

PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG PHẢI NẠO VẾT HẠCH D3 CHỈ ĐỊNH, KỸ THUẬT VÀ KẾT QUẢ SỚM

Quách Văn Kiên^{1,2}, Dương Sơn Tùng³, Phạm Hoàng Hà^{1,4},
Nguyễn Xuân Hòa¹, Vũ Đức Thịnh^{1,2}, Tống Quang Hiếu¹,
Trần Minh Hiếu¹, Phạm Quang Thái^{1,4},
Phạm Bá An¹, Nguyễn Thị Thanh Tâm¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm nạo vét hạch hệ thống được chỉ định với tổn thương ung thư ở đại tràng lên, phần phải đại tràng ngang. Trong đó nạo vét hạch D3 gồm hạch cạnh đại tràng, hạch mạc treo đại tràng và hạch gốc động mạch cấp máu tương ứng là một kỹ thuật khó bởi hệ mạch máu liên quan tương đối phức tạp. Nghiên cứu được thực hiện nhằm đánh giá chỉ định, một số yếu tố liên quan đến kỹ thuật và kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải kèm theo nạo vét hạch D3. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** 30 bệnh nhân (BN) được chẩn đoán ung thư đại tràng lên, đại tràng góc gan tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3. Thời gian nghiên cứu từ 01/2017 đến 08/2022. **Phương pháp nghiên cứu:** hồi cứu mô tả, không đối chứng. **Kết quả:** Tuổi trung bình là 60,07±10,7 tuổi với 73,3% BN có biểu hiện là rối loạn tiêu hóa và 23,3% BN có đại tiện phân lẫn máu; 90% BN có hình ảnh u sùi trên nội soi ống tiêu hóa; 93,3% BN có khối u giai đoạn T3 và T4a trên phim chụp cắt lớp vi tính (CLVT). Đặc điểm kỹ thuật: 86,7% chỉ cần sử dụng 4 trocar; 100% thắt sát gốc động mạch (ĐM) hồi manh đại tràng và ĐT đại tràng phải; 100% lấy bỏ tổ chức mạc trước TM mạc treo tràng trên; 93,3% thực hiện đường mổ bụng quanh rốn; 70% sử dụng 2 Stapler trong ca mổ; 66,7% BN được thực hiện nối bằng tay. 90% đặt 1 dẫn lưu rãnh đại tràng (P). Chuyển mổ mở vì tai biến chảy máu: 0%; Thời gian mổ trung bình: 183 ± 33,1 phút. Thời gian ăn qua miệng: 3,07 ± 1,08 ngày; Thời gian nằm viện: 9,3 ± 2,2 ngày. Không có biến chứng rò miệng nối sau mổ. Giải phẫu bệnh sau mổ: u T3-T4a: 93,2%. Số lượng hạch nạo vét 19,8 ± 13,7 (5 - 57) hạch. 33,3% có di căn hạch. Kết quả xa: Trong 30 bệnh nhân, thời gian sống sau mổ đến tháng 08/2022 ước tính là 43,1 ± 17,1 tháng, phân bố từ 12 đến 67 tháng. Tỷ lệ sống sau mổ ước tính sau 1 năm là 96,7% và tỷ lệ sống sau mổ ước tính sau 5 năm là 93,3%. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3 với khối u đại tràng phải, đặc biệt u giai đoạn T3-T4a cho kết quả sớm khả quan và an toàn.

Từ khóa: Phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi, nạo vét hạch D3, kết quả sớm.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC RIGHT HEMICOLECTOMY WITH D3 LYMPHADENECTOMY INDICATIONS, TECHNIQUES AND EARLY RESULTS

Purpose: Laparoscopic right hemicolectomy with systematic lymphadenectomy is indicated for cancerous lesions in the ascending colon and right part of the transverse colon. The dissection of D3 lymph nodes, which includes paracolic lymph nodes, mesocolic lymph nodes, and corresponding arterial root lymph nodes, poses a challenge due to the complexity of the associated vascular system. The study aimed to evaluate the criteria, technical aspects, and early outcomes after laparoscopic right colectomy with D3 lymph node dissection. **Methods:** Retrospective descriptive, uncontrolled study of 30 patients diagnosed with cancer of the ascending colon, and hepatic flexure at Viet Duc University Hospital who underwent laparoscopic right colon resection with D3 lymph node dissection. The study period: January 2017 to August 2022. **Results:** The mean age was 60,07±10,7; 73.3% of patients exhibited digestive disorders, while 23.3% presented with bloody stools. In gastrointestinal endoscopy images, cauliflower were observed in 90% of patients. Computed tomography scans indicated stage T3 and T4a tumors in 93.3% of patients. Specifications: 86.7% patient used only 4 trocars. 100% was ligated from the root of ICV (ileocolic vessels), RCV (Right colonic vessels). 100% was complete mesocolic excision. 93.3% was periumbilical midline incision. 70% used 2 linear staplers. We often made anastomoses between the ileum and the colon by handsewn technique (66.7%). 90% was placed one drainage tube in the right paracolic sulcus. The mean operative time was 183.3 ± 33.1 mins. The conversion rate was 0%. The mean number of days to soft diet was 3.07 ± 1.08 day. The mean possible length of stay was 9.3 ± 2.2 days. Anastomotic leakage was not noted. The distribution of the TNM stage was stage III- IVa in 28 patients (93.2%). The mean number of harvested lymph nodes was 19,8 ± 13,7 (range, 5 to 57), and 33.3% of harvested lympho nodes was metastasis. **Conclusion:** Laparoscopic right hemicolectomy (LRC) with a principle of D3 lymph node dissection seems to be appropriate in treatment of right-sided colon cancer, especial T3-T4a tumor.

Keywords: Laparoscopic right hemicolectomy (LRC), D3 lymphadenectomy, early results.

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện đa khoa tỉnh Bắc Giang

⁴Trường Đại học Y Dược, ĐHQGHN

Chịu trách nhiệm chính: Quách Văn Kiên

Email: drqvkien@gmail.com

Ngày nhận bài: 20.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 5.8.224

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng có tỷ lệ gặp đúng thứ 3 và tỷ lệ tử vong đúng thứ 2 ở Mỹ. Ở Nhật Bản, nhóm ung thư này có tỷ lệ gặp đúng thứ 3 và tỷ lệ tử vong đúng thứ 3, và đang dần trở thành nguyên nhân hàng đầu cho đến năm 2015. Yếu tố tiên lượng quan trọng trong ung thư đại trực tràng là tình trạng di căn hạch. Có di căn hạch là tiêu chuẩn để chỉ định điều trị hóa chất bổ trợ sau mổ và là yếu tố tiên lượng thời gian sống không bệnh và thời gian sống toàn bộ của BN. Số lượng nhỏ hạch được nạo vét có thể dẫn đến khó đánh giá chính xác giai đoạn bệnh. Và những bài báo cáo gần đây cho thấy thời gian sống được cải thiện khi càng nhiều hạch được nạo vét, bất kể tình trạng hạch đó có di căn hay không.

Phẫu thuật cắt đại tràng phải kèm theo nạo vét hạch hệ thống được chỉ định cho ung thư ở đại tràng lên, phần phải đại tràng ngang. Nạo vét hạch D3 gồm hạch cạnh đại tràng, hạch mạc treo và hạch gốc động mạch. Đây được coi là qui trình chuẩn của phẫu thuật viên Nhật Bản. Nạo vét hạch D3 là một kỹ thuật khó bởi hệ mạch máu tương đối phức tạp. Chúng tôi thực hiện kỹ thuật này từ trong ra ngoài, bắt đầu dọc tĩnh mạch mạc treo tràng trên, thấy rằng kỹ thuật thuận tiện và an toàn mà vẫn đảm bảo nguyên tắc không chạm đến tổn thương (No-touch Dissection). Mục tiêu của bài viết nhằm đánh giá chỉ định, một số yếu tố liên quan đến kỹ thuật và kết quả sớm sau phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

Đối tượng nghiên cứu: 30 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3. Thời gian từ 01/2017 đến 08/2022.

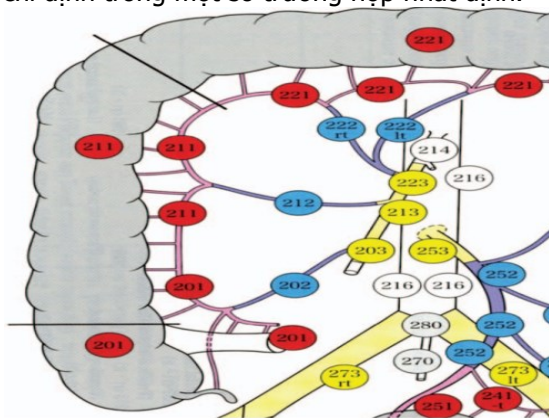
Tiêu chuẩn lựa chọn: (1) Khối u có giải phẫu bệnh là ung thư biểu mô tuyến, ở ĐT lên, phần phải của ĐT ngang. BN được phẫu thuật nội soi cắt ĐT phải chuẩn, bao gồm lấy hết tổ chức quanh gốc bó mạch hồi manh đại tràng, bó mạch ĐT phải và nhánh phải của bó mạch ĐT giữa. (2) Khối u giai đoạn II, III trên phim chụp cắt lớp vi tính. (3) Phẫu thuật được xem xét là triệt căn trước mổ. (4) Thang điểm ASA (American Society of Anesthesiology) phân loại từ I đến III. (5) Tuổi từ 18 đến 80, bởi vì phẫu thuật nạo vét hạch D3 dường như hơi quá mức đối với BN trên 80 tuổi.

Tiêu chuẩn loại trừ: (1) Khối u nằm ở phần ngang hoặc lệch trái ở ĐT ngang, bởi những khối u vị trí này đòi hỏi phải thực hiện cắt đại tràng phải mở rộng, khi đó vùng nạo vét nằm ngoài phần của nhánh phải và nhánh ĐT giữa. (2)

Phẫu thuật cấp cứu hoặc không triệt căn. (3) Có bằng chứng di căn xa hoặc xâm lấn tạng lân cận. (4) Khối u có kích thước > 8 cm. (5) Có tiền sử mổ cũ. (6) BN béo phì, BMI > 40 kg/m².

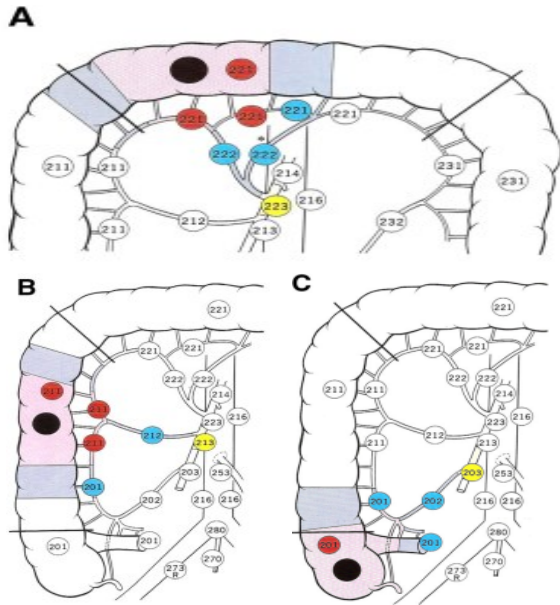
Các bước phẫu thuật: Bệnh nhân nằm ngửa, dạng 2 chân. Phẫu thuật viên chính đứng giữa 2 chân của bệnh nhân, người phụ 1 cầm camera đứng bên phải phẫu thuật viên, người phụ 2 đứng bên trái của bệnh nhân. Các bước của phẫu thuật: Bước 1: Đặt 4 -5 trocar, bơm hơi CO2 ổ bụng kèm theo bệnh nhân ở tư thế đầu cao, nghiêng sang trái. Bước 2: Bóc trần và thắt sát gốc nguyên ủy của bó mạch hồi manh đại tràng, kèm theo lấy bỏ tổ chức mặt bên và mặt trước của TM mạc treo tràng trên cho đến thân Henle (chỗ đổ vào của TM vị phải vào TM đại tràng giữa). Bước 3: Bộc lộ và thắt sát gốc nhánh phải của của bó mạch đại tràng giữa. Bước 4: Giải phóng mạc treo đại tràng phải khỏi tá tràng đầu tụy. Bước 5: Cắt mạc Told phải di động toàn bộ đại tràng phải và đại tràng gợn gan. Bước 6: Mở bụng 5cm và tiến hành cắt đại tràng phải. Bước 7: Thực hiện miệng nối hồi đại tràng ngang bên bên. Bước 8: Đặt dẫn lưu, đóng bụng và lỗ trocar.

Phân loại giai đoạn trước mổ: Tất cả BN đều được nội soi đại tràng sinh thiết để khẳng định chẩn đoán. Chụp cắt lớp vi tính ngực – bụng – tiểu khung để xác định giai đoạn. PET-CT được chỉ định trong một số trường hợp nhất định.



Hình 1. Sơ đồ phân loại hạch trong ung thư đại tràng phải theo hiệp hội ung thư đại trực tràng của Nhật Bản [1]

Nạo vét hạch D3 với ung thư giai đoạn II, III, bao gồm: hạch cạnh đại tràng (vùng 1: N1: 201 – 211 – 221); hạch mạc treo (vùng 2: N2: 202 – 212 – 222) và những hạch chính nằm dọc mạch máu mạc treo tràng trên (Vùng 3: N3: 203 – 213 – 223). Mức độ nạo vét hạch triệt căn được xác định bằng đánh giá giai đoạn trước phẫu thuật.



Hình 2. Sơ đồ hạch nạo vét tùy thuộc vào vị trí khối u mà hạch vùng 3 cần nạo vét khác nhau

Với khối u manh tràng, hạch vùng 3 là N203 (hình C); Với khối u đại tràng lên, hạch vùng 3 là N213 (hình B); Với khối u đại tràng góc gan và phần phải đại tràng ngang, hạch vùng 3 là N223 (hình A) [2].

Phương pháp nghiên cứu: Nghiên cứu hồi cứu mô tả. Tất cả BN được thu thập theo mẫu bệnh án có sẵn.

Xử lý số liệu bằng phần mềm SPSS 13.0:

- Sử dụng các thuật toán thống kê cho biến định tính (Frequency – Crosstab)
- Sử dụng các thuật toán thống kê cho biến định lượng (One Sample T Test – One Sample Chi Square test – Two sample T test – ANOVA test).

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Qua nghiên cứu (NC) trên 30 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải, nạo vét hạch D3 tại bệnh viện Việt Đức, trong thời gian từ 01/2017 đến 08/2022, chúng tôi đưa ra kết quả sau:

Bảng 1. Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng (N=30)

Đặc điểm BN		n	%
Tuổi trung bình (nhỏ nhất – lớn nhất)		60,07±10,7 (33-79)	
Giới	Nam	8	44,4
	Nữ	10	55,6
Triệu chứng lâm sàng	Đau bụng	27	90
	Rối loạn tiêu hóa	22	73,3
	Sụt cân	15	50
	Đại tiện nhày máu	7	23,3
	Bán tắc ruột	4	13,3

Tổn thương đại thể trên NS ĐT	Sùi	27	90
	Loét	1	3,3
	Thâm nhiễm	2	6,7
Cắt lớp vi tính	≤ T2	2	6,7
	T3 – T4a	28	93,3

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm NC là 60,07 ± 10,7 tuổi. Nữ giới chiếm đa số với tỷ lệ 63,3%. Triệu chứng lâm sàng hay gặp lần lượt là đau bụng (90%), rối loạn tiêu hóa (73,3%), sụt cân (50%). Hầu hết các tổn thương đại thể trên nội soi đại tràng là hình ảnh u sùi với tỷ lệ 90%.

Bảng 2: Đặc điểm kỹ thuật trong mổ (N=30)

Kỹ thuật		n	%
Số trocar	4 trocar	26	86,7
	5 trocar	4	13,3
Vị trí tổn thương	Manh tràng	5	16,7
	Đại tràng lên	13	43,3
	Đại tràng góc gan	10	33,3
	Đại tràng ngang	2	6,7
Thắt động mạch	ĐM hồi manh ĐT	30	100
	ĐM đại tràng phải	30	100
	ĐM đại tràng giữa	3	10
Đường mổ bụng	Trên/ dưới rốn	28	93,3
	Mạn sườn (P)	2	6,7
Số Stapler	2 stapler	21	70
	3 stapler	9	30
Làm miệng nối	Nối tay	20	66,7
	Băng máy cắt thẳng	10	33,3
Số dẫn lưu	1	27	90
	2	3	10

Nhận xét: 4 trocar có thể thực hiện kỹ thuật chiếm đa số (86,7%). Vị trí tổn thương thường gặp ở đại tràng lên và đại tràng góc gan (76.6%). Đa số miệng nối được nối tay với tỷ lệ 66,7%.

Bảng 3: Kết quả sớm sau mổ (N=30)

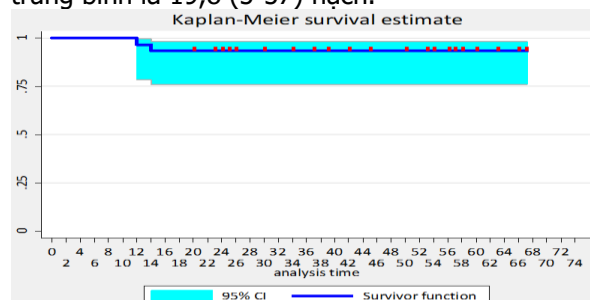
Biến chứng trong mổ	0	0
Thời gian mổ trung bình (phút)	183±33,1	120 – 240
Thời gian trung tiện (ngày)	3,5±0,86	2-6
Thời gian ăn đường miệng(ngày)	3,07±1,08	2-6
Thời gian rút dẫn lưu (ngày)	6,39±0,8	4-8
Thời gian nằm viện (ngày)	15,6±3,5	10-24
Thời gian từ lúc mổ đến khi xuất viện	9,3±2,2	7-18
Biến chứng sau mổ		
Rò miệng nối	0	0
Nhiễm trùng vết mổ	3	10%
Tắc ruột sau mổ	1	3,3%

Nhận xét: Không có biến chứng trong mổ. Không có biến chứng rò miệng nối sau mổ với thời gian xuất viện sau mổ trung bình là 9,3 ± 2,2 ngày. Tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ chiếm tỷ lệ 10%.

Bảng 4. Giải phẫu bệnh sau mổ (N=30)

Giai đoạn		n	%
T	T1	0	0
	T2	2	6,8
	T3	14	46,6
	T4	14	46,6
N	N0	20	66,7
	N1	7	23,3
	N2	3	10
M	M0	30	100
Số hạch nạo vét		19,8 ± 13,7 (5-57)	

Nhận xét: 93,2% khối u T3 và T4 với tỷ lệ di căn hạch là 33,3%. Số lượng hạch nạo vét trung bình là 19,8 (5-57) hạch.

**Hình 1. Thời gian sống sau mổ theo ước tính Kaplan – Meier**

Nhận xét: thời gian sống sau mổ đến tháng 8/2022 ước tính là 43,1 ± 17,1 tháng, phân bố từ 12 đến 67 tháng. Tỷ lệ sống sau mổ ước tính sau 1 năm là 96,7% và tỷ lệ sống sau mổ ước tính sau 5 năm là 93,3%.

IV. BÀN LUẬN

Kỹ thuật phẫu tích không đụng chạm đến tổn thương trong phẫu thuật ung thư được mô tả lần đầu tiên năm 1967 bởi Turnbull [3]. Kỹ thuật này được thực hiện khi loại bỏ hoàn toàn các nhánh mạch chính và di động hết phần ruột lành trước khi xử lý tổn thương u nhằm làm giảm nguy cơ lây lan ung thư. Nạo vét hạch D3 vẫn tuân thủ theo nguyên tắc đó. Vùng trung tâm của ĐM và tĩnh mạch mạc treo tràng trên là những vị trí rất khó phẫu tích, không chỉ do vùng này có nhiều tổ chức mỡ, mà còn do nhiều nhánh mạch lớn nằm ở đây. Phẫu tích mạc treo đại tràng phải từ trung tâm ra ngoại vi, tức là đi từ giữa sang bên phải theo nguyên tắc không chạm u trong u đại tràng phải có thể thực hiện an toàn, và vẫn đảm bảo được mục tiêu xử lý tổn thương u và nạo vét được hết các hạch dọc theo mạch máu lớn nuôi u.

Theo phẫu thuật viên Nhật Bản, quan niệm nạo vét hạch D3 sẽ giúp lấy bỏ triệt để đường dẫn bạch huyết, cải thiện kết quả ung thư học [1]. Đồng thời, các nhà phẫu thuật châu Âu cũng

nhấn mạnh vai trò lấy bỏ hoàn toàn mạc treo đại tràng (Complete mesocolon excision: CME) trong ung thư đại tràng [4] giúp cải thiện tới 15% thời gian sống 5 năm sau mổ so với nạo vét hạch thông thường.

***Nạo vét hạch D3.** Một nguyên tắc đã được chấp nhận là di căn hạch trong ung thư đại tràng theo nhánh động mạch cấp máu. Tiêu chuẩn của CME là lấy bỏ toàn bộ tổ chức quanh nguyên ủy của động mạch cấp máu, kèm theo các hạch trung gian dẫn bạch huyết về hạch trung tâm (hệ bạch huyết dọc ĐM mạc treo tràng trên) [1]. Một số nghiên cứu thể giới đều cho thấy lợi ích về thời gian sống sau mổ của việc tăng số lượng hạch không có di căn được nạo vét trong ung thư đại tràng giai đoạn tiến triển [5]. Tỷ lệ hạch di căn trên tổng số lượng hạch nạo vét hay còn gọi là tỷ lệ di căn hạch (lymph node ratio: LNR) được cho là một yếu tố tiên lượng tốt hơn là số lượng hạch nạo vét [6]. Càng nhiều hạch không bị di căn được nạo vét, tiên lượng càng được cải thiện. Kỹ thuật nạo vét hạch D3 cho phép lấy được nhiều hạch hơn do đó giúp cải thiện thời gian sống. Số lượng hạch nạo vét trung bình trong nhóm 30 BN của nghiên cứu là 19,8 ± 13,7 hạch phần nào chứng minh được ưu điểm của kỹ thuật này.

Nạo vét được càng nhiều hạch giúp cho việc phân loại giai đoạn được tốt hơn bởi khả năng phát hiện hạch di căn nhiều hơn, đặc biệt là những ổ di căn nhỏ trong các hạch. Tất nhiên vẫn có nhiều ý kiến cho rằng nạo vét hơn 12 hạch không ảnh hưởng hoặc cải thiện rất ít về thời gian sống thêm bởi còn rất nhiều yếu tố ảnh hưởng đến khả năng nạo vét hạch như tuổi BN, tình trạng miễn dịch, vị trí khối u, đặc điểm khối u và các yếu tố tạng [7] [8].

Trong NC của Kanemitsu [9] gần một nửa số bệnh nhân có di căn hạch cạnh ĐM mạc treo tràng trên mà không có di căn hạch mạc treo, như vậy là có tình trạng di căn nhảy cóc. Và trong NC này, các trường hợp tái phát hạch cạnh ĐM chủ bụng đều nằm trong nhóm có di căn hạch dọc ĐM mạc treo tràng trên. Như vậy nạo vét hạch D3 có thể có tác dụng rất lớn đối với tiên lượng sống sau mổ của bệnh nhân mà tỷ lệ tử vong và biến chứng không đáng kể.

Chỉ định của kỹ thuật nạo vét hạch D3 đối với BN có mức độ xâm lấn u từ T3 trở lên. Tỷ lệ di căn hạch tăng theo mức độ xâm lấn u tại chỗ. Trong NC của chúng tôi 93,2% là u ở giai đoạn T3-T4, tỷ lệ di căn hạch là 33,3% nằm trong số u T3-T4. Như vậy với những khối u T3, cần thiết phải tiến hành nạo vét hạch mở rộng [9]. Hiệu quả của kỹ thuật này trong NC của Kanemitsu

[9] thể hiện ở thời gian sống toàn bộ sau mổ 5 năm theo giai đoạn I, II, III tương ứng là : 94,5% - 87,6%-79,2%, rất cao. Đặc biệt với ung thư giai đoạn III, nạo vét hạch D3 sẽ lấy kết được toàn bộ hệ thống dẫn bạch huyết từ khối u do đó gián tiếp giúp cải thiện thời gian sống sau mổ cũng như thời gian tái phát sau mổ. Một NC của tác giả Nhật Yamaoka (2017) [10] trên 662 BN ung thư đại tràng phải và trái cho thấy tỷ lệ di căn hạch gốc dọc ĐM mạc treo tràng trên xuất hiện khi khối u từ T2, tăng dần tỷ lệ di căn theo mức độ xâm lấn u. Tác giả kết luận: chỉ định nạo vét hạch D3 đối với những khối u \geq T2, và chiều dài diện cắt trên dưới ít nhất 10 cm.

*** Kết quả sớm điều trị phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi.** Phẫu thuật cắt đại tràng phải nội soi dựa trên nguyên tắc không chạm u, tức là thực hiện thắt các cuống mạch chính nuôi u trước khi tiến hành di động khối u, nhằm tránh nguy cơ gây phát tán được Turnbull mô tả lần đầu năm 1967 [3]. Ruột được di động từ trung tâm ra ngoại vi, mạch máu sinh dục, niệu quản, tĩnh mạch chủ dưới, tá tràng và đầu tụy được xác định rõ và tách biệt khỏi mạc treo ra phía sau và phần ruột cắt bỏ được biệt lập an toàn. Nạo vét hạch D3 được tiến hành cũng vẫn theo nguyên tắc đó, nhưng kỹ thuật khó hơn bởi tổ chức mặt trước của ĐM và TM mạc treo tràng trên thường dày hơn và vùng này có nhiều biến đổi giải phẫu. Phẫu thuật nội soi cho phép áp dụng gần như triệt để nguyên tắc không chạm u, tiếp cận vào cuống mạch nuôi trước dễ dàng và an toàn hơn, có thể thao tác nhanh hơn. NC của chúng tôi có 100% BN được thắt sát gốc ĐM hồi manh đại tràng và nhánh ĐT phải. Miệng nối hồi đại tràng được thực hiện qua đường mở bụng, chủ yếu là đường mở trên hoặc dưới rốn (93,3%), có thể thực hiện bằng tay hoặc bằng máy cắt thẳng. Không có tai biến trong mổ cho thấy phẫu thuật nội soi vừa đáp ứng tốt về kỹ thuật, và số lượng hạch nạo vét cũng rất cao. Thời gian mổ trung bình của NC là $183 \pm 33,1$ phút, cũng không phải là quá dài, tương tự như NC của Kanemitsu [9] là 164 phút.

Thời gian nằm viện $9,3 \pm 2,2$ ngày (7-18 ngày), nghiên cứu của Xie (2017) có thời gian trung bình là 10 ngày (9-12,3 ngày). Tỷ lệ tử vong sau mổ không có, tỷ lệ biến chứng sau mổ: nhiễm trùng vết mổ (10%) và tắc ruột sau mổ (3,3%), không có trường hợp nào bị rò miệng nối thể hiện kỹ thuật này an toàn.

Thời gian sống sau mổ đến tháng 8/2022 ước tính là $43,1 \pm 17,1$ tháng. Tỷ lệ sống sau mổ ước tính sau 1 năm là 96,7% và tỷ lệ sống sau

mổ ước tính sau 5 năm là 93,3%. Theo Pingping Xu (2015) thời gian sống thêm 5 năm sau mổ của nhóm bệnh nhân PTNS là 84%. Nghiên cứu của Cianchi Fabio (2015), tỷ lệ này đạt 83,1%. An Ming Sun (2018), thời gian sống thêm sau 5 năm là 100%. Như vậy thời gian sống thêm 5 năm sau mổ của chúng tôi cũng tương tự kết quả của các tác giả trên.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải nạo vét hạch D3 điều trị ung thư biểu mô đại tràng phải an toàn, đạt được hiệu quả nạo vét hạch và không có biến chứng sau mổ. Để đánh giá vai trò của nạo vét hạch D3, cần có nghiên cứu xa hơn chứng minh được hiệu quả của kỹ thuật này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Watanabe, T., K. Muro, Y. Ajioka, et al.,** Japanese Society for Cancer of the Colon and Rectum (JSCCR) guidelines 2016 for the treatment of colorectal cancer. *Int J Clin Oncol*, 2018. 23(1): p. 1-34.
2. **Liang, J.T., H.S. Lai, J. Huang, et al.,** Long-term oncologic results of laparoscopic D3 lymphadenectomy with complete mesocolic excision for right-sided colon cancer with clinically positive lymph nodes. *Surg Endosc*, 2015. 29(8): p. 2394-401.
3. **Turnbull, R.B., Jr., K. Kyle, F.R. Watson, et al.,** Cancer of the colon: the influence of the no-touch isolation technic on survival rates. *Ann Surg*, 1967. 166(3): p. 420-7.
4. **Hohenberger, W., K. Weber, K. Matzel, et al.,** Standardized surgery for colonic cancer: complete mesocolic excision and central ligation--technical notes and outcome. *Colorectal Dis*, 2009. 11(4): p. 354-64; discussion 364-5.
5. **Chen, S.L. and A.J. Bilchik,** More extensive nodal dissection improves survival for stages I to III of colon cancer: a population-based study. *Ann Surg*, 2006. 244(4): p. 602-10.
6. **Parnaby, C.N., N.W. Scott, G. Ramsay, et al.,** Prognostic value of lymph node ratio and extramural vascular invasion on survival for patients undergoing curative colon cancer resection. *Br J Cancer*, 2015. 113(2): p. 212-9.
7. **Willaert, W., M. Mareel, D. Van De Putte, et al.,** Lymphatic spread, nodal count and the extent of lymphadenectomy in cancer of the colon. *Cancer Treat Rev*, 2014. 40(3): p. 405-13.
8. **Kang, J., I.K. Kim, S.I. Kang, et al.,** Laparoscopic right hemicolectomy with complete mesocolic excision. *Surg Endosc*, 2014. 28(9): p. 2747-51.
9. **Kanemitsu, Y., K. Komori, K. Kimura, et al.,** D3 Lymph Node Dissection in Right Hemicolectomy with a No-touch Isolation Technique in Patients With Colon Cancer. *Dis Colon Rectum*, 2013. 56(7): p. 815-24.
10. **Yamaoka, Y., Y. Kinugasa, A. Shiomi, et al.,** The distribution of lymph node metastases and their size in colon cancer. *Langenbecks Arch Surg*, 2017. 402(8): p. 1213-1221.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ HẸP KHOANG DƯỚI MÒM CÙNG VAI TẠI BỆNH VIỆN E

Nguyễn Huy Phương¹, Nguyễn Trung Tuyển^{2,3}, Nguyễn Trung Chính¹

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Hẹp khoang dưới mòm cùng vai (KDMCV) là hội chứng bệnh lý khớp vai phổ biến nhất, trong tổng số các nguyên nhân gây đau vai thường gặp ở người trung niên và cao tuổi. Các chỉ định cho phẫu thuật tạo hình mòm cùng vai dựa trên các triệu chứng lâm sàng và thường được hỗ trợ bởi những thay đổi điển hình về hình thái mòm cùng vai trên phim X quang tiêu chuẩn. **Mục tiêu nghiên cứu:** Mô tả đặc điểm lâm sàng và chẩn đoán hình ảnh của người bệnh hẹp khoang dưới mòm cùng vai thuộc nhóm nghiên cứu. **Đối tượng nghiên cứu:** Các bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai đã được chẩn đoán và phẫu thuật bằng nội soi để điều trị tại bệnh viện E trong thời gian từ tháng 1/2020 tới tháng 03/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình $62 \pm 7,5$ (43-76). Chỉ số độ bao phủ mòm cùng vai trung bình ở bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai là 0,73, góc bên mòm cùng vai trung bình là 74,4 độ và khoảng cách mòm cùng vai - chỏm xương cánh tay trung bình là 6,7 mm. Đa số bệnh nhân có kết quả bệnh nhân sau phẫu thuật có kết quả tốt và rất tốt chiếm tỉ lệ 96,4%, có sự khác biệt về thang điểm UCLA (thang điểm đánh giá khớp vai của đại học California Los Angeles). **Kết luận:** Chỉ định phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai chủ yếu dựa vào lâm sàng, là một phương pháp an toàn, hiệu quả, phục hồi chức năng, cải thiện chất lượng cuộc sống cho bệnh nhân. **Từ khóa:** hẹp khoang dưới mòm cùng vai, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

OUTCOMES OF ARTHROSCOPIC TREATMENT FOR SUBACROMIAL IMPINGEMENT IN E HOSPITAL

Background: Subacromial impingement syndrome is the most common shoulder pathology syndrome, among the common causes of shoulder pain in middle-aged and elderly people. Indications for acromionoplasty are based on clinical symptoms and are generally supported by typical changes in acromial morphology on standard radiographs. **Research objective:** Describe the clinical and diagnostic imaging characteristics of patients with subacromial impingement syndrome in the research group. **Subjects:** Patients with subacromial impingement syndrome were diagnosed and operated by

laparoscopic surgery for treatment at hospital E during the period from January 2020 to March 2023.

Results: The mean age was 62 ± 7.5 (43-76). The average acromial index in patients with subacromial impingement syndrome is 0.73, the average acromiolateral lateral angle is 74.4 degrees, and the average acromion-humeral head distance is 6.7 mm. Most patients had good and very good results after 1 month of surgery, accounting for 96.4%, with differences in the UCLA scale (the shoulder joint assessment scale of the University of California Los Angeles). **Conclusion:** Indications for laparoscopic surgery for subacromial impingement syndrome is based on clinical basis. It is a safe, effective, functional, and quality of life improvement method for patients.

Keywords: subacromial impingement, laparoscopic surgery.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Hẹp khoang dưới mòm cùng vai (KDMCV) là hội chứng bệnh lý khớp vai phổ biến nhất, trong tổng số các nguyên nhân gây đau vai thường gặp ở người trung niên và cao tuổi¹. Bản chất của hội chứng này là tình trạng cọ sát về mặt cơ học giữa các tổ chức phần mềm là gân chóp xoay (chủ yếu là gân trên gai), túi hoạt dịch dưới mòm cùng vai với chỏm xương cánh tay ở dưới và mặt dưới mòm cùng vai và dây chằng cùng quạ ở phía trên^{2,3}. Có nhiều nghiên cứu đưa ra các thông số về hình thái mòm cùng vai để chẩn đoán, tuy nhiên, hội chứng hẹp KDMCV chủ yếu chẩn đoán dựa vào lâm sàng. Về cơ bản, điều trị hẹp KDMCV là điều trị nội khoa, kết hợp điều trị thuốc NSAIDs và phục hồi chức năng. Phẫu thuật được đặt ra khi điều trị nội khoa kém đáp ứng hoặc hẹp KDMCV có nguyên nhân cơ học hay hẹp KDMCV kèm tổn thương chóp xoay.

Phẫu thuật nội soi khớp vai ngày càng trở nên phổ biến và dần thay thế phẫu thuật mổ mở trong điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai. Chưa có nhiều nghiên cứu đánh giá đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân và kết quả sau điều trị tại bệnh viện E, vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị hẹp khoang dưới mòm cùng vai tại Bệnh viện E giai đoạn 2020 – 2023.*

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Gồm 28 bệnh nhân hẹp khoang dưới mòm cùng vai không kèm theo tổn thương chóp xoay được chẩn đoán và điều trị phẫu thuật nội soi giải ép khoang dưới

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện E

³Trường Đại học Y Dược, Đại Quốc Gia Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Huy Phương

Email: huyphuong@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 21.5.2024

Ngày phản biện khoa học: 2.7.2024

Ngày duyệt bài: 6.8.2024