

# ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ ỨNG DỤNG PHẪU THUẬT NỘI SOI Ổ BỤNG ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT NON DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN QUÂN Y 103

Nguyễn Văn Tiệp<sup>1</sup>, Vũ Ngọc Viên<sup>1</sup>, Hồ Chí Thanh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu:** đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non do bã thức ăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 76 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột non do bã thức ăn và được ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng để điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 05/2018 đến 10/2022. **Kết quả:** Tắc ruột do bã thức ăn vị trí ở hồi tràng, hồng tràng, hồng tràng + hồi tràng lần lượt là 43,4%, 51,3%, và 5,3%. Bã thức ăn ở 1 vị trí chiếm đa số 94,7%, ở 2 vị trí chiếm 5,3%. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn (39,5%), phẫu thuật nội soi hỗ trợ (60,5%). Đẩy bã thức ăn xuống đại tràng được áp dụng cho 36,8% trường hợp, mở ruột lấy bã thức ăn được áp dụng cho 63,2%. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn và nội soi hỗ trợ giúp bệnh nhân sớm phục hồi sớm, thời gian ăn sau mổ trung bình của 2 nhóm lần lượt là  $2,38 \pm 0,78$  ngày và  $3,55 \pm 1,49$  ngày, thời gian nằm viện trung bình sau mổ lần lượt là  $5,17 \pm 1,76$  ngày và  $7,13 \pm 4,90$  ngày. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ thấp, rách thanh mạc ruột 6,5%, nhiễm khuẩn vết mổ 2,6%, tắc ruột sớm sau mổ 1,3%. **Kết luận:** Ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột do bã thức ăn ở nhóm bệnh nhân lựa chọn là an toàn, khả thi, giúp bệnh nhân nhanh phục hồi, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp.

**Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, tắc ruột non, bã thức ăn

## SUMMARY

### EVALUATION OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC MANAGEMENT FOR SMALL BOWEL OBSTRUCTION DUE TO PHYTOBEZOAR AT MILITARY HOSPITAL 103

**Objectives:** to evaluate the results of laparoscopic management for small bowel obstruction due to phytobezoar. **Patients and research methods:** a cross-sectional, retrospective study on 76 patients diagnosed with small bowel obstruction due to phytobezoar and laparoscopic surgery at 103 Military Hospital from May 2018 to October 2022. **Results:** Small bowel obstruction due to phytobezoar in the ileum, jejunum, jejunum + ileum were 43.4%, 51.3%, and 5.3%, respectively. Phytobezoarin was 1 position accounted for the majority of 94.7%, 2 positions accounted for 5.3%. Laparoscopic surgery (39.5%), assisted laparoscopic surgery (60.5%). Pushing phytobezoardown the colon was applied in

36.8% of cases, colostomy was applied for 63.2%. Laparoscopic surgery and assisted laparoscopic surgery helped patients recover early, the mean post-operative eating time of the 2 groups was  $2.38 \pm 0.78$  days and  $3.55 \pm 1.49$  days, respectively. The mean hospital stay after surgery was  $5.17 \pm 1.76$  days and  $7.13 \pm 4.90$  days, respectively. The rate of complications after surgery is low, serosa tear 6.5%, wound infection 2.6%, early small bowel obstruction after surgery 1.3%. **Conclusion:** The application of laparoscopic management for small bowel obstruction due to phytobezoarin the selected group of patients is safe, feasible, helps patients recover quickly, and has a low rate of accidents and complications.

**Keywords:** Laparoscopy, small bowel obstruction, phytobezoar

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột non là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến. Nguyên nhân của tắc ruột non thường gặp là do dính, dây chằng (73,8%) và thoát vị (18,5%). Tắc ruột do bã thức ăn là nguyên nhân không phổ biến và chỉ chiếm khoảng 2–4% [1,2]. Bã thức ăn là những khối kết dính bao gồm nguyên liệu thức ăn được tiêu hóa một phần hoặc chưa được tiêu hóa trong lòng đường tiêu hóa và được hình thành do lượng chất xơ cao, nhai không đủ và giảm nhu động dạ dày. Thường được hình thành trong dạ dày và đi xuống ruột non, nơi nó có thể gây ra tắc ruột non, đặc biệt là ở đoạn cuối hồi tràng. Việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân tắc ruột trước mổ còn gặp nhiều khó khăn và tỷ lệ chẩn đoán chính xác tắc ruột do bã thức ăn còn thấp chỉ từ 10% - 18% [1, 3].

Ngày nay, với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã giúp cho việc chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn có nhiều cải thiện hơn. Hình ảnh siêu âm thường được sử dụng để chẩn đoán mặc dù chúng có một số nhược điểm. Chụp cắt lớp vi tính ổ bụng là phương tiện vượt trội so với các phương tiện chẩn đoán hình ảnh khác trong chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn và chẩn đoán phân biệt tắc ruột. Bên cạnh việc xác định vị trí và mức độ tắc nghẽn, chụp cắt lớp vi tính ổ bụng cũng xác định được thiếu máu cục bộ đường ruột và các bệnh đường ruột tiềm ẩn. Điều trị tắc ruột do bã thức ăn thì phẫu thuật là phương pháp thường được áp dụng để loại bỏ bã thức ăn. Đặc biệt, phẫu thuật nội soi cũng được áp dụng để xử trí tắc ruột do bã thức ăn với nhiều ưu điểm như thời gian phục hồi sau mổ

<sup>1</sup>Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103  
 Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp  
 Email: chiductam@gmail.com  
 Ngày nhận bài: 8.5.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023  
 Ngày duyệt bài: 10.7.2023

sớm, thời gian nằm viện ngắn, tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp cũng như tính thẩm mỹ [4, 5].

Tại Việt Nam, tắc ruột do bã thức ăn cũng thường hay gặp hơn so với trên thế giới do tập tục ăn uống đa dạng. Nhằm tổng hợp kinh nghiệm điều trị tắc ruột non chúng tôi nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột non do bã thức ăn tại Bệnh viện Quân y 103"

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

76 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn và được ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng để điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 05/2018 đến 10/2022.

### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn và được ứng dụng phẫu thuật nội soi để điều trị giải quyết nguyên nhân
- Bệnh nhân chấp nhận hợp tác nghiên cứu.
- Hồ sơ bệnh án đầy đủ thông tin, hợp lệ, đầy đủ các chỉ tiêu nghiên cứu đặt ra từ đầu.

### 2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh nhân được phẫu thuật do các nguyên nhân tắc ruột khác hoặc được phẫu thuật mở ngay từ đầu.
- Bệnh nhân có biểu hiện viêm phúc mạc toàn thể, tình trạng huyết động không ổn định, bệnh lý nội khoa nặng của hệ tim mạch, hô hấp.
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

**2.3. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, nghiên cứu cắt ngang.

### 2.4 Các bước phẫu thuật

Bước 1: Đặt trocar. Trocar đầu tiên có vai trò rất quan trọng, thường đặt trên rốn. sau đó quan sát và xác định các trocar tiếp theo

Bước 2: Xác định và đánh giá tổn thương. Là bước quan trọng nhất là tiếp cận và xác định vị trí và nguyên nhân tắc ruột. Thông thường vị trí tắc là chỗ tiếp nối giữa quai ruột giãn và quai ruột xẹp. Cũng giống như phẫu thuật mở, chúng tôi bắt đầu từ quai ruột xẹp để đi dần ngược lên trên vì thao tác cầm nắm bằng dụng cụ PTNS rất dễ gây thương tổn đối với quai ruột giãn. Nếu vị trí và nguyên nhân tắc được xác định thì việc còn lại là quyết định xử lý thương tổn như thế nào, qua PTNS hoặc chuyển mổ mở nhỏ. Thực tế PTNS có thể xử lý hoặc đóng vai trò hỗ trợ rất tích cực trong việc xử lý các thương tổn nguyên nhân tắc ruột.

Bước 3: Xử trí tổn thương. Với bã thức ăn có thể đẩy xuống đại tràng được chúng tôi sử dụng clamp kẹp ruột để đẩy. Với bã thức ăn không thể đẩy xuống đại tràng thì chúng tôi mở ruột lấy bỏ.

Trong nghiên cứu chúng tôi sử dụng đường mổ nhỏ từ 5 - 6cm trên rốn, để đưa quai tiểu tràng có bã thức ăn ra ngoài.

Bước 4: Đóng vết mổ, lau bụng

**2.5. Xử trí số liệu.** Các số liệu được tập hợp, xử lý trên phần mềm Excel với các thuật toán thống kê.

**2.6. Đạo đức nghiên cứu.** Thông tin về bệnh tật của bệnh nhân được bảo mật và chỉ được sử dụng cho mục đích nghiên cứu.

## III. KẾT QUẢ VÀ BÀN LUẬN

**3.1. Đặc điểm bệnh lý.** Có 76 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là  $66,7 \pm 13,8$ ; BN trẻ nhất là 11 tuổi và già nhất là 90 tuổi. BN nữ là 40/76 (chiếm 52,6%), BN nam là 36/76 (chiếm 47,4%) không có sự chênh lệch nhiều giữa 2 giới. Về thể trạng, chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là  $22,36 \pm 1,9$  kg/m<sup>2</sup> (từ 18-28). Thời gian bị tắc ruột: trung bình:  $2,9 \pm 2,4$  ngày, ngắn nhất: 5h, dài nhất: 10 ngày.

### \* Mức độ trương bụng khi phẫu thuật:

Trong nghiên cứu này, chúng tôi quy định các mức độ trương bụng như sau:

. Trương ít: Bụng trương, nhưng chiều cao nhất của bụng không vượt quá chiều cao của ngực khi bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa.

. Trương vừa: Bụng trương, chiều cao nhất của bụng bằng hoặc vượt quá chiều cao của ngực khi bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa nhưng bụng vẫn tham gia cử động thở.

. Trương nhiều: Bụng trương, chiều cao nhất của bụng vượt quá chiều cao của ngực khi bệnh nhân ở tư thế nằm ngửa và bụng ít tham gia cử động thở được.

### **Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng**

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Thời gian biểu hiện bệnh</b>		
< 12h	5	6,6
12 – 24h	12	15,8
24 – 48h	17	22,4
> 48h	42	55,3
<b>Triệu chứng lâm sàng khi vào viện</b>		
Đau bụng cơn	76	100
Dấu hiệu rắn bò	18	23,7
Dấu hiệu quai ruột nổi	12	15,8
Sờ thấy khối bã thức ăn	10	13,2
<b>Tình trạng bụng</b>		
Trương ít	29	38,2
Trương vừa	42	55,3
Trương nhiều	5	6,6

<b>Chụp XQ ổ bụng không chuẩn bị</b>		
Có mức nước – mức hơi điển hình	65	85,5
Có mức nước – mức hơi không điển hình	11	14,5
<b>Siêu âm ổ bụng</b>		
Có dịch ổ bụng	60	78,9
Không có dịch	16	21,1
Quai ruột giãn ≤ 3cm	19	25,0
Quai ruột giãn > 3cm	57	75,0
<b>CLVT ổ bụng</b>		
Có dịch ổ bụng	53	69,7
Không có dịch	23	30,3
Quai ruột giãn ≤ 3cm	25	32,9
Quai ruột giãn > 3cm	51	67,1

**Nhận xét:** Đau bụng cơn và trướng bụng là hai triệu chứng hay gặp, xuất hiện ở tất cả BN. Dấu hiệu rắn bò gặp ở 18/76 BN (chiếm 23,7%) và một số ít sờ thấy khối bã thức ăn (chiếm 13,2%). Hình ảnh XQ ổ bụng không chuẩn bị hình ảnh mức nước – mức hơi điển hình gặp ở 85,5%. Dịch ổ bụng được phát hiện qua hình ảnh siêu âm và chụp CLVT ổ bụng chiếm khoảng 70%.

**3.2. Đặc điểm tổn thương và phương pháp xử trí**

**Bảng 2: Đặc điểm tổn thương trong mổ và phương pháp xử trí**

Tổn thương trong mổ và phương pháp xử trí	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Vị trí tắc ruột</b>		
Hồi tràng	33	43,4
Hồng tràng	39	51,3
Hồi tràng + hồng tràng	4	5,3
Bã thức ăn ở 1 vị trí	72	94,7
Bã thức ăn ở ≥ 2 vị trí	4	5,3
<b>Phương pháp xử trí tổn thương</b>		
Đẩy bã thức ăn xuống đại tràng	28	36,8
Mở ruột lấy bã thức ăn	48	63,2
Phẫu thuật nội soi hoàn toàn	30	39,5
Phẫu thuật nội soi hỗ trợ	46	60,5

**Nhận xét:** Vị trí tắc ruột do bã thức ăn ở 1 vị trí chiếm đa số chiếm 94,7%, vị trí gặp ở hồng tràng và hồi tràng lần lượt là 51,3%, 43,4%. Phẫu thuật nội soi hoàn toàn để xử trí nguyên nhân chiếm 39,5%. Phẫu thuật mở ruột lấy bã thức ăn chiếm 63,2%.

**Bảng 3: Liên quan một số yếu tố với khả năng phẫu thuật nội soi**

Một số yếu tố	PTNS hoàn toàn (n)	PTNS hỗ trợ (n)	p
<b>Mức độ trướng bụng</b>			
Trướng ít	12 (40,0%)	17 (37,0%)	p= 0,93
Trướng vừa	16 (53,3%)	26 (56,5%)	

Trướng nhiều	2 (6,7%)	3 (6,5%)	>0,05
<b>Siêu âm ổ bụng</b>			
Quai ruột giãn ≤ 3cm	10 (33,3%)	9 (19,6%)	p= 0,19 >0,05
Quai ruột giãn > 3cm	20 (66,7%)	37 (80,4%)	
<b>CLVT ổ bụng</b>			
Quai ruột giãn ≤ 3cm	17 (56,7%)	8 (17,4%)	p= 0,11 >0,05
Quai ruột giãn > 3cm	13 (43,3%)	38 (82,6%)	
<b>Vị trí tắc</b>			
Hồi tràng	29 (100%)	4 (8,5%)	p = 0,001 <0,01
Hồng tràng	0 (0%)	39 (83,0%)	
Hồi tràng + hồng tràng	0 (0%)	4 (8,5%)	
Bã thức ăn ở 1 vị trí	29 (100%)	43 (91,5%)	p = 0,001 <0,01
Bã thức ăn ở ≥ 2 vị trí	0 (0%)	4 (8,5%)	
Tổng số	30 (100%)	46 (100%)	

**Nhận xét:** Các yếu tố mức độ bụng chướng, quai ruột giãn (>3cm và ≤3cm) trên hình ảnh siêu âm và chụp CLVT có ảnh hưởng đến số lượng bệnh nhân được PTNS hoàn toàn, và PTNS hỗ trợ, tuy nhiên sự khác biệt giữa các nhóm không có ý nghĩa thống kê với p> 0,05. Trong khi đó, vị trí tắc ở hồng tràng, hồi tràng, bã thức ăn ở 1 vị trí, 2 vị trí là yếu tố quan trọng ảnh hưởng đến khả năng PTNS hoàn toàn hay PTNS hỗ trợ. Sự khác biệt giữa các nhóm có ý nghĩa thống kê với p< 0,05.

**3.3. Kết quả sớm sau mổ**

**Bảng 4. Sự phục hồi sau mổ sau phẫu thuật**

Thời gian phục hồi	PTNS hoàn toàn	PTNS hỗ trợ	p
Trung tiện sau mổ (giờ)	2,14 ± 0,83	2,77 ± 1,33	p= 0,025 < 0,05
Ăn lỏng sau mổ (ngày)	2,38 ± 0,78	3,55 ± 1,49	p= 0,001 < 0,05
Nằm viện sau mổ (ngày)	5,17 ± 1,76	7,13 ± 4,90	p= 0,039 < 0,05

**Nhận xét:** Thời gian trung tiện sau mổ giữa 2 nhóm được PTNS hoàn toàn với PTNS hỗ trợ khác nhau có ý nghĩa thống kê (2,14 so sánh với 2,77, p= 0,025). Đồng thời, PTNS hoàn toàn cũng rút ngắn được thời điểm khởi động ăn sau mổ và thời gian nằm viện.

**Bảng 5: Tai biến, biến chứng sau phẫu thuật**

Tai biến, biến chứng	Số lượng BN (n)	Tỷ lệ %
<b>Tai biến</b>		

Thủng ruột	0	0,0
Rách thanh mạc ruột	5	6,5
<b>Biến chứng</b>		
Nhiễm khuẩn vết mổ	2	2,6
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,3
Áp xe tồn dư	3	3,9
Tử vong	0	0,0

**Nhận xét:** tai biến rách thanh mạc ruột (chiếm 6,5%), không có trường hợp nào thủng ruột. Biến chứng sau mổ cũng xảy ra rất thấp, 02 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2,6%), 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 1,3%), có 03 trường hợp áp xe tồn dư (chiếm 3,9%) và không có trường hợp tử vong.

#### IV. BÀN LUẬN

Ứng dụng phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột do bã thức ăn không chỉ lợi ích trong xác định nguyên nhân, vị trí, mức độ tổn thương của ruột và mức độ tắc ruột mà còn có thể đưa ra hướng điều trị tối ưu với từng trường hợp cụ thể. Điều trị tắc ruột non bằng PTNS đã được chứng minh là hiệu quả, an toàn, phục hồi sau mổ nhanh. Hơn thế nữa, PTNS có ưu điểm vượt trội vì nó tạo ra ít dính trong ổ bụng sau phẫu thuật hơn so với phẫu thuật mở. Tuy nhiên, việc tiếp xúc và thao tác trong phẫu thuật nội soi có thể rất khó khăn khi có các quai ruột căng phồng và dễ vỡ, thủng ruột đặc biệt trong trường hợp ruột giãn to, viêm nề. Một số bác sĩ phẫu thuật bên cạnh áp dụng PTNS hoàn toàn, có xu hướng áp dụng PTNS hỗ trợ để xử trí nguyên nhân tắc ruột non [1,6,7].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột do bã thức ăn áp dụng cho 76 bệnh nhân thu được kết quả khả quan, đáng khích lệ. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là  $66,7 \pm 13,8$  tuổi; BN trẻ nhất là 11 tuổi và già nhất là 90 tuổi. BN nữ chiếm 52,6%, BN nam chiếm 47,4%.

Trong nghiên cứu, chúng tôi chủ yếu gặp bã thức ăn ở 1 vị trí, có 72 trường hợp (chiếm 94,7%) và có 04 trường hợp bã thức ăn ở 2 vị trí, vừa ở hồng tràng và hồi tràng (chiếm 5,3%). Các trường hợp tắc ruột non là do dị vật, có thể hình thành do ăn nhiều chất xơ, nhai không kỹ, nuốt vội vàng, giảm nhu động dạ dày, bệnh nhân già mất nhiều răng và rối loạn chức năng môn vị. Do đó, bã thức ăn phổ biến ở những người bị chậm làm rỗng dạ dày, chẳng hạn như sau khi cắt dạ dày hoặc cắt dây thần kinh phế vị, hoặc do bệnh thần kinh tự chủ do tiểu đường và suy giáp [4, 5]. Về vị trí tắc, bã thức ăn ở hồng tràng cao hơn một chút so với ở hồi tràng, lần

lượt là 39 bệnh nhân (51,3%) và 33 bệnh nhân (43,4%). Tác giả Altintoprak, F và cộng sự nghiên cứu trên 62 bệnh nhân cho thấy bã thức ăn ở hồng tràng là 45,1%, ở hồi tràng là 29,1% bã thức ăn ở cả hồng tràng + hồi tràng là 25,8% [4]. Sở dĩ như vậy vì hầu hết bã thức ăn trong ruột non được tìm thấy ở phía trên van hồi manh tràng từ 50 đến 70 cm vì nó hẹp, nhu động ruột chậm hơn và lượng nước hấp thụ nhiều làm cứng bã thức ăn dẫn đến tắc ruột [4, 8].

Phẫu thuật thường được chỉ định đối với tắc ruột do bã thức ăn và phẫu thuật nội soi đã được áp dụng với nhiều ưu điểm như thời gian phục hồi nhanh, tỷ lệ biến chứng thấp, đặc biệt giảm tỷ lệ tắc ruột sau mổ do dính trong tương lai. Trong nghiên cứu chúng tôi, phẫu thuật nội soi hoàn toàn được thực hiện ở 29 trường hợp có 01 vị trí tắc ở hồi tràng, những trường hợp này đều được đẩy bã thức ăn xuống đại tràng. Trong khi đó, những BN có vị trí tắc ở hồng tràng (39 trường hợp có 01 vị trí tắc ở hồng tràng và 04 trường hợp có vị trí tắc ở hồng tràng + hồi tràng) và 04 BN có vị trí tắc hồi tràng được phẫu thuật nội soi hỗ trợ, kết hợp mở ruột lấy bã thức ăn ở những trường hợp này để giải quyết nguyên nhân tắc ruột. Trong nghiên cứu của Altintoprak, F PTNS hoàn toàn áp dụng cho 41,9% BN, PTNS hỗ trợ xử trí cho 37% BN. Theo nghiên cứu của Yang, S và cộng sự phẫu thuật nội soi hỗ trợ được áp dụng cho 48% số trường hợp [1, 3].

Đánh giá mối liên quan của một số yếu tố đến khả năng PTNS điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhận thấy: mức độ trương và mức độ quai ruột giãn trên hình ảnh siêu âm và chụp CLVT không có sự ảnh hưởng nhiều đến khả năng phẫu thuật nội soi hoàn toàn hay phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Trong khi đó vị trí tắc, bã thức ăn ở 1 vị trí hay 2 vị trí là yếu tố có ảnh hưởng đến phương pháp xử trí, cụ thể tắc ở hồi tràng phương pháp xử trí chủ yếu là nội soi hoàn toàn và vị trí tắc ở hồng tràng phương pháp chủ yếu là nội soi hỗ trợ.

Thời gian trung tiện sau mổ giữa 2 nhóm được phẫu thuật nội soi hoàn toàn với nội soi hỗ trợ khác nhau có ý nghĩa thống kê ( $2,14$  so sánh với  $2,77$ ,  $p=0,025$ ). Đồng thời, cũng rút ngắn được thời điểm khởi động ăn đường tiêu hóa sau mổ và thời gian nằm viện. Nghiên cứu của Dirican thời gian nằm viện sau mổ là  $7,0 \pm 1,0$  ngày ở nhóm phẫu thuật mở ruột lấy bã thức ăn và  $4,0 \pm 2,0$  ngày ở nhóm đẩy bã xuống manh tràng. Một số bệnh nhân có thời gian nằm viện sau mổ kéo dài chủ yếu ở những bệnh nhân tuổi già, tình trạng ổ bụng bẩn, tình trạng dinh

dưỡng kém, cần chăm sóc và hồi sức sau mổ kéo dài hơn hoặc bị nhiễm trùng vết mổ [8].

Tai biến trong mổ, có 5 trường hợp rách thanh mạc ruột (chiếm 6,5%), không có trường hợp nào thủng ruột. Biến chứng sau mổ cũng xảy ra tỷ lệ thấp, 02 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2,6%), 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 1,3%), có 03 trường hợp áp xe tổn dư (chiếm 3,9%) và không có trường hợp tử vong. Theo nghiên cứu của Krausz, M và cộng sự, tỷ lệ tử vong là 1,7%, nguyên nhân tử vong sau mổ do nhiễm trùng huyết và biến chứng hô hấp, 8,8% bệnh nhân có nhiễm trùng vết mổ. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của tác giả Yang, S và cộng sự khá cao 20% BN. Một số nghiên cứu cũng cho thấy rằng nội soi ổ bụng làm giảm các biến chứng phẫu thuật qua đó giảm thời gian nằm viện và chi phí chữa bệnh [1-4].

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 76 bệnh nhân được ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột do bã thức ăn nhận thấy đây là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. Phẫu thuật nội soi có thể xác định được chính xác vị trí tắc, mức độ tổn thương ruột, qua đó đưa ra được phương pháp tối ưu, để xử trí nguyên nhân tắc là bã thức ăn, với những trường hợp có 2 bã thức ăn ở 2 vị trí thì phẫu thuật nội soi là một lợi

thế. Có 2 phương pháp là đẩy bã thức ăn xuống đại tràng và mổ ruột lấy bã thức ăn đều cho kết quả tốt. Kết quả sau mổ tốt, thời gian phục hồi sau mổ sớm, tỷ lệ biến chứng thấp.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Franklin, M.E., Jr., et al., Laparoscopic diagnosis and treatment of intestinal obstruction. *Surg Endosc*, 2004. 18(1): p. 26-30.
2. Krausz, M.M., et al., Surgical aspects of gastrointestinal persimmon phytobezoar treatment. *Am J Surg*, 1986. 152(5): p. 526-30.
3. Yang, S. and M.J. Cho, Clinical Characteristics and Treatment Outcomes Among Patients With Gastrointestinal Phytobezoars: A Single-Institution Retrospective Cohort Study in Korea. *Front Surg*, 2021. 8: p. 691860.
4. Altintoprak, F., et al., Intestinal obstruction due to bezoars: a retrospective clinical study. *Eur J Trauma Emerg Surg*, 2012. 38(5): p. 569-75.
5. Yau, K.K., et al., Laparoscopic approach compared with conventional open approach for bezoar-induced small-bowel obstruction. *Arch Surg*, 2005. 140(10): p. 972-5.
6. Ganpathi, I.S. and W.K. Cheah, Laparoscopic-assisted management of small bowel obstruction due to phytobezoar. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech*, 2005. 15(1): p. 30-2.
7. de Menezes Ettinger, J.E., et al., Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. *Jsls*, 2007. 11(1): p. 168-71.
8. Dirican, A., et al., Surgical treatment of phytobezoars causes acute small intestinal obstruction. *Bratisl Lek Listy*, 2009. 110(3): p. 158-61.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ XẠ TRỊ HẬU PHẪU UNG THƯ TUYẾN ỨC BẰNG KỸ THUẬT IMRT TẠI BỆNH VIỆN K

Nguyễn Văn Long<sup>1</sup>, Nguyễn Công Hoàng<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Đánh giá kết quả xạ trị hậu phẫu ung thư tuyến ức bằng kỹ thuật IMRT tại Bệnh viện K. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Gồm 45 bệnh nhân ung thư tuyến ức giai đoạn phẫu thuật được II, III, IVA. Được xạ trị hậu phẫu bằng kỹ thuật IMRT liều xạ 50 - 60 Gy. **Kết quả:** Bệnh nhân ung thư tuyến ức giai đoạn II 37,8%(n=17), giai đoạn III 57,8%(n=22), giai đoạn IVA 4,4%(n=6), trong đó type Thymoma chiếm 60%(n=27), Thymic carcinoma chiếm 40%(n=18). Tỷ lệ sống thêm toàn bộ không bệnh sau 2 năm giai đoạn II là 100% , giai đoạn III là 95,5% và

giai đoạn IVA là 16,7%. Type Thymoma tỷ lệ sống thêm toàn bộ không bệnh là 100%, type Thymic carcinoma tỷ lệ chỉ là 66,7%. Tái phát, di căn xa gặp ở nhóm bệnh nhân giai đoạn III, IVA ở type Thymic carcinoma. **Kết luận:** Giai đoạn II cho tỷ lệ sống thêm không bệnh là 100%, III là 95,5% và IVA là 16,7%. Type Thymoma là 100%, Thymic carcinoma là 66,7%.

**Từ khóa:** Ung thư tuyến ức, Thymoma, Thymic carcinoma

### SUMMARY

#### EVALUATE THE RESULT OF RADIOTHERAPY IN POST OPERATIVE THYMUS CANCER BY IMRT TECHNOLOGY AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL

**Objectives:** Evaluation of post-operative radiotherapy results for thymic cancer by IMRT technique at national cancer hospital. **Subjects and Methods:** Including 45 patients with thymic cancer stage II, III, IVA. Postoperative radiotherapy by IMRT

<sup>1</sup>Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Long

Email: nguyenvanlong7290@gmail.com

Ngày nhận bài: 9.5.2023

Ngày phản biện khoa học: 20.6.2023

Ngày duyệt bài: 12.7.2023