

dạy để hạn chế những vấn đề còn tồn tại.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Meinberg EG, Agel J, Roberts CS, Karam MD, Kellam JF.** Fracture and Dislocation Classification Compendium-2018. J Orthop Trauma. 2018;32 Suppl 1: S1-S170. doi: 10.1097/ BOT.0000000000001063
2. **Plumarom Y, Wilkinson BG, Willey MC, An Q, Marsh L, Karam MD.** Sensitivity and specificity of modified RUST score using clinical and radiographic findings as a gold standard. Bone Jt Open. 2021;2(10):796-805. doi:10.1302/2633-1462.210.BJO-2021-0071.R1
3. **Kregor PJ, Stannard JA, Zlowodzki M, Cole PA.** Treatment of distal femur fractures using the less invasive stabilization system: surgical experience and early clinical results in 103 fractures. J Orthop Trauma. 2004;18(8):509-520. doi:10.1097/00005131-200409000-00006
4. **Brodke D, O'Hara N, Devana S, et al.** Predictors of Deep Infection After Distal Femur Fracture: A Multicenter Study. J Orthop Trauma. 2023;37(4): 161-167. doi: 10.1097/BOT.0000000000002514
5. **Ebraheim NA, Martin A, Sochacki KR, Liu J.** Nonunion of Distal Femoral Fractures: a Systematic Review. Orthop Surg. 2013;5(1):46-50. doi:10.1111/os.12017
6. **Henderson CE, Kuhl LL, Fitzpatrick DC, Marsh JL.** Locking plates for distal femur fractures: is there a problem with fracture healing? J Orthop Trauma. 2011;25 Suppl 1:S8-14. doi:10.1097/BOT.0b013e3182070127
7. **Kim JW, Oh CW, Oh JK, et al.** Malalignment after minimally invasive plate osteosynthesis in distal femoral fractures. Injury. 2017;48(3):751-757. doi:10.1016/j.injury.2017.01.019
8. **Lill M, Attal R, Rudisch A, Wick MC, Blauth M, Lutz M.** Does MIPO of fractures of the distal femur result in more rotational malalignment than ORIF? A retrospective study. Eur J Trauma Emerg Surg Off Publ Eur Trauma Soc. 2016;42(6):733-740. doi:10.1007/s00068-015-0595-8

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH THÁI BÌNH

Trần Thái Phúc¹, Phạm Hồng Quảng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình. **Phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện trên 52 người bệnh tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình từ tháng 1 đến tháng 6 năm 2023. Ghi nhận các biến số: Tuổi, thời gian từ lúc nhập viện đến khi phẫu thuật; Phương pháp phẫu thuật; Phương pháp xử lý bã thức ăn; Thời gian mổ; Các thông số theo dõi sau phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật và phương pháp xử lý; Kết quả phẫu thuật theo theo Clavien - Dindo. **Kết quả:** Thời gian trung bình từ khi nhập viện đến khi phẫu thuật là 44,8 giờ, sớm nhất là 2,5 giờ; 84,6% người bệnh được mổ trong vòng 72h. 78,9% được mổ mở; 71,2% được chỉ định mổ mở từ đầu; 21,1% được mổ nội soi hoàn toàn hoặc kết hợp với mổ nhỏ thành bụng. Có 34,6% đẩy bã thức ăn xuống đại tràng mà không cần mổ ruột. 53,8% mổ ruột lấy bã thức ăn. 11,6% kết hợp mổ dạ dày để lấy bã thức ăn. Thời gian Phẫu thuật trung bình 68 phút. Thời gian cho ăn sau phẫu thuật trung bình là 4,2 ngày. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 9,8 ngày. Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,1% (tỷ lệ tử vong là 9,6%). 90,4% người bệnh ổn định ra viện. **Kết luận:** Điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa

khoa tỉnh Thái Bình có kết quả khả quan. Tỷ lệ ổn định xuất viện là 90,4%. Tỷ lệ tử vong là 9,6%.

Từ khóa: tắc ruột, bã thức ăn, Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình

SUMMARY

RESULTS OF SURGERY FOR INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY PHYTOBEAZOAR AT THAI BINH PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: Evaluate the results of surgery for intestinal obstruction caused by phytobezoar at Thai Binh provincial General Hospital. **Methods:** Cross-sectional descriptive study, performed on 52 patients with intestinal obstruction caused by phytobezoar operated on at Thai Binh Provincial General Hospital from January to June 2023. Variables recorded: Age, time from hospital admission to surgery; Surgical methods; Methods of handling phytobezoar; Surgery time; Postoperative monitoring parameters; Postoperative complications and treatment methods; Surgical results according to Clavien - Dindo. **Results:** The average time from hospital admission to surgery was 44.8 hours, the earliest was 2.5 hours; 84.6% of patients had surgery within 72 hours. 78.9% had open surgery; 71.2% were prescribed open surgery from the beginning; 21.1% had surgery completely laparoscopically or combined with a small laparotomy. 34.6% pushed phytobezoar into the colon without opening the intestines. 53.8% had their intestines opened to remove phytobezoar. 11.6% combined with gastric opening to remove phytobezoar. Average Surgery Time 68 minutes. The average postoperative

¹Trường Đại học Y Dược Thái Bình

Chịu trách nhiệm chính: Trần Thái Phúc

Email: phuctbmu@gmail.com

Ngày nhận bài: 4.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2024

Ngày duyệt bài: 9.5.2024

feeding time was 4.2 days. The average postoperative hospital stay was 9.8 days. The overall complication rate after surgery was 21.1% (9.6% mortality). 90.4% of stable patients were discharged from the hospital. **Conclusion:** Surgical treatment of intestinal obstruction caused by phytobezoar at Thai Binh Provincial General Hospital has positive results. The rate of stable discharge from the hospital is 90.4%. The mortality rate is 9.6%.

Keywords: Intestinal obstruction, phytobezoar, Thai Binh Provincial General Hospital

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do bã thức ăn (BTA) là một trong những loại tắc ruột cơ giới, thuộc nhóm bí. Nguyên nhân do khối BTA nằm trong lòng ruột gây bí tắc và làm ứ trệ lưu thông của đường tiêu hóa [1].

Phẫu thuật đẩy BTA xuống đại tràng hoặc mở ruột lấy BTA là phương pháp có hiệu quả nhất. Tuy nhiên thời điểm can thiệp và thể trạng của người bệnh ảnh hưởng nhiều đến kết quả của cuộc phẫu thuật

Trên thế giới cũng như ở Việt Nam [2], [3] đã có nhiều nghiên cứu về bệnh lý này. Ngày nay với những thói quen ăn uống đa dạng, bệnh cảnh lâm sàng phong phú nên việc chẩn đoán và xử trí bệnh ở giai đoạn sớm cần phải được đánh giá thực tế và chính xác hơn. Đồng thời hầu hết người bệnh tắc ruột do bã thức ăn thường gặp ở người bệnh cao tuổi, thể trạng kém, có thể kèm theo nhiều bệnh nên nên việc chăm sóc, điều trị sau mổ để hạn chế biến chứng sau mổ cũng rất cần được quan tâm

Mục tiêu của nghiên cứu: Đánh giá kết quả phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái Bình

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

52 người bệnh tắc ruột do bã thức ăn được phẫu thuật cấp cứu tại Bệnh viện đa khoa Tỉnh Thái Bình từ tháng 01 năm 2020 đến tháng 04 năm 2023. Đồng ý tham gia nghiên cứu và có hồ sơ bệnh án đầy đủ

Nghiên cứu theo phương pháp mô tả cắt ngang.

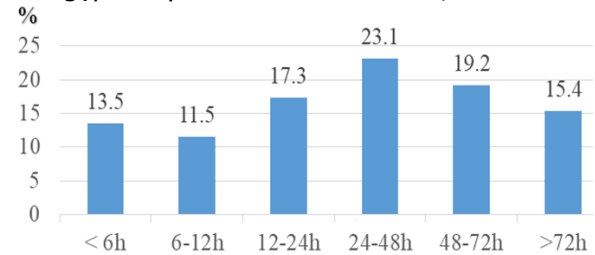
Chọn mẫu toàn bộ những người bệnh đủ tiêu chuẩn

Ghi nhận các số liệu về Tuổi; thời gian từ lúc nhập viện đến khi phẫu thuật; Phương pháp phẫu thuật; Phương pháp xử lý bã thức ăn; Thời gian mổ; Các thông số theo dõi sau phẫu thuật; Biến chứng sau phẫu thuật và phương pháp xử lý; Kết quả phẫu thuật theo theo Clavien – Dindo [4]

Số liệu được xử lý theo phương pháp thống kê y học

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu 52 người bệnh được phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình thời gian từ tháng 1 năm 2019 đến tháng 8 năm 2023 chúng tôi có kết quả như sau: Tuổi trung bình của người bệnh là $69,7 \pm 16,8$ tuổi (31 - 99) Độ tuổi gặp chủ yếu > 60 tuổi chiếm 71,1%



Biểu đồ 1. Thời gian từ khi nhập viện đến khi được phẫu thuật

Nhận xét: Thời gian trung bình từ khi nhập viện đến khi phẫu thuật: $44,8 \pm 53,7,8$ giờ, sớm nhất là 2,52 giờ và muộn nhất là 274,5 giờ. 84,6% người bệnh được mổ trong vòng 72h.

Bảng 1. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	Số lượng	Tỷ lệ%
Mổ nội soi hoàn toàn	1	1,9
Mổ nội soi mở nhỏ	10	19,2
Mổ nội soi chuyển mổ mở	4	7,7
Mổ mở	37	71,2
Tổng	52	100

Nhận xét: 78,9% được mổ mở trong đó 71,2% được chỉ định mổ mở từ đầu; 21,1% được mổ nội soi hoàn toàn hoặc kết hợp với mổ nhỏ.

Bảng 2. Phương pháp xử trí bã thức ăn

Phương pháp xử lý bã thức ăn	Số BN (n=52)	Tỷ lệ (%)	
Giải quyết nguyên nhân gây tắc	Mở ruột đơn thuần lấy bã thức ăn	26	50
	Dồn bã thức ăn xuống đại tràng	18	34,6
Thủ thuật phối hợp với bã thức ăn ở vị trí khác	Mở dạ dày + mở ruột lấy bã thức ăn	3	5,8
	Mở dạ dày lấy bã thức ăn + dồn bã thức ăn xuống đại tràng	3	5,8
	Mở hông tràng lấy bã thức ăn + đẩy bã thức ăn hồi tràng xuống đại tràng	2	3,8
Tổng	52	100	

Nhận xét: Có 34,6% trường hợp người bệnh đẩy bã thức ăn xuống đại tràng mà không cần can thiệp mở ống tiêu hóa. 06 trường hợp có bã thức ăn ở dạ dày kết hợp đều phải mở dạ dày

để lấy bã thức ăn.

Bảng 3. Thời gian phẫu thuật

Thời gian	Số người bệnh (n=52)	Tỷ lệ (%)	Trung bình
<60 phút	29	55,8	68±20 phút (34-140 phút)
60-90 phút	18	34,6	
>90 phút	5	9,6	

Nhận xét: Phẫu thuật chủ yếu trong khoảng thời gian dưới 60 phút (55,8%).

Bảng 4. Các thông số theo dõi sau mổ

	Nhỏ nhất	Lớn nhất	Trung bình	SD
Thời gian cho ăn (ngày)	1,26	12,4	4,2	1,9
Thời gian dùng giảm đau (ngày)	1	8	3,11	1,8
Thời gian điều trị hậu phẫu (ngày)	1	20	9,8	4,3

Nhận xét: Thời gian cho ăn sau mổ trung bình là 4,2 ngày, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 9,8 ngày.

Bảng 5. Biến chứng sau mổ

Biến chứng	Số lượng	Tỷ lệ %	Xử trí	Kết quả
Chung	11	21,1		
Liệt ruột	1	1,9	Nội khoa	Ra viện
Tắc ruột sớm sau mổ	1	1,9	Nội khoa	Ra viện
Bục vết mổ	1	1,9	Mổ cấp cứu	Ra viện
Nhiễm trùng vết mổ	3	5,7	Nội khoa	Ra viện
Viêm phổi sau mổ - suy hô hấp	2	3,8	Nội khí quản	01 Xin về 01 chuyển viện
Xuất huyết tiêu hóa sau mổ	1	1,9	Nội khoa	Xin về
Ngừng tim CRNN	2	3,8	CC ngừng tuần hoàn	Tử vong

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung sau mổ là 21,1%. Có 02 người bệnh tử vong sau mổ, 02 người bệnh nặng xin về. 01 người bệnh chuyển viện.

Bảng 6. So sánh các thông số hậu phẫu theo phương pháp xử trí tổn thương

PP xử trí BTA	Thông số hậu phẫu	Thời gian ăn được đường miệng sau mổ trung bình	Thời gian điều trị hậu phẫu trung bình	Tỷ lệ biến chứng sau mổ
Đẩy BTA xuống đại tràng		3,8±1,1	7,7±3,2	17%
Mở ruột non lấy BTA		4,3±2,2	10,7±4,7	24%
p		>0,05	<0,05	>0,05

Nhận xét: Thời gian điều trị hậu phẫu ở nhóm người bệnh có mở ống tiêu hóa nhiều hơn

có ý nghĩa thống kê so với nhóm không mở ống tiêu hóa (10,7 ± 4,7 ngày và 7,7 ± 3,2 ngày)

Bảng 7. Phân loại biến chứng, kết quả phẫu thuật theo Clavien - Dindo

Kết quả	Phân loại Clavien-Dindo	Số lượng	Tỷ lệ %
Ổn định, không biến chứng, ra viện	0	42	80,8
Biến chứng điều trị nội ổn, ra viện	II	5	9,6
Mổ lại, ổn định	III	1	1,9
Nặng xin về	V	2	3,8
Chuyển tuyến trên, nặng về	V	1	1,9
Tử vong	V	2	3,8

Nhận xét: 90,4% người bệnh ổn định ra viện sau mổ; 9,6% (5 người bệnh) diễn biến nặng về hoặc tử vong.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu, thời gian điều trị bảo tồn trung bình là 44,8 giờ, ngắn nhất là 2,5 giờ và dài nhất là 274,5 giờ. 84,6% người bệnh được mổ trong 72 giờ từ khi nhập viện. 15,4% người bệnh được theo dõi trên 3 ngày, sau đó mới chỉ định mổ.

Chưa có bằng chứng hoặc nghiên cứu cụ thể nào về việc thời gian điều trị bảo tồn nên kéo dài bao lâu thì chỉ định mổ. Tuy nhiên theo các guideline và các báo cáo gần đây nhất thì các tác giả đồng thuận đưa ra con số 72h là ngưỡng an toàn và phù hợp nhất để duy trì điều trị bảo tồn. Đối với các trường hợp điều trị bảo tồn, một số tác giả cho người bệnh uống thuốc cản quang và chụp lại XQ bụng sau 24h xem thuốc có xuống được đại tràng thì tiếp tục điều trị bảo tồn và có thể cho người bệnh ăn đường miệng được và chỉ chỉ định điều trị bảo tồn khi không có dấu hiệu của giảm tưới máu thành ruột hoặc hoại tử ruột (Fausto Catena 2019) [5].

Có 2 phương pháp xử lý phẫu thuật bã thức ăn là mở ruột non/ dạ dày lấy bã thức ăn hoặc đẩy bã thức ăn xuống đại tràng.

Đẩy bã thức ăn xuống đại tràng: có 34,6% trường hợp chỉ có 01 bã thức ăn ở hồi tràng, được dồn bã thức ăn xuống đại tràng. Chúng tôi cho rằng trước khi dồn bã thức ăn xuống đại tràng nên bóp nhỏ cục bã thức ăn. Không nên bóp bã thức ăn ngay tại chỗ tắc, mà nên dồn bã thức ăn lên đoạn ruột lạnh. Trước khi tiến hành dồn bã thức ăn xuống đại tràng lên cần đánh giá kỹ tình trạng của ruột, xem ruột có bị hoại tử có bị thủng không, kiểm tra đoạn dưới xem có bị cản trở không. Đặc biệt với những người bệnh đã

có tiền sử phẫu thuật ổ bụng, phải loại trừ đoạn dưới có dây chằng, có dính, có khối u cản trở.

Mở ruột non lấy bã thức ăn: có 28 trường hợp phải mở ruột non lấy bã thức ăn ở hồi tràng, 6 trường hợp có bã thức ăn ở dạ dày được mở dạ dày lấy bã thức ăn, trong đó 3 trường hợp bã kết hợp ở hồi tràng được mở ruột lấy bã thức ăn và 3 trường hợp bã thức ăn ở hồi tràng được dồn xuống đại tràng. Trước khi mở ruột lấy bã thức ăn, chúng tôi có đánh giá mức độ cứng rắn của bã thức ăn và kiểm tra toàn bộ ruột, dạ dày có bã thức ăn hay không sau đó chúng tôi thường làm nghiệm pháp thử dồn bã thức ăn xuống đại tràng, nếu thất bại thì tiến hành mở ruột. Trong những trường hợp kích thước bã thức ăn quá lớn, mật độ bã thức ăn rắn, vị trí xa đại tràng, tình trạng tổn thương tại ruột không cho phép dồn bã thức ăn xuống đại tràng thì nên mở ruột lấy bã thức ăn chứ không nên cố thử. Có 2 trường hợp nhiều khối bã thức ăn ở ruột non, ở các vị trí khác nhau, chúng tôi thường dồn đến hồi tràng và mở ruột tại một vị trí để lấy bã thức ăn hoặc đẩy bã thức ăn ở phía dưới xuống đại tràng và mở hồi tràng để lấy bã thức ăn phía trên. Tỷ lệ mở ruột lấy BTA trong nghiên cứu chiếm 63,4%. Tỷ lệ này có khác nhau trong báo cáo của các tác giả Trần Hiếu Học - Nguyễn Ngọc Bích (2006) [6] là 80,2%, Hà Văn Quyết (2006) [7] là 84% và của Đặng Quốc Ái (2023) [2] là 29,3%. Vị trí mở ruột hay gặp nhất là ngay dưới chỗ tắc, trước khi mở nên đẩy bã thức ăn lên trên một chút. Theo các tác giả, trước khi đẩy bã thức ăn xuống đại tràng phải loại trừ đoạn ruột phía dưới có dính, có dây chằng cản trở hoặc có u. Mở đường tiêu hóa để lấy bã thức ăn chỉ thực hiện khi không đẩy được bã thức ăn xuống đại tràng. Đường mở ruột là mở ngang ruột, với kích thước vừa đủ để lấy được bã thức ăn.

Mở dạ dày lấy bã thức ăn: thống kê của chúng tôi có 06 người bệnh được tiến hành mở dạ dày, chiếm 11,6%. Bã thức ăn đã tồn tại trong dạ dày, cùng với bã thức ăn trong ruột non. Tiến hành hút dịch và hơi ở dạ dày qua sonde hút, sau đó mở mặt dạ dày lấy bỏ bã thức ăn. Cùng với khối bã thức ăn ở ruột non có thể dồn xuống đại tràng hoặc mở ruột lấy bã thức ăn. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự nghiên cứu của Hà Văn Hưng [8] có 11 người bệnh được tiến hành mở dạ dày - mở ruột non, chiếm 11,3%,

Thời gian trung tiện trở lại cũng là một tiêu chí đánh giá sự hồi phục của người bệnh sau mổ. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian trung tiện và cho ăn trở lại trung bình là $4,2 \pm 1,9$

ngày, sớm nhất là 1,3 ngày và chậm nhất là 12,4 ngày. Kết quả tương đồng với tác giả: Seang Đặng Quốc Ái (2023) [2] là $3,1 \pm 0,6$ ngày.

Trong nghiên cứu có 10 người bệnh (19,2%) có biến chứng sau mổ, trong đó biến chứng nặng (tử vong hoặc nặng về) là 5 người bệnh (9,6%). Các biến chứng gồm có liệt ruột 1,9%, tắc ruột sớm sau mổ 1,9%, bực vết mổ 1,9%, nhiễm trùng vết mổ 5,7%, viêm phổi - suy hô hấp sau mổ 3,8%, xuất huyết tiêu hóa sau mổ 1,9%, ngừng hô hấp tuần hoàn chưa rõ nguyên nhân 3,8%. Tỷ lệ biến chứng trong nghiên cứu cao hơn đáng kể so với các tác giả khác: Nghiên cứu của Hà Văn Hưng (2007) [8] có biến chứng sau mổ với toác thành bụng: gặp ở 4/97 người bệnh chiếm 4,1%. Nhiễm khuẩn vết mổ: gặp 2 trường hợp, chiếm 2,1% và tắc ruột sớm sau mổ gặp ở 5 trường hợp, chiếm 5,1%. Tác giả Đặng Quốc Ái (2023) [2] có tỉ lệ biến chứng sau mổ là 8,9%. Điều này có thể giải thích một phần do lô nghiên cứu của chúng tôi chủ yếu là người bệnh cao tuổi, với tuổi trung bình là 69, trong đó bao gồm 23,1% người bệnh 61-70 tuổi, 19,2% người bệnh 71-80 tuổi và 28,8% bệnh nhân trên 80 tuổi.

Viêm phổi sau mổ - suy hô hấp: trong nghiên cứu chủ yếu là những người bệnh cao tuổi, các biến chứng liên quan đến hô hấp sau mổ là vấn đề rất cần được chú trọng. Chúng tôi có 2 trường hợp (3,8%) viêm phổi sau mổ. Một người bệnh nữ 82 tuổi không có tiền sử đặc biệt, được mổ nội soi mở nhỏ, mở hồi tràng lấy bã thức ăn, ngày thứ 2 sau mổ người bệnh suy hô hấp, gia đình xin về. Trường hợp còn lại là người bệnh nam 70 tuổi, tiền sử viêm dạ dày, ngày thứ 3 sau mổ, có suy hô hấp được đặt nội khí quản sau đó chuyển tuyến trên điều trị tiếp.

* Tử vong sau mổ: Chúng tôi gặp 02 trường hợp tử vong tại viện sau mổ (3,8%): trường hợp 1 là người bệnh nam 61 tuổi có tiền sử dị dạng lồng ngực, được mổ mở, mở hồi tràng lấy bã thức ăn, ngày thứ 3 sau mổ đột ngột ngừng hô hấp, tuần hoàn, cấp cứu ngừng tuần hoàn không thành công, gia đình xin về. Trường hợp 2 là người bệnh nữ 94 tuổi, mổ mở lấy bã thức ăn hồi tràng, sau mổ ngày thứ 9 đột ngột ngừng hô hấp tuần hoàn, không rõ nguyên nhân. Cả hai trường hợp tử vong đều có yếu tố nặng bệnh: già yếu, suy kiệt, dị dạng lồng ngực... Như vậy, tổng số người bệnh tử vong và nặng về trong nghiên cứu của chúng tôi là 05BN chiếm 9,6%. Tỷ lệ tử vong theo nghiên cứu của tác giả Đặng Quốc Ái (2023) [2] là 0%.

Thời gian điều trị trung bình sau mổ là $9,8 \pm 4,3$ ngày, ra viện sớm nhất là 1 ngày (xin về) và

muộn nhất là 20 ngày. Một số có thời gian nằm viện sau mổ kéo dài chủ yếu ở những người bệnh tuổi già, tình trạng ổ bụng bẩn, tình trạng dinh dưỡng kém, cần chăm sóc và hồi sức sau mổ kéo dài hơn. Theo nghiên cứu của Hà Văn Hưng (2007) [8] có thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật tắc ruột do BTA là $6,85 \pm 1,34$ ngày. Thời gian nằm viện trung bình trong nghiên cứu của Đặng Quốc Ái (2023) [2] là 8,04 ngày, Shuai Wang và cộng sự (2021) [3] là 8,62 ngày.

Chúng tôi so sánh giữa nhóm người bệnh đẫy bã thức ăn xuống đại tràng và nhóm phải mở ống tiêu hóa lấy bã thức ăn thấy thời gian phục hồi nhu động ruột và cho ăn đường miệng, tỉ lệ biến chứng của nhóm thứ 2 cao hơn, nhưng sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê. Thời gian điều trị hậu phẫu của nhóm có mở ống tiêu hóa dài hơn so với nhóm còn lại (10,7 và 7,7 ngày), sự khác biệt có ý nghĩa thống kê.

Kết quả tại thời điểm ra viện được phân loại theo Clavien – Dindo [4] và gồm các nhóm: ổn định, không biến chứng (CD 0) 42 trường hợp (80,8%), Biến chứng điều trị nội khoa ổn định ra viện (CD II), 05 trường hợp (9,6%), nặng về, tử vong (CD V) - 05 trường hợp (9,6%). Kết quả sớm của chúng tôi xấu hơn so với các tác giả khác. Theo tác giả Đặng Quốc Ái (2023) [2], các kinh nghiệm rút ra để điều trị tắc ruột do bã thức ăn đạt kết quả tốt như sau: (1) chuẩn bị người bệnh trước mổ như: hút dạ dày, bồi phụ nước điện giải, dùng kháng sinh trước mổ. (2) Trong khi phẫu thuật cần đánh giá kỹ tình trạng ổ bụng, tình trạng của ruột tại chỗ tắc cũng như trên và dưới chỗ tắc. (3) Đánh giá số lượng, vị trí và kích thước của khối bã thức ăn để có thái độ xử lý phù hợp. (4) Điều trị tắc ruột do BTA bằng phẫu thuật không có nghĩa là loại trừ dứt điểm tắc ruột do BTA. (5) Trong mổ nên giảm bớt các

yếu tố thuận lợi gây tắc ruột như gỡ dính, cắt bỏ đoạn ruột hẹp... (6) BN sau mổ nên được tư vấn về chế độ ăn uống để phòng tắc ruột lại do BTA.

V. KẾT LUẬN

Điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện đa khoa tỉnh Thái bình có kết quả khả quan. Tỷ lệ ổn định xuất viện là 90,4%. Tỷ lệ tử vong là 9,6%.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nguyễn Văn Đồng** (2005). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Luận văn tốt nghiệp bác sĩ chuyên khoa II trường Đại học Y Hà Nội.
2. **Đặng Quốc Ái và Đinh Văn Chiến** (2023). Kết quả phẫu thuật điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Tạp chí Y học Việt Nam. Tập 525. tr. 5.
3. **Wang S, Yang X, Zheng Y, Wu Y** (2021). Clinical characteristics and indications for surgery for bezoar-induced small bowel obstruction. J Int Med Res. 2021 Jan;49(1):300060520979377. doi: 10.1177/0300060520979377.
4. **Dindo D., Demartines N., Clavien PA.** (2004). Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Ann Surg 2004; 240(2):205-213
5. **Alan R. Parr, Hristopher B. Horn and Carl Freeman** (2019), Jejunal Phytobezoar Complicated by Small Bowel Perforation, Journal of Trauma and Acute Care Surgery, Publish Ahead of Print, tr. 1-8.
6. **Trần Hiếu Học và Nguyễn Ngọc Bích** (2006). Một số nhận xét về tắc ruột do bã thức ăn điều trị tại khoa Ngoại bệnh viện Bạch Mai trong 7 năm (1999- 2005). Tạp chí Y học lâm sàng, số đặc biệt bệnh viện Bạch Mai năm 2006, tr. 27-32.
7. **Hà Văn Quyết** (2006). Tắc ruột, Bệnh học ngoại khoa sau đại học -Tập I. Nhà xuất bản Y học, tr. 188-199.
8. **Hà Văn Hưng** (2007). Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Luận văn thạc sĩ Y học, trường Đại học Y Hà Nội.

KẾT QUẢ SỚM ĐIỀU TRỊ VIÊM PHỨC MẠC SAU MỔ TIÊU HÓA

Nguyễn Hoàng¹, Phạm Đức Huân², Nguyễn Văn Linh³

TÓM TẮT

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Vinmec Times City

³Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hoàng

Email: drhoangnt29@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.3.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.4.2024

Ngày duyệt bài: 13.5.2024

Mục tiêu nghiên cứu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm điều trị viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu trên 33 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa được điều trị tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội bằng nội khoa, điều trị can thiệp, điều trị phẫu thuật từ tháng 01/2021 đến tháng 08/2022. **Kết quả và bàn luận:** 33 bệnh nhân viêm phúc mạc sau mổ tiêu hóa với độ tuổi trên 50 chiếm ưu thế, chiếm 60,6%. Bệnh nội khoa phối hợp gặp nhiều hơn ở nhóm bệnh nhân viêm phúc mạc toàn thể, gặp ở 66,67% trường hợp. Biến chứng viêm