

# ĐIỀU TRỊ NGOẠI KHOA TỔN THƯƠNG TẮC RUỘT SAU XẠ TRỊ VÀ PHẪU THUẬT VÙNG KHUNG CHẬU

NGUYỄN VĂN TUYÊN  
Bệnh viện K

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị phẫu thuật tắc ruột ở những bệnh nhân đã xạ trị kết hợp với phẫu thuật vùng khung chậu. **Đối tượng nghiên cứu:** 37 bệnh nhân ung thư cổ tử cung và nội mạc tử cung đã được điều trị bằng xạ trị vùng khung chậu liều 45-50gy và phẫu thuật cắt tử cung ± vét hạch chậu có triệu chứng tắc ruột tại Bệnh viện K từ 2002 đến 2012. **Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu. **Kết quả:** Thời gian trung bình từ khi kết thúc điều trị ung thư tới khi xuất hiện tắc ruột là  $72 \pm 12$  tháng. Bán tắc ruột là 3/37 bệnh nhân (0,8%), tắc ruột thấp 34/37 bệnh nhân (1,9%). Tổn thương hẹp, xơ hóa ruột tại hội tràng sát góc hồi manh tràng 37/37 bệnh nhân (100%), tổn thương  $\geq 2$  vị trí 4 bệnh nhân (1,1%). Phẫu thuật cắt đoạn ruột 25/37 bệnh nhân (67,5%), nối tắt 12/37 bệnh nhân (32,4%). Biến chứng rò tiêu hóa sau mổ 4/37 bệnh nhân (1,1%), tử vong: 0. 100% bệnh nhân ra viện hết triệu chứng tắc ruột.

**Từ khóa:** tắc ruột, vùng khung chậu

SURGICAL TREATMENT OF INTESTINAL OBSTRUCTION INJURY AFTER RADIATION THERAPY AND PELVIC SURGERY

## SUMMARY

**Objectives:** Researching on clinical and evaluating the results of surgical treatment of intestinal obstruction in patients who received radiation therapy combined with pelvic surgery.

**Subjects:** 37 patients with cervical cancer and endometrium cancer were treated with pelvic radiotherapy dose the 45 – 50 Gy and surgical hysterectomy ± pelvic lymph nodes dissection appeared intestinal obstruction symptoms at the K hospital from 2002 to 2012. **Methods:** retrospective description. **Results:** The mean time from the end of treatment cancer until the appearance obstruction was  $72 \pm 12$  months. Paralytic ileus partial bowel obstruction is 3/37 patients (0.8%), large bowel obstruction 34/37 patients (91.9%). Narrowed intestinal lesions, intestinal fibrosis next to the ileocecum 37/37 patients (100%), lesions  $\geq 2$  position: 4 patients (1.1%). bowel resection: 25/37 patients (67.5%), bypass: 12/37 patients (32.4%). Complications leakage gastrointestinal after surgery: 4/37 patients (1.1%), death: 0. 100% patients are asymptomatic intestinal obstruction.

**Keywords:** intestinal obstruction, pelvic surgery

## ĐẶT VẤN ĐỀ:

Trong điều trị ung thư (UT) phụ khoa như UT cổ tử cung, nội mạc tử cung, nhiều bệnh nhân được chỉ định phương pháp xạ trị kết hợp với phẫu thuật [1]. Xạ trị từ ngoài vào vùng khung chậu với liều từ 45 – 50 Gy có thể gây tổn thương ruột do xạ trị [2,4,5]. Trong một số trường hợp những tổn thương này tiến triển dẫn tới hẹp, chảy máu hoặc thủng ruột. Mặt khác phẫu thuật cũng là nguyên nhân làm nặng thêm quá trình này. Để góp phần tìm hiểu về loại bệnh lý này, chúng tôi tiến hành đề tài với mục tiêu: “nhận xét đặc điểm lâm sàng và kết quả điều trị tắc ruột ở những bệnh nhân UT cổ tử cung, nội mạc tử cung đã được điều trị bằng xạ trị kết hợp với phẫu thuật”

## ĐỐI TƯỢNG, PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU:

**1 Đối tượng nghiên cứu:** 37 bệnh nhân tắc ruột được điều trị phẫu thuật tại bệnh viện K từ 2002 – 2012 có các tiêu chuẩn sau:

- Là bệnh nhân UT cổ tử cung, nội mạc tử cung được điều trị xạ trị từ ngoài vào khung chậu với liều xạ từ 45 – 50 Gy.

- Đã phẫu thuật cắt tử cung ± vét hạch chậu.

- Được chẩn đoán là bán tắc ruột, tắc ruột điều trị nội khoa không đỡ phải mổ.

- Không chọn những bệnh nhân tắc ruột do UT tái phát, tắc ruột do dây chằng dính.

**2 Phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu

**3 Phương pháp tiến hành:**

- Bệnh nhân được ghi nhận các triệu chứng lâm sàng, cận lâm sàng của tắc ruột,

- Ghi nhận tổn thương trong mổ.

- Ghi nhận phương pháp phẫu thuật

- Ghi nhận biến chứng sau phẫu thuật, tử vong, tình trạng bệnh nhân khi ra viện

## KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU:

**1. Tuổi:** Tuổi bệnh nhân trung bình là  $47 \pm 8,5$ .

**2. Thời gian:** xuất hiện tắc ruột kể từ khi kết thúc điều trị ung thư tiên phát:  $72 \pm 12$  tháng

**3. Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tắc ruột tới khi mổ:**

Bảng 1: Thời gian từ khi xuất hiện triệu chứng tắc ruột tới khi mổ

Thời gian (ngày)	1-2	3-4	5-6	$\geq 7$	Tổng số BN
Số BN	3	7	20	4	34
Tỷ lệ %	8,8%	20,6%	58,8%	11,7%	100%

Nhận xét: 3 bệnh nhân bán tắc ruột. 34 bệnh nhân tắc ruột thấp, 58,8 % được mổ vào ngày thứ 5 – 6.

#### 4 Tổn thương sau mổ:

- Tổn thương hẹp, xơ cứng hồi tràng. 1 vị trí 33 bệnh nhân,  $\geq 2$  vị trí 4 bệnh nhân. Vị trí hẹp là hồi tràng sát góc hồi manh tràng, độ dài đoạn hẹp 30 – 40 cm, kèm theo xơ dính vào các quai ruột khác và phúc mạc tiểu khung.

#### 5 Phương pháp phẫu thuật:

- Phẫu thuật cắt đoạn hồi tràng 25/37 bệnh nhân (67,5%)

- Phẫu thuật nối tắt hồi - đại tràng là 12/37 bệnh nhân (32,4%)

#### 6 Biến chứng sau mổ - tử vong:

- Dò tiêu hóa sau mổ 4 bệnh nhân được điều trị khỏi

- Tử vong: 0

#### BÀN LUẬN

- Sau xạ trị từ ngoài vào vùng khung chậu với liều 45 – 50gy, theo H.Hachi [2] và cộng sự có tới 3 – 5 % số bệnh nhân có tổn thương ruột cần phải điều trị ngoại khoa. Xạ trị gây xơ hóa vùng dưới niêm mạc ruột, gây tắc tĩnh mạch và hệ bạch huyết. Những tổn thương này tiến triển lâu dài gây hẹp, chảy máu, thủng ruột. Ngoài ra phẫu thuật cũng là nguyên nhân làm nặng thêm quá trình này. Vùng góc hồi manh tràng, hồi tràng, đại tràng  $\Sigma$ , trực tràng là những vùng tương đối cố định và chịu ảnh hưởng của xạ trị nhiều nhất. Mặt khác đoạn hồi tràng sát góc hồi manh tràng do cấu trúc giải phẫu là vùng có ít mạch máu vì vậy tổn thương ở vị trí này thường nặng và gây tắc ruột. Trong nghiên cứu của chúng tôi 100% số bệnh nhân có tổn thương xơ cứng ở hồi tràng dài khoảng 30 – 40 cm sát góc hồi manh tràng. Kèm theo là tổn thương xơ dính với các quai ruột khác hoặc phúc mạc. Đây là vị trí gây tắc ruột hoặc bán tắc ruột. Có 4 bệnh nhân ngoài tổn thương tại vị trí này còn có các quai ruột khác nằm trong vùng chiếu xạ bị thương tổn.

- Về lâm sàng, ngoài 4 bệnh nhân có triệu chứng bán tắc ruột điều trị nội khoa nhiều lần không khỏi phải mổ. 33/37 bệnh nhân còn lại nhập viện trong tình trạng tắc ruột thấp phải mổ cấp cứu.

- Nguyên tắc phẫu thuật: Đa số các tác giả [2,4] cho rằng chỉ định cắt đoạn ruột tổn thương, lập lại lưu thông tiêu hóa là nối tắt 12/37 bệnh nhân (32,4%) chỉ định lý tưởng nhất, có tỷ lệ tái phát thấp (16%) so với (53,5 %) nếu nối tắt. Trong trường hợp không cắt bỏ, đoạn ruột tổn thương có thể tiếp tục tiến triển gây ra chảy máu, hẹp, thủng. Tuy nhiên việc phẫu thích để giải phóng, cắt bỏ quai ruột tắc luôn gặp khó khăn do tình trạng xơ hóa của quai ruột và xơ dính với tổn thất xung quanh. Thống kê của Martel PH [3] cho thấy tỷ lệ tử vong ở những bệnh nhân cắt đoạn ruột là 6,2 % so với nối tắt là 0 %. Trong một số trường hợp tổn thương ruột có tại nhiều vị trí do vậy việc điều trị phải cân nhắc độ dài còn lại của ruột để tránh

hiện tượng thiếu năng hấp thu sau mổ. Martel P H [3] cho rằng nên nối tắt nếu tổn thương ruột nhiều đoạn, phẫu tích gỡ dính khó khăn.

- Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 bệnh nhân bán tắc ruột điều trị nội khoa nhiều lần không đỡ, phải cắt đoạn hồi tràng, bệnh nhân khỏi ra viện. 34/37 bệnh nhân còn lại phải mổ cấp cứu do tắc ruột. Trong đó phẫu thuật cắt đoạn hồi tràng 25/37 bệnh nhân (67,5%), nối tắt 12/37 bệnh nhân (32,4%). Trong các bệnh nhân cắt đoạn ruột, độ dài đoạn cắt bỏ trung bình 30 - 40 cm, thường sát góc hồi manh tràng. 1 trường hợp cắt rộng do tổn thương nhiều đoạn phần ruột còn lại khoảng 2 m. Bệnh nhân có hội chứng kém hấp thu thường phải nhập viện điều trị nội khoa, theo dõi 8 năm còn sống. Một trường hợp khác phải cắt 2 đoạn ruột, nối tận tận, đặt sonde qua van Bauhin và manh tràng, bệnh nhân sau mổ bị dò tiêu hóa, điều trị khỏi. Tỷ lệ biến chứng dò tiêu hóa sau mổ 4/37 bệnh nhân (1,1%), điều trị nội khoa khỏi. Không bệnh nhân nào có tử vong. Trong thực tế lâm sàng chúng tôi không gặp những bệnh nhân thủng ruột hoặc chảy máu ruột (trừ chảy máu trực tràng). Các bệnh nhân sau điều trị khi ra viện đều hết tình trạng tắc ruột.

- Về đặc điểm lâm sàng, ngoài 3 bệnh nhân bán tắc ruột, 34 bệnh nhân còn lại đều nhập viện trong tình trạng tắc ruột thấp. Thời gian trung bình xuất hiện tắc ruột là  $72 \pm 12$  tháng sau điều trị UT nguyên phát.

#### KẾT LUẬN.

Qua nghiên cứu 37 bệnh nhân tắc ruột do xạ trị và phẫu thuật vùng tiểu khung, cho thấy: 100% có tổn thương tại hồi tràng sát góc hồi manh tràng (30 – 40 cm). Thời gian xuất hiện tắc ruột là  $72 \pm 12$  tháng sau điều trị UT nguyên phát. 91,2% bệnh nhân vào viện trong tình trạng tắc ruột. Điều trị cắt đoạn hồi tràng 67,5%. Nối tắt 32,4 % biến chứng dò tiêu hóa sau mổ 1,1%, không có bệnh nhân tử vong. 100 % bệnh nhân xuất viện hết triệu chứng tắc ruột.

#### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nguyễn Bá Đức (2007) “ chẩn đoán và điều trị bệnh ung thư”. *Nhà xuất bản Y học*, trang 325 – 331.
2. Hachi. H, Kinella TJ, Bloomer WD (200), “Tolerance of the intestine to radiation therapy”. *Surg. Gynecol. Obstet.* 2000, 151 : 273-284.
3. Martel PH, Deslandes M, Dugue L, Sezeur A, Gallot D (2004), “Lésions radiques de l'intestin grêle : traitement chirurgical”. *Annales de chirurgie* 2004 , 50, n<sup>o</sup>4 : 312-3 17.
4. Michael J, Cross M.D, Richard C, Frazee M.D (2006). “Radiation enteritis”. *The american surgeon* 2006 ; 58 : 132-135.
5. Palmer JA, Bush RS (1999), “Radiation injuries to the bowel associated with the treatment of carcinoma of the cervix”. *Surgery* 1999 , 80 : 458-465.