-210'); Thời gian điều trị TB (nhóm mổ): $7,2 \pm 4,04$ ngày (3-25). + Biến chứng-Tử vong: 1 BN 86T TV sau mổ 2 ngày do suy hô hấp, COPD, VPM toàn thể VTTĐT thủng. ++BC: 8 bn có NT vết mổ, 1BN apxe tồn dư, DL dưới CLVT. **Kết luận:** + Tuổi TB: $45,1 \pm 18,5T$. + Tỷ lệ mắc bệnh: VTTĐT 77,8%, VTTĐT 9,9%, VTTĐT-T 12,3%. + Chụp CLVT có giá trị xác định VTTĐT cao 85,3%. + Điều trị nội: 48,1%, đạt kết quả 100% BN có phân loại Hinchey GD I, hoặc Ambrosetti 1997 mức độ nhẹ). Thời gian điều trị TB: $5,64 \pm 2,65$ ngày. Thời gian dùng KS TB: $5,1 \pm 2,36$ ngày. + Phẫu thuật: Tỷ lệ PT 51,9%, mổ cấp cứu 85,7%, mổ phiên 14,3%. + PTNS 61,9%, mổ mở 23,8%, PTNS → Mổ 14,3%. + Thời gian (TG) mổ TB: $93,8 \pm 55,2'$ (30-210'). Ngày điều trị TB: $7,2 \pm 4,04$ ngày (3-25 ngày). Biến chứng: 11,1% (9 BN; 8 NT vết mổ, 1 apxe tồn dư DL dưới CLVT). TV: 1BN (1,37%) sau PT Harmann 2 ngày do suy hô hấp (COPD)

SUMMARY

RESULT OF MEDICAL TREATMENT AND LAPAROSCOPIC - LAPAROTOMY SURGERY OF COLON DIVERTICULITIS

Study aim: 1. Evaluate the diagnosis of diverticulitis. 2. The result of medical management and laparoscopic -laparotomy surgery of colon diverticulitis. **Patient and method:** +Retrospective study. +Time: 2008-2013. **Result:** + There were 81 patients, male 60,5%, female 39,5%; mean age $45,14 \pm 18,5$ (range:16-93 Y). Distribution: Urban area 65,4%, rural area 34,6%, Occupation concerned: Intellecture 48,2%, farmer 18,5%. Diagnosis: Right colon diverticulitis 77,8%, left colon diverticulitis 9,9%; combination of right -left 12,3%. Abdominal CTScan performed in 84% with accuracy by 85,3%. Medical treatment: 48,1% with 100% success rate (Hinchey I classification). Average hospital duration (medical) $5,64 \pm 2,65$ day, 84,6% had combination of 2 antibiotic drugs therapy. Surgery: Operation performed in 51,9%; of them, emergency surgery in 85,7%, elective in 14,3%; laparoscopic in 61,9%, laparotomy in 23,8%, conversion 14,3%. +Surgical procedure included: ++Laparoscopic surgery: Exploratory and appendectomy 73,2%, diverticulectomy 15,4%, cecostomy 3,8%, lavage and drainage 3,8%. Laparoscopic left colectomy 3,8%. ++Laparotomy and conversion to laparotomy: Right hemicolectomy 31,3% (5 of 16 patients), Left hemicolectomy 6,2%. Left and right colectomy 12,5%, Harmann procedure 18,8%. ++The average operation time: $93,8 \pm 55,2'$ (range 30-210'). Duration of hospital stay $7,2 \pm 4,04$ day (3-25 d). ++Complication and death: 1 death on 2nd day post Hartmann procedure (diffuse peritonitis due to perforated left colon

diverticulitis, respiratory failure). 8 patient had infected of abdominal incision, 1 had residual abscess treated by CTScan guided drainage. **Conclusion:** We concluded that +The diverticulitis proportion: colon diverticulitis had slightly prevalence in male 60,5%, mean age $45,14 \pm 18,5$ Y. The Proportion of right colon diverticulitis was 77,8%, Left colon diverticulitis 9,9%, Right and left colon: 12,3%. + Abdominal CTScan is diagnostic method with the accuracy of 85,3%. +Medical treatment: Success rate 100% (Hinchey I classification), average hospital stay $5,64 \pm 2,65$ day, average duration of antibiotic drug therapy $5,1 \pm 2,36$ day. +Surgery: 51,9%, of them emergency operation 85,7%; elective 14,3%. +Laparoscopic operation 61,9%, laparotomy 23,8%, conversion to laparotomy: 14,3%. +Average operating time $93,8 \pm 55,2'$ (30-210'). Surgical treatment duration $7,2 \pm 4,04$ day

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Viêm túi thừa đại tràng (VTTĐT) là bệnh lý được mô tả đầu tiên ở các nước Âu-Mỹ cuối TK XIX đầu TK XX. Ở VN, bệnh VTTĐT còn chưa được biết đến và nghiên cứu (NC) nhiều. Những năm gần đây, VTTĐT xuất hiện với tỷ lệ ngày càng tăng ở nước ta. Các biến chứng như VTTĐT thủng, apxe, rò mù, phân, viêm phúc mạc (VPM) mù, phân xuất hiện ngày càng nhiều. Chẩn đoán VTTĐT gặp nhiều khó khăn do biểu hiện lâm sàng VTTĐT khá giống với viêm ruột thừa (VRT), mặt khác VTTĐT trái thường gây biến chứng thủng, VPM mù, phân... Thái độ xử trí VTTĐT khác nhiều VRT. Bởi vậy chúng tôi NC đề tài này nhằm 2 mục tiêu.

1. Kết quả chẩn đoán VTTĐT

2. Kết quả điều trị nội khoa, phẫu thuật (PT) và PT nội soi (PTNS)

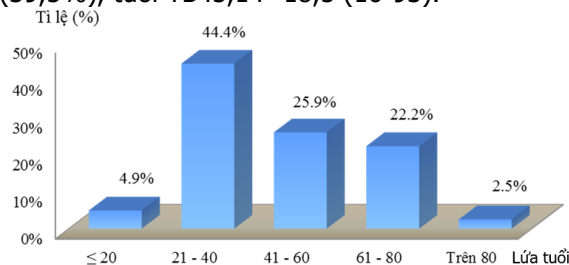
II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

+ **Đối tượng NC:** Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán VTTĐT, được PT và/hoặc điều trị tại khoa PT cấp cứu bụng, BV Việt Đức.

+ **Phương pháp NC:** Mô tả hồi cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

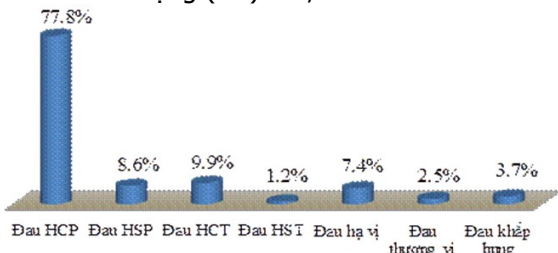
81 BN, Nam 49 BN (60,5%), Nữ 32 BN (39,5%), tuổi TB $45,14 \pm 18,5$ (16-93).



Biểu đồ 1: Phân bố tỷ lệ mắc theo nhóm tuổi.

++ Lứa tuổi: 21-40 có tỷ lệ VTTĐT 44,4%.

- +Địa dư: Nông thôn: 34,6%, thành thị: 65,4%.
- + Nghề: Trí thức 48,2%, Nông dân 18,5%, nghề khác 33,3%.
- + Tiền sử (TS)
- ++ 95,1% mắc đợt đầu, 4,9% mắc nhiều đợt.
- ++ 14,8% PT bụng, 85,2% chưa mổ.
- ++ Bệnh NK: 2,5% ĐTĐ, 8,6% cao HA, 2,5% dùng corticoid kéo dài.
- + Triệu chứng lâm sàng (TCLS)
- ++ Đau bụng (ĐB): 97,5%.



Biểu đồ 2: Vị trí đau bụng

- ++ Đau HCP: 77,8% đau HCT: 9,9%, khắp bụng 3,7%.
- ++ Tính chất đau:

Bảng 1: TC đau bụng

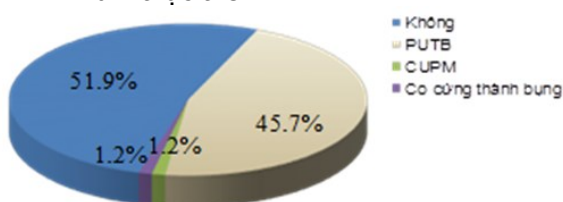
Tính chất đau	n	%
Đau bụng (ĐB) âm ỉ liên tục	55	67,9
ĐB quặn từng cơn	13	16,0
ĐB âm ỉ, trở thành cơn	11	13,6
ĐB dữ dội	2	2,5
N	81	100

- ++ ĐB âm ỉ liên tục 67,9%
- ++ Rối loạn tiêu hóa (RLTH)

Bảng 2: RLTH

Triệu chứng	n	%
Ỉa lỏng	8	9,9
Ỉa máu	5	6,2
Ỉa BT	68	84,0
TS	81	100

- + Khám thực thể:



Biểu đồ 3: Tỷ lệ các triệu chứng (TC) thực thể

- + Xét nghiệm (XN):
- ++ Bạch cầu (BC):

Bảng 3: XN bạch cầu

BC(mm ³)	n	5
< 8000	7	8,6
8000 - ≥ 10.000	12	14,8
> 10000 - 15000	46	56,8

> 15.000	16	19,8
N	81	100

- ++ BC TB 12,830 ± 3790/mm³ (6730-23720)
- + Chụp CLVT:

Bảng 4: Chụp CLVT

CLVT	n	%
Túi thừa ĐT	58	85,3
Không thấy túi thừa ĐT	10	14,7
TS	68	100

- ++ 68/81 BN chụp CLVT; 85,3% có túi thừa.
- + Vị trí túi thừa (CLVT):

Bảng 5: Vị trí túi thừa (CLVT)

Vị trí túi thừa	n	%
TT ĐT P	44	75,9
TT ĐT T	6	10,3
TTĐT P -T	8	13,8
n	58	100

- ++ Số lượng túi thừa (CLVT): 55,2% 1 túi thừa, 44,8% nhiều túi thừa.

- + Tồn thương khác (CLVT)

Bảng 6: Tồn thương qua CLVT

Tồn thương	n	%
Dày thành ĐT	44 (58)	75,86
Thâm nhiễm quanh ĐT	58 (58)	100
Ổ dịch khu trú	21 (58)	36,2
Dịch tự do OB	3 (58)	5,2
Khí tự do OB	3 (58)	5,2

- + Tồn thương túi thừa (SA bụng):

- ++ Có túi thừa: 38,3%..

- ++ Không túi thừa: 61,7%.

- + Kết quả nội soi đại tràng (NSĐT): 17 BN NSĐT

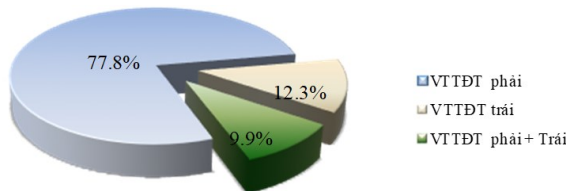
Bảng 7: Kết quả NSĐT

Vị trí túi thừa	n (17)	5
TT ĐTP	11	64,6
TTĐTT	2	11,8
TTĐT P -T	4	23,6
n	17	100

- ++ NSĐT: 1 túi thừa: 17,6%

- ++ NSĐT: nhiều túi thừa: 82,4%.

- + Chẩn đoán



Biểu đồ 4. Phân bố bệnh lý

Bảng 8. Vị trí túi thừa

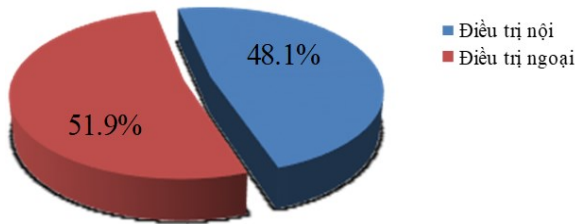
Vị trí túi thừa		Số BN (n=81)	Tỉ lệ %
ĐT phải (77.8%)	Manh tràng (MT)	44	54,3
	ĐT lên	16	19,8

	MT + ĐT lên	3	3,7
ĐT trái (12.3%)	ĐT xuống	1	1,2
	ĐT sigma	9	11,1
Cả ĐT P + T (9.9%)		8	9,9
n		81	100,0

Bảng 9. Biến chứng túi thừa

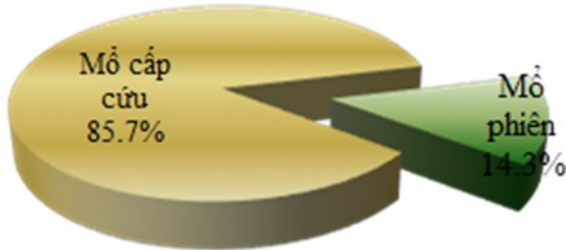
Biến chứng	N (81)	Tỉ lệ %
Có	18	22,2
Không	63	77,8
N	81	100,0

+ Phương pháp điều trị:



Biểu đồ 5: PP điều trị

++Phẫu thuật: 51,9%. Điều trị nội: 48,1%



Biểu đồ 6. Thái độ xử trí

Bảng 10. Chẩn đoán trước mổ

Chẩn đoán trước mổ	N (42)	Tỉ lệ %
VRT	28	66,7
VTTĐT P thủng	1	2,4
VTTĐT T thủng	1	2,4
VPM	3	7,1
Tắc ruột	3	7,1
VTTĐT P	2	4,8
VTTĐT T	2	4,8
VTTĐT P + T	2	4,8
N	42	100,0

Bảng 11. Chẩn đoán sau mổ

Chẩn đoán sau mổ	N (42)	Tỉ lệ %
VPM mũ (VTTĐTTP thủng)	6	14,3
VPM mũ (VTTĐT T thủng)	6	14,3
VTTĐT P	26	61,9
VTTĐT T	2	4,8
VTTĐT P + T	2	4,8
N	42	100,0

- Phương pháp mổ (PP)

Bảng 12. PP mổ

PP mổ	n (42)	%
PTNS	26	61,9

Mổ mở	10	23,8
PTNS → mổ	6	14,3
n	42	100

PTNS 26/42 BN (61.9%). PTNS → mổ: 6 BN (14.3%). 10 BN mổ mở 23.8%.

Bảng 13. PTNS

Xử trí	N (26)	Tỉ lệ %
PTNS thăm dò	19	73,2
Cắt + khâu vùi túi thừa (TT)	4	15,4
Mở thông manh tràng	1	3,8
Cắt đoạn ĐT T	1	3,8
Hút rửa OB	1	3,8
N	26	100,0

Bảng 14. Mổ mở và PTNS chuyển mổ mở

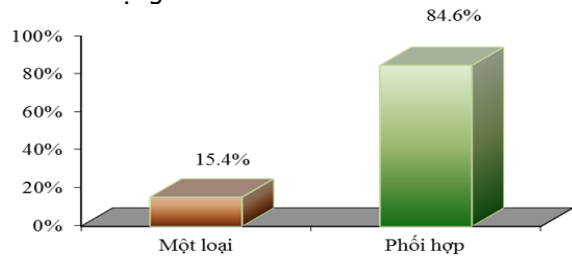
Xử trí	n (16)	Tỉ lệ %
Khâu vùi túi thừa	1	6,2
Mở thông MT	3	18,8
Làm sạch ổ áp xe + DL	1	6,2
Cắt ĐT P	5	31,3
Cắt ĐT T	1	6,2
Cắt ĐT P + T	2	12,5
PT Hartmann	3	18,8
N	16	100,0

Bảng 15. Biến chứng (BC) sau mổ

BC sau mổ	N (42)	%
NT vết mổ	8	19,0
Áp xe tồn dư	1	2,4
Tử vong (TV)	1	2,4
Không BC	32	76,2
N	42	100,0

Điều trị nội khoa (NK)

- 39 BN (48,1%) điều trị NK
- Sử dụng KS



Biểu đồ 7: Sử dụng KS

++ 33 BN VTTĐT điều trị NK phối hợp KS chiếm 84,6%. Sáu BN (15,4%) dùng 1 loại KS. Các KS thường dùng: Nhóm Cephalosporin thế hệ III + Metronidazole hay Ciprofloxacin. Thời gian dùng KS TB: 5,1 ± 2,36 ngày (1-12).

- Kết quả điều trị NK
- 100% BN hết TC sau khi điều trị NK. K0 BN nào điều trị nội thất bại phải PT
- Thời gian điều trị TB: 5,64 ± 2,65 ngày.
- 37/39 BN đau bụng chiếm 94,9%; 2 BN (5,1%) K0 đau bụng. Thời gian hết đau bụng TB:

2,2 ± 1,1 ngày

Bảng 16. TC sốt (nhóm điều trị NK)

Sốt	n (39)	%
Ko sốt	25	64,1
Sốt ≤ 380C	11	28,2
Sốt > 380C	3	7,7
n	39	100,0

+ Nhóm điều trị NK; BN K0 sốt 64,1%; 14 BN sốt (35,9%); BN T^o < 380C là 28,2%. Thời gian hết sốt sau điều trị TB: 1,5 ± 0,8 ngày (1-3ng).

IV. BÀN LUẬN

VTTĐT là bệnh điều trị NK và ngoại khoa kết hợp với thay đổi chế độ ăn uống, sinh hoạt. Bệnh có tỷ lệ cao ở thành thị và trí thức cho thấy chế độ ăn, sinh hoạt có ảnh hưởng đến tỷ lệ VTTĐT.

+ Số liệu của Thái Nguyên Hưng [4]: Điều trị NK 30 BN, Nam 73,3%, Nữ 26,7%, trí thức 60%, nông dân 16,7%. Tuổi TB 46,8 T(23-78); VTTĐTP 85,2%, VTTDDTP+T 11,1%; VTTĐTT 3,7%, CLVT phát hiện 100%. VTTĐT Hinchey độ I điều trị NK thành công 100%, thời gian (T) hết sốt TB: 2,3 ngày; T nằm viện TB 4,2 ngày.

+ Lê Huy Lưu báo cáo 45 BN phẫu thuật VTTĐTP [3]: Tuổi TB 32,5 (15-56T), Nam 44,4%, Nữ 55,6%; 64,4% chẩn đoán VRT hoặc apxe RT trước mổ. Có 2 BN thủng túi thừa. PT chủ yếu là khâu thủng, cắt túi thừa, cắt RT (PTNS). 3 BN có biến chứng: 1 BN thủng ruột non, 1BN apxe tồn dư, 1BN XHTH.

+ Nguyễn Tuấn Anh [1] báo cáo kết quả điều trị PT 32 BN VTTĐTT thủng: Tuổi TB 63,59±1,92, Nam 53,1%; 35,7% VPM toàn thể; PT 78,1%, điều trị NK 21,9%; 80% mổ mở, 76% PT Hartmann, TV 16%. Tuy nhiên NC này ko mô tả cách điều trị NK/BN có thủng ĐT trái, VPM.

+ Thái Nguyên Hưng, Trần Bình Giang báo cáo 54 BN VTTĐT, tuổi TB 46,7; VTTĐT P 76%, VTTĐTT 11,0%, VTTDDTP+T 13%; CLVT xác định túi thừa 85,7%; Điều trị PT 32 BN (59,3%), nội khoa 40,7%, mổ cấp cứu 81,3%, mổ phiên 18,7%; PTNS 62,5%, mổ mở 25%, PTNS→mở 12,5%; 56,2% chẩn đoán VRT trước PT.[5].

- Kết quả điều trị NK của NC: 39 BN điều trị NK, kết quả CLVT là VTTĐT GĐI (Hinchey), mức độ nhẹ (Ambrosetti 1997). Về LS 35,9% có sốt, đau bụng nhẹ. 100% hết TC sau điều trị; 84,6% phối hợp 2 loại KS (Cephalosporin III+ Metronidazol), 15,4% dùng 1 loại KS,

Thời gian điều trị TB: 5,64±2,65 ngày.

Thời gian hết ĐB : 2,2±1,1 ngày.

Thời gian hết sốt TB 1,5±0,8 ngày (1-3 ngày).

Ko có BN nào nhóm này chuyển mổ.

- Kết quả phẫu thuật: 51,9% PT, mổ cấp cứu 85,7%, mổ phiên 14,3%, chỉ định PT:

++ Ít nhất 2 đợt VTTĐT được chẩn đoán = CLVT và BN nhập viện điều trị.

++ BN < 50T, có TC LS mặc dù được điều trị NK tích cực.

++ Có TC apxe, rò, khí OB (thủng), VPM qua CLVT.

++ BN nguy cơ cao: Dùng corticoid kéo dài.

+ Chúng tôi PTNS 61,9%, mổ mở 23,8%, PTNS→Mở 14,3%. Các BN được PTNS thăm dò có VTTĐT nhưng chưa có CD cắt ĐT nên chúng tôi cắt RT và điều trị KS. Nhóm PTNS có 15,4% cắt túi thừa, khâu vùi; 3,8% mở thông MT; 3,8% hút rửa OB qua NS, 3,8% cắt ĐTT (PTNS).

+ Nhóm mổ mở và PTNS→mở 16/42 BN (38%); 11 BN (68,8%) cắt ĐT (5 ĐTP; 2 ĐT P+T; 1ĐTT, 3PT Hartmann). 3 BN mở thông MT qua lỗ thủng túi thừa, 1 làm sạch, DLapxe; 1 cắt, khâu vùi túi thừa.

+ Kết quả PT: 42 BN mổ

+ Thời gian (TG) mổ TB: 93,8±55,2' (30-210').

+ TG trung tiên TB 2,4±1,3 ngày (1-5 ngày).

+ Ngày điều trị TB: 7,2±4,04 ngày (3-25 ngày).

+ Biến chứng:

+ 1 BN Tử vong (84 T, PT Harmann thủng TTĐTT, COPD, suy hô hấp).

+ 19% NT vết mổ (8BN).

+ 1 BN apxe tồn dư (2,4%)

+ Nhận xét điều trị PT viêm TTĐTP, Fang cho rằng cắt ĐT P là hợp lý vì nếu cắt túi thừa có tỷ lệ tái phát cao. Mổ cắt RT và túi thừa chỉ nên thực hiện ở BN VTTĐT/túi thừa đơn độc hoặc được chẩn đoán nhầm VRT nhưng mổ là VTTĐT.

Chúng tôi cắt ĐT 12/42 BN (28,6%) trong đó cắt ĐT P 5/12 BN (41,6%), ĐT T và ĐT Xich ma 5/12 BN (41,6%, 3 BN PT Hartmann); 2 bn cắt cả ĐT P và T (16,8%). 3 BN PT Hartmann đều tuổi cao, VPM mù, bụng bấn trong đó có 1 BN 86 T, tử vong sau mổ 3 ngày do suy hô hấp (COPD).

+ Ba BN mở thông MT đều thực hiện qua lỗ thủng túi thừa trên BN bụng bấn, nhiều mù, nếu cắt ĐT nổi ngay có nguy cơ bực miệng nổi bởi vậy sau khi cắt túi thừa thủng, chúng tôi luôn sond qua lỗ thủng mở thông MT và cố định vào thành bụng. Những BN này về LS theo dõi sau mổ không có triệu chứng nên không CD cắt ĐT.

+ Số liệu 25 BN mổ VTTĐTT thủng của Nguyễn Tuấn Anh: 19 BN PT Hartmann (76%), 5 BN cắt nổi ngay (1 BN rò, 25%), 4 BN tử vong (3 BN nhiễm trùng nặng, 1 BN viêm phổi). Như vậy VPM VTTĐT T thủng tỷ lệ TV và BC cao. Các BN tử vong >75 tuổi [1]

+ Các NC đều cho thấy với BN có bệnh nền

(Cao HA, ĐTD, bệnh lý tim mạch, dùng corticoid kéo dài), PT Harmann nên được lựa chọn khi có VPM mũ hay VPM phân). NC 65 BN PT Harmann VS 46 BN cắt nối thì đầu của Zingg [8] cho thấy ưu thế của PT Harmann.

+ Lựa chọn điều trị nội cần cân nhắc dựa trên TCLS, tình trạng bụng. CLVT có dịch khu trú quanh ĐT (VTTĐTP, theo phân loại WasvaryII) hay tiểu khung (Hinchey II), có thể hút hay DL dưới hướng dẫn SA. Khi TCLS cải thiện, đỡ đau bụng có thể CĐ mổ cắt ĐT nối 1 thì [3]. Chúng tôi có 1 BN PTNS thăm dò, hút rửa OB, sau mổ BN xuất hiện thủng túi thừa và apxe tiểu khung (Hinchey II), BN này được DL mũ dưới CLVT và điều trị KS, diễn biến LS ổn định, hết ĐB, ko sốt, ra viện.

V. KẾT LUẬN

+ Tuổi TB: 45,1±18,5. VTTĐTP 77,8%, VTTĐTT 9,9%, VTTĐTP-T 12,3%.

+ Chụp CLVT có giá trị xác định VTTĐT cao; 85,3%.

+Điều trị nội: 48,1%, đạt kết quả 100%BN có phân loại Hinchey GD I, hoặc Ambrosetti 1997 mức độ nhẹ). Thời gian điều trị TB: 5,64±2,65 ngày. Thời gian dùng KS TB: 5,1±2,36 ngày.

+ Phẫu thuật: Tỷ lệ PT 51,9%, Mổ cấp cứu 85,7%, mổ phiên 14,3%.

+ PTNS 61,9%, mổ mở 23,8%, PTNS→Mở 14,3%
+ Thời gian (TG) mổ TB: 93,8±55,2' (30-210'). Ngày điều trị TB: 7,2±4,04 ngày (3-25 ngày).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Tuấn Anh, Phạm Tiến Quang, Nguyễn Hồng sơn, Lý Hữu Tuấn: Điều trị viêm túi thừa đại tràng trái biến chứng thủng. Y học TP.Hồ Chí Minh 26 (1) 2022:77-83.
2. Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải: Kết quả phẫu thuật cắt túi thừa đại tràng phải bằng phẫu thuật nội soi.Y học TP.Hồ Chí Minh 14(4) 2010:1-6
3. Lê Huy Lưu, Nguyễn Văn Hải: Viêm túi thừa đại tràng. Cấp cứu ngoại tiêu hóa. NXB Thanh niên 2018:147-158.
4. Thái Nguyên Hưng: Đánh giá kết quả điều trị nội khoa bệnh lý túi thừa đại tràng. Y Học Thực hành 7 (1140) 2020:114-117.
5. Thái Nguyên Hưng, Trần Bình Giang: Đánh giá kết quả phẫu thuật và phẫu thuật nội soi trong điều trị bệnh lý túi thừa đại tràng tại bệnh viện Việt Đức.Tạp chí phẫu thuật nội soi và nội soi Việt nam 4 (3) 2013:5-13.
6. Đặng Thị Hòa Thu: Đặc điểm lâm sàng và kết quả sớm điều trị phẫu thuật bệnh lý viêm túi thừa đại tràng 2001-2008. Khóa luận tốt nghiệp BSYK 2003-2009.HN 2009
7. Fang JF, Chen RJ, Lin BC (2003): Aggressive resection is indicated for cecal diverticulitis. Am.J.Surg,185(2):135-140.
8. Zingg U, Pastenak I, Dietrich M, et al (2010): Primary anastomosis vs Hartmann procedure in patient undergoing left emergency for perforated diverticulitis. Colorectal dis,12 (1): 54-60

KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THỰC QUẢN VỚI NẠO HẠCH 3 VÙNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ THỰC QUẢN TẠI BỆNH VIỆN CHỢ RẪY

Bùi Đức Ái*

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Ung thư thực quản biểu mô gai là một trong những bệnh ung thư có tiên lượng xấu nhất do di căn hạch nhiều và xâm lấn tại chỗ. Mục tiêu của chúng tôi thực hiện nghiên cứu để đánh giá kết quả sớm, tính khả thi và lợi ích của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch 3 vùng điều trị ung thư thực quản. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Tiến cứu, mô tả; từ tháng 11 năm 2015 đến ngày 31 tháng 12 năm 2022, 114 bệnh nhân đã được phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch ba vùng tại khoa Ngoại tiêu hóa, bệnh viện Chợ Rẫy, Việt Nam. **Kết quả** Tỷ lệ tử vong sau phẫu thuật nội soi cắt thực

quản với nạo hạch 3 vùng là 0,88%. Tỷ lệ tai biến biến chứng chung là 50,9%. Khàn tiếng sau mổ là biến chứng thường gặp nhất (21,9%), xì miệng nối và viêm phổi lần lượt 11,4% và 10,5%, rò bạch huyết (2,6%). Tỷ lệ di căn hạch sau mổ là 49,1%. Trong đó, di căn hạch cổ ở UTTQ ngực 1/3 giữa, dưới tương ứng 19,2%, 6,9 %. Tỷ lệ di căn hạch cổ theo mức độ xâm lấn của u với pT1 là 13%, pT3 là 23,5%, pT4 là 16,7%. **Kết luận.** Tỷ lệ di căn cao đến hạch cổ cho thấy sự cần thiết của phẫu thuật nội soi cắt thực quản với nạo hạch ba vùng đối với ung thư thực quản biểu mô gai. Tuy nhiên cần cân bằng giữa lợi ích và nguy cơ khi áp dụng quy trình kỹ thuật này.

Từ khóa: Ung thư thực quản, Cắt thực quản qua đường ngực, Nạo hạch 3 vùng

SUMMARY

SHORT-TERM OUTCOME OF LAPAROSCOPIC ESOPHAGECTOMY WITH THREE-FIELD LYMPH NODE DISSECTION FOR ESOPHAGEAL CANCER AT CHO RAY HOSPITAL

*Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Bùi Đức Ái

Email: dr.buiducaigmail.com

Ngày nhận bài: 4.4.2023

Ngày phản biện khoa học: 25.5.2023

Ngày duyệt bài: 5.6.2023