

KẾT QUẢ ĐIỀU TRỊ 59 TRƯỜNG HỢP TẮC ĐẠI TRÀNG TRÁI BẰNG PHẪU THUẬT MỘT THÌ KHÔNG RỬA ĐẠI TRÀNG TRONG MỔ

Nguyễn Văn Hải¹, Vũ Ngọc Sơn¹, Lê Bá Thảo¹, Lê Huy Lưu¹, Đỗ Thu Phương¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Báo cáo kết quả sớm của phẫu thuật 1 thì không rửa đại tràng (ĐT) trong điều trị tắc ĐT trái.

Phương pháp: Báo cáo loạt ca tiến cứu gồm những bệnh nhân tắc ĐT trái mà nguyên nhân còn cất bỏ được, nhập viện Nhân dân Gia Định từ 1/2008 đến 8/2015. Tất cả bệnh nhân được điều trị bằng phẫu thuật cắt nối ĐT một thì, không rửa ĐT trong mổ. Kết quả sớm được mô tả, tập trung vào tử vong, biến chứng sớm sau mổ, thời gian mổ, số ngày nằm viện sau mổ.

Kết quả: Có 59 bệnh nhân gồm 33 nam và 26 nữ, tuổi trung bình là 57 (thay đổi từ 20 đến 81 tuổi). Ung thư đại trực tràng là nguyên nhân của 83% trường hợp. Thời gian mổ trung bình là 157 ± 44 phút. Có 1 trường hợp (1,7%) tử vong vào ngày hậu phẫu 6 do viêm phổi và suy đa cơ quan. Bốn trường hợp (6,8%) rò miệng nối, 5 trường hợp (8,5%) nhiễm trùng vết mổ, 2 t.h (3,4%) tụ dịch ổ bụng, tất cả đều đáp ứng tốt với kháng sinh và chăm sóc tại chỗ. Một trường hợp (1,7%) phải mổ lại vào ngày hậu phẫu 8 vì tắc ruột do dính sau mổ. Thời gian nằm viện sau mổ trung bình là 9 ngày (thay đổi từ 5 đến 18 ngày).

Kết luận: Với sự lựa chọn bệnh nhân cẩn thận và trong tay phẫu thuật viên tiêu hóa có kinh nghiệm, phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT là lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả cho những tắc ĐT trái còn cất bỏ được.

Từ khóa: Tắc đại tràng, Phẫu thuật một thì, Rửa đại tràng trong mổ.

ABSTRACT

THE RESULTS OF 59 CASES OF LEFT-SIDED COLONIC OBSTRUCTION TREATED BY ONE-STAGE OPERATION WITHOUT INTRAOPERATIVE COLONIC IRRIGATION

Nguyen Van Hai¹, Vu Ngoc Son¹, Le Ba Thao¹, Le Huy Luu¹, Do Thu Phuong¹

Aims: To report the early results of one-stage operation without intraoperative colonic irrigation (ICI) in management of left-sided colonic obstruction.

Methods: This is prospective case-series including patients who had resectable left-sided colonic obstruction and admitted NDGD hospital from Jan 2008 to Aug 2015. All patients were treated by primary resection and anastomosis without ICI. The early results were described focusing on mortality, anastomotic-related complications, operative time and hospital stay.

Results: There were 59 patients including 33 males and 26 females with the mean age of 57 years (range 20-81 years). Colorectal cancer was the cause of obstruction in 83% of cases. Median operative time was 157 ± 44 minutes. There was 1 death (1.7%) on POD 6 due to severe pneumonia and multiorgan failure. Four

1. Bệnh viện Nhân dân Gia Định TP HCM

- Ngày nhận bài (received): 22/10/2015; Ngày phản biện (revised): 1/12/2015;
- Ngày đăng bài (Accepted): 14/12/2015
- Người phản biện: Phạm Như Hiệp
- Người phản hồi (Corresponding author): Nguyễn Văn Hải
- Email: bsvanhai@yahoo.com; ĐT:

Bệnh viện Trung ương Huế

patients (6.8%) had minor anastomotic leak, 5 patients (8.5%) had wound infection, 2 patients (3.4%) had intraabdominal fluid collection; all of these 11 patients responded well with local care and antibiotics. One patient (1.7%) had to be reoperated on POD 8 due to early adhesive small bowel obstruction. Median hospital stay was 9 days (range 5-18 days).

Conclusion: With carefully selected patients and with experienced surgeons in GI surgery, one-stage operation without ICI is an effective and safe treatment option for resectable left-sided colonic obstruction.

Keyword: Colonic obstruction, One-stage operation, Intraoperative colonic irrigation.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Điều trị tắc đại tràng (ĐT) trái trong hơn 20 năm qua đã có nhiều thay đổi theo hướng cố gắng tránh cho bệnh nhân phải mang hậu môn nhân tạo (HMNT). Với những tắc ĐT trái mà nguyên nhân còn lấy bỏ được, theo trào lưu của thế giới, một số nghiên cứu trong nước đã chứng minh phẫu thuật một thì kết hợp với rửa đại tràng trong mổ là an toàn và hiệu quả^{[11],[16]}. Tuy vậy, gần đây, nhiều nghiên cứu trên thế giới lại cho thấy rửa đại tràng trong mổ để cắt nối ĐT một thì thật ra là không cần thiết và chỉ tốn thêm thời gian mổ.

Việc áp dụng phẫu thuật 1 thì trong điều trị tắc ĐT trái ở nước ta, nhìn chung, hãy còn dè dặt và không có nhiều báo cáo chia sẻ kinh nghiệm cũng như bàn luận về việc cần hay không cần rửa ĐT trong mổ. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này, tiếp theo 2 nghiên cứu trước đây^{[12],[13]}, nhằm đánh giá kết quả sớm của điều trị tắc ĐT trái bằng phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT trong mổ.

II. PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đây là báo cáo loạt ca, tiến cứu, tại Bệnh viện Nhân Dân Gia Định, từ tháng 01/2008 đến tháng 8/2015.

2.1. Đối tượng nghiên cứu

Tiêu chuẩn chọn bệnh là:

- Tất cả các trường hợp (t.h) tắc ĐT trái (từ góc lách đến 1/3 trên trực tràng) được chẩn đoán dựa trên lâm sàng và hình ảnh (X quang và/hoặc CT bụng).

- Huyết động ổn định trước mổ, thể trạng từ trung bình trở lên. Không có thiếu máu nặng trên lâm sàng

và xét nghiệm, albumin/máu còn trong giới hạn cho phép nếu được thử trong cấp cứu.

- Không có bệnh nội khoa nặng đi kèm, nhất là về tim, phổi, gan, thận, nội tiết...

- Nguyên nhân tắc còn có thể cắt bỏ được, không có viêm phúc mạc do thủng ruột.

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Ruột trên chỗ tắc quá căng trương, có dấu hiệu rạn nứt hay hoại tử.

- Sau khi xả phân thấy thành ruột trên chỗ tắc có dấu hiệu viêm tấy.

- Cắt nối đại tràng một thì nhưng có mở thông trên dòng để giải áp.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Cho mọi t.h, chuẩn bị trước mổ giống như đã mô tả trước đây bao gồm: bồi hoàn nước-điện giải, đặt thông mũi - dạ dày, kháng sinh đường tĩnh mạch. Giải thích cho bệnh nhân hay thân nhân về phương pháp mổ, tỉ lệ biến chứng có thể có để bệnh nhân biết trước khi ký cam kết mổ.

Phẫu thuật chuyên về tiêu hóa ít nhất 10 năm và từng có kinh nghiệm cắt nối ống tiêu hóa trong cấp cứu được chỉ định thực hiện phẫu thuật.

Tất cả các t.h đều được mổ mở để cắt nối ĐT. Các bước chính của phẫu thuật gồm:

- Che phủ vết mổ kỹ lưỡng, thám sát đánh giá tình trạng ổ bụng và thương tổn.

- Giải phóng đoạn ĐT và mạc treo ĐT định cắt.

- Cắt đầu dưới của ĐT, lau lòng ĐT đoạn dưới với gạc tẩm Betadine.

- Mang đoạn ĐT có thương tổn ra xa ổ bụng. Mở ĐT trên chỗ tắc xả phân trực tiếp vào 1 chén inox đã hấp tiệt trùng hay vào bao nylon của dây camera dùng trong phẫu thuật nội soi nối xuống

Kết quả điều trị 59 trường hợp tắc đại tràng trái...

chậu đựng rác dưới sàn. Kết hợp bóp đẩy bằng tay để xả tối đa dịch và hơi ở ĐT và có thể cả ruột non trên chỗ tắc (Hình 1).



Hình 1: Xả phân giải áp ĐT vào một bao nylon dùng để bao dây camera phẫu thuật nội soi

- Cắt đầu trên của ĐT. Dùng gạc tẩm Betadine lau lòng ĐT phía trên. Dùng một kẹp ruột mềm kẹp tạm ĐT phía trên chỗ định nối 15-20cm.



Hình 2: Nối ĐT sau khi lau sạch lòng ĐT phía trên và dưới. Lưu ý có một kẹp ruột mềm chặn ruột phía trên (mũi tên) khi nối.

- Thay găng tay, thực hiện miệng nối ĐT 2 lớp. Lớp trong bằng chỉ tan Vicryl hay Monosyn 3-0, mũi liên tục; lớp ngoài bằng chỉ Silk 3-0, mũi rời (Hình 4).

- Thay găng tay lần 2, kiểm tra lại ổ bụng, đặt 1 dẫn lưu gần miệng nối, đóng bụng.

Sau mổ, chúng tôi tiếp tục kháng sinh trước mổ theo kiểu điều trị (thường kết hợp 1 Cephalosporin thế hệ 3 với Metronidazole, trường hợp không

đáp ứng tốt sẽ đổi qua nhóm Carbapenem) vì xem như một cuộc mổ nhiễm, bồi hoàn nước-điện giải, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch đến khi bệnh nhân có trung tiện. Theo dõi sát sinh hiệu, tình trạng bụng, tình trạng ống dẫn lưu để phát hiện và can thiệp kịp thời các biến chứng. Cho ra viện chỉ khi bệnh nhân ổn định trên lâm sàng, ăn uống được, lưu thông ruột tốt, biến chứng nếu có đã được xử trí ổn.

Số liệu được thu thập theo bệnh án mẫu. Kết cục chủ yếu của nghiên cứu là thời gian mổ, tử vong và biến chứng sớm sau mổ (trong vòng 30 ngày sau mổ), tỉ lệ phải mổ lại, thời gian nằm viện sau mổ. Riêng về các biến chứng sau mổ, chúng tôi sử dụng các định nghĩa sau trong nghiên cứu:

- *Nhiễm trùng vết mổ* là t.h vết mổ có thoát dịch bẩn hay mủ, cấy dịch xác định có vi trùng (theo Turan^[23]).

- *Tụ dịch ổ bụng* là t.h có sốt sau mổ, ấn đau bụng vùng mổ nhưng không có dấu viêm phúc mạc khu trú hay toàn thể, CT bụng kiểm tra thấy có tụ dịch vùng mổ nhưng không thấy dấu hiệu xì miệng nối.

- *Xì miệng nối* là t.h miệng nối bị bục 1 phần hay toàn bộ gây viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú (Major leakage – Eckmann^[7]).

- *Rò miệng nối* là t.h có dịch phân thoát ra ngoài qua ống dẫn lưu, chân ống dẫn lưu hay vết mổ nhưng không có dấu hiệu viêm phúc mạc toàn thể hay khu trú (Minor leakage – Eckmann^[7]).

III. KẾT QUẢ

Trong thời gian nghiên cứu có 59 t.h thỏa các tiêu chuẩn chọn bệnh, gồm có 33 nam và 26 nữ. Tuổi trung bình là $56,7 \pm 15,5$ t (20-81t). Tất cả đều nhập viện trong tình huống cấp cứu. Thời gian trung bình từ lúc khởi phát triệu chứng tắc ĐT đến lúc vào viện là $6,0 \pm 4,2$ ngày. Nguyên nhân của 59 t.h này được xác định trong mổ như trên bảng 1. Theo đó, tắc do ung thư ĐT chiếm đa số (83,1%).

Bệnh viện Trung ương Huế

Bảng 1. Nguyên nhân của 59 t.h tắc ĐT trái

Nguyên nhân	n (%)
Ung thư đại tràng	49 (83,1)
Xoắn ĐT sigma	8 (13,5)
Chít hẹp do viêm mạn	1 (1,7)
Hẹp miệng nối ĐT cũ	1 (1,7)
Tổng cộng	59 (100,0)

Phân bố vị trí tắc ở 59 t.h như trên bảng 2. Theo đó, nếu xem tắc ở chỗ nối sigma-trực tràng thuộc về tắc ĐT sigma thì tắc ĐT sigma gặp nhiều nhất (66,1%).

Bảng 2. Vị trí tắc ở 59 t.h

Nguyên nhân	n (%)
Góc lách	4 (6,8)
ĐT xuống	14 (23,7)
ĐT sigma	39 (66,1)
1/3 trên trực tràng	2 (3,4)
Tổng cộng	59 (100,0)

Có 8 t.h (13,6%) có tiền sử mổ bụng và 16 t.h (27,1%) có bệnh nội khoa đi kèm (Bảng 3).

Bảng 3. Bệnh nội khoa đi kèm ở 16 t.h

Bệnh kèm	n
Cao huyết áp (CHA)	5
Tai biến mạch máu não (TBMMN) cũ	2
TBMMN cũ + CHA	1
Cao HA + Tiểu đường	3
CHA + Thiếu máu cơ tim	1
CHA + Tiểu đường + Thiếu máu cơ tim	3
Rung nhĩ + Thiếu máu cơ tim	1
Tổng cộng	16

Tất cả các bệnh nhân đều được chẩn đoán tắc ĐT trái trước mổ dựa trên lâm sàng và hình ảnh học (XQ và/hoặc CT scan bụng). Một số đặc điểm lâm sàng và xét nghiệm liên quan đến chọn bệnh được liệt kê trên bảng 4.

Bảng 4. Một số đặc điểm ở 59 t.h

Đặc điểm	n (%)
Thể trạng: Trung bình	51 (86)
Tốt	8 (14)
Sinh hiệu: M, HA ổn định	53 (89,8)
Cao HA	6 (10,2)
Sốt $\geq 39^\circ\text{C}$	1 (1,7)
Bụng chướng: Ít	15 (25,4)
Vừa	30 (50,8)
Nhiều	14 (23,8)
Alb/máu trung bình (27 BN)	$35,5 \pm 7,1$ g/l

Tùy theo vị trí thương tổn và mức độ thương tổn gây tắc ĐT trái mà phương pháp mổ có khác nhau. Phân bố các phương pháp mổ đã áp dụng cho 59 bệnh nhân như trên bảng 5.

Bảng 5. Phương pháp mổ ở 59 t.h

Phương pháp	n (%)
Cắt ĐT trái	22 (37,3)
Cắt ĐT sigma	31 (52,5)
Cắt trước (Anterior resection)	3 (5,1)
Cắt trước + Cắt ruột non	2 (3,4)
Cắt ĐT trái có miệng nối cũ	1 (1,7)
Tổng cộng	59 (100,0)

Tính chung cho mọi t.h, thời gian mổ trung bình là 157 ± 44 phút (65 – 255 phút).

Bảng 6. Biến chứng sau mổ

Phương pháp	n (%)
Nhiễm trùng vết mổ	5 (8,5)
Rò miệng nối tự lành	4 (6,8)
Bí tiểu	3 (5,1)
Tụ dịch ổ bụng	2 (3,4)
Viêm phổi	2 (3,4)
Tắc ruột non do dính	1 (1,7)
Tổng cộng	17 (28,8)

Biến chứng sớm sau mổ gặp ở 17 t.h (28,8%), nhưng biến chứng liên quan trực tiếp đến cắt nối ĐT chỉ gặp ở 12 t.h (20,3%). Tần suất các biến chứng

như trên bảng 6. Chỉ có 1 t.h (1,7%) phải mổ lại vì tắc ruột do dính vào ngày hậu phẫu thứ 8, còn 11 t.h có biến chứng ở bụng còn lại đều đáp ứng tốt với chăm sóc tại chỗ và kháng sinh, ngay cả 4 trường hợp rò miệng nối đều tự lành sau 7-10 ngày. Không có t.h nào xì miệng nối gây viêm phúc mạc.

Có 2 t.h (3,4%) viêm phổi sau mổ. Một 1 t.h điều trị nội ổn. Trường hợp thứ 2 là bệnh nhân nữ, 57 tuổi, không có tiền sử bệnh nội khoa nặng, bị tắc ruột do ung thư ĐT xuống. Lúc vào viện đã có sốt 39,5°C, được cắt ĐT trái, thời gian mổ là 155 phút. Từ ngày hậu phẫu 4 bệnh nhân sốt cao, khó thở, bụng còn trướng vừa, ấn đau ít. XQ phổi rồi XQCLĐT ngược ghi nhận viêm phổi trái, không có dấu thuyên tắc phổi. Bệnh nhân diễn tiến suy hô hấp, suy đa cơ quan và tử vong ở ngày hậu phẫu thứ 6.

Tỉ lệ tử vong chung trong nghiên cứu là 1,7%. Ở 58 t.h còn sống, thời gian nằm viện sau mổ trung bình là $8,8 \pm 2,8$ ngày (5-18 ngày).

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật nhiều thì kinh điển vẫn còn được áp dụng để điều trị tắc ĐT trái với lo ngại cắt nối một thì, nhất là nếu không làm sạch ĐT trong mổ, sẽ làm tăng biến chứng và tử vong sau mổ. Tuy vậy, những bất lợi đã được xác nhận của phẫu thuật nhiều thì là: tổng thời gian nằm viện dài, biến chứng và phiền toái của HMNT, tần suất tích lũy của tử vong và biến chứng tăng theo nhiều thì mổ và khoảng 1/3 số t.h sẽ không bao giờ được đóng HMNT.

Phương pháp cắt nối ĐT một thì kèm rửa đại tràng trong mổ đã được mô tả từ thập niên 1980 và về sau được nhiều tác giả cải biên, chủ yếu về dụng cụ để rửa và kiểm soát mức độ sạch của ĐT. Tuy nhiên, nhiều nghiên cứu đã chứng minh rửa ĐT trong mổ thật ra là không cần thiết và chỉ tốn thêm thời gian mổ khoảng 30-60 phút. Trong khi đó, giải áp đại tràng bằng tay (manual decompression) hay chúng tôi gọi là xả phân ở ĐT trên chỗ tắc để cắt nối ĐT trái trong cấp cứu đã được một số nghiên cứu gần đây chứng minh là an toàn và hiệu quả, ít ra cũng không làm tăng tử vong và biến chứng so với có rửa ĐT.

Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy biến chứng sớm sau mổ xảy ra ở 28,8% t.h, nhưng biến chứng ở bụng có liên quan trực tiếp đến cắt nối ĐT chỉ chiếm 20,3%; trong đó, rò miệng nối tự lành gặp ở 6,8% t.h. Chúng tôi có 2 t.h (3,4%) có tụ dịch ít ở vùng mổ (chưa đến mức độ là áp xe tồn lưu phải chọc hút hay mổ lại) và 5 t.h (8,5%) nhiễm trùng vết mổ. Ngoại trừ 1 t.h (1,7%) phải mổ lại ngày hậu phẫu thứ 8 vì tắc ruột do dính sau mổ, tất cả đều đáp ứng tốt với điều trị nội và chăm sóc tại chỗ. Theo các tác giả khác^{[4],[5],[14],[15],[17],[19],[20]}, tỉ lệ xì miệng nối và tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ trong điều trị tắc ĐT trái bằng phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT lần lượt là 1-8% và 7-20%.

Tỉ lệ tử vong trong nghiên cứu của chúng tôi là 1,7%. Các tác giả khác ghi nhận tử vong từ 0 đến 8%^{[4],[5],[14],[15],[17],[19],[20]}.

Đáng tiếc là không có nhiều nghiên cứu có so sánh trên Y văn về kết quả điều trị tắc ĐT trái bằng phẫu thuật một thì có rửa so với không rửa ĐT trong mổ. Thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có đối chứng của Lim (2005)^[17] gồm 49 t.h tắc ruột do ung thư ĐT trái, trong đó 24 t.h có rửa và 25 t.h không rửa ĐT, ghi nhận tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ (12,5% so với 16%) và xì miệng nối (0 so với 8%) chưa có khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa 2 nhóm. Nghiên cứu so sánh không ngẫu nhiên của Ortiz (2009)^[19] có 102 t.h được cắt ĐT trái cấp cứu (42 do tắc ruột và 60 do thủng ruột) cho thấy: nhóm 61 t.h được rửa ĐT trong mổ có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ là 24,5%, xì miệng nối 1,6%, tử vong 4,9%; trong khi nhóm 41 t.h không rửa ĐT trong mổ có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ 7,3%, không có xì miệng nối và tử vong. Ortiz kết luận có thể cắt nối ĐT trái một thì an toàn trong cấp cứu mà không cần rửa ĐT trong mổ. Phân tích hệ thống của Kam và cộng sự (2009)^[15] dựa trên 7 nghiên cứu, gồm 153 t.h có rửa ĐT và 296 t.h chỉ giải áp ĐT bằng tay trong phẫu thuật cấp cứu cắt ĐT trái và trực tràng, cho thấy tỉ lệ xì miệng nối, nhiễm trùng và tử vong trong 30 ngày sau mổ không khác biệt giữa 2 nhóm; tác giả kết luận giải áp ĐT bằng tay có kết quả tương đương rửa ĐT trong mổ, tuy nhiên, cần có thêm những thử nghiệm

Bệnh viện Trung ương Huế

lâm sàng có đối chứng ngẫu nhiên để có đủ độ mạnh cho khuyến cáo.

Nghiên cứu của chúng tôi có nhược điểm là không có nhóm so sánh tương đương được áp dụng rửa ĐT trong mổ để có kết luận thật thuyết phục về việc cần hay không cần rửa ĐT khi áp dụng phẫu thuật 1 thì cho tắc ĐT trái. Tham khảo Y văn, chúng tôi thấy có 2 khuyến cáo dựa trên bằng chứng đáng chú ý:

- Năm 2007, Hội Đại-trực tràng học của Anh và Ireland (ACPGBI) tuyên bố: rửa ĐT và không rửa ĐT có hiệu quả như nhau trong tắc ĐT trái (chứng cứ mức độ I), vì thế, nên để tùy phẫu thuật viên cân nhắc chọn lựa chứ không nên coi rửa ĐT là thiết yếu (khuyến cáo loại A)^[9].

- Năm 2010, hướng dẫn từ hội nghị đồng thuận của Hội Phẫu thuật cấp cứu thế giới (WSES) về điều trị tắc ruột do ung thư ĐT trái cũng một lần nữa xác định rằng: “Trong phẫu thuật 1 thì điều trị tắc ĐT trái, rửa hay không rửa ĐT có thể được thực hiện với kết quả như nhau, khác biệt duy nhất là không rửa ĐT thì nhanh hơn và đơn giản hơn, chọn lựa cách nào là tùy kinh nghiệm và sự ưa thích của phẫu thuật viên” (khuyến cáo loại A)^[1].

Trên thực tế, với những kết quả đạt được từ nghiên cứu của mình và tham khảo từ Y văn, gần 10 năm nay chúng tôi đã không còn áp dụng rửa ĐT trong mổ.

Vậy khi nào thì nên và không nên áp dụng phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT trong mổ cho tắc ĐT trái?

Nghiên cứu của chúng tôi không đủ mạnh để xác lập tiêu chuẩn chọn bệnh tắc ĐT trái cho phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT. Tuy nhiên, trong chừng mực nào đó, các tiêu chuẩn chọn bệnh trong nghiên cứu của chúng tôi (tham khảo từ các tác giả khác và trình bày ở phần phương pháp nghiên cứu) có thể áp dụng vì kết quả sau cùng chấp nhận được. Chúng tôi nhất trí với Turan và các tác giả khác là không nên áp dụng phẫu thuật một thì không rửa ĐT cho những bệnh nhân có phân loại ASA IV, đang dùng thuốc ức chế miễn dịch, thể trạng kém, huyết động không ổn hay đã có viêm phúc mạc^{[14],[23]}. Qua t.h tử vong trong nghiên cứu là t.h duy nhất có sốt cao $\geq 39^\circ\text{C}$ trước mổ, chúng tôi nghĩ không nên chọn

những bệnh nhân tắc ĐT trái đã có dấu nhiễm trùng nặng lúc nhập viện. Những bệnh nhân có thể trạng kém, những bệnh nhân đã có biểu hiện nhiễm trùng-nhiễm độc hay sốc do đến muộn, những bệnh nhân có bệnh nội khoa nặng đi kèm (nhất là về tim, phổi) là những đối tượng nhiều nguy cơ, không thích hợp để áp dụng một phẫu thuật lớn mà ít nhiều đang còn bàn cãi. Lưu ý biến chứng về tim, phổi là một trong những nguyên nhân chính của tử vong sau mổ trong nhiều nghiên cứu của các tác giả khác^{[6],[7],[13],[16],[17]}.

Điều chúng tôi muốn nhấn mạnh thêm là cắt nối ĐT trái một thì không rửa ĐT trong mổ chỉ nên được thực hiện bởi phẫu thuật viên tiêu hóa có kinh nghiệm vì việc đánh giá thương tổn và ổ bụng, đánh giá tình trạng tưới máu mặt cắt của ruột, thao tác giải áp ruột, thực hiện một miệng nối ruột an toàn... rất cần đến kinh nghiệm và sự thành thạo của người mổ. Dorudi^[6] đã dẫn một nghiên cứu chứng minh có sự khác biệt về tỉ lệ xì miệng nối ĐT tới 6 lần (từ 5 lên đến 30%) tùy theo tay nghề của phẫu thuật viên. Biondo^[2], trong một nghiên cứu trên 1046 t.h được cắt ĐT cấp cứu, nhận thấy tỉ lệ xì miệng nối của nhóm được phẫu thuật viên tiêu hóa mổ là 6% trong khi của nhóm được phẫu thuật viên tổng quát mổ là 12%, khác biệt có ý nghĩa thống kê qua phân tích đa biến. Vì vậy, phẫu thuật viên không có kinh nghiệm cắt nối ĐT cấp cứu thì có lẽ không nên chọn phẫu thuật 1 thì không rửa ĐT cho tắc ĐT trái.

Ngoài ra, trong khi mổ, nếu ruột trên chỗ tắc trương quá to, rạn nứt hay đe dọa hoại tử, thành ruột phù nề nhiều, nhất là có biểu hiện viêm tấy thì cũng không nên chọn phẫu thuật 1 thì vì rất dễ bị xì miệng nối. Chang và cộng sự^[3], trong báo cáo loạt ca về viêm đại tràng trên chỗ tắc, đã nhấn mạnh đến tầm quan trọng của việc phải mở lòng ĐT đã cắt trong khi mổ, xem xét kỹ bề mặt niêm mạc của ĐT trên chỗ tắc để đảm bảo làm một miệng nối an toàn, tránh xì miệng nối. Việc này càng có ý nghĩa trong phẫu thuật một thì điều trị tắc ĐT trái.

V. KẾT LUẬN

Ở những bệnh nhân tắc ĐT trái thỏa các tiêu chuẩn nhất định, nghiên cứu của chúng tôi cho thấy

phẫu thuật một thì không rửa ĐT tỏ ra là một lựa chọn điều trị an toàn và hiệu quả. Vì vậy, không nên coi rửa ĐT trong mổ là điều kiện bắt buộc để phẫu thuật một thì điều trị tắc ĐT trái nữa.

Lưu ý là không rửa ĐT trong mổ nhưng nhất thiết phải giải áp tốt ĐT, tránh làm dây nhiễm phúc mạc và đảm bảo miệng nối ruột không căng, tưới máu tốt.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Ansaloni L, Andersson RE, Bazzoli F, et al. Guidelines in the Management of Obstructing Cancer of the Left Colon: Consensus Conference of the World Society of Emergency Surgery (WSES) and Peritoneum and Surgery (PnS) Society. *World J Emerg Surg*; 2010, 5: 29.
2. Biondo S, Kreisler E, Millan M, et al. Impact of surgical specialization on emergency colorectal surgery outcomes. *Arch Surg*; 2010, 145(1): 79-86.
3. Chang HK, Min BS, Ko YT, et al. Obstructive colitis proximal to obstructive colorectal carcinoma. *Asian J Surg*; 2009, 32(1): 26-32.
4. Cross KLR, Rees JR, Soulsby RHR, et al. Primary anastomosis without colonic lavage for the obstructed left colon. *Ann R Coll Surg Engl*; 2008, 90: 302-304.
5. De U, Ghosh S. Single stage primary anastomosis without colonic lavage for left-sided colonic obstruction due to acute sigmoid volvulus: A prospective study of one hundred and ninety-seven cases. *ANZ J Surg*; 2003, 73: 390-392.
6. Dorudi S, Wilson NM, Heddle RM. Primary restorative colectomy in malignant left-sided large bowel obstruction. *Ann R Coll Surg Engl*; 1990, 72: 393-395.
7. Eckmann C, Kujath P, Schiedeck THK, et al. Anastomotic leakage following low anterior resection: results of a standardized diagnostic and therapeutic approach. *Int J Colorectal Dis*; 2004, 19: 128-133.
8. El-Sageer EE, El-Heeny AA. One-stage left colon and rectal resection in emergency surgery. *Egyptian J Surg*; 2015, 33: 100-103.
9. Finan PJ, Campbell S, Verma R, et al. The management of malignant large bowel obstruction: ACPGBI position statement. *Colorectal Disease*; 2007, 9(Suppl.4): 1-17.
10. Frago R, Ramirez E, Millan M, et al. Current management of acute malignant large bowel obstruction: a systemic review. *Am J Surg*; 2014, 207: 127-138.
11. Nguyễn Văn Hải, Võ Duy Long. Kết quả của phẫu thuật một thì và nhiều thì trong tắc ruột do ung thư đại tràng - Tạp chí Y học TP.HCM; 2007, 11(1): 237 - 244.
12. Nguyễn Văn Hải, Lê Huy Lư. Điều trị tắc đại tràng trái bằng phẫu thuật một thì không rửa đại tràng trong mổ - Tạp chí Y học TP.HCM; 2009, 13(1): 42 - 45.
13. Nguyễn Văn Hải, Vũ Ngọc Sơn, Lê Huy Lư. Kết quả điều trị tắc đại tràng trái bằng phẫu thuật một thì không rửa đại tràng trong mổ. *Tạp chí Y học TP.HCM*, 2011, 15(4): 124-129.
14. Hsu TC. Comparison of one-stage resection and anastomosis of acute complete obstruction of left and right colon. *Am J Surg*; 2005, 189: 384-387.
15. Kam MH, Tang CL, Chan E, et al. Systematic review of intraoperative colonic irrigation vs. manual decompression in obstructed left-sided colorectal emergencies. *Int J Colorectal Dis*; 2009, 24: 1031-1037.
16. Lê Phong Huy, Nguyễn An, Nguyễn Mạnh Dũng. Rửa đại tràng trong lúc phẫu thuật tắc ruột do thương tổn đại tràng trái. *Y học TP.Hồ Chí Minh*; 2010, 14(1): 286-295.
17. Lim JF, Tang CL, Seow-Choen F, et al. Prospective, Randomized Trial Comparing Intraoperative Colonic Irrigation With Manual Decompression Only for Obstructed Left-Sided Colorectal Cancer. *Dis Colon Rectum*; 2005, 48: 205-209.
18. Naraynsingh V, Rampaul R, Maharaj D, et al. Prospective study of primary anastomosis without colonic lavage for patients with

- obstructed left colon. *Brit J Surg*; 1999, 86: 1341-1343.
19. Ortiz H, Biondo S, Ciga MA, et al. Comparative study to determine the need for intraoperative colonic irrigation for primary anastomosis in left-sided colonic emergencies. *Colorectal Disease*; 2009, 11: 648-652.
 20. Patrìti A, Contine A, Carbone E, et al. One-stage resection without colonic lavage in emergency surgery of left colon. *Colorectal Disease*; 2005, 7: 332-338.
 21. Sule AZ, Misauno M, Opaluwa AS, et al. One-stage treatment of left-sided large bowel emergencies. *East Afri Med J*; 2008, 85: 80-84.
 22. Trompetas V. Emergency management of malignant, acute, left-sided, colonic obstruction. *Ann R Coll Surg Engl*; 2008, 90: 181-186.
 23. Turan M, Ok E, Sen M, et al. A Simplified Operative Technique for Single-Stage Resection of Left-Sided Colon Obstructions: Report of a 9-Year Experience. *Surg Today*; 2002, 32: 959-964.