

thu thất trái < 40% có nguy cơ tử vong liên quan đến suy dinh dưỡng cao hơn so với những người bệnh có chức năng tâm thu thất trái \geq 40%.[9] Do đó, bệnh nhân suy tim mạn tính được chẩn đoán với HFrEF có nguy cơ suy dinh dưỡng cao hơn so với bệnh nhân khác.

V. KẾT LUẬN

Kết quả nghiên cứu cho thấy, người bệnh suy tim mạn tính có tỷ lệ suy dinh dưỡng tương đối cao (78.7%). Có mối liên quan giữa giới tính, tuổi tác, thời gian phát hiện bệnh, hoạt động thể chất và phân suất tổng máu với tình trạng suy dinh dưỡng. Do đó, cần tập trung hỗ trợ và can thiệp kịp thời nhằm dự phòng xu hướng suy dinh dưỡng, cải thiện tình trạng dinh dưỡng giúp nâng cao chất lượng cuộc sống của người bệnh, đặc biệt là nhóm người bệnh suy tim mạn tính đang ở giai đoạn bệnh sớm hoặc được chẩn đoán với HFrEF.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **McCullough PA, Philbin EF, Spertus JA, et al.** Confirmation of a heart failure epidemic: findings from the Resource Utilization Among Congestive Heart Failure (REACH) study. *J Am Coll Cardiol.* 2002;39(1): 60-69. doi: 10.1016/s0735-1097(01)01700-4
2. **Phạm Nguyễn Vinh và các cộng sự** (2008). Khuyến cáo 2008 về các bệnh lý tim mạch và chuyển hóa, Khuyến cáo 2008 của Hội tim mạch học Việt Nam về chẩn đoán, điều trị suy tim, Nhà xuất bản y học, thành phố Hồ Chí Minh, tr.438-450.
3. **Wawrzęczyk A, Anaszewicz M, Wawrzęczyk A, Budzyński J.** Clinical significance of nutritional status in patients with chronic heart failure-a systematic review. *Heart*

- Fail Rev. 2019;24(5):671-700. doi:10.1007/s10741-019-09793-2
4. **Volkert D, Saeglit C, Gueldenzoph H, Sieber CC, Stehle P.** Undiagnosed malnutrition and nutrition-related problems in geriatric patients. *J Nutr Health Aging.* 2010;14(5):387-392. doi:10.1007/s12603-010-0085-y
 5. **A Wooden Hammer, S Plus Mueller, G Spinka, G Goliash, H Arfsten, N Pavo, M Huelsmann, P Bartko,** Malnutrition in patients with chronic heart failure, *European Heart Journal, Volume 43, Issue Supplement_2, October 2022, ehac544.1056, https://doi.org/10.1093/eurheartj/ehac544.1056*
 6. **Nguyen Thi Hien, et al.** (2022). Tình trạng bệnh nhân suy tim điều trị nội trú tại khoa Tim mạch, Bệnh viện quân đội 108 năm 2022. *Tạp chí Y dược lâm sàng* 108, 15, tr 22-27
 7. **Phạm Thu Hương, Nguyễn Thị Lam, Nguyễn Thị Bích Ngọc, et al.** (2006), Tình trạng dinh dưỡng của người bệnh nhập viện khoa tiêu hóa và nội tiết Bệnh viện Bạch Mai, *Tạp chí Dinh dưỡng và Thực phẩm số 3+4* (2006), 85-91.
 8. **Barbosa JS, Souza MFC, Costa JO, et al.** Assessment of Malnutrition in Heart Failure and Its Relationship with Clinical Problems in Brazilian Health Services. *Int J Environ Res Public Health.* 2022;19(16):10090. Published 2022 Aug 15. doi:10.3390/ijerph191610090
 9. **Mai Z, Huang Z, Lai W, Li H, Wang B, Huang S, Shi Y, Yu S, Hu Q, Liu J, Zhang L, Liu Y, Chen J, Liang Y, Zhong S and Chen S** (2021). Association of Malnutrition, Left Ventricular Ejection Fraction Category, and Mortality in Patients Undergoing Coronary Angiography: A Cohort With 45,826 Patients. *Front. Nutr.* 8:740746. doi: 10.3389/fnut.2021.740746
 10. **Esteban-Fernández A, Villar-Taibo R, Alejo M, et al.** Diagnosis and Management of Malnutrition in Patients with Heart Failure. *J Clin Med.* 2023;12(9):3320. Published 2023 May 6. doi:10.3390/jcm12093320

SO SÁNH KẾT QUẢ CỦA PHƯƠNG PHÁP THỰC HIỆN MIỆNG NỐI TRONG VÀ NGOÀI KHOANG BỤNG TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRÀNG

Ung Văn Việt¹, Lê Minh Triết¹, Trần Thanh Sang¹, Trần Đức Huy¹,
Lê Trung Kiên¹, Lê Trịnh Ngọc An¹, Phạm Ngọc Trường Vinh¹

TÓM TẮT

Tổng quan: Nghiên cứu này được thực hiện để so sánh kết quả sớm (thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, tỉ lệ tai biến, biến chứng,

phục hồi sau phẫu thuật...) và kết quả lâu dài (tỉ lệ tái phát, di căn xa...) giữa hai kỹ thuật thực hiện miệng nối đại tràng trong và ngoài khoang bụng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Có 94 trường hợp phẫu thuật cắt đại tràng triệt căn điều trị ung thư từ 01/2021 đến 08/2022, chia làm hai nhóm: thực hiện miệng nối trong khoang bụng (n=45) và thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng (n=49). Kết quả sớm về thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, tỉ lệ tai biến, biến chứng, thời gian nằm viện, thời gian phục hồi nhu động ruột, kết quả lâu dài về mặt ung thư được

¹Bệnh viện Đại học Y Dược TP HCM

Chịu trách nhiệm chính: Ung Văn Việt

Email: viet.uv@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Kỹ thuật thực hiện miệng nối trong khoang bụng có thời gian trung tiện lần đầu và thời gian nằm viện sau phẫu thuật ngắn hơn có ý nghĩa thống kê so với thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng. Tuy thời gian thực hiện miệng nối trong khoang bụng dài hơn, không có sự khác biệt giữa hai nhóm về thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số hạch nạo vét được, thời gian đi tiêu lần đầu, tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật, tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật, và kết quả lâu dài về mặt ung thư. **Kết luận:** Thực hiện miệng nối trong khoang bụng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại tràng an toàn, khả thi, không làm tăng tỉ lệ tai biến, biến chứng, không làm tăng thời gian phẫu thuật, có kết quả lâu dài về mặt ung thư tương đương với thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng. Ngoài ra, kỹ thuật này còn giúp người bệnh hồi phục sớm sau mổ thông qua việc rút ngắn thời gian trung tiện lần đầu, rút ngắn thời gian nằm viện hậu phẫu. **Từ khóa:** miệng nối trong khoang bụng, miệng nối ngoài khoang bụng, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng.

SUMMARY

COMPARISON BETWEEN INTRACORPOREAL AND EXTRACORPOREAL ANASTOMOSIS IN LAPAROSCOPIC COLECTOMY

Aims: This study aim was to compare the early results (operative time, estimated blood loss, number of harvested lymph nodes, intraoperative and postoperative complications, postoperative recovery...) as well as the long term results (recurrence rate, distant metastases rate...) between intracorporeal and extracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy for colon cancer. **Methods:** Retrospective cohort study. From 01/2021 to 8/2022, there were 94 patients, divided into two groups: intracorporeal anastomosis (n = 45) and extracorporeal anastomosis (n = 49). The operative time, estimated blood loss, number of harvested lymph nodes, intraoperative and postoperative complications, postoperative hospital stay, time to first flatus, and long term results were compared between two groups. **Results:** The intracorporeal anastomosis group has significantly shorter time to first flatus and shorter postoperative hospital stay. Although the anastomosis forming time is significantly longer in the intracorporeal anastomosis group, the total operating time is comparable between two groups. There was no difference in estimated blood loss, number of harvested lymph nodes, time to first stool, overall complications, as well as long term results between two groups. **Conclusions:** Intracorporeal anastomosis in laparoscopic colectomy is safe, feasible, and does not increase the overall complications and the overall operative time. In addition, this technique also help patients recover faster by significantly reducing the time to first flatus, the postoperative hospital length of stay, as compared to extracorporeal anastomosis.

Keywords: intracorporeal anastomosis, extracorporeal anastomosis, laparoscopic colectomy

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật là phương pháp chủ đạo trong điều trị ung thư đại tràng, với vai trò của phẫu

thuật xâm lấn tối thiểu ngày càng quan trọng. Trên thế giới, việc thực hiện miệng nối đại tràng trong khoang bụng đã được chứng minh là an toàn, hiệu quả, không làm tăng thời gian phẫu thuật, không làm tăng tỉ lệ tai biến, biến chứng của miệng nối, mà còn rút ngắn thời gian phục hồi nhu động ruột sau phẫu thuật, rút ngắn thời gian nằm viện. Ở Việt Nam, tác giả Đào Văn Cam¹ năm 2019 đã bước đầu nghiên cứu và cho thấy, thực hiện miệng nối trong khoang bụng trong phẫu thuật cắt đại tràng là an toàn và khả thi. Tuy nhiên, tác giả chưa so sánh kỹ thuật này với kỹ thuật thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này để so sánh kết quả sớm, kết quả lâu dài giữa hai kỹ thuật trên, qua đó đánh giá khả năng áp dụng thực hiện miệng nối trong khoang bụng trong phẫu thuật điều trị ung thư đại tràng.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

▪ Tiêu chuẩn chọn vào:

- Người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt đại tràng điều trị triệt căn ung thư đại tràng, do thành viên trong nhóm nghiên cứu thực hiện, tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh từ 01/2021 đến 08/2022.

- Thực hiện miệng nối đại tràng bằng stapler thẳng ngoài khoang bụng kiểu Functional end-to-end hoặc bằng stapler thẳng trong khoang bụng kiểu overlap.

- Mở bụng lấy bệnh phẩm qua đường dọc giữa quanh rốn hoặc đường ngang trên xương mu.

▪ Tiêu chuẩn loại trừ:

- Người bệnh có di căn xa tại thời điểm phẫu thuật, phẫu thuật cắt đại tràng điều trị biến chứng

- Người bệnh được cắt từ hai đoạn đại tràng trở lên.

- Người bệnh được cắt đại tràng nhưng không thực hiện miệng nối (làm hậu môn nhân tạo).

- Thực hiện miệng nối bằng cách khâu tay hoặc dùng stapler tròn hoặc kiểu miệng nối khác không phải Functional end-to-end hoặc overlap.

- Mở bụng lấy bệnh phẩm qua đường mổ khác: đường dọc bên, vết mổ đóng hậu môn nhân tạo...

- Kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật không phải ung thư đại tràng.

▪ Địa điểm và thời gian nghiên cứu:

- Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ 07/2024 đến 08/2024 tại Bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Đoàn hệ hồi cứu.

Thu thập số liệu: Các biến số được thu

thập từ hồ sơ bệnh án.

- Đặc điểm người bệnh: tuổi, giới, chỉ số khối cơ thể (Body mass index – BMI), bệnh lí nội khoa.

- Giai đoạn ung thư đại tràng: Từ 1 đến 4, dựa vào kết quả mô bệnh học sau phẫu thuật, theo bảng phân loại TNM (Tumor, Node, Metastasis) của Hiệp hội Ung thư Hoa Kỳ (American Joint Commission on Cancer – AJCC) phiên bản thứ 8.

- Kết quả phẫu thuật: Số hạch nạo vét được, lượng máu mất trong phẫu thuật, tai biến trong phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối.

- Phục hồi sau mổ: Thời gian nằm viện sau phẫu thuật, thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đi tiêu lần đầu.

- Biến chứng sau phẫu thuật: Các biến chứng được khảo sát bao gồm: xì miệng nối, rò miệng nối, chảy máu miệng nối, chảy máu ổ bụng, tụ dịch nhiễm trùng, áp xe tồn lưu, tắc ruột, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu vết mổ, bung thành bụng.

Xử lí số liệu: Xử lí, phân tích và thống kê số

Bảng 1. Đặc điểm người bệnh

Đặc điểm		Chung n=94 (%)	Trong khoang bụng n=45 (%)	Ngoài khoang bụng n=49 (%)	p
Tuổi (năm)		60,1 ± 13,6 (28-87)	61,8 ± 13,6 (32-87)	58,6 ± 13,5 (28-86)	0,3
Giới	Nữ	47 (50,0%)	23 (51,1%)	24 (49,0%)	0,8
	Nam	47 (50,0%)	22 (48,9%)	25 (51,0%)	
BMI (kg/m ²)		22,3 ± 2,9 (14,0-30,0)	23,2 ± 2,8 (17,0-30,0)	21,5 ± 2,7 (14,0-30,0)	0,003
Bệnh lí nội khoa (%)		48 (51,1%)	24 (53,3%)	24 (49,0%)	0,7
Tăng huyết áp (%)		44 (46,8%)	23 (51,1%)	21 (42,9%)	0,4
Đái tháo đường (%)		17 (18,1%)	5 (11,1%)	12 (24,5%)	0,09
Bệnh lí tim mạch (%)		6 (6,4%)	4 (8,9%)	2 (4,1%)	0,4
Giai đoạn TNM	1	1 (1,1%)	1 (2,2%)	0 (0%)	0,9
	2	66 (70,2%)	31 (68,9%)	35 (71,4%)	
	3	27 (28,7%)	13 (28,9%)	14 (28,6%)	
Nồng độ hemoglobin máu (mg/L)		120,2 ± 19,7 (84-158)	123,3 ± 18,9 (84-150)	117,4 ± 20,2 (86-158)	0,1
Nồng độ albumin máu (g/L)		38,7 ± 4,2 (29,9-48,1)	39,3 ± 4,2 (30,0-46,6)	38,3 ± 4,3 (29,9-48,1)	0,3

Kết quả phẫu thuật. Có 48 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải và 46 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái, chia đều cho hai nhóm thực hiện miệng nối trong và ngoài khoang bụng. Tất cả các trường hợp thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng đều được lấy bệnh phẩm và thực hiện miệng nối qua vết mổ đường dọc giữa trên dưới rốn. Trong 45 trường hợp thực hiện miệng nối trong khoang bụng, có 21 trường hợp (46,7%) lấy bệnh phẩm qua vết mổ đường ngang trên xương mu, 24

liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 25.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi p<0,05.

Y đức: Đề tài nghiên cứu đã được Hội đồng Đạo đức trong nghiên cứu y sinh học cơ sở tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM chấp thuận.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ 01/2021 đến 08/2022, có 94 người bệnh thỏa tiêu chuẩn được chọn vào, trong đó 45 trường hợp thực hiện miệng nối đại tràng trong khoang bụng và 49 trường hợp thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng.

Đặc điểm người bệnh. Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là 60,1 tuổi (28-87 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1/1. BMI trung bình là 22,3 ± 2,9 kg/m². Có 51,1% trường hợp mắc các bệnh nội khoa như: tăng huyết áp, đái tháo đường, bệnh lí tim mạch. Đặc điểm của người bệnh phần lớn không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Tuy nhiên, nhóm miệng nối trong khoang bụng có BMI cao hơn so với nhóm miệng nối ngoài khoang bụng (Bảng 1).

trường hợp còn lại (53,3%) lấy bệnh phẩm qua vết mổ đường dọc giữa. Có 4 trường hợp (4,0%) xảy ra tai biến mất máu nhiều >100ml trong phẫu thuật, không ghi trường hợp nào có tai biến tổn thương tạng hay mạch máu lớn trong khoang bụng. Nhìn chung, không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê về thời gian phẫu thuật, số hạch nạo vét được, lượng máu mất, và tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật giữa hai nhóm. Tuy nhiên, thời gian thực hiện miệng nối ở nhóm miệng nối trong khoang bụng dài hơn đáng kể (Bảng 2).

Bảng 2. Kết quả phẫu thuật

Đặc điểm		Chung n=94 (%)	Trong khoang bụng n=45 (%)	Ngoài khoang bụng n=49 (%)	P
Phương pháp phẫu thuật	Cắt ĐT phải	48 (51,1%)	20 (44,4%)	28 (63,8%)	0,3
	Cắt ĐT trái	46 (48,9%)	25 (55,6%)	21 (42,9%)	
Thời gian phẫu thuật (phút)		142,1 ± 38,2 (70-250)	145,9 ± 32,0 (100-240)	138,7 ± 43,2 (70-250)	0,4
Thời gian thực hiện miệng nối (phút)		28,8 ± 7,6 (15-45)	33,6 ± 6,1 (30-45)	24,4 ± 6,1 (15-30)	<0,001
Tai biến trong phẫu thuật		4 (4,0%)	1 (2,2%)	3 (6,1%)	0,5
Số hạch nạo vét được		16,4 ± 11,2 (2-53)	16,3 ± 11,3 (2-47)	16,4 ± 11,3 (2-53)	0,7
Lượng máu mất		35,6 ± 37,6 (10-350)	34,0 ± 17,6 (10-100)	37,1 ± 49,5 (10-350)	0,4

Biến chứng sau phẫu thuật. Tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật là 6,4% (6 trường hợp), chia đều cho hai nhóm (3 trường hợp mỗi nhóm). Các biến chứng ghi nhận được bao gồm: 3 trường hợp chảy máu miệng nối (3,0%), 1 trường hợp xì miệng nối đại tràng (1,0%), 1 trường hợp bán tắc ruột do dính (1,0%), và 1 trường hợp suy hô hấp do viêm phổi (1,0%). Trong đó, có 1 trường hợp tử vong do biến chứng viêm phổi.

Cả 3 trường hợp chảy máu miệng nối (2 trường hợp thực hiện miệng nối trong và 1 trường hợp thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng) có triệu chứng tiêu ra máu đỏ bầm lượng ít (<50ml), đáp ứng với điều trị nội khoa, không cần can thiệp nội soi đại tràng cầm máu hay phẫu thuật. Có 1 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái và thực hiện miệng nối trong khoang bụng xảy ra biến chứng xì miệng nối vào ngày hậu phẫu thứ 3; trường hợp này được phẫu thuật cắt bỏ miệng nối, đưa hai đầu ruột ra da. Chúng tôi ghi nhận 1 trường hợp bán tắc ruột do

dính ở nhóm thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng; trường hợp này đáp ứng điều trị nội khoa và không cần can thiệp phẫu thuật. Trường hợp suy hô hấp do viêm phổi xảy ra ở nhóm thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng; trường hợp này được chuyển khoa hồi sức tích cực điều trị từ ngày hậu phẫu thứ 3 và tử vong vào ngày hậu phẫu thứ 7. Như vậy, tỷ lệ biến chứng nặng (phân độ Clavien Dindo độ 3 trở lên) là 2,1% (2 trường hợp), phân đều cho cả hai nhóm.

Ngoài ra, chưa ghi nhận các biến chứng tụ dịch nhiễm trùng, áp xe tồn lưu, rò tiêu hóa, chảy máu ổ bụng, hay các biến chứng liên quan đến vết mổ.

Phục hồi sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật và thời gian từ lúc phẫu thuật đến lần trung tiện đầu tiên ngắn hơn đáng kể ở những người bệnh được thực hiện miệng nối trong khoang bụng. Thời gian từ lúc phẫu thuật đến lần đi tiêu đầu không có sự khác biệt giữa hai nhóm (bảng 3).

Bảng 3. Phục hồi sau phẫu thuật

Đặc điểm	Chung n=94 (%)	Trong khoang bụng n=45 (%)	Ngoài khoang bụng n=49 (%)	P
Thời gian trung tiện lần đầu (ngày)	2,9 ± 1,0 (1-6)	2,7 ± 0,9 (1-5)	3,1 ± 1,0 (1-6)	0,02
Thời gian đi tiêu lần đầu (ngày)	4,5 ± 1,4 (1-11)	4,3 ± 1,6 (1-11)	4,6 ± 1,1 (2-7)	0,2
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật (ngày)	7,0 ± 1,5 (4-12)	6,6 ± 1,8 (4-12)	7,3 ± 1,1 (5-10)	0,04

Kết quả lâu dài. Qua thời gian theo dõi trung vị là 40,0 tháng, tỷ lệ di căn xa không khác biệt giữa hai nhóm, với 2 trường hợp (4,4%) ở nhóm miệng nối trong khoang bụng và 1 trường hợp (2,0%) ở nhóm miệng nối ngoài khoang bụng, p=1. Trong thời gian theo dõi, có 2 trường hợp tử vong do ung thư tiến triển, phân đều cho cả 2 nhóm. Ngoài ra, không có trường hợp tái phát tại chỗ nào được ghi nhận trong nghiên cứu.

IV. BÀN LUẬN

Về mặt kỹ thuật, theo Milone, việc thực hiện miệng nối đại tràng trong ổ bụng mang lại nhiều thuận lợi². Thứ nhất, đoạn đại tràng mang u không cần phải được di động quá nhiều để mang ra ngoài khoang bụng, mà chỉ cần di động vừa đủ để thực hiện miệng nối. Thứ hai, thực hiện miệng nối trong khoang bụng làm giảm tiếp xúc của dịch tiêu hóa lên vết mổ, làm giảm tỷ lệ nhiễm trùng vết mổ. Thứ ba, sự hình thành dây

dính trong khoang bụng có thể được hạn chế, do giảm thiểu tối đa sự đụng chạm của bàn tay bác sĩ phẫu thuật vào khoang phúc mạc. Thứ tư, chiều dài của vết mổ có thể giảm đến 50%, do đường mổ bụng lúc này chỉ phục vụ việc lấy bệnh phẩm, không còn phục vụ việc thực hiện miệng nối; từ đó làm giảm mức độ đau và biến chứng liên quan đến vết mổ. Cuối cùng, thực hiện miệng nối trong khoang bụng dưới sự quan sát của nội soi ổ bụng sẽ loại bỏ nguy cơ xoắn miệng nối gây ra bởi sự hạn chế phẫu trường.

Tuy nhiên, tác giả Milone cũng cho rằng, thực hiện miệng nối trong khoang bụng còn tồn tại một số khó khăn nhất định². Đầu tiên, người bệnh phải được chuẩn bị đại tràng trước phẫu thuật để hạn chế dây nhiễm phân vào khoang bụng. Thứ hai, bác sĩ phẫu thuật phải có nhiều kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi để thực hiện các thao tác khâu miệng nối qua nội soi. Thứ ba, thời gian thực hiện miệng nối kéo dài có thể làm tăng biến chứng liên quan đến miệng nối. Thứ tư, chi phí phẫu thuật có thể tăng, do thực hiện miệng nối trong khoang bụng theo kiểu overlap cần sử dụng nhiều stapler hơn kiểu miệng nối Functional end-to-end. Qua nghiên cứu này, nhóm nghiên cứu của chúng tôi còn ghi nhận một khó khăn khác, đó là đối với các tổn thương đại tràng có kích thước nhỏ, việc sờ nắn bằng tay khi thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng có thể giúp xác định vị trí tổn thương và rìa diện cắt an toàn. Việc này rất khó thực hiện khi thao tác qua dụng cụ nội soi và thường cần có sự trợ giúp của nội soi đại tràng trong mổ, qua đó kéo dài thời gian phẫu thuật.

Về thời gian phẫu thuật, các nghiên cứu trước đây cho kết quả trái chiều. Trong khi nghiên cứu của Vignali³ và Achilli⁴ cho thấy thời gian phẫu thuật kéo dài hơn đáng kể ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng; nghiên cứu của Allaix⁵, Widmar⁶, và Malczak⁷ lại không ghi nhận điều này. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật không khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm ($145,9 \pm 32,0$ phút so với $138,7 \pm 43,2$ phút, $p=0,04$), tuy nhiên thời gian thực hiện miệng nối ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng lại dài hơn rõ rệt ($33,6 \pm 6,1$ phút so với $24,4 \pm 6,1$, $p<0,001$). Khi thực hiện miệng nối trong khoang bụng, chiều dài đoạn đại tràng cần được di động ngắn hơn, từ đó rút ngắn khoảng thời gian trong giai đoạn cắt u. Vì thời gian cắt đại tràng rút ngắn, bù trừ cho thời gian thực hiện miệng nối nên nhìn chung, thời gian phẫu thuật không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Hơn nữa, thời gian thực hiện miệng nối và thời gian phẫu thuật phụ

thuộc rất nhiều vào kinh nghiệm của bác sĩ phẫu thuật. Do đây là những trường hợp đầu tiên nhóm nghiên cứu của chúng tôi thực hiện miệng nối trong khoang bụng, nên các khoảng thời gian này có thể được rút ngắn hơn nữa khi chúng tôi đạt được bình nguyên trên đường cong huấn luyện.

Về phục hồi sau phẫu thuật, đã có nhiều nghiên cứu trên thế giới cho thấy, thực hiện miệng nối đại tràng trong khoang bụng làm giảm thời gian phục hồi nhu động ruột, giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật. Một phân tích gộp của Marco Milone năm 2018 trên 1862 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt đại tràng phải cho thấy, thực hiện miệng nối trong khoang bụng làm giảm đáng kể thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đi tiêu lần đầu và thời gian nằm viện sau phẫu thuật so với thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng². Kết quả này đã liên tục được chứng minh qua các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên của Vignali³, Allaix⁵, Widmar⁶, và Malczak⁷. Thậm chí, nghiên cứu của Vignali còn cho thấy rằng, tỉ lệ liệt ruột sau phẫu thuật ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng thấp hơn rõ rệt (3,3% so với 23,3%)³. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do thao tác đụng chạm và co kéo lên đại tràng và mạc treo khi đem đoạn đại tràng ra ngoài để thực hiện miệng nối, từ đó làm tăng tình trạng liệt ruột sau phẫu thuật. Hơn nữa, đường mổ bụng dài hơn khi thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng cũng góp phần làm tăng mức độ đau sau phẫu thuật, tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, từ đó làm tăng tình trạng liệt ruột do tác dụng phụ của thuốc giảm đau và sự hạn chế vận động của người bệnh.

Về kết quả lâu dài, trong thời gian theo dõi trung vị là 40,0 tháng của nghiên cứu, tỉ lệ di căn xa và tử vong do ung thư tiến triển không có sự khác biệt giữa hai nhóm. Điều này phù hợp với các nghiên cứu trước đây. Nghiên cứu của chúng tôi còn tồn tại các hạn chế của nghiên cứu hồi cứu, còn tồn tại sai lệch chọn mẫu với đặc điểm người bệnh chưa thực sự tương đồng giữa hai nhóm. Ngoài ra, các kết quả về mức độ đau sau phẫu thuật, chiều dài vết mổ và chi phí phẫu thuật chưa được đánh giá trong phạm vi nghiên cứu này. Trong tương lai, cần có những thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên có khảo sát đầy đủ các yếu tố trên, để đánh giá và so sánh chính xác những lợi ích và khó khăn mà hai kỹ thuật trên mang lại.

V. KẾT LUẬN

Thực hiện miệng nối trong khoang bụng trong phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại

tràng không làm tăng thời gian phẫu thuật, không làm tăng tỉ lệ tai biến, biến chứng, và có kết quả lâu dài tương đương với thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng. Ngoài ra, kỹ thuật này còn giúp người bệnh hồi phục sớm sau phẫu thuật, thông qua việc rút ngắn thời gian trung tiện lần đầu, rút ngắn thời gian nằm viện hậu phẫu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Đào Văn Cam, Lê Huy Lưu, et al.** Kết quả sớm điều trị ung thư đại tràng bằng phẫu thuật nội soi hoàn toàn. Tạp chí Y học thành phố Hồ Chí Minh. 2019;23(1):203.
2. **Milone M, Elmore U, Vignali A, et al.** Recovery after intracorporeal anastomosis in laparoscopic right hemicolectomy: a systematic review and meta-analysis. Langenbeck's archives of surgery. 2018;403(1):1-10.
3. **Vignali A, Bissolati M, De Nardi P, Di Palo S, Staudacher C.** Extracorporeal vs. intracorporeal ileocolic stapled anastomoses in laparoscopic right colectomy: an interim analysis of a randomized

- clinical trial. Journal of Laparoendoscopic & Advanced Surgical Techniques. 2016;26(5):343-348.
4. **Achilli P, Perry W, Grass F, et al.** Completely intracorporeal anastomosis in robotic left colonic and rectal surgery: technique and 30-day outcomes. Updates in Surgery. 2021;73(6):2137-2143.
5. **Allaix ME, Degiuli M, Bonino MA, et al.** Intracorporeal or extracorporeal ileocolic anastomosis after laparoscopic right colectomy: a double-blinded randomized controlled trial. Annals of surgery. 2019;270(5):762-767.
6. **Widmar M, Aggarwal P, Keskin M, et al.** Intracorporeal anastomoses in minimally invasive right colectomies are associated with fewer incisional hernias and shorter length of stay. Diseases of the colon and rectum. 2020;63(5):685.
7. **Małczak P, Wysocki M, Pisarska-Adamczyk M, Major P, Pędziwiatr M.** Bowel function after laparoscopic right hemicolectomy: a randomized controlled trial comparing intracorporeal anastomosis and extracorporeal anastomosis. Surgical Endoscopy. 2022;36(7):4977-4982.

KHẢO SÁT SỰ HIỂU BIẾT VỀ KÍNH MẮT CỦA BỆNH NHÂN CÓ TẬT KHÚC XẠ TẠI BỆNH VIỆN MẮT TRUNG ƯƠNG

Nguyễn Thanh Vân^{1,2}, Nguyễn Thị Lưu Ly¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Khảo sát hiểu biết về việc sử dụng kính mắt của bệnh nhân có tật khúc xạ tại Khoa Khúc xạ Bệnh viện Mắt Trung Ương. **Đối tượng và phương pháp:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. Bệnh nhân (BN) được chẩn đoán mắc tật khúc xạ đến khám tại khoa Khúc xạ Bệnh viện Mắt Trung Ương từ tháng 12/2023- 4/2024. **Kết quả:** 318 bệnh nhân có 59,4% nữ, 40,6% nam; tuổi trung bình $16,6 \pm 7,7$; 49,1% dưới 15 tuổi và 50,9% từ 15 tuổi trở lên; BN sống ở thành thị là 40,6%, nông thôn (59,4%), 83,0% BN là học sinh/sinh viên, 74,8% có trình độ học vấn từ THPT trở lên. BN hiểu biết tốt về sử dụng kính mắt là 32,4%, chưa tốt (67,6%). BN hiểu biết đầy đủ về các loại TKX chiếm 79,2%, hiểu biết về một số biến chứng của TKX là 63,8%. Trong các phương pháp điều trị TKX phương pháp đeo kính mắt chiếm 75,5%; 96,9% BN biết họ đang mắc tật khúc xạ; 92,1% biết đến kính mắt; 47,8% BN hiểu biết đầy đủ về lợi ích của kính mắt. BN biết địa chỉ cấp đơn kính là bệnh viện mắt hoặc phòng khám chuyên khoa mắt (97,5%). Địa điểm lắp mắt kính là cửa hàng kính thuốc của bệnh viện được 57,9% BN biết tới; BN hiểu biết ưu điểm

kính mắt có giá thành rẻ hơn các phương pháp điều trị TKX khác là 92,1%, nhược điểm hạn chế khi tham gia hoạt động ngoài trời (89,0%), BN biết sử dụng kính theo chỉ định của bác sĩ chuyên khoa mắt (91,2%) và loại kính được kê và cắt theo đơn của bác sĩ chuyên khoa mắt điều trị TKX là 96,9%, BN hiểu biết về lý do không tuân thủ kính là thấy không thuận tiện, vướng víu, khó chịu, không tự tin (74,5%); 83,3% nhận biết đúng thời gian tái khám khi sử dụng kính mắt. **Kết luận:** 32,4% BN có hiểu biết ở mức tốt về sử dụng kính mắt, hiểu biết chưa tốt (67,6%). Bệnh nhân còn hiểu biết chưa đầy đủ về các biến chứng của TKX, lợi ích của kính mắt và địa điểm lắp mắt kính. **Từ khóa:** hiểu biết, kính mắt, bệnh nhân mắc tật khúc xạ.

SUMMARY

SURVEY ON THE UNDERSTANDING OF EYEGASSES AMONG PATIENTS WITH REFRACTIVE ERRORS EXAMINED IN NATIONAL INSTITUTE OF OPHTHALMOLOGY

Objectives: To survey the understanding of the use of eyeglasses among patients with refractive errors who came for examination at the Department of Refractive Diseases of National Institute of Ophthalmology. **Subjects and methods:** A cross-sectional study. Patients diagnosed with refractive errors who came for examination at the Refractive Department of the National Institute of Ophthalmology from December 2023 to April 2024. **Results:** 318 patients participated, 59,4% female, 40,6% male; average age of $16,6 \pm 7,7$; 49,1% under 15 years old and 50,9% or older (50,9%); 40,6% of patients

¹Trường Đại học Y Dược, Đại học Quốc gia Hà Nội

²Bệnh viện Mắt Trung ương

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thanh Vân

Email: vannguyenop@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 21.8.2024

Ngày duyệt bài: 11.9.2024