

sử dụng NE.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **David J Chamber** (2016) Anaesthesia in the Elderly. Anaesthesia and Intensive Care Medicine.
2. **Sinha** (2015) The Elderly Patient. Basic Clinical Anesthesia. 2015;43, p:593 - 603.
3. **S. Preet Mohinder Singh** (2015). The Elderly Patient. Basic Clinical Anesthesia.; 43; p: 593 – 601.
4. **T. Jennifer Watt** (2018). Identifying Older Adults at Risk of Harm Following Elective Surgery: A Systematic Review and Meta-Analysis. BMC Medicine; 16 (2).
5. **S. Amornyotin** (2021). Anesthetic Consideration for Geriatric Patients, Update in Geriatrics. 2021; p:1 - 13.
6. **V. M. Angela Ongewe** (2019). Effect of Low-Dose Ketamine versus Fentanyl on Attenuating the Haemodynamic Response to Laryngoscopy and Endotracheal Intubation in Patients Undergoing General Anaesthesia: A Prospective, Double-Blinded, Randomised Controlled Trial.. African Health Sciences; 19 (3); p: 2752 - 2763.56. A. J. Anjum Saiyed.
7. **Nguyễn Thị Mai** (2019). Đánh Giá Hiệu Quả Của Ephedrine, Phenylephrine Phối Hợp Với Propofol Trong Dự Phòng Tụt Huyết Áp Trong Gây Mê Người Cao Tuổi. 2019.
8. **Lihong Sun** (2024). Norepinephrine or phenylephrine for the prevention of post-spinal hypotension after caesarean section: A double-blinded, randomized, controlled study of fetal heart rate and fetal cardiac output.
9. **F. Y. Kwok and S. Venugobal** (2016). The effect of prophylactic phenylephrine on systemic hypotension during induction of anaesthesia with propofol in patients over 55 years old. The Medical journal of Malaysia. 2016;71.

NHẬN XÉT KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH HẢI DƯƠNG

Trần Văn Vinh¹, Vũ Tuấn Dũng¹, Nguyễn Anh Dương¹,
Hoàng Minh Đức², Lê Văn Lập²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ gây tắc ruột do bã thức ăn và nhận xét kết quả điều trị ở các Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương (1/2021 – 12/2023). **Đối tượng và phương pháp:** mô tả hồi cứu trên tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương trong 3 năm 2021 – 2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $67,26 \pm 19,68$. Tỷ lệ nữ/nam: 1,1/1. 26 BN đau bụng quặn cơn. Nôn ói, bí trung tiện, bí đại tiện >60% trường hợp. Trướng bụng và dấu quai ruột nổi chiếm 100% và 76,19%. 26/42 BN bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$, 36/42 (85,71%) urê cao và 3/42 (7,14%) creatinine cao. Tỷ lệ chẩn đoán được tắc ruột cơ học trên XQ, siêu âm và CT scan lần lượt: 61,76%; 41,03% và 94,87%. Mở nội soi có 2 trường hợp trong đó phẫu thuật nội soi hoàn toàn 1 bệnh nhân. Thời gian mổ trung bình của nhóm mổ mở là $105,12 \pm 47,10$ phút; mổ nội soi là $90,0 \pm 14,14$ phút. Thời gian nằm viện tính chung và tính riêng cho hậu phẫu nhóm mổ lần lượt là: $12,07 \pm 5,01$ ngày và $10 \pm 3,76$ ngày. Đối với nhóm mổ nội soi, hai giá trị này lần lượt là: $9 \pm 1,41$ ngày và $8 \pm 0,00$ ngày. Không có trường hợp nào tái biến trong mổ, 4 trường hợp biến chứng sau mổ chiếm 9,52%. **Kết luận:** Tắc ruột do bã thức ăn chủ

yếu xảy ra ở người lớn tuổi, thường xuất hiện vào nửa cuối năm. CT scan là phương pháp chẩn đoán hiệu quả nhất. Phẫu thuật mở là phương pháp điều trị chính, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (9,52%).

Từ khóa: Tắc ruột, Bã thức ăn, Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương.

SUMMARY

REVIEW OF SURGICAL TREATMENT RESULTS FOR INTESTINAL OBSTRUCTION DUE TO PHYTOBEZOARS AT HAI DUONG PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

Objective: To describe the clinical and paraclinical characteristics, risk factors for bowel obstruction due to phytobezoars, and evaluate treatment outcomes in patients undergoing surgery at Hai Duong Provincial General Hospital (January 2021 – December 2023). **Subjects and methods:** A retrospective cross-sectional study was conducted on all patients who underwent surgical treatment for bowel obstruction due to phytobezoars at Hai Duong Provincial General Hospital from 2021 to 2023. **Results:** The average age was 67.26 ± 19.68 years, with a female-to-male ratio of 1.1:1. Abdominal cramps in 26 patients, and over 60% had vomiting, inability to pass gas, or defecate. Abdominal distension and prominent bowel loops accounted for 100% and 76.19%, respectively. Laboratory findings showed 26/42 patients had white blood cell counts $>10,000/\text{mm}^3$, 85.71% had elevated urea levels, and 7.14% had elevated creatinine. Diagnosis rates for mechanical bowel obstruction were 61.76% on X-ray, 41.03% on ultrasound, and 94.87% on CT scan, with 23.08% showing phytobezoars on CT. Among the 42 cases, 95.24% underwent open surgery initially, with

¹Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương

²Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

Chịu trách nhiệm chính: Trần Văn Vinh

Email: bstranvanvinh@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 19.11.2024

Ngày duyệt bài: 25.12.2024

26 cases having the bezoar pushed through the cecum, and 14 requiring bowel incision for bezoar removal. Laparoscopic surgery have 2 patients and total laparoscopic surgery is 1 case. The average surgery time for open procedures was 105.12 ± 47.10 minutes, and for laparoscopy, it was 90.0 ± 14.14 minutes. The total and postoperative hospital stay for open surgery was 12.07 ± 5.01 days and 10 ± 3.76 days, respectively, while for laparoscopy, it was 9 ± 1.41 days and 8 ± 0.00 days. No intraoperative complications were reported, but there were 4 cases of postoperative complications (9.52%). **Conclusion:** Mechanical bowel obstruction predominantly occurs in the elderly, often in the latter half of the year. CT scan is the most effective diagnostic method. Open surgery is the main treatment approach, with a low postoperative complication rate (9.52%).

Keywords: Bowel obstruction, Phytobezoar, Hai Duong Provincial General Hospital.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột là Hội chứng ngừng lưu thông của hơi, dịch và các chất có trong lòng ruột. Tắc ruột là cấp cứu ngoại khoa rất thường gặp trong cấp cứu ổ bụng, chỉ đứng sau viêm ruột thừa. Nguyễn Đức Ninh tổng kết 480 trường hợp tắc ruột cơ học, trong đó chỉ có 3 trường hợp do bã thức ăn (0,5%).

Nhiều yếu tố thuận lợi đã được đề cập như: tiền sử mổ dạ dày, BN già yếu hệ tiêu hóa kém chức năng, khả năng nhai kém... XQ bụng đứng không chuẩn bị thường chỉ có giá trị trong chẩn đoán hội chứng tắc ruột chứ hiếm khi thấy được nguyên nhân khối bã. Chẩn đoán xác định chủ yếu dựa vào yếu tố thuận lợi và hình ảnh học điển hình trên CT scan. Theo Boudiaf¹, CT scan có độ nhạy 81-96%, độ đặc hiệu 96%, còn độ chính xác là 95% trong chẩn đoán tắc ruột non. Đặc biệt là trong tắc ruột do bã thức ăn, CT scan có thể nhận định được số lượng, vị trí cũng như hình dạng của khối bã thức ăn. Tắc ruột do bã thức ăn có tiên lượng tốt so với những nguyên nhân khác của tắc ruột. Nếu chẩn đoán chính xác được bệnh này, phẫu thuật viên sẽ có một kế hoạch điều trị và phòng ngừa tái phát thích hợp. Tuy vậy, tỉ lệ chẩn đoán chính xác trước mổ tắc ruột do bã thức ăn lại rất thấp, chỉ từ 3% đến 18%. Khoa Phẫu thuật tiêu hoá – tổng hợp Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương là đơn vị chuyên sâu về phẫu thuật tắc ruột nói chung trong đó có tắc ruột do bã thức ăn. Bệnh viện chưa từng có nghiên cứu nào về vấn đề này. Nghiên cứu này được tiến hành nhằm mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng, các yếu tố nguy cơ gây tắc ruột do bã thức ăn và nhận xét kết quả điều trị ở các Bệnh nhân được điều trị phẫu thuật tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương (1/2021 – 12/2023).*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn lựa chọn: Tất cả Bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương trong 3 năm 2021 – 2023. Có đầy đủ thông tin theo các chỉ tiêu nghiên cứu.

Tiêu chuẩn loại trừ: - Bệnh án không đạt các thông tin nghiên cứu

- Những trường hợp có kèm dính ruột gây hẹp lòng ruột không thể xác định nguyên nhân chính gây tắc ruột là do dính hay do bã thức ăn.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

- Thiết kế nghiên cứu: mô tả hồi cứu.

- Cỡ mẫu: cỡ mẫu thuận tiện bao gồm tất cả các Bệnh nhân thuộc đối tượng lựa chọn trong khoảng thời gian nghiên cứu.

Các bước tiến hành nghiên cứu

- Lấy danh sách Bệnh nhân ra viện trên phần mềm và tại phòng KHTH.

- Rút HSBA tại phòng KHTH, lựa chọn bệnh nhân đủ tiêu chuẩn chọn bệnh và không có tiêu chuẩn loại trừ vào nhóm nghiên cứu.

- Tiến hành hồi cứu hồ sơ, gọi điện đến khám lại và thu thập dữ liệu.

- Thống kê, phân tích, xử lý số liệu.

- Viết và báo cáo kết quả

Thu thập số liệu theo bệnh án mẫu, xử lý số liệu bằng phần mềm thống kê y học SPSS 25.0.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Nghiên cứu bao gồm 42 bệnh nhân, tuổi trung bình $67,26 \pm 19,68$ tuổi. Nhóm trên 50 tuổi chiếm đa số: 90,48%. Tuổi thấp nhất là 8 tuổi, tuổi cao nhất là 101 tuổi. Bệnh hay gặp ở nữ giới chiếm 22/42 BN (52,38%) và tỷ lệ nữ/nam: 1,1/1. Tần số mắc bệnh năm 2023 cao nhất chiếm 52,38%. Số ca bệnh có vẻ vượt trội trong giai đoạn 6 tháng cuối của năm, với 27 ca so với 15 ca (trong 3 năm).

Bảng 1. Đặc điểm các triệu chứng cơ năng

Triệu chứng	Số ca có ghi nhận về triệu chứng	Tần số (tỉ lệ %)
Đau bụng quặn cơn	26	61,90
Nôn	33	83,33
Bí trung tiện	30	71,43
Bí đại tiện	29	69,05

Nhận xét: Có 26 bệnh nhân có triệu chứng đau bụng quặn cơn, thời gian từ lúc khởi phát cơn đau đến lúc được khám, chẩn đoán có hội chứng tắc ruột là $3,78 \pm 2,45$ ngày. Nôn ói, bí trung tiện, bí đại tiện là những triệu chứng có tần số cao hơn triệu chứng đau bụng (đều có tỉ lệ >60% trường hợp).

Bảng 2. Đặc điểm các triệu chứng thực thể

Triệu chứng	Số ca có ghi nhận về triệu chứng	Tần số (tỉ lệ %)
Thay đổi huyết áp: (Tăng huyết áp; Tụt huyết áp hoặc huyết áp kẹt)	13	30,95
Sốt	1	2,38
Chướng bụng	42	100
Tăng nhu động ruột	16	39,02
Dấu quai ruột nổi	32	76,19
Dấu rắn bò	5	11,90
Phản ứng thành bụng	28	68,29
Sờ được khối bã	0	0

Nhận xét: Có 13 trường hợp tăng huyết áp. Chướng bụng và dấu quai ruột nổi là 2 triệu chứng thực thể thường gặp nhất (100% và 76,19%). Triệu chứng ít gặp hơn là dấu rắn bò (11,90%). Không có trường hợp nào sờ được khối bã.

Bảng 3. Kết quả xét nghiệm cận lâm sàng

Kết quả xét nghiệm máu	n	Tỉ lệ %
Tăng bạch cầu ($>10.000/\text{mm}^3$)	26	61,90
Tăng ure ($>40 \text{ mg\%}$)	36	85,71
Tăng creatinine ($>1,2 \text{ mg\%}$)	3	7,14
Hạ Natri ($<130 \text{ mmol/L}$)	5	11,90
Hạ Kali ($<3,5 \text{ mmol/L}$)	10	23,81

Nhận xét: - Có 26/42 trường hợp có kết quả số lượng bạch cầu $>10.000/\text{mm}^3$

- 36/42 trường hợp (85,71%) có trị số ure vượt ngưỡng bình thường và 3/42 trường hợp (7,14%) có trị số creatinine vượt ngưỡng bình thường.

- 5/42 trường hợp hạ Natri máu, 10/42 trường hợp hạ Kali máu và 2 trường hợp hạ cả Natri và Kali

Bảng 4. Kết quả hình ảnh học

Kết quả hình ảnh học	Tần số	Tỉ lệ %
XQ bụng đứng không sửa soạn có hình ảnh tắc ruột	21/34	61,76
XQ bụng đứng không sửa soạn có hình ảnh nghi khối bã	0/34	0
Siêu âm có hình ảnh tắc ruột	16/39	41,03
Siêu âm có hình ảnh nghi khối bã	1/39	2,56
CT scan có hình ảnh tắc ruột	37/39	94,87
CT scan có hình ảnh nghi khối bã	9/39	23,08

Nhận xét: - Có 21/34 trường hợp (61,76%) chẩn đoán được tắc ruột cơ học trên XQ. Không có trường hợp nào cho hình ảnh nghi ngờ khối bã gây tắc ruột.

- 16/39 trường hợp (41,03%) siêu âm cho chẩn đoán tắc ruột, có 1 trường hợp có hình ảnh

nghi khối bã.

- 37/39 trường hợp (94,87%) CT scan cho chẩn đoán tắc ruột cơ học. Trong số đó, có 9 trường hợp thấy hình ảnh bã thức ăn gây tắc ruột, chiếm 23,08%.

Bảng 5. Kết quả phẫu thuật

Kết quả	Mổ mở (n=40)	Mổ nội soi (n=2)
Phương pháp mổ	- Đẩy bã qua manh tràng: 26 ca (65,00%) - Mổ ruột lấy khối bã: 14 ca (35,00%) - Cắt đoạn ruột: 0 ca (0%)	- Mổ nội soi toàn bộ: 1 ca (50,00%) - Nội soi chuyển mổ mở ruột lấy bã: 1 ca (50,00%)
Thời gian mổ (phút)	105,12 \pm 47,10 (30 - 220)	90,0 \pm 14,14 (80 - 100)
Thời gian nằm viện hậu phẫu (ngày)	10 \pm 3,76 (6 - 25)	8 \pm 0,00 (8 - 8)
Thời gian nằm viện chung (ngày)	12,07 \pm 5,01 (6 - 28)	9 \pm 1,41 (8 - 10)

Nhận xét: - 40/42 trường hợp (95,24%) mổ mở ngay từ đầu. Trong đó có 26 trường hợp giải quyết được khối bã bằng phương pháp bóp đẩy khối bã qua manh tràng, 14 trường hợp phải mổ ruột lấy khối bã, và không có trường hợp nào phải cắt đoạn ruột.

- Mổ nội soi chiếm 2/42 trường hợp (4,76%). Tỷ lệ mổ nội soi thành công chiếm 50,00%.

- Thời gian mổ trung bình của nhóm mổ mở là 105,12 \pm 47,10 phút của nhóm mổ nội soi là 90,0 \pm 14,14 phút.

- Đối với nhóm mổ mở, thời gian nằm viện tính chung và tính riêng cho hậu phẫu lần lượt là: 12,07 \pm 5,01 ngày và 10 \pm 3,76 ngày. Đối với nhóm mổ nội soi, hai giá trị này lần lượt là: 9 \pm 1,41 ngày và 8 \pm 0,00 ngày

Bảng 6. Tỉ lệ tai biến trong mổ, biến chứng và tử vong sau mổ

Kết quả	Mổ mở (n=40)	Mổ nội soi (n=2)
Tai biến trong mổ	0	0
Biến chứng sau mổ	4 (10,00)	0
Tử vong - trở nặng	0	0

Nhận xét: Không có trường hợp nào tai biến trong mổ. 4 trường hợp biến chứng sau mổ chiếm 9,52%, có 3 trường hợp nhiễm trùng vết mổ, 2 trường hợp viêm phổi, trong đó có 01 trường hợp có cả nhiễm trùng vết mổ và viêm phổi sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Nghiên cứu bao gồm 42 bệnh nhân, tuổi trung bình 67,26 \pm 19,68. Nhóm tuổi trên 50

chiếm đa số (90,48%). Các nghiên cứu khác cũng ghi nhận độ tuổi trung bình tương tự, bao gồm các nghiên cứu của Wang PY40 ghi nhận độ tuổi trung bình là 63,3 tuổi (45-83 tuổi)², Yakan (57,5 tuổi)³. Ở bệnh nhân lớn tuổi, tình trạng mất răng phổ biến, sức nhai kém, tiêu hóa kém cellulose. Bên cạnh đó, bệnh nhân già có tiền căn phẫu thuật nhiều hơn bệnh nhân trẻ, đặc biệt tiền căn phẫu thuật dạ dày là yếu tố thuận lợi cho sự tạo thành bã thức ăn. Tỷ lệ nữ giới mắc bệnh cao hơn chiếm 52,3%. Kết quả này tương đồng với các nghiên cứu trước đó, cụ thể là nghiên cứu của Erzurumlu⁴. Tần số mắc bệnh năm 2023 cao nhất chiếm 52,38% với 22/42 bệnh nhân. Số ca bệnh có vẻ vượt trội trong giai đoạn 6 tháng cuối của năm, với 27 ca so với 15 ca (trong 3 năm). Tương đồng với các nghiên cứu trước đây của Đinh Ngọc Dũng (1997) với tỷ lệ 62,3% và Nguyễn Văn Đồng (2005) với 61,9%⁵.

Trong các triệu chứng ban đầu của tắc ruột do thức ăn, 100% bệnh nhân đều xuất hiện triệu chứng đau bụng, kết quả tương tự Nguyễn Văn Hải⁶ với 97% và Nguyễn Văn Đồng⁵ với 100%. Nghiên cứu của Yvonne Ying-Ru⁷ báo cáo con số 97%. Theo Oh⁸ Số đau bụng là triệu chứng phổ biến nhất (90%). Đau quặn cơn là triệu chứng điển hình của tắc ruột, gặp 26/42 bệnh nhân, chiếm 61,9%. Đau âm ỉ có 17 bệnh nhân, chiếm 38,1%. Theo Nguyễn Văn Đồng: tỷ lệ đau bụng cơn là 69,1%⁵. Nôn gặp ở 33 bệnh nhân, chiếm 83,3%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Nguyễn Văn Hải⁶ là 81,6% và Đinh Ngọc Dũng là 84,43%. Yvonne Ying-Ru ghi nhận nôn 86%⁷. Tuy nhiên, một số nghiên cứu khác có kết quả thấp hơn so với nghiên cứu của chúng tôi như: Theo nghiên cứu của Oh⁸ Số nôn 70% và buồn nôn 40%.

Triệu chứng thực thể phổ biến hay gặp tiếp theo được ghi nhận là chướng bụng, xuất hiện ở 100% bệnh nhân (42 trường hợp), kết quả này tương đồng với nghiên cứu của Wang P-Y² khi tất cả các bệnh nhân đều bị chướng bụng. Tỷ lệ này cao hơn so với các nghiên cứu trước như Bùi Thanh Hải (69,2%) và Yvonne Ying-Ru⁷ (60%).

Trong nghiên cứu của chúng tôi, có đến 85,7% bệnh nhân cho thấy tăng urê máu trên mức bình thường (trên 40 mg%), trong khi 7,1% có nồng độ creatinine vượt quá mức bình thường (trên 1,2 mg%).

Không có trường hợp nào được chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn trước mổ dựa vào XQ bụng như một số tác giả đã mô tả. Theo Nguyễn Văn Hải⁶, tỉ lệ này chỉ là 8%. Erzurumlu⁴ có 2 trường hợp (6,3%) có hình ảnh nghi ngờ khối bã ở dạ dày. 16/39 trường hợp (41,0%) siêu âm

cho chẩn đoán xác định tắc ruột. Độ nhạy của siêu âm trong chẩn đoán tắc ruột thay đổi từ 88% đến 100%^{4,9}. 37/39 trường hợp (94,8%) CT scan cho kết quả chẩn đoán xác định tắc ruột. Theo báo cáo của Yakan³, tỷ lệ chẩn đoán chính xác bằng CT scanner là 93%. Điểm mạnh của CT scanner không chỉ dừng lại ở việc chẩn đoán tắc ruột mà còn ở khả năng xác định nguyên nhân cụ thể, như bã thức ăn. Chúng tôi đã phát hiện 9 trường hợp (chiếm 23,1%) có bã thức ăn là nguyên nhân gây tắc ruột.

Trong số 40 bệnh nhân phẫu thuật mở bụng ngay thì đầu, có 26 trường hợp được thực hiện thủ thuật dồn bã thức ăn xuống đại tràng, chiếm tỷ lệ 65%. Tỷ lệ dồn bã thức ăn xuống đại tràng trong các nghiên cứu khác cũng cho thấy sự khác biệt: Nguyễn Văn Đồng ghi nhận tỷ lệ là 25%⁵; Đinh Ngọc Dũng là 28,3%, Nguyễn Văn Hải là 31,5%⁶. Chúng tôi tiến hành mổ ruột lấy bã thức ăn ở 14/40 bệnh nhân chiếm 35%, không có ca nào phải cắt đoạn ruột (0%). Tỷ lệ này của Nguyễn Văn Đồng⁵ (2005) 42,9%; của Nguyễn Văn Hải⁶ 60,5%. Thông thường, các phẫu thuật viên có xu hướng chọn những phương pháp ít xâm lấn nhất cho ruột. Chỉ khi không thể đẩy bã xuống manh tràng, họ mới quyết định mổ ruột để lấy khối bã, điều này đi kèm với nguy cơ xì chỗ khâu ruột. Trong nhóm phẫu thuật nội soi của chúng tôi, có một trường hợp thành công (50%) và một trường hợp thất bại, buộc phải chuyển sang mổ mở (50%). Tỷ lệ thất bại của mổ nội soi trong nghiên cứu của Yau là 30%. Những yếu tố ảnh hưởng đến quyết định lựa chọn phẫu thuật nội soi bao gồm kích thước khối bã, mức độ dính ruột, và tình trạng chướng của ruột.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian nằm viện trung bình của nhóm mổ mở là khoảng $12,07 \pm 5,01$ ngày, trong khi nhóm mổ nội soi là khoảng $9 \pm 1,41$ ngày. So với các nghiên cứu khác, thời gian nằm viện trung bình dao động khoảng 4-9 ngày⁶. Không có trường hợp nào tai biến trong mổ. 4 trường hợp biến chứng sau mổ chiếm 9,52%. Tỷ lệ biến chứng sau mổ của tác giả khác dao động từ 13% đến 16,7%, nghiên cứu của Hà Văn Quyết tỷ lệ này lên tới 13%. Điều này cho thấy, chẩn đoán và chỉ định mổ sớm trước khi xảy ra hoại tử ruột hoặc nhiễm trùng huyết là yếu tố quan trọng giúp giảm tỷ lệ tử vong ở bệnh nhân.

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột do bã thức ăn chủ yếu xảy ra ở người lớn tuổi, thường xuất hiện vào nửa cuối năm. CT scan là phương pháp chẩn đoán hiệu

quả nhất. Phẫu thuật mở là phương pháp điều trị chính, với tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp (9,52%).

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Boudiaf M, Soyer P, Terem C, Pelage JP, Maissiat E, Rymer R. Ct evaluation of small bowel obstruction. Radiographics: a review publication of the Radiological Society of North America, Inc. May-Jun 2001;21(3):613-24. doi:10.1148/radiographics.21.3.g01ma03613
2. Wang PY, Wang X, Zhang L, et al. Bezoar-induced small bowel obstruction: Clinical characteristics and diagnostic value of multi-slice spiral computed tomography. World journal of gastroenterology. Sep 7 2015;21(33):9774-84. doi:10.3748/wjg.v21.i33.9774
3. Yakan S, Sirinocak A, Telciler KE, Tekeli MT, Deneçli AG. A rare cause of acute abdomen: small bowel obstruction due to phytobezoar. Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery: TJTES. Sep 2010;16(5):459-63.
4. Erzurumlu K, Malazgirt Z, Bektas A, et al. Gastrointestinal bezoars: a retrospective analysis of 34 cases. World journal of gastroenterology. Mar 28 2005;11(12):1813-7. doi:10.3748/wjg.v11.i12.1813
5. Đồng NV. Nghiên cứu đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. Trường Đại học Y Hà Nội 2005.
6. Nguyễn Văn Hải. Tắc ruột do bã thức ăn. Y học TPHCM. 2002;(2):97.
7. Ng YY, Ngu JC, Wong AS. Small bowel obstruction in the virgin abdomen: time to challenge surgical dogma with evidence. ANZ journal of surgery. Jan 2018;88(1-2):91-94. doi:10.1111/ans.13714
8. Oh SH, Namgung H, Park MH, Park DG. Bezoar-induced Small Bowel Obstruction. Journal of the Korean Society of Coloproctology. Apr 2012;28(2):89-93. doi:10.3393/jksc.2012.28.2.89
9. Mayo-Smith WW, Wittenberg J, Bennett GL, Gervais DA, Gazelle GS, Mueller PR. The CT small bowel faeces sign: description and clinical significance. Clinical radiology. Nov 1995;50(11):765-7. doi:10.1016/s0009-9260(05)83216-7

THỰC TRẠNG BỆNH SÂU RĂNG Ở BỆNH NHÂN SAU XẠ TRỊ UNG THƯ ĐẦU CỔ TẠI BỆNH VIỆN K NĂM 2023-2024

Hà Ngọc Chiêu¹, Mai Thị Hiền¹,
Nguyễn Văn Đăng^{1,2}, Trịnh Bảo Ngọc¹

Từ khóa: sâu răng, ung thư đầu cổ, xạ trị

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu nhằm mô tả thực trạng bệnh sâu răng của bệnh nhân sau xạ trị ung thư đầu cổ tại bệnh viện K năm 2023-2024. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang được tiến hành trên 156 bệnh nhân từ 18 tuổi trở lên, đã xạ trị ung thư đầu cổ từ tháng 02 năm 2023 đến tháng 9 năm 2024. Các bệnh nhân được thăm khám, đánh giá tình trạng sâu răng sau điều trị tia xạ 1 tháng, 2 tháng, 3 tháng và trên 3 tháng. **Kết quả:** Tỷ lệ sâu răng là 78,8%. Trong đó nhóm từ 35-59 tuổi có tỷ lệ sâu răng cao nhất (82,6%). Tỷ lệ sâu răng ở nam giới là 80,9% cao hơn ở nữ giới (73,2%). Tỷ lệ sâu răng có xu hướng tăng dần trong 3 tháng đầu sau xạ trị ($p < 0,05$). Chỉ số DMFT, DMFS của bệnh nhân độ tuổi từ 60 tuổi trở lên cao nhất trong các nhóm tuổi. **Kết luận:** Bệnh nhân sau xạ trị ung thư đầu cổ có tỷ lệ sâu răng rất cao trong đó nhóm tuổi từ 35-59 chiếm tỷ lệ cao nhất và nam giới chiếm chủ yếu. Chỉ số DMFT, DMFS tăng dần theo độ tuổi. Cần tiến hành thêm các nghiên cứu với cỡ mẫu lớn hơn để tìm hiểu được nhiều yếu tố liên quan đến tình trạng răng miệng trên nhóm bệnh nhân này.

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Mai Thị Hiền

Email: hienmt.mkt@gmail.com

Ngày nhận bài: 17.10.2024

Ngày phản biện khoa học: 18.11.2024

Ngày duyệt bài: 24.12.2024

SUMMARY

DENTAL CARIES OF HEAD AND NECK CANCER PATIENTS AFTER RADIATION TREATMENT AT VIETNAM NATIONAL CANCER HOSPITAL IN 2023-2024

Objective: The study aims to describe the current status of dental caries in patients after radiotherapy for head and neck cancer at Vietnam National Cancer Hospital in 2023-2024. **Subjects and methods:** A cross-sectional descriptive study was conducted on 156 patients aged 18 years and older who underwent radiotherapy for head and neck cancer from February 2023 to September 2024. Patients were examined and assessed for dental caries status after 1 month, 2 months, 3 months and over 3 months of radiotherapy. **Results:** The rate of dental caries was 78.8%. Of which, the group aged 35-59 years had the highest rate of dental caries (82.6%). The rate of dental caries in men was 80.9%, higher than in women (73.2%). The rate of dental caries tended to increase gradually in the first 3 months after radiotherapy ($p < 0.05$). The DMFT and DMFS indexes of patients aged 60 and over were the highest among all age groups. **Conclusion:** Patients after radiotherapy for head and neck cancer had a very high rate of tooth decay, of which the age group from 35-59 had the highest rate and was predominantly male. The DMFT and DMFS indexes increased gradually with age. Further studies with larger sample