

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 87 BN UTDD được làm xét nghiệm HMMĐ đánh giá tình trạng mất ổn định vi vệ tinh (MSI) tại Bệnh viện Quân y 103 từ 1/2020 đến 03/2023 cho thấy.

- 16,09% BN biểu hiện mất ổn định vi vệ tinh (MSI). Trong đó, 13,79% BN biểu hiện mức độ cao (MSI-H) với kiểu hình mất bộc lộ MLH1-PMS2 hoặc mất bộc lộ đồng thời cả 4 dấu ấn miễn dịch. Có 2,3% BN biểu hiện mất ổn định vi vệ tinh mức độ thấp (MSI-L), với kiểu hình chỉ mất bộc lộ PMS2.

- BN MSI-H thường mang đặc điểm phân nhóm thể ruột theo Lauren, độ biệt hóa vừa, mức độ xâm lấn đến mô liên kết xơ mỡ sít thanh mạc (pT3), kèm biểu hiện xâm nhiễm lympho mô u mức độ cao, và có hoại tử u ($p < 0,05$).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pham, T., Bui, L., Kim, G., Hoang, D., Tran, T., & Hoang, M.** (2019). Cancers in Vietnam—burden and control efforts: a narrative scoping review. *Cancer Control*, 26(1), 1073274819863802.
2. **Cancer Genome Atlas Research Network.** (2014). Comprehensive molecular characterization of gastric adenocarcinoma. *Nature*, 513(7517), 202.
3. **Pietrantonio, F., Miceli, R., Raimondi, A., et al.** (2019). Individual patient data meta-analysis of the value of microsatellite instability as a biomarker in gastric cancer. *Journal of Clinical Oncology*, 37(35), 3392-3400.
4. **Kohlruess, M., Ott, K., Grosser, B., et al** (2021). Sexual difference matters: females with high microsatellite instability show increased survival after neoadjuvant chemotherapy in gastric cancer. *Cancers*, 13(5), 1048.
5. **Hạnh, N. T. M., Phương, N. T. M., & Dũng, T. T.** (2021). Bộc lộ Protein sửa chữa ghép cặp sai ADN ở bệnh nhân ung thư dạ dày điều trị hóa chất hỗ trợ phác đồ XELOX. *Tạp chí Nghiên cứu Y học*, 137(1), 93-100.
6. **Sugimoto, R., Endo, M., Osakabe, M., et al** (2021). Immunohistochemical analysis of mismatch repair gene proteins in early gastric cancer based on microsatellite status. *Digestion*, 102(5), 691-700.
7. **Jahng, J., Youn, Y. H., Kim, K. H., et al** (2012). Endoscopic and clinicopathologic characteristics of early gastric cancer with high microsatellite instability. *World Journal of Gastroenterology: WJG*, 18(27), 3571.
8. **Quaas, A., Biesma, H. D., Wagner, A. D., et al.** (2022). Microsatellite instability and sex differences in resectable gastric cancer—A pooled analysis of three European cohorts. *European Journal of Cancer*, 173, 95-104.

NGHIÊN CỨU MỘT SỐ YẾU TỐ LIÊN QUAN ĐẾN KHẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ TẮC RUỘT NON

Nguyễn Văn Tiệp¹, Phạm Nguyễn Nghĩa Đô¹, Hồ Chí Thanh¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá một số yếu tố liên quan đến khả năng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu cắt ngang, hồi cứu trên 255 bệnh nhân tắc ruột non được điều trị bằng phẫu thuật. **Kết quả:** Có 255 bệnh nhân, phẫu thuật nội soi hoàn toàn (42,7%), phẫu thuật nội soi hỗ trợ (29,4%), phẫu thuật mở mổ (27,9%). Phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non có liên quan tới các yếu tố tiền sử, nguyên nhân và biến chứng. Cụ thể: các bệnh nhân phẫu thuật bụng nhiều lần (từ 2 lần trở lên) tiền lượng khả năng phẫu thuật nội soi thấp hơn so với các trường hợp chưa từng phẫu thuật bụng hoặc đã phẫu thuật 1 lần ($p < 0,05$). Các nguyên nhân tắc ruột, biến chứng của tắc ruột như: viêm phúc mạc và hoại tử ruột là các yếu tố tiền lượng khả năng phải chuyển mổ mở để giải quyết nguyên nhân. Thời gian biểu hiện bệnh, mức độ bụng chướng,

dịch ổ bụng, quai ruột giãn không ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non. **Kết luận:** Những yếu tố như tiền sử mổ bụng nhiều lần, nguyên nhân tắc ruột non, biến chứng tắc ruột non làm giảm khả năng phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non. Nhưng yếu tố như thời gian biểu hiện bệnh, mức độ bụng chướng, quai ruột giãn, dịch ổ bụng ít ảnh hưởng đến khả năng phẫu thuật nội soi. **Từ khóa:** phẫu thuật nội soi, tắc ruột non, tắc ruột

SUMMARY

STUDY ON SOME FACTORS RELATED TO THE POSSIBILITY OF LAPAROSCOPIC SURGERY TO TREAT SMALL BOWEL OBSTRUCTION

Objectives: To evaluate some factors related to the possibility of laparoscopic surgery to treat small bowel obstruction. **Patients and methods:** a cross-sectional, retrospective study on 255 patients with small bowel obstruction treated by surgery. **Results:** There were 255 patients, laparoscopic surgery (42.7%), assisted laparoscopic surgery (29.4%), open surgery (27.9%). Laparoscopic surgery for small bowel obstruction is related to history, etiology, and complications. Specifically: patients who have had

¹Học viện Quân y, Bệnh viện Quân y 103

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Văn Tiệp

Email: chiductam@gmail.com

Ngày nhận bài: 7.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023

abdominal surgery many times (from 2 times or more) have a lower probability of laparoscopic surgery than those who have not had abdominal surgery or have had surgery once ($p < 0.05$). Causes of small bowel obstruction, complications of small bowel obstruction such as peritonitis and intestinal necrosis are prognostic factors for the possibility of switching to open surgery to resolve the cause. Time of disease presentation, degree of abdominal distention, abdominal fluid, dilated bowel loops did not affect the ability of laparoscopic surgery to treat small bowel obstruction. **Conclusion:** Factors such as history of multiple abdominal surgeries, causes of small bowel obstruction, complications of small bowel obstruction reduce the possibility of laparoscopic surgery to treat small bowel obstruction. But factors such as time of disease manifestation, degree of abdominal distension, dilated bowel loops, and peritoneal fluid have little influence on the possibility of laparoscopic surgery.

Keywords: Laparoscopy, small bowel obstruction, obstruction

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là cấp cứu bụng ngoại khoa thường gặp. Trong đó, tắc ở ruột non có nguyên nhân rất đa dạng, có thể do dính, dây chằng hình thành sau lần mổ bụng trước đó, do bã thức ăn hoặc các nguyên nhân hiếm gặp khác như thoát vị nội, u ruột non.... Xử trí phẫu thuật với tắc ruột non tùy thuộc nguyên nhân, có khi khá đơn giản như cắt bỏ một dây chằng, nhưng cũng có khi phức tạp nếu phải cắt đoạn ruột... Các phẫu thuật này thường thực hiện qua đường mổ bụng rộng rãi theo đường trắng giữa trên, dưới rốn. Phẫu thuật nội soi gần đây đã được áp dụng với nhiều ưu điểm trong xác định nguyên nhân và xử trí tắc ruột non cấp tính ở một số bệnh nhân được lựa chọn [1]. Theo quan niệm của các phẫu thuật viên, Tình trạng bụng trướng và các nguyên nhân phức tạp gây tắc ruột là những cản trở chính khi lựa chọn chỉ định mổ nội soi điều trị tắc ruột non [2-4]. Tuy nhiên vấn đề này vẫn còn nhiều tranh cãi, đặc biệt là khi cân nhắc về những lợi ích của phẫu thuật nội soi mang lại cho bệnh nhân so với mổ mở. Để góp phần làm sáng tỏ về khả năng phẫu thuật nội soi trong điều trị tắc ruột non và từ đó đưa ra lựa chọn phương pháp phẫu thuật phù hợp, nghiên cứu này: *Đánh giá một số yếu tố liên quan đến phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

255 bệnh nhân được chẩn đoán xác định là tắc ruột non và được điều trị bằng phẫu thuật xác định tổn thương là tắc ruột non tại Bệnh viện Quân y 103 giai đoạn từ 05/2016 đến 10/2022.

2.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

- Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột non và được phẫu thuật 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 chẩn đoán tắc ruột và phẫu thuật xác định các nguyên nhân tắc ruột ở đại tràng.

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

2.4. Các chỉ tiêu nghiên cứu. Bệnh nhân được chẩn đoán tắc ruột non sau điều trị phẫu thuật được lựa chọn vào nghiên cứu. Những bệnh nhân được phân thành 3 nhóm: nhóm phẫu thuật nội soi, phẫu thuật nội soi hỗ trợ, phẫu thuật mở.

Các biến liên quan đến đặc điểm chung bệnh nhân: tuổi, giới, tiền sử phẫu thuật bụng, BMI, thời gian biểu hiện bệnh.

So sánh một số chỉ tiêu lâm sàng như thời gian biểu hiện bệnh, mức độ bụng chướng, các chỉ tiêu cận lâm sàng tình trạng dịch ổ bụng, mức độ giãn ruột trên siêu âm và chụp cắt lớp vi tính ổ bụng ở 3 nhóm trên. Từ đó rút ra sự khác biệt giữa các nhóm về khả năng thực hiện phẫu thuật nội soi để xử trí nguyên nhân.

Xác định tổn thương trong mổ, nguyên nhân gây tắc ruột trong mổ, phương pháp xử trí tổn thương bằng phẫu thuật nội soi ở các nhóm.

Ghi nhận các biến chứng sớm như: viêm phúc mạc, hoại tử ruột từ đó đánh giá mối liên quan giữa các yếu tố này với khả năng phẫu thuật nội soi, phẫu thuật mở.

2.5. Xử trí số liệu. Các số liệu trên SPSS 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

255 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị tắc ruột non

Tuổi trung bình: $52,5 \pm 20,3$, trẻ nhất: 10; già nhất: 92. Nam: 52,2%, nữ: 47,8% (133 nam, 122 nữ). Chỉ số BMI: trung bình: $21,6 \pm 2,5$. Thời gian bị tắc ruột: trung bình: $2,5 \pm 2,1$ ngày, ngắn nhất: 5 giờ, dài nhất: 11 ngày.

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn: 109 BN (42,7%), phẫu thuật nội soi hỗ trợ: 75BN (29,4%), phẫu thuật mổ mở: 71BN (27,9%).

Bảng 1. Liên quan 1 một số yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng với khả năng phẫu thuật nội soi

Các yếu tố lâm sàng, cận lâm sàng	Phương pháp xử trí			p
	NS đơn thuần	NS hỗ trợ	Mổ mở	
Thời gian biểu hiện bệnh				
< 12h	7 (6,4%)	0 (0,0%)	4 (5,6%)	p = 0,12 > 0,05
12 – 24h	13 (11,9%)	6 (8,0%)	10 (14,1%)	
24 – 48h	40 (36,7%)	24 (32,0%)	27 (38,0%)	
> 48h	49 (45,0%)	45 (60,0%)	30 (42,3%)	
Tiền sử phẫu thuật				
Không có mổ cũ	30 (27,5%)	45 (60,0%)	33 (46,5%)	p = < 0,01
Mổ 1 lần	67 (61,5%)	23 (30,7%)	15 (21,1%)	
Mổ 2 lần	9 (8,3%)	6 (8,0%)	12 (16,9%)	
Mổ > 2 lần	3 (2,8%)	1 (1,3%)	11 (15,5%)	
Mức độ bụng chướng				
Trướng ít	36 (33,0%)	23 (30,7%)	28 (39,4%)	p = 0,09 > 0,05
Trướng vừa	65 (59,6%)	50 (66,7%)	34 (47,9%)	
Trướng nhiều	8 (7,3%)	2 (2,7%)	9 (12,7%)	
SA ổ bụng				
Có dịch ổ bụng	27 (24,8%)	11 (14,7%)	22 (31,0%)	p = 0,06 > 0,05
Không có dịch	82 (75,2%)	84 (85,3%)	49 (69,0%)	
Quai ruột giãn ≤ 3cm	25 (22,9%)	11 (14,7%)	9 (12,7%)	p = 0,15 > 0,05
Quai ruột giãn > 3cm	84 (77,1%)	64 (85,3%)	62 (87,3%)	
CLVT ổ bụng				
Có dịch ổ bụng	40 (36,7%)	22 (29,3%)	29 (40,8%)	p = 0,33 > 0,05
Không có dịch	69 (63,3%)	53 (70,7%)	42 (59,2%)	
Quai ruột giãn ≤ 3cm	23 (21,3%)	9 (12,5%)	8 (11,4%)	p = 0,14 > 0,05
Quai ruột giãn > 3cm	85 (78,7%)	63 (87,5%)	62 (88,6%)	

Nhận xét: Các đặc điểm như: thời gian biểu hiện bệnh, mức độ bụng chướng, tình trạng dịch ổ bụng và quai ruột giãn trên siêu âm và chụp CLVT trong tắc ruột non không phải là yếu tố dự báo phải chuyển mổ mở, điều đó có nghĩa là phẫu thuật nội soi có thể được áp dụng để giải quyết nguyên nhân trong những trường hợp này. Trong khi đó tiền sử phẫu thuật nhiều lần (>2 lần) là yếu tố quan trọng tiên lượng phải chuyển mổ mở mà có thể phẫu thuật nội soi giải quyết nguyên nhân được.

***Trong nghiên cứu này, chúng tôi quy**

Bảng 2: Nguyên nhân tắc ruột trong mổ

Nguyên nhân tắc ruột		Phương pháp xử trí			Tổng
		NS đơn thuần	NS hỗ trợ	Mổ mở	
Tắc ruột sau mổ	Dính ruột	31	10	16	57
	Dây chằng	40	12	15	67
	Dính ruột + dây chằng	5	1	4	10
	Xoắn ruột	2	1	3	6
Do bã thức ăn		19	40	17	76
Do nguyên nhân khác	Dính, dây chằng "nguyên phát"	7	2	3	12
	Xoắn ruột	0	2	7	9
	Thoát vị nội	1	0	2	3
	Lồng ruột	2	2	3	7
	Thoát vị đuôi	1	0	0	1

định các mức độ trướng bụng như sau:

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

- Trướng vừa: Bụng trướng, 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.

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

	Thoát vị thành bụng	0	1	0	1
	U ruột non	1	4	1	6
	Tổng	109 (42,7%)	75(29,4%)	71(27,9%)	255 (100)

Nhận xét: Có 109 trường hợp (42,7%) xử trí tổn thương hoàn toàn qua nội soi ổ bụng. Chủ yếu là các tổn thương đơn giản với các kỹ thuật cắt dây chằng (40 BN) hoặc gỡ dính qua nội soi (31 BN), đẩy bã thức ăn ở vị trí gần góc hồi manh tràng (19 BN). Một số trường hợp đặc biệt: 1 trường hợp thoát vị nội do khuyết hồng mạc chằng rộng được khâu tái tạo dây chằng rộng

sau khi giải phóng ruột nghẹt. 2 trường hợp lồng ruột hồi manh tràng được tháo lồng kết hợp cắt ruột thừa và khâu cố định hồi-manh tràng qua nội soi. Có 3 yếu tố liên quan tới khả năng thực hiện phẫu thuật nội soi để xử trí tắc ruột được chúng tôi rút ra qua nghiên cứu này. Đó là, nguyên nhân gây tắc ruột không quá phức tạp, trình độ của phẫu thuật viên và trang thiết bị.

Bảng 3. Liên quan khả năng phẫu thuật nội soi với tổn thương trong mổ

Tình trạng tổn thương trong mổ		Phương pháp xử trí			P
		NS đơn thuần	NS hỗ trợ	Mổ mở	
Nguyên nhân tắc ruột	Sau mổ	19 (17,4%)	40 (53,3%)	17 (23,9%)	p= < 0,01
	Do bã thức ăn	79 (72,5%)	24 (32,0%)	40 (56,4%)	
	Nguyên nhân khác	11 (10,1%)	11 (14,7%)	11 (19,7%)	
Hoại tử ruột	Không	109 (100%)	75 (100%)	66 (93,0%)	p = 0,02 < 0,05
	Có	0 (0,0%)	0 (0,0%)	5 (7,0%)	
Xoắn ruột	Không	103 (94,5%)	70 (93,3%)	59 (83,1%)	p = 0,13 > 0,05
	Có	6 (5,5%)	5 (6,7%)	12 (16,9%)	
Thủng ruột	Không	108 (99,1%)	75 (100%)	68 (95,8%)	p = 0,13 > 0,05
	Có	1 (0,9%)	0 (0,0%)	3 (4,2%)	
Viêm phúc mạc	Không	108 (99,1%)	74 (98,7%)	63 (88,7%)	p = 0,01 < 0,05
	Có	1 (0,9%)	1 (1,3%)	8 (11,3%)	

Nhận xét: Nguyên nhân tắc ruột non bao gồm tắc ruột sau mổ, tắc ruột do bã thức ăn, tắc ruột do các nguyên nhân khác (thoát vị nội, u ruột non, lồng ruột, xoắn ruột...) là yếu tố tiên lượng khả năng phẫu thuật nội soi xử trí nguyên nhân tắc ruột, sự khác biệt giữa các nhóm nguyên nhân khác nhau liên quan đến khả năng phẫu thuật nội soi là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Biến chứng tắc ruột non như hoại tử ruột, viêm phúc mạc là những nguyên nhân cần phải phẫu thuật mở để xử trí tổn thương trong khi phẫu thuật nội soi sẽ không áp dụng trong những trường hợp này. Sự khác biệt giữa các nhóm có hay không có biến chứng hoại tử ruột hoặc viêm phúc mạc là sự khác biệt có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$.

IV. BÀN LUẬN

Tắc ruột là một cấp cứu ngoại khoa thường gặp trong các bệnh tiêu hóa, chiếm tỷ lệ 9- 19% cấp cứu bụng; 0,8-1,2% các bệnh ngoại khoa với tỷ lệ tử vong chiếm khoảng 3-5% [1]. Bất chấp những tiến bộ gần đây trong kỹ thuật phẫu thuật và việc sử dụng thường xuyên hơn các phương pháp xâm lấn tối thiểu (nội soi, robot, hỗ trợ bằng tay, v.v.), tắc ruột non vẫn là một vấn đề phổ biến đối với bác sĩ phẫu thuật cũng như người không phẫu thuật. Trong thập kỷ qua, người ta ngày càng quan tâm đến việc tìm hiểu

các chỉ định và thời điểm can thiệp phẫu thuật đối với tắc ruột non. Phẫu thuật nội soi ổ bụng trong điều trị tắc ruột là bước đi phù hợp nhằm đánh giá tình trạng tổn thương và trong nhiều trường hợp cũng là phương pháp điều trị. Từ năm 1972, Mouret đã thực hiện ca phẫu thuật nội soi thành công điều trị tắc ruột đầu tiên, sau trường hợp này việc phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột đã được nhiều bác sĩ chấp nhận và có nhiều cải tiến về kỹ thuật [5].

Trong phẫu thuật, việc lựa chọn phương pháp phẫu thuật ban đầu phụ thuộc vào tình trạng toàn thân của bệnh nhân, điều này có ảnh hưởng trực tiếp đến phương pháp vô cảm và các điều kiện cần thiết để phẫu thuật nội soi. Các chống chỉ định tuyệt đối như bệnh tim mạch, bệnh hô hấp, tình trạng mất máu cấp, tình trạng huyết động không ổn định. Những trường hợp này không cho phép bơm hơi trong phúc mạc hoặc là cấp tối khẩn cấp, cần tiến hành phẫu thuật nhanh chóng.

Đánh giá bước đầu với bệnh nhân tắc ruột, cần điều tra về tiền sử phẫu thuật và thời gian bị bệnh như là cơ sở để tiên lượng tổn thương và sơ bộ đánh giá nguyên nhân. Từ nghiên cứu cho thấy, chỉ có số lần phẫu thuật có ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phương pháp mổ, cụ thể đối với các trường hợp đã mổ bụng > 2 lần thường

được giải quyết bằng mổ mở. Ngược lại, thời gian biểu hiện bệnh có sự khác biệt nhưng không có ý nghĩa thống kê. Nghiên cứu của Farinella và nghiên cứu của Harvitkar cho rằng, mổ bụng > 2 lần được xem là chống chỉ định tương đối với phẫu thuật nội soi do dính nhiều gây khó khăn khi đặt Trocar đầu tiên [6, 7].

Một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng trước mổ là yếu tố dự đoán đến khả năng phẫu thuật nội soi. Theo các quan điểm trước đây, đa số các trường hợp tình trạng bụng chướng nhiều và ruột giãn lớn trên CLVT và siêu âm không tiến hành nội soi do hạn chế về trường mổ. Tuy nhiên, qua nghiên cứu chúng tôi thấy rằng mức độ chướng và tình trạng ruột giãn trên CLVT và siêu âm ở các nhóm phương pháp phẫu thuật khác biệt không có ý nghĩa thống kê. So sánh với các nghiên cứu của các tác giả khác, cho rằng, trường hợp ruột giãn lớn hơn 4 cm là chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật nội soi. Theo nghiên cứu của các tác giả Sebastian-Valverde, Farinella và Harvitkar chỉ ra các yếu tố tiêu lượng phẫu thuật nội soi thành công như: số lần mổ bụng < 2 lần, thời gian biểu hiện bệnh < 24 giờ, tắc ruột do dính đơn thuần, kinh nghiệm của phẫu thuật viên [5-7]. Tác giả Suter, M. khuyến cáo rằng khi bệnh nhân không bị viêm phúc mạc, thì khả năng phẫu thuật nội soi sẽ dựa vào đường kính ruột, tác giả cho rằng đường kính ruột vượt quá 4 cm có liên quan đến tỷ lệ chuyển mổ mở tăng lên: 32% so với 55% ($p = 0,02$) [8].

Nguyên nhân tắc ruột non là 1 yếu tố quan trọng tiên lượng khả năng phẫu thuật nội soi để điều trị. Nguyên nhân hàng đầu của tắc ruột non là tắc ruột sau mổ, với các tổn thương như dính ruột, dây chằng, xoắn ruột hoặc do kết hợp các nguyên nhân trên. Trong nghiên cứu, phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột non do dây chằng được thực hiện trên 40 BN, với kỹ thuật cắt dây chằng đơn giản, 31 BN dính ruột đơn giản cũng được PTNS gỡ dính giải quyết nguyên nhân tắc ruột. Việc phẫu thuật nội soi được chỉ định rộng rãi hơn so với phẫu thuật mở bụng cũng là 1 ưu điểm làm giảm các biến chứng hoại tử ruột, viêm phúc mạc không đáng có do để muộn. PTNS cho biết vị trí thắt do dây chằng, xử trí tổn thương nhanh hơn, tăng khả năng cứu sống đoạn ruột tránh phải cắt đoạn ruột. Đối với tắc ruột sau mổ, các nghiên cứu trên thế giới chỉ ra rằng, nội soi ổ bụng chẩn đoán được áp dụng ở hầu hết các trường hợp (60 – 100%), trong đó tỷ lệ chuyển mổ mở dao động từ 20 – 50 %. Nguyên nhân chủ yếu do đa dính khó bóc tách và hoại tử ruột [6].

Một nguyên nhân khác cũng thường gặp trong thực tế là tắc ruột do bã thức ăn (76 bệnh nhân). Các trường hợp này đa số gặp ở những bệnh nhân lớn tuổi, sức nhai suy giảm, có tiền sử ăn các loại thức ăn khó tiêu hóa, hay gặp nhất là măng, ổi, hồng, xơ mít... Trong nhóm nguyên nhân này, phương pháp nội soi hỗ trợ kết hợp với mổ đường mổ nhỏ xử trí tổn thương được áp dụng nhiều nhất. Thường được chỉ định cho những trường hợp bã thức ăn còn cách góc hồi manh tràng dài, việc đẩy bã thức ăn lúc này sẽ gây tổn thương ruột non, có thể là nguyên nhân gây dính về sau. Việc nội soi cho phép xác định vị trí tắc, đồng thời giúp đưa quai ruột có bã thức ăn kết hợp mở ruột lấy bã thức ăn. Có 19 bệnh nhân được nội soi hoàn toàn, đẩy bã thức ăn xuống đại tràng và 17 bệnh nhân tiến hành chuyển mổ mở để xử trí tổn thương.

Nguyên nhân gây tắc ruột non là 1 yếu tố quan trọng, ảnh hưởng trực tiếp đến khả năng tiên lượng cho việc áp dụng phẫu thuật nội soi hay phẫu thuật mở để giải quyết nguyên nhân. Phẫu thuật nội soi đơn thuần được áp dụng nhiều nhất trong các trường hợp tổn thương đơn giản như dây chằng, dính đơn giản, tắc ruột do bã thức ăn ở vị trí gần góc hồi manh tràng, thoát vị trong ổ bụng. Ngược lại, phẫu thuật nội soi hỗ trợ, mổ mở được áp dụng nhiều với trường hợp tắc ruột sau mổ với tổn thương phức tạp như xoắn ruột, dính nhiều, và những trường hợp bã thức ăn ở vị trí xa góc hồi manh tràng.

Các tác giả Farinella và Harvitkar khuyến cáo, những trường hợp tắc ruột non có biến chứng viêm phúc mạc, hoại tử ruột là chống chỉ định tuyệt đối với phẫu thuật nội soi điều trị tắc ruột, đặc biệt là tắc ruột sau mổ [6, 7]. Ngoài ra, đa số các trường hợp hoại tử ruột hoặc thủng ruột để được chuyển mổ mở sau khi nội soi chẩn đoán. Điều này cũng được thể hiện trong nghiên cứu của chúng tôi, khi việc có hay không có tổn thương hoại tử ruột và viêm phúc mạc trong mổ ở các nhóm có sự khác biệt mang ý nghĩa thống kê.

V. KẾT LUẬN

Qua nghiên cứu 255 bệnh nhân được phẫu thuật điều trị tắc ruột non nhận thấy một số yếu tố liên quan đến khả năng phẫu thuật nội soi như sau: yếu tố như tiền sử phẫu thuật bụng nhiều lần (> 2 lần), nguyên nhân tắc ruột non, viêm phúc mạc và hoại tử ruột là các yếu tố làm giảm khả năng phẫu thuật nội soi. Trong khi, các yếu tố khác như thời gian biểu hiện bệnh, các mức độ bụng chướng, tình trạng dịch ổ bụng và mức độ giãn của ruột ($\leq 3\text{cm}$ hoặc $> 3\text{cm}$) trên

siêu âm và CLVT ổ bụng không phải là những yếu tố tiên lượng cần phải chuyển mổ mở để xử trí tổn thương, phẫu thuật nội soi vẫn được áp dụng để điều trị trong trường hợp này.

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. Aka, A.A., J.P. Wright, and T. DeBeche-Adams, Small Bowel Obstruction. Clin Colon Rectal Surg, 2021. 34(4): p. 219-226.
3. Ten Broek, R.P.G., et al., Bologna guidelines for diagnosis and management of adhesive small bowel obstruction (ASBO): 2017 update of the evidence-based guidelines from the world society of emergency surgery ASBO working group. World J Emerg Surg, 2018. 13: p. 24.
4. Szeliga, J. and M. Jackowski, Laparoscopy in small bowel obstruction - current status - review. Wideochir Inne Tech Maloinwazyjne, 2017. 12(4): p. 455-460.
5. Sebastian-Valverde, E., et al., The role of the laparoscopic approach in the surgical management of acute adhesive small bowel obstruction. BMC Surg, 2019. 19(1): p. 40.
6. Farinella, E., et al., Feasibility of laparoscopy for small bowel obstruction. World J Emerg Surg, 2009. 4: p. 3.
7. Harvitkar, R.U., P.H. Kumar, and A. Joshi, Role of Laparoscopy in the Surgical Management of Acute Small Bowel Obstruction: Fact or Fiction? Cureus, 2021. 13(10): p. e18828.
8. 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.

NGHIÊN CỨU ĐẶC ĐIỂM HÌNH ẢNH MRI KHỐI U Ở BỆNH NHÂN U NGUYÊN BÀO THẦN KINH ĐỆM TẠI BỆNH VIỆN K TRUNG ƯƠNG

Trần Anh Đức¹, Nguyễn Đức Liên²,
Nguyễn Thành Bắc¹, Ngô Quang Hùng³

Từ khóa: u nguyên bào thần kinh đệm, hình ảnh cộng hưởng từ, bệnh viện K.

TÓM TẮT

Mục tiêu: khảo sát đặc điểm hình ảnh cộng hưởng từ khối u ở bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm tại bệnh viện K trung ương. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô cắt ngang trên 34 bệnh nhân u nguyên bào thần kinh đệm được phẫu thuật, chụp cộng hưởng từ và điều trị hóa xạ trị phối hợp tại bệnh viện K trung ương, cơ sở Tân Triều từ 01/2019 đến tháng 12/2020. **Kết quả:** Phần lớn khối u ở một bên bán cầu, thường xuất hiện ở thùy trán (26,5%), thái dương (17,6%), hỗn hợp (41,2%); đường kính lớn nhất khối u trung bình là $5,0 \pm 1,6$ cm; chủ yếu là các khối u có ranh giới không rõ (55,9%), tín hiệu không đồng nhất (94,1%), u dạng hỗn hợp (94,1%). Các đặc điểm khác đi kèm khối u như phù não chiếm 82,4%; chèn ép não thất chiếm 67,6%; vôi hóa chiếm 2,9%, hoại tử chiếm - xuất huyết chiếm 55,9%; có hơn 97% khối u bắt thuốc đối quang từ sau tiêm. Có hơn 60% bệnh nhân bị lệch đường giữa do u. **Kết luận:** U nguyên bào thần kinh đệm thường có kích thước lớn, hay chèn ép đường giữa, nằm một bên bán cầu não, hay gặp ở thùy trán, thái dương, thường có ranh giới u không rõ, cấu trúc hỗn hợp, thường hoại tử trong u hay phù não quanh u.

SUMMARY

RESEARCH CHARACTERISTICS OF MR IMAGING TUMORS IN GLIOBLASTOMA PATIENTS AT CENTRAL K HOSPITAL

Objective: To investigate the characteristics of tumor magnetic resonance imaging in glioblastoma patients at National Cancer Central Hospital. **Subjects and methods:** Cross-sectional tissue study on 34 glioblastoma patients who underwent surgery, magnetic resonance imaging and combined chemotherapy and radiotherapy at K Central Hospital, Tan Trieu campus from 01 2019 to December 2020. **Results:** Most of the tumors were in one hemisphere, usually appearing in frontal lobes (26.5%), temporal (17.6%), mixed (41.2%). The average tumor diameter is 5.0 ± 1.6 cm, mainly tumors with unclear boundary (55.9%), heterogeneous signal (94.1%), mixed tumor (94.1%). Other features associated with the tumor such as cerebral edema accounted for 82.4%; ventricular compression accounted for 67.6%; Calcification accounted for 2.9%; necrosis - hemorrhage accounted for 55.9%; More than 97% of tumors captured contrast after injection. More than 60% of patients have midline deviation due to tumors. **Conclusion:** Glioblastoma is usually large, compresses the midline, is located on one side of the brain, is common in the frontal and temporal lobes, and often has unclear tumor boundaries, mixed structure, usually intratumoral necrosis or peritumoral cerebral edema.

Keywords: glioblastoma, magnetic resonance imaging, K hospital.

¹Bệnh viện Quân Y 103, Học viện Quân Y

²Bệnh viện K – Tân Triều

³Bệnh viện Đa khoa Xanh Pôn

Chịu trách nhiệm chính: Ngô Quang Hùng

Email: drhungpttk@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.7.2023

Ngày phản biện khoa học: 18.8.2023

Ngày duyệt bài: 11.9.2023