

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT TẮC RUỘT DO BÃ THỨC ĂN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Seang Seyha¹, Trần Quế Sơn^{1,2}, Trần Hiếu Học^{1,2}

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả sớm phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** mô tả hồi cứu các trường hợp được chẩn đoán sau mổ tắc ruột non do bã thức ăn từ 01-2016 đến 12-2020 tại Bệnh viện Bạch Mai. **Kết quả:** 63 bệnh nhân với tuổi thường gặp trên 51 tuổi (85,7%) và tỉ lệ nam/nữ là 0,66. Đau bụng là triệu chứng luôn có với 98,4%, chủ yếu đau cơn 66,7%, nôn 77,8% và bí trung đại tiện 71,4%. Hình ảnh tắc ruột rõ trên XQ bụng không chuẩn bị là 71,4%, trên siêu âm 50,8% và trên cắt lớp vi tính 82,6% nhưng không xác định được nguyên nhân do bã thức ăn. Vị trí bã thức ăn ở hồi tràng chiếm tỷ lệ cao nhất (58,7%). Xử lý tổn thương: mổ ruột non lấy bã thức ăn (95,2%), dẫn bã thức ăn xuống đại tràng (4,8%), mổ dạ dày lấy bã kết hợp (22,2%). Kết quả điều trị giai đoạn sớm tốt: không có tai biến phẫu thuật, biến chứng nhiễm trùng vết mổ 5 (7,9%), thời gian nằm viện sau mổ trung bình 8,17 ± 2,61 ngày. **Kết luận:** Chẩn đoán tình trạng tắc ruột thường không khó nhưng xác định nguyên nhân do bã thức ăn là rất khó. Điều trị ngoại khoa vẫn là biện pháp chủ yếu và có tính an toàn và hiệu quả.

Từ khóa: Tắc ruột, bã thức ăn, phẫu thuật.

SUMMARY

EARLY RESULTS OF SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION CAUSED BY PHYTOBEZOAR AT BACH MAI HOSPITAL

Objective: Description of clinical and paraclinical characteristics and early results of surgery of small intestinal obstruction caused by phytobezoars. **Subjects and methods:** Retrospective study including all the cases of post-operative diagnosis with intestinal obstruction due to phytobezoars from 01-2016 to 12-2020 in Bach Mai Hospital. **Results:** 63 patients with common age over 51 years old (87.5%); male/female percentage: 0,66. Abdominal pain was always present (98.4%), mostly was intermittent 66.7%; vomiting 77.8%; no exhaust 71.4%. The typical image of small bowel obstruction on Xray was 71,4%; on ultra sound was 50,8% and on CTscan was 82.6%, but the cause wasn't confirmed. The location of phytobezoar was of 58.7% in ileum. The extraction of phytobezoar by jejunotomy or ileotomy was the most common method (95.2%), the phytobezoar was milked into the cecum in 3 patients (4.8%) and

combined gastrotomy was in 22.2%. The early results was good, there are no operative accidents and no mortality, fewer postoperative complications (wound infection 7.9%). The hospital stay was of 8.17 ± 2.61 days. **Conclusion:** The diagnosis of intestinal obstruction was usually quite easy but it is very difficult to determine the cause of phytobezoars. The surgical treatment was essential with safety and effectivity.

Keywords: Intestinal obstruction, phytobezoar, surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tắc ruột do bã thức ăn (BTA) thường tiến triển từ từ nên việc phát hiện các yếu tố nguy cơ cũng như chẩn đoán sớm và phẫu thuật kịp thời sẽ đem lại kết quả điều trị tốt và tránh được những biến chứng nặng nề[1]. Bệnh cảnh với hình thái lâm sàng đa dạng, việc chẩn đoán chính xác nguyên nhân tắc ruột trước mổ còn gặp nhiều khó khăn và tỷ lệ chẩn đoán chính xác tắc ruột do bã thức ăn còn thấp chỉ từ 3% - 18% [2]. Ngày nay với sự phát triển của các phương tiện chẩn đoán hình ảnh đã giúp cho việc chẩn đoán tắc ruột do bã thức ăn có nhiều cải thiện hơn [2,3,4].

Tại Việt Nam cũng đã có một số công trình nghiên cứu về tắc ruột do bã thức ăn tuy nhiên việc xác định nguyên nhân tắc ruột còn muộn và có nhiều biến chứng nặng nề. Ngày nay với những thói quen ăn uống đa dạng, bệnh cảnh lâm sàng phong phú hơn, các phương tiện thăm dò trong chẩn đoán cũng tốt hơn. Việc chẩn đoán và xử trí bệnh ở giai đoạn sớm hiện nay cần phải được đánh giá thực tế và chính xác hơn, Vì vậy chúng tôi thực hiện đề tài này với mục tiêu: *Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và kết quả phẫu thuật tắc ruột do bã thức ăn tại Bệnh viện Bạch Mai từ 2016 – 2020.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

***Tiêu chuẩn lựa chọn:** bệnh nhân (BN) người lớn cả hai giới được chẩn đoán sau mổ tắc ruột do bã thức ăn, được phẫu thuật giải quyết nguyên nhân, có hồ sơ bệnh án đủ thông tin cần cho nghiên cứu.

***Tiêu chuẩn loại trừ:** có bã thức ăn trong đường tiêu hoá nhưng không phải là nguyên nhân gây tắc ruột, có bã thức ăn trong dạ dày nhưng không có tắc ruột.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

¹Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện Bạch Mai

Chịu trách nhiệm chính: Trần Hiếu Học

Email: hieuhoc1305@gmail.com

Ngày nhận bài: 24/6/2021

Ngày phản biện khoa học: 29/7/2021

Ngày duyệt bài: 19/8/2021

***Thiết kế nghiên cứu:** mô tả hồi cứu
***Địa điểm, thời gian:** Khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai, từ tháng 1/2016 đến tháng 12/2020.
***Biến số nghiên cứu:**
 - Tuổi, giới tính.
 - Triệu chứng: đau bụng, nôn, bí trung - đại tiện, chướng bụng, quai ruột nổi, rặn bò, sờ thấy khối, nhiệt độ, mạch, huyết áp tối đa.
 - Kết quả cận lâm sàng: X quang, CT Scanner, Siêu âm ổ bụng.

- Vị trí khối bã thức ăn, phương pháp phẫu thuật.
 - Kết quả điều trị: tái biến trong mổ, biến chứng sau mổ, ngày nằm viện sau mổ, tình trạng khi ra viện.

***Cỡ mẫu:** Toàn bộ với cách chọn mẫu thuận tiện.

2.3. Phân tích và xử lý số liệu: Số liệu được thu thập và xử lý với phần mềm SPSS 20.0

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu, không can thiệp vào bệnh nhân. Các thông tin liên quan đến đối tượng nghiên cứu được giữ bí mật.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Bảng 1. Phân bố theo tuổi và giới

Tuổi	Giới				Tổng	
	Nam		Nữ			
	N	%	n	%	n	%
<31	0	0%	2	3,2%	2	3,2%
31-40	1	1,6%	2	3,2%	3	4,8%
41-50	4	6,4%	0	0%	4	6,4%
51-60	7	11,1%	5	7,9%	12	19,0%
61-70	6	9,5%	9	14,3%	15	23,8%
>70	7	11,1%	20	31,7%	27	42,8%
Tổng	25	39,7%	38	60,3%	63	100%

Nhận xét: Tuổi: Tuổi trung bình là 66,3 ± 17,4 tuổi, trẻ nhất là 18 tuổi và nhiều nhất là 98 tuổi. Độ tuổi gặp chủ yếu trên 51 tuổi với 54 bệnh nhân (85,7%).

Giới: Tỷ lệ nữ/nam: 1,5/1 tỷ lệ nam/ nữ là 0,66

Bảng 2. Đặc điểm lâm sàng

Triệu chứng		Số bệnh nhân	Số (%)
Tiền sử (Ngoại khoa, Nội khoa)	Cắt dạ dày	8	
	Khâu lỗ thủng dạ dày	1	
	Tắc ruột sau mổ	3	
	Viêm loét dạ dày tá tràng	5	
	Đái tháo đường	4	
	Bệnh hô hấp, tim mạch	13	
Về ăn uống (hồng, măng, cam quýt, chuối xanh)		7	
Đau bụng	Đau cơn	42	66,7
	Đau âm ỉ, liên tục	20	31,7
	Không mô tả rõ	1	1,6
Nôn		49	77,8
Bí trung - đại tiện		45	71,4
Chướng bụng	Chướng mềm	38	60,3
	Chướng có phản ứng	14	22,2
	Không chướng	10	15,9
	Không mô tả rõ	1	1,6
Quai ruột nổi	Có quai ruột nổi	8	12,7
	Không có quai ruột nổi	39	61,9
	Không mô tả rõ	16	25,4
Rặn bò	Có rặn bò	11	17,4
	Không có rặn bò	40	63,5
	Không mô tả rõ	12	19,1
Sờ thấy khối	Sờ thấy u cục	10	15,9
	Không sờ thấy	44	69,8
	Không mô tả	9	

Mạch	< 80	45	71,4
	80 - 100	17	27
	> 100	1	1,6
Huyết áp tối đa	< 90	7	11,1
	90-140	54	85,7
	> 140	2	3,2
Nhiệt độ	< 37,5°C	56	88,9
	37,5 – 38,5 °C	2	3,2
	38,5 – 39,5 °C	4	6,3
	>39,5 °C	1	1,6

Nhận xét: Đau bụng là triệu chứng bao giờ cũng có, chướng bụng là triệu chứng thường thấy 82,5%. Dấu hiệu rần bò gặp ở số ít bệnh nhân 17,4%. Ít trường hợp sờ thấy khối 15,9%. Tình trạng toàn thân ít có thay đổi.

Bảng 3. Kết quả thăm dò hình ảnh

Biện pháp	Kết quả	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
XQ bụng không chuẩn bị	Có mức nước - mức hơi điển hình	45	71,4
	Mức nước- mức hơi không điển hình	12	19
Siêu âm	Bã thức ăn trong dạ dày	1	1,6
	Hình ảnh tắc ruột	32	50,8
	Khối trong ổ bụng	1	1,6
	Dịch ổ bụng	26	41,2
	Bình thường	3	4,8
CT Scanner ổ bụng	Khối u trong ổ bụng	0	0
	Giãn quai ruột	10	15,8
	Tắc ruột	52	82,6
	Bình thường	1	1,6

Nhận xét: Triệu chứng điển hình của XQ ổ bụng gặp ở đa số bệnh nhân 71,4%. Hình ảnh mức nước - mức hơi không điển hình gặp 19%. Hình ảnh tắc ruột trên siêu âm gặp 50,8%, có 41,2% dịch ổ bụng. Trên CT có tình hình tắc ruột 82,6%.

Bảng 4. Vị trí của khối bã thức ăn trong đường tiêu hóa

Vị trí	Đặc điểm	Số BN	Tỷ lệ (%)
Gây tắc ruột	Hồng tràng	26	41,3
	Hồi tràng	28	44,4
	Góc hồi manh tràng	9	14,3
Tổng		63	100
Kết hợp đồng thời	Hồng tràng+ Dạ dày	5	7,9
	Hồi tràng + Dạ dày	7	11,1
	Góc hồi manh tràng + Dạ dày	2	3,2

Nhận xét: Vị trí bã thức ăn thường gặp nhất ở hồi tràng chiếm 45,5% và hồng tràng 40,2%, vị trí ở góc hồi manh tràng chiếm 14,3%. Vị trí kết hợp thức ăn ở dạ dày là 18,2%.

Bảng 5. Phương pháp phẫu thuật

	Phương pháp phẫu thuật	Số BN	Tỷ lệ (%)
Giải quyết nguyên nhân gây tắc	Mở ruột đơn thuần lấy bã thức ăn	60	95,2
	Đồn bã thức ăn xuống đại tràng	3	4,8
	Tổng số	63	100
Thủ thuật phối hợp với bã thức ăn ở vị trí khác	Mở dạ dày + mở ruột lấy BTA	12	19,0
	Mở dạ dày + đồn BTA xuống đại tràng	2	3,2
Tổng số		14	22,2

Nhận xét: Hầu hết là mở ruột lấy BTA 95,2%, có 14 bệnh nhân (22,2%) được mở dạ dày để lấy BTA phối hợp

Kết quả điều trị: không có tai biến trong mổ, biến chứng sau mổ có 5 trường hợp (7,9%) nhiễm trùng vết mổ điều trị bằng thay băng và

kháng sinh, không có biến chứng áp xe tồn dư, không có biến chứng cần can thiệp phẫu thuật lại.

Thời gian nằm viện sau mổ trung bình: 8,17 ± 2,61 ngày, sớm nhất là 4 ngày và muộn nhất là 16 ngày.

IV. BÀN LUẬN

***Tuổi và giới:** Tuổi mắc bệnh trong nhóm nghiên cứu là khá cao, trung bình là $66,3 \pm 17,4$ tuổi, trẻ nhất là 18 tuổi và nhiều tuổi nhất là 98 tuổi, gặp chủ yếu trên 51 tuổi với 85,7%. Kết quả này cũng tương tự Dirican với độ tuổi trung bình là 64 (từ 30-94) tuổi [4]. Các tác giả khác cũng cho thấy bệnh thường gặp ở lứa tuổi trên 60 [1],[5]. Nữ giới nhiều hơn nam, đặc biệt tuổi >70 thì tỷ lệ nữ bị tắc ruột do bã thức ăn cao hơn hẳn. Trong khi đó nhiều nghiên cứu lại cho thấy nam thường bị nhiều hơn nữ, chẳng hạn Nguyễn Hồng Sơn và CS có 18 nam và 12 nữ (nam/nữ=1,5/1),

***Lâm sàng:** Trong số những triệu chứng ban đầu của tắc ruột do bã thức ăn, đau bụng là triệu chứng hay gặp nhất và cũng là triệu chứng điển hình. Qua thống kê cho thấy đau bụng là triệu chứng gặp nhiều nhất, chiếm 98,4%. Kết quả nghiên cứu của chúng tôi cũng giống với kết quả của Nguyễn Hồng Sơn, của Trần Hiếu Học là 100% [5],[7]. Trong nghiên cứu của chúng tôi thì đau cơn là triệu chứng điển hình của tắc ruột, gặp 42 bệnh nhân, chiếm 66,7%. Tuỳ theo vị trí tắc ruột do bã thức ăn, thời gian nôn gần bữa ăn hay xa, hoặc khi biểu hiện bệnh, bệnh nhân có ăn tiếp không mà chất nôn có thể khác nhau. Tuy nhiên trong tắc ruột do bã thức ăn có lẽ diễn biến của bệnh kéo dài nên bệnh nhân vẫn ăn uống được. Chướng bụng là triệu chứng gặp ở 52 BN (82,5%), trong đó bụng chướng mềm là 60,3%. Kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của các tác giả khác. Tỷ lệ này gặp trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn là 90% [5], của Trần Hiếu Học là 72,1%.

Quai ruột nổi là biểu hiện của tình trạng ruột tăng nhu động nhằm thắng được áp lực đường tiêu hóa để đẩy hơi và dịch tiêu hóa ra ngoài. Dấu hiệu quai ruột nổi gặp ở 8 bệnh nhân, chiếm 12,7%. Theo nghiên cứu của Trần Hiếu Học tỷ lệ gặp là 37,2% [7]. Dấu hiệu rắn bò dấu hiệu đặc trưng của tắc ruột cơ giới thể hiện tình trạng tăng nhu động của ruột. Chúng tôi thấy dấu hiệu rắn bò gặp ở 11 bệnh nhân, chiếm 17,4%, cũng tương tự như của Trần Hiếu Học tỷ lệ này là 19,7%[7], còn Nguyễn Hồng Sơn có tỷ lệ thấy dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò 20% [5]. Dấu hiệu quai ruột nổi, rắn bò là những dấu hiệu quan trọng trong tắc ruột cơ giới nói chung, cũng như trong tắc ruột nói riêng. Các dấu hiệu này xuất hiện trong cơn đau, do vậy không phải lúc nào cũng phát hiện được các dấu hiệu này. Sở thấy khối khi thăm khám ổ bụng cũng là dấu hiệu gợi ý nguyên nhân gây tắc ruột. Tuy nhiên phát hiện

khối thường gặp khó khăn trong những trường hợp thành bụng đầy, trong cơn đau, bụng chướng, khối bã thức ăn đã di chuyển xuống thấp. Hơn nữa khi sờ thấy khối cùng với các triệu chứng tắc ruột, đặc biệt ở người già thường nghĩ đến tắc ruột do u đại tràng, ở trẻ em được chẩn đoán là tắc ruột do giun, một số ít trường hợp nghĩ đến tắc ruột do bã thức ăn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, sờ thấy khối u gặp ở 10 bệnh nhân, chiếm 15,9%. Tỷ lệ này trong các nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn chỉ là 3,3% [5]. Chỉ số mạch, nhiệt độ và huyết áp tối đa trong tắc ruột do bã thức ăn thường ít có biến loạn, trừ một số trường hợp nhỏ tắc ruột do bã thức ăn đã gây biến chứng hoặc đến muộn.

Về những tiền sử ngoại khoa, trong nghiên cứu có 8 BN đã mổ cắt dạ dày, 1 khâu thủng dạ dày và 3 có tắc ruột và về nội khoa có 5 BN điều trị viêm loét dạ dày – tá tràng, 4 BN đái tháo đường. Đã phẫu thuật về dạ dày là yếu tố nguy cơ dẫn đến hình thành bã thức ăn được nhiều tác giả đề cập và cơ chế hình thành bã thức ăn ở những trường hợp này đã được giải thích khá rõ ràng [3,4,5]. Đặc biệt trong nghiên cứu của Dirican (2009) thì có tới 12/24 BN (50%) có tiền sử mổ bao gồm cắt thần kinh X và hang vị 10, cắt bán phần dạ dày 1 và khâu lỗ thủng 1 [4]. Thức ăn cũng là yếu tố liên quan quan trọng của việc hình thành bã thức ăn được nhiều nghiên cứu nêu ra và giải thích rõ cơ chế liên quan đến axit tannic trong thức ăn [3,4,6]. Nghiên cứu của chúng tôi cũng có tỷ lệ bệnh nhân ăn các loại quả dễ tạo nên bã thức ăn chiếm 14,2%.

***Cận lâm sàng:** Trong nghiên cứu này, trên XQ ổ bụng không chuẩn bị dấu hiệu tắc ruột điển hình là mức nước – mức hơi gặp 71,4%, hình ảnh không điển hình 19%. Kết quả của chúng tôi cũng phù hợp với các tác giả khác, độ nhạy của XQ bụng không chuẩn bị trong chẩn đoán tắc ruột dao động 79,4% - 100%[4,7]. Khả năng chẩn đoán chính xác tắc ruột trong nghiên cứu của Nguyễn Hồng Sơn là 96,7% nhưng không thể biết được nguyên nhân là bã thức ăn [5]. Ngày nay siêu âm và CT scanner là thăm dò cận lâm sàng được áp dụng rộng rãi và có tỷ lệ chẩn đoán nguyên nhân khá cao. Nghiên cứu của chúng tôi cho thấy trên siêu âm một nửa số trường hợp có hình ảnh tắc ruột (50,8%) và chỉ 1 trường hợp thấy bã thức ăn trong dạ dày, không phát hiện được nguyên nhân bã thức ăn gây tắc ruột. Cả 100% BN được chụp CT Scanner, chúng tôi gặp hình ảnh tắc ruột có 52 bệnh nhân (82,6%), hình ảnh giãn quai ruột có 10 bệnh nhân (15,8%). Nghiên cứu của Nguyễn Hồng

Sơn cũng thấy siêu âm và CT chẩn đoán được tắc ruột lần lượt là 52,4% và 92,9% nhưng siêu âm không xác định được nguyên nhân bã thức ăn còn CT chẩn đoán được nguyên nhân 57,1% [5]. Trong khi đó Dirican siêu âm cho 11/24 bệnh nhân thì nghi ngờ 2 có bã thức ăn [4]. Chụp CT Scanner ổ bụng là vô giá trong chẩn đoán xác định tắc ruột nhưng để khẳng định nguyên nhân là bã thức ăn thì tỷ lệ không cao, như của Gök là 8% [1] còn theo Dirican [4] lại thấy bằng chứng hoặc nghi ngờ có bã thức ăn trong nhiều trường hợp (77,1%). Các phát hiện CT Scanner chung ở tất cả các bệnh nhân là hình ảnh khí lõm đốm và một khối hình trứng khu trú hoặc khối tròn trong lòng ruột với rìa đều và cấu trúc bên trong không đồng nhất [6].

***Phẫu thuật:** Vị trí bã thức ăn thường gặp ở hồi tràng chiếm 58,7% hơn là hồng tràng 41,3% và 14 BN có kết hợp bã thức ăn ở dạ dày là 22,2%. Điều này phù hợp với lý thuyết, bã thức ăn hình thành ở dạ dày, khi di chuyển xuống ruột thì hay gây tắc ruột ở đoạn cuối hồi tràng do đường kính ruột nhỏ và có van hồi manh tràng. Kết quả này tương tự nghiên cứu của Trần Hiếu Học [7] ở hồi tràng chiếm 62,8%, của Nguyễn Hồng Sơn 69% [5], của Yau là 80% [8]. Tỷ lệ mở ruột lấy BTA trong nghiên cứu của chúng tôi là 95,2%, có 14 bệnh nhân (22,2%) được mở dạ dày để lấy BTA phối hợp. Mở ruột lấy hay dồn đẩy bã thức ăn xuống manh tràng tùy theo tính chất, độ cứng của khối bã. Nếu có thể thì nên dồn đẩy xuống tránh mở ruột, như Gök có tỷ lệ là 55% (11/20 BN)[1], Dirican là 45,8%[4], của Nguyễn Hồng Sơn là 53,8%. Cũng có tác giả khác có tỷ lệ mở ruột lấy bã thức ăn cao như Trần Hiếu Học là 80,2% [5]. Ngày nay với sự phát triển của phẫu thuật nội soi thì phương pháp này đang tỏ ra có tính hiệu quả, an toàn áp dụng để điều trị tắc ruột do bã thức ăn mà không thể điều trị bằng phương pháp điều trị nội khoa. Nguyễn Hồng Sơn có 4/30 mổ nội soi với 1 BN phải chuyển mổ mở [5]. Các nghiên cứu đều cho thấy phẫu thuật nội soi có thời gian phẫu thuật ngắn hơn, ít biến chứng sau mổ hơn và giảm thời gian nằm viện so với phẫu thuật mở [5,8]. Ngoài ra, nội soi can thiệp với ống nội soi dài được đưa tới hồi tràng để cắt nhỏ và gắp các mảnh bã thức ăn đã làm giảm đáng kể tỷ lệ phẫu thuật mổ mở [1,4].

***Kết quả điều trị sớm:** nghiên cứu chúng tôi cho thấy kết quả sớm nhìn chung tốt, không có tai biến trong mổ, không có tử vong và tỷ lệ biến chứng sau mổ thấp, chỉ có 7,9% nhiễm trùng vết mổ. Các nghiên cứu cũng có kết quả

khác nhau: Nguyễn Hồng Sơn có 10% tai biến trong mổ, 10% biến chứng và tử vong 3,3% [5], Thời gian nằm viện sau mổ của chúng tôi là 8.17 ± 2.61 ngày (4-15 ngày) cũng tương đồng với nhiều tác giả. Bệnh nhân của Nguyễn Hồng Sơn có ngày nằm viện 7,2 nhóm mổ mở và 6 ngày nhóm mổ nội soi. Nghiên cứu của Dirican có ngày nằm viện là 7 ± 1 ngày ở nhóm mổ ruột lấy bã thức ăn và 4 ± 2 ngày ở nhóm dồn đẩy bã xuống manh tràng. Một số bệnh nhân có thời gian ra viện sau mổ kéo dài chủ yếu ở những bệnh nhân tuổi già, tình trạng ổ bụng bẩn, tình trạng dinh dưỡng kém, cần chăm sóc và hồi sức sau mổ kéo dài hơn hoặc bị nhiễm trùng vết mổ.

V. KẾT LUẬN

Tắc ruột do bã thức ăn không khó khăn nhiều trong chẩn đoán tình trạng tắc ruột nhưng rất khó xác định nguyên nhân. Các phương tiện thăm dò hình ảnh giúp ích cho chẩn đoán bệnh. Phẫu thuật dù mở ruột lấy bã thức ăn hay dồn đẩy bã xuống manh tràng đều cho kết quả tốt và việc kiểm tra dạ dày để lấy bã thức ăn phối hợp là việc làm hết sức cần thiết.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Gök AFK, Sönmez, R.E., Kantarcı T.R. et al. (2019).** Discussing treatment strategies for acute mechanical intestinal obstruction caused by phytobezoar: A single-center retrospective study. *Ulusal travma ve acil cerrahi dergisi = Turkish journal of trauma & emergency surgery : TJTE.* 25(5), 503-9.
2. **Bouali M, Ballati A., Bakouri AE. et al. (2021).** Phytobezoar: An unusual cause of small bowel obstruction. *Annals of Medicine and Surgery.* 62; 323-5.
3. **Claro M., Santos DC, Silva AA, et al. (2021).** When eating makes you sick - Gastric stump obstruction caused by a phytobezoar. A case report and literature review. *International journal of surgery case reports.* 79, 263 - 6.
4. **Dirican A, Unal B, Tatlı F. et al. (2009).** Surgical treatment of phytobezoars causes acute small intestinal obstruction. *Bratislavské lekarske listy.* 110(3), 158-61.
5. **Nguyễn Hồng Sơn, Lý Hữu Tuấn và Nguyễn Văn Hải (2012).** Đặc điểm lâm sàng, hình ảnh học và kết quả điều trị tắc ruột do bã thức ăn. *Y Học TP. Hồ Chí Minh * Tập 16 * Phụ bản của Số 1 * 53-58.*
6. **Li L, Xue B, Zhao Q. et al. (2019).** Observation on the curative effect of long intestinal tube in the treatment of phytobezoar intestinal obstruction. *Medicine (Baltimore).* 98(11), 1-6.
7. **Trần Hiếu Học, 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.* 27-32.
8. **Yau KK, Law BKB, Ha JPY et al. (2005).** Laparoscopic Approach Compared With Conventional Open Approach for Bezoar-Induced Small-Bowel Obstruction. *Archives of Surgery.* 140(10), 972-5.