

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

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 phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu mô tả, hồi cứu trên 49 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và được phẫu thuật nội soi ổ bụng để điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 05/2018 đến 5/2022. **Kết quả:** Tuổi trung bình là  $41,8 \pm 17,3$  (13-76); nữ chiếm 61,2%, nam chiếm 38,8%. Thời gian biểu hiện bệnh trung bình:  $2,7 \pm 0,9$  ngày, tiền sử mổ bụng là 1 lần chiếm 87,8%. Phẫu thuật nội soi được áp dụng để xử trí các nguyên nhân tắc ruột đơn giản, không phức tạp. Trong đó: cắt dây chằng (53,1%), gỡ dính ruột (38,8%) và 3 bệnh nhân xoắn ruột (6,1%). Phẫu thuật nội soi giúp bệnh nhân sớm phục hồi sớm, thời gian trung bình sau mổ trung bình là  $1,8 \pm 0,8$  ngày, thời gian ăn lỏng sau mổ trung bình của là  $2,1 \pm 1,1$  ngày. Phẫu thuật nội soi cũng rút ngắn được thời gian nằm viện với thời gian nằm viện trung bình là  $4,5 \pm 1,4$  ngày. Tỷ lệ tai biến, biến chứng sau mổ thấp. Rách thanh mạc ruột (chiếm 8,1%), thủng ruột non trong quá trình gỡ dính 4%, nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2%), tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 2%), không có tử vong. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ 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, tắc ruột sau mổ

### SUMMARY

#### EVALUATION OF RESULTS OF LAPAROSCOPIC MANAGEMENT FOR POSTOPERATIVE SMALL BOWEL OBSTRUCTION

**Objectives:** to evaluate the results of laparoscopic surgery in the treatment of postoperative small bowel obstruction. **Patients and methods:** retrospective, clinical description on 49 patients diagnosed with postoperative small bowel obstruction and undergoing laparoscopic surgery for treatment at Military Hospital 103 from May 2018 to May 2022. **Results:** Mean age was  $41.8 \pm 17.3$  (13-76); female accounted for 61.2%, male accounted for 38.8%. Mean time of disease manifestation:  $2.7 \pm 0.9$  days, history of abdominal surgery was 1 time, accounting for 87.8%. Laparoscopic surgery is applied to manage simple, uncomplicated causes of intestinal obstruction. In which: ligament removal (53.1%), removal of intestinal adhesions (38.8%) and 3 patients with intestinal volvulus (6.1%). Laparoscopic surgery helps

patients recover early, the mean time after surgery is  $1.8 \pm 0.8$  days, the average time after surgery is  $2.1 \pm 1.1$  days. Laparoscopy also shortens the hospital stay with an average length of stay of  $4.5 \pm 1.4$  days. The rate of complications and complications after surgery is low. Intestinal serosa tear (8.1%), small bowel perforation during de-adhesion 4%, wound infection (2%), early bowel obstruction after surgery (2%), no mortality. **Conclusion:** Laparoscopic surgery to treat postoperative small bowel obstruction in the research group of patients is safe, feasible, helps patients recover quickly, has a low rate of complications.

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

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột sau mổ là một cấp cứu ngoại khoa phổ biến. Nguyên nhân của tắc ruột thường gặp là do dính, dây chằng (73,8%) và thoát vị (18,5%) [1, 2]. Phẫu thuật mở vẫn được xem là phương pháp điều trị chủ yếu của tắc ruột sau mổ. Tuy nhiên, phẫu thuật mở lại gây tổn thương thêm cho phúc mạc, làm tăng nguy cơ hình thành dính và tắc ruột tái phát. Nhiều nghiên cứu cho thấy có 10 – 30% bệnh nhân (BN) bị tắc ruột trở lại khi được điều trị bằng phương pháp mổ mở và được chỉ định mổ lại lần hai thậm chí nhiều lần sau đó nữa. Phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột sau mổ được thực hiện lần đầu tiên bởi Bastug năm 1991. Đây là phương pháp phẫu thuật mới, nhưng đã nhanh chóng được các phẫu thuật viên áp dụng rộng rãi ở trên thế giới và trong nước. Ưu điểm của phẫu thuật nội soi so với mổ mở truyền thống như ít đau sau mổ, hậu phẫu nhẹ nhàng, ít biến chứng, khả năng hồi phục sau mổ nhanh, giảm thời gian nằm viện sau mổ, ít nguy cơ dính gây tắc ruột sau mổ tái phát so với phẫu thuật mổ mở, thẩm mỹ, chi chi thấp [1,3,4].

Nhằm tổng hợp kinh nghiệm điều trị tắc ruột sau mổ chúng tôi nghiên cứu đề tài "Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột sau mổ"

### TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

49 bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và được phẫu thuật nội soi hoàn toàn để điều trị tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 05/2018 đến 05/2022.

#### 2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột sau mổ và được phẫu thuật nội soi để điều trị giải

<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: 3.7.2023  
 Ngày phản biện khoa học: 17.8.2023  
 Ngày duyệt bài: 8.9.2023

quyết nguyên nhân

- Bệnh nhân chấp nhận hợp tác nghiên cứu.

**2.2. Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Bệnh nhân được phẫu thuật do các nguyên nhân tắc ruột khác hoặc được phẫu thuật mở.

- 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.

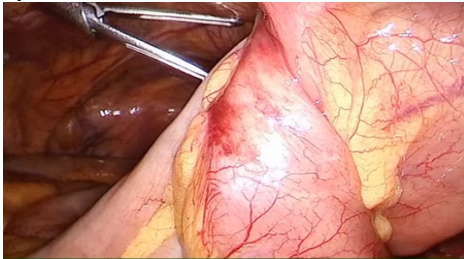
- Hồ sơ bệnh án thiếu thông tin.

**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, chúng tôi thường sử dụng 2 cách. Cách 1 đặt xa đường mổ cũ. Cách 2 đặt gần đường mổ cũ thì mở rộng lỗ trocar khoảng 1,5cm – 2cm để đi vào ổ bụng theo từng lớp.

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 phẫu thuật nội soi 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. Thực tế phẫu thuật nội soi có thể xử lý hoặc đóng vai trò hỗ trợ rất tích cực trong việc xử lý các thương tổn nguyên nhân tắc ruột.

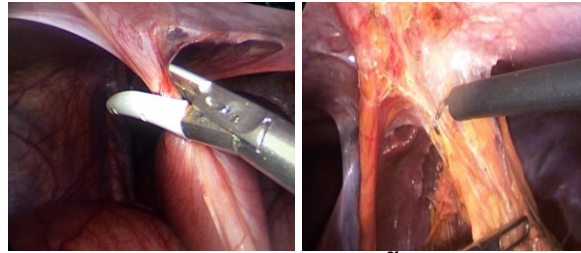


**Hình 1: Ruột non dính lên thành bụng tại vết mổ cũ**

Bước 3: Xử trí tổn thương. Tiến hành cắt dây chằng, gỡ dính, tháo xoắn theo nguyên nhân tổn thương.



**Hình 2: Cắt dây chằng bằng dao lygasure**



**Hình 3: Gỡ dính ruột qua phẫu thuật nội soi**

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 NGHIÊN CỨU**

**3.1. Đặc điểm bệnh lý.** Có 49 bệnh nhân đủ tiêu chuẩn trong nghiên cứu, độ tuổi trung bình là 41,8 ± 17,3; BN trẻ nhất là 13 tuổi và già nhất là 76 tuổi. BN nữ chiếm 61,2%, BN nam chiếm 38,8%. Về thể trạng, chỉ số khối cơ thể (BMI) trung bình là 22,4 ± 2,1 kg/m<sup>2</sup> (từ 18-26). Thời gian bị tắc ruột: trung bình: 2,7 ± 0,9 ngày, ngắn nhất: 5h, dài nhất: 5 ngày.

**Bảng 1. Một số đặc điểm lâm sàng trước mổ**

Một số đặc điểm lâm sàng trước mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Thời gian biểu hiện bệnh</b>		
< 12h	3	6,1
12 – 24h	5	10,2
24 – 48h	28	57,2
> 48h	13	26,5
<b>Tiền sử phẫu thuật bụng</b>		
Mổ 1 lần	43	87,8
Mổ 2 lần	6	12,2
Mổ > 2 lần	0	0,0
<b>Triệu chứng lâm sàng khi vào viện</b>		
Đau bụng cơn	49	100
Dấu hiệu rắn bò	13	26,5
Dấu hiệu quai ruột nổi	9	18,3
<b>Mức độ bụng trướng</b>		
Trướng ít	8	16,3
Trướng vừa	36	73,5
Trướng nhiều	5	10,2

**Nhận xét:** Không có bệnh nhân nào có tiền sử mổ bụng > 2 lần, chủ yếu có tiền sử mổ bụng là 1 lần chiếm 87,8%. Bệnh nhân biểu hiện bệnh trong thời gian 24-48h chiếm đa số 57,2%. Mức độ bụng chướng vừa chiếm 73,5%, chỉ có 10,2% bệnh nhân có bụng chướng nhiều, 100% có đau bụng cơn.

**Bảng 2. Một số đặc điểm cận lâm sàng trước mổ**

Một số đặc điểm cận lâm sàng trước mổ	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
<b>Chụp XQ ổ bụng không chuẩn bị</b>		
Có mức nước – mức hơi điển hình	42	85,7
Có mức nước – mức hơi không điển hình	7	14,3
<b>Siêu âm ổ bụng</b>		
Có dịch ổ bụng	39	79,5
Quai ruột giãn $\geq$ 3cm	35	71,4
<b>CLVT ổ bụng</b>		
Có dịch ổ bụng	36	73,5
Quai ruột giãn $\geq$ 3cm	32	65,3

**Nhận xét:** Hình ảnh XQ ổ bụng không chuẩn bị hình ảnh mức nước – mức hơi điển hình gặp ở 85,7%. Dịch ổ bụng được phát hiện qua hình ảnh siêu âm và chụp CLVT ổ bụng chiếm lần lượt là 79,5% và 73,5%. Quai ruột giãn  $\geq$  3cm trên hình ảnh siêu âm và CLVT ổ bụng lần lượt chiếm 71,4% và 65,3%.

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

**Bảng 3: 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>Nguyên nhân tắc ruột</b>		
Do dính ruột	19	38,8
Do dây chằng	26	53,1
Dính ruột + dây chằng	1	2,0
Xoắn ruột	3	6,1
<b>Vị trí đặt trocar đầu tiên</b>		
Gần đường mỡ cũ	31	63,2
Xa đường mỡ cũ	18	36,8

**Nhận xét:** Phẫu thuật nội soi thường được áp dụng để xử trí các nguyên nhân tắc ruột đơn giản, không phức tạp. Cụ thể: cắt dây chằng được thực hiện hơn 1 nửa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu (53,1%). Có 38,8% bệnh nhân tắc ruột do dính cũng được xử trí bằng phẫu thuật nội soi, đây là những trường hợp dính ruột không quá phức tạp. Đặc biệt, có ba trường hợp xoắn ruột được chúng tôi xử trí bằng phẫu thuật nội soi.

Đặt trocar đầu tiên là 1 bước rất quan trọng để thực hiện phẫu thuật nội soi, chúng tôi đã sử dụng kỹ thuật đặt trocar xa đường mỡ cũ cho 18BN (36,8%).

### 3.3. Kết quả sớm sau mổ

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

Thời gian phục hồi	Min	Max	Trung bình
Rút sonde dạ dày sau mổ (ngày)	1	3	1,6 $\pm$ 0,9
Trung tiện sau mổ (ngày)	1	4	1,8 $\pm$ 0,8
Ăn lỏng sau mổ (ngày)	1	5	2,1 $\pm$ 1,1
Nằm viện sau mổ (ngày)	3	9	4,5 $\pm$ 1,4

**Nhận xét:** Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ giúp bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ. Cụ thể thời gian trung tiện sau mổ trung bình là 1,8  $\pm$  0,8 ngày, thời gian ăn lỏng đường tiêu hóa sau mổ trung bình là 2,1  $\pm$  1,1 ngày. phẫu thuật nội soi cũng rút ngắn được thời gian nằm viện với thời gian nằm viện trung bình là 4,5  $\pm$  1,4 ngày.

**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	2	4,0
Rách thanh mạc ruột	4	8,1
<b>Biến chứng</b>		
Nhiễm khuẩn vết mổ	1	2,0
Tắc ruột sớm sau mổ	1	2,0
Áp xe tồn dư	0	0,0
Tử vong	0	0,0

**Nhận xét:** PTNS là phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Rách thanh mạc ruột (chiếm 8,1%), có 2 bệnh nhân bị thủng ruột non trong quá trình gỡ dính, cả 2 trường hợp này đều được khâu phục hồi bằng PTNS. Biến chứng sau mổ cũng xảy ra rất thấp, 01 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2%), 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 2%), không có trường hợp tử vong.

## IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nội soi ổ bụng điều trị tắc ruột sau mổ 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 sau mổ bằng phẫu thuật nội soi đã được chứng minh là hiệu quả, an toàn, phục hồi sau mổ nhanh. Hơn thế nữa, phẫu thuật nội soi 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 phẫu thuật nội soi hoàn toàn, có xu hướng áp dụng phẫu thuật nội soi hỗ trợ để xử trí nguyên nhân tắc

ruột non [1,3,5].

Trong nghiên cứu của chúng tôi, ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ áp dụng cho 49 bệnh nhân thu được kết quả khả quan, đáng khích lệ. Tuổi trung bình bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu là  $41,8 \pm 17,3$ ; BN trẻ nhất là 13 tuổi và già nhất là 76 tuổi. BN nữ chiếm 61,2%, BN nam chiếm 38,8%. Những BN trong nghiên cứu thường là những BN có yếu tố tiên lượng thuận lợi của phẫu thuật nội soi theo Di Saverio và cộng sự (2013) như: Bụng chướng ít, tắc ruột cao, tắc ruột không hoàn toàn, nguyên nhân gây tắc là dây chằng, tiền sử mổ ruột thừa trước đó hay BN được mổ sớm hơn trước 24 giờ kể từ khi bắt đầu có triệu chứng. [6]

Không có bệnh nhân nào có tiền sử mổ bụng > 2 lần, chủ yếu có tiền sử mổ bụng là 1 lần chiếm 87,8%, có thể thấy việc sử dụng phẫu thuật nội soi vào điều trị tắc ruột sau mổ thường áp dụng trên BN có tổn thương tương đối dễ kiểm soát. Đối với những BN có tiền sử mổ bụng từ 2 lần thì việc sử dụng phẫu thuật nội soi để điều trị sẽ gặp nhiều khó khăn ngay từ khi đặt trocar đầu tiên, đặt trocar đầu tiên là 1 bước rất quan trọng để thực hiện phẫu thuật nội soi, chúng tôi đã sử dụng phần lớn kỹ thuật đặt gần đường mổ cũ cho 31BN (chiếm 63,2%) và đặt trocar xa đường mổ cũ cho 18BN (36,8%). Chọn vị trí đặt trocar đầu tiên này sẽ phụ thuộc vào các yếu tố như: vị trí đường mổ trước, vị trí dẫn lưu, tiền sử viêm phúc mạc và mạch máu thành bụng. Chúng tôi thường đặt bằng kỹ thuật mở của Hasson với trocar đầu tù và nhìn trực tiếp vào ổ bụng qua lỗ mổ thành bụng. Hơn nữa, nhận thấy khi tiền sử phẫu thuật từ 2 lần trở lên thì nguy cơ phải chuyển mổ nhỏ hoặc mổ mở cũng tăng lên theo. Thậm chí, theo Farinella E và CS (2009) thường xem số lần mổ bụng > 2 lần là một chống chỉ định tương đối của phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ [7]

Bệnh nhân biểu hiện bệnh trong thời gian 24-48h chiếm đa số 57,2%. Đối với những BN nhập viện sau 48h (13 BN chiếm 26,5%) thì thời gian phẫu thuật cũng tăng lên cùng với đó là nguy cơ phải mổ nhỏ hoặc chuyển mổ mở cũng tăng lên. Mức độ bụng chướng vừa chiếm 73,5%, chỉ có 10,2% bệnh nhân có bụng chướng nhiều, 100% có đau bụng cơn. Các triệu chứng của tắc ruột có thể khác nhau tùy theo vị trí và nguyên nhân gây tắc nghẽn. Nhận thấy, đau bụng cơn và chướng bụng là hai triệu chứng hay gặp chủ yếu, kết quả này cũng tương tự các nghiên cứu trong nước và thế giới và hơn nữa còn xuất hiện ở tất cả BN chúng tôi nghiên cứu.

Hình ảnh XQ ổ bụng không chuẩn bị hình ảnh mức nước – mức hơi điển hình gặp ở 85,7%. Dịch ổ bụng được phát hiện qua hình ảnh siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng chiếm lần lượt là 79,5% và 73,5%. Quai ruột giãn  $\geq 3$ cm trên hình ảnh siêu âm và cắt lớp vi tính ổ bụng lần lượt chiếm 71,4% và 65,3%.

Phẫu thuật nội soi thường được áp dụng để xử trí các nguyên nhân tắc ruột đơn giản, không phức tạp. Cụ thể: cắt dây chằng được thực hiện hơn 1 nửa số bệnh nhân trong nhóm nghiên cứu (53,1%). Một số tác giả khác cũng thấy đây là một yếu tố có ý nghĩa tiên lượng thành công điều trị bằng phẫu thuật nội soi như nghiên cứu của Suter nếu tắc ruột do dây chằng đơn thuần thì tỷ lệ thành công tới 68% [8], Strickland là 75%, Levard là 65%[9]. Trong nghiên cứu gộp của O'connor tỷ lệ phẫu thuật nội soi thành công khi nguyên nhân gây tắc là dây chằng tới 73,4% [10]. Có 38,8% bệnh nhân tắc ruột do dính cũng được xử trí bằng phẫu thuật nội soi, đây là những trường hợp dính ruột không quá phức tạp. Đặc biệt, có ba trường hợp xoắn ruột được chúng tôi xử trí bằng phẫu thuật nội soi.

Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ giúp bệnh nhân phục hồi sớm sau mổ so với nhóm mổ mở. Cụ thể thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $1,8 \pm 0,8$  ngày, thời gian khởi động ăn lỏng đường tiêu hóa sau mổ trung bình là  $2,1 \pm 1,1$  ngày. Phẫu thuật nội soi cũng rút ngắn được thời gian nằm viện với thời gian nằm viện trung bình là  $4,5 \pm 1,4$  ngày. Kết quả nghiên cứu hồi cứu của Chopra cũng cho thấy thời gian trung tiện sau mổ và thời gian nằm viện rút ngắn hơn so với nhóm chuyển mổ mở có ý nghĩa thống kê.

Phẫu thuật nội soi là phương pháp điều trị an toàn, tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp. Rách thanh mạc ruột (chiếm 8,1%), có 2 bệnh nhân bị thủng ruột non trong quá trình gỡ dính, cả 2 trường hợp này đều được khâu phục hồi bằng phẫu thuật nội soi. Biến chứng sau mổ cũng xảy ra rất thấp, 01 trường hợp nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2%), 01 trường hợp tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 2%), không có trường hợp tử vong. Những kết quả trên thu được đều cho thấy ưu điểm vượt trội của phẫu thuật nội soi so với mổ mở, tuy nhiên cũng nên cân nhắc dựa theo các yếu tố tiên lượng thuận lợi để đưa ra chỉ định cũng như phương pháp điều trị hiệu quả nhất.

## V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 49 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột sau mổ nhận thấy

đây là phương pháp điều trị khả thi, an toàn và tỷ lệ biến chứng thấp. Cụ thể trong nghiên cứu: tỷ lệ rách thanh mạc ruột (chiếm 8,1%), thủng ruột non trong quá trình gỡ dính 4%, nhiễm khuẩn vết mổ (chiếm 2%), tắc ruột sớm sau mổ (chiếm 2%), không có tử vong. Kết quả sau mổ tốt, thời gian phục hồi sau mổ sớm, tỷ lệ biến chứng thấp. Thời gian trung tiện sau mổ trung bình là  $1,8 \pm 0,8$  ngày, thời gian ăn lỏng sau mổ trung bình của là  $2,1 \pm 1,1$  ngày. Phẫu thuật nội soi cũng rút ngắn được thời gian nằm viện với thời gian nằm viện trung bình là  $4,5 \pm 1,4$  ngày.

### 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. 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.
4. Suter, M., et al., Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? Surg Endosc, 2000. 14(5): p. 478-83.
5. de Menezes Ettinger, J.E., et al., Laparoscopic management of intestinal obstruction due to phytobezoar. Jsls, 2007. 11(1): p. 168-71.
6. Di Saverio, S., et al., Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2013 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. 2013. 8: p. 1-14.
7. Farinella, E., et al., Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction. 2009. 4(1): p. 1-9.
8. Suter, M., et al., Laparoscopic management of mechanical small bowel obstruction: are there predictors of success or failure? 2000. 14: p. 478-483.
9. Levard, H., et al., Laparoscopic treatment of acute small bowel obstruction: a multicentre retrospective study. 2001. 71(11): p. 641-646.
10. O'Connor, D.B. and D.C.J.S.e. Winter, The role of laparoscopy in the management of acute small-bowel obstruction: a review of over 2,000 cases. 2012. 26: p. 12-17.

## ĐÁNH GIÁ MỨC ĐỘ NẢY CHỒI U VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI MỘT SỐ ĐẶC ĐIỂM MÔ BỆNH HỌC TRONG UNG THƯ BIỂU MÔ DẠ DÀY

Phạm Văn Thịnh<sup>1</sup>, Trần Ngọc Dũng<sup>1</sup>, Vũ Phương Thảo<sup>2</sup>, Nguyễn Thùy Linh<sup>1</sup>, Đặng Thành Chung<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Xác định tỷ lệ các mức độ nẩy chồi u (NCU) và đánh giá mối liên quan với một số đặc điểm chung và đặc điểm mô bệnh học (MBH) ở bệnh nhân (BN) ung thư biểu mô dạ dày (UTDD). **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang 87 BN UTDD tại Bệnh viện Quân y 103 từ tháng 1/2020 đến tháng 3/2023. Nhận xét một số đặc điểm chung và đặc điểm mô bệnh học. Phân tích các dữ liệu và đánh giá mối liên quan giữa các chỉ tiêu thu được. **Kết quả:** UTBM tuyến ống – nhú chiếm tỷ lệ cao nhất (49,43%). Các khối u chủ yếu có mức độ biệt hóa vừa và biệt hóa thấp (85,06%). Theo phân loại Lauren, UTBM thể ruột chiếm đa số (45,98%). Phần lớn các BN có tế bào u xâm lấn đến lớp cơ (pT2). Tỷ lệ di căn hạch chiếm 42,53%. Rất ít BN có xâm nhập mạch và xâm nhập thần kinh. Đa số các trường hợp là nẩy chồi u độ cao (51,72%). Ghi nhận mối liên quan có ý nghĩa thống kê giữa NCU độ cao với BN mang đặc điểm UTBM kém kết dính và UTBM kém biệt hóa (TCYTTG

2019), mức độ xâm lấn pT cao, độ biệt hóa thấp và có khả năng di căn hạch của tế bào u. **Kết luận:** Nảy chồi u là một đặc điểm vi thể có giá trị tiên lượng đánh giá xâm lấn, di căn trong ung thư dạ dày.

**Từ khóa:** ung thư biểu mô dạ dày, nẩy chồi u.

### SUMMARY

#### A STUDY ASSESSING THE RELATIONSHIP BETWEEN TUMOR BUDDING AND HISTOPATHOLOGICAL FEATURES IN GASTRIC CANCER

**Objectives:** to determine the rate of tumor budding in gastric carcinoma patients and evaluate its relationship with certain general and histopathological characteristics. **Subjects and methods:** a retrospective, cross-sectional study that included 87 patients diagnosed with gastric cancer at 103 Military Hospital from January 2020 to March 2023. The histopathological characteristics were examined, and the collected data was analyzed to determine the association between the obtained indicators. **Results:** The majority of tumors were tubular-papillary carcinoma (49.43%) and had moderate to low differentiation (85.06%). Lauren intestinal carcinoma was the most common type. Most of the subjects exhibited tumor cells that had infiltrated the muscular layer (pT2), and 42.53% displayed metastasis in the lymph nodes. The occurrence of vascular and

<sup>1</sup>Bệnh viện Quân y 103

<sup>2</sup>Học viện Quân y

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Thành Chung

Email: dangthanhchung@vmmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 4.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 8.9.2023