

# SO SÁNH ĐƯỜNG MỔ NGANG TRÊN XƯƠNG MU VÀ ĐƯỜNG MỔ ĐỌC GIỮA TRONG PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRƯỚC VÀ CẮT TRƯỚC THẤP ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG

Nguyễn Hữu Thịnh<sup>1</sup>, Lê Minh Triết<sup>1</sup>, Trần Thanh Sang<sup>1</sup>,  
Trần Đức Huy<sup>1</sup>, Lê Trung Kiên<sup>1</sup>,  
Lê Trịnh Ngọc An<sup>1</sup>, Phạm Ngọc Trường Vinh<sup>1</sup>

## TÓM TẮT

**Tổng quan:** Mục tiêu của nghiên cứu là so sánh mức độ đau sau mổ, tỉ lệ các biến chứng liên quan đến vết mổ của đường mổ ngang trên xương mu và đường mổ dọc giữa trong phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng. **Phương pháp:** Nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu. Có 186 trường hợp phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp từ 01/2019 đến 08/2021, chia làm hai nhóm đường mổ ngang trên xương mu (n=76) và đường mổ dọc giữa (n=110). Mức độ đau sau mổ, tỉ lệ các biến chứng liên quan đến vết mổ được so sánh giữa hai nhóm. **Kết quả:** Qua thời gian theo dõi trung vị là 47 tháng, đường mổ ngang trên xương mu làm giảm đáng kể tỉ lệ thoát vị vết mổ so với đường mổ dọc giữa (0% so với 8,1%). Tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, mức độ đau sau mổ không có sự khác biệt có ý nghĩa thống kê giữa hai nhóm. **Kết luận:** Đường mổ ngang trên xương mu làm giảm đáng kể tỉ lệ thoát vị vết mổ so với đường mổ dọc giữa trong phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

**Từ khóa:** đường mổ ngang trên xương mu, đường mổ dọc giữa, phẫu thuật nội soi cắt trước, phẫu thuật nội soi cắt trước thấp

## SUMMARY

### TRANSVERSE SUPRAPUBIC VERSUS PERIUMBILICAL INCISION IN LAPAROSCOPIC ANTERIOR AND LOW ANTERIOR RESECTION

**Aims:** The study aim was to compare the postoperative pain level, overall complications between transverse suprapubic and periumbilical incision in laparoscopic anterior and low anterior resection in colorectal cancer treatment. **Methods:** Retrospective cohort study. From 01/2019 to 8/2021, there were 186 patients, divided into two groups: transverse suprapubic incision (n = 86) and periumbilical incision (n=110). The postoperative pain level, overall complications were compared between two groups. **Results:** After a mean 47-month follow up period, the transverse suprapubic incision significantly lower the incisional hernia rate, as compared to the periumbilical incision (0% vs 8,1%). There was no difference in the postoperative pain level and incisional infection rate between two groups. **Conclusions:** The transverse

suprapubic incision significantly lower the incision infection rate, as compared to the periumbilical incision in laparoscopic anterior and low anterior resection. **Keywords:** transverse suprapubic incision, transverse suprapubic incision, laparoscopic anterior resection, laparoscopic low anterior resection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật xâm lấn tối thiểu điều trị ung thư đại trực tràng là xu hướng tất yếu hiện nay. Trên thực tế, trong các phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng, bác sĩ phẫu thuật còn cần mở bụng đường nhỏ để thực hiện miệng nối và lấy bệnh phẩm. Trong đó, đường mở bụng dọc giữa dưới rốn thường được sử dụng nhiều nhất do vị trí dễ tiếp cận để thao tác trên đoạn đại trực tràng mang u. Tuy nhiên đường mổ này có tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ cao (lên đến 22%) và tỉ lệ thoát vị vết mổ cao (lên đến 29%)<sup>1</sup>. Trong vài thập niên gần đây, đường mổ ngang trên xương mu, ban đầu được áp dụng trong phẫu thuật sản phụ khoa, ngày càng được sử dụng nhiều hơn trong phẫu thuật đại trực tràng. Ưu điểm của đường mổ này là giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ, giảm mức độ đau sau mổ và giảm tỉ lệ biến chứng thoát vị vết mổ<sup>1-6</sup>. Tại Việt Nam, có rất ít nghiên cứu về đường mổ ngang trên xương mu trong phẫu thuật đại trực tràng. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để so sánh giữa hai nhóm đường mổ dọc giữa và đường mổ ngang trên xương mu trong phẫu thuật cắt trước, cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

### 2.1. Đối tượng nghiên cứu

#### ▪ Tiêu chuẩn chọn vào:

- Người bệnh ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp tại Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM từ 01/2019 đến 08/2021.

- Đường mở bụng dọc giữa quanh rốn hoặc đường ngang trên xương mu.

- Bệnh nhân tái khám theo lịch sau phẫu thuật, được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu lần cuối không quá 12 tháng tính từ thời điểm nghiên cứu.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược TPHCM

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Hữu Thịnh

Email: thinh.nh@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 27.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 6.9.2024

▪ **Tiêu chuẩn loại trừ:**

- Đường mổ bụng không phải đường dọc giữa quanh rốn hoặc đường ngang trên xương mu: đường dọc bên, vết mổ đóng hậu môn nhân tạo...

- Những trường hợp có biến chứng rò tiêu hóa ra vết mổ.

- Bệnh nhân không tái khám theo lịch sau phẫu thuật.

▪ **Địa điểm và thời gian nghiên cứu:**

- Nghiên cứu được thực hiện trong thời gian từ 01/07/2024 đến 01/08/2024 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 trực 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, điểm đau sau mổ vào ngày hậu phẫu thứ 2 tính bằng thang điểm đau VAS (Visual Analog Scale).

- 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, bí tiểu, nhiễm trùng vết mổ, chảy máu vết mổ, bung thành bụng, thoát vị vết mổ.

- Thời gian theo dõi sau phẫu thuật và thời gian xuất hiện thoát vị.

**2.3. Xử lí số liệu:** Xử lí, phân tích và thống kê số liệu bằng phần mềm Excel và SPSS 25.0. Sự khác biệt có ý nghĩa thống kê khi  $p < 0,05$ .

**2.4. 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 01/2019 đến 08/2021, có 567 người bệnh được phẫu thuật nội soi cắt trước hoặc cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh. Tuy nhiên, phần lớn người bệnh không tuân thủ lịch tái khám định kì sau phẫu thuật hoặc tái khám tại địa phương, vì vậy chỉ có 186 người bệnh thỏa tiêu chuẩn được chọn vào, trong đó có 76 trường hợp vết mổ ngang trên xương mu và 110 trường hợp vết mổ dọc giữa trên dưới rốn.

**Đặc điểm người bệnh.** Tuổi trung bình của dân số nghiên cứu là  $59,3 \pm 11,1$ ; trung vị là 60 tuổi (28-89 tuổi). Tỷ lệ nam/nữ là 1,30/1. BMI trung bình là  $23,0 \pm 3,4$  kg/m<sup>2</sup> (14,3-34,2 kg/m<sup>2</sup>). Có 46,8% trường hợp mắc các bệnh lí nội khoa. Phần lớn người bệnh đều ở giai đoạn III của ung thư đại trực tràng (41,4%). Thời gian theo dõi sau phẫu thuật trung bình là  $48,6 \pm 8,2$  tháng; trung vị là 47 tháng (12-42 tháng). Nhìn chung, các đặc điểm người bệnh ở nhóm vết mổ ngang trên xương mu và vết mổ dọc giữa không khác biệt có ý nghĩa thống kê (Bảng 1).

**Bảng 1. Đặc điểm người bệnh**

Đặc điểm		Chung n=186 (%)	Vết mổ ngang trên xương mu n=76 (%)	Vết mổ dọc giữa n=110 (%)	p
Tuổi (năm)		59,3± 11,1 (28-89)	59,1 ± 11,1 (32-88)	59,5 ± 11,2 (28-89)	0,8
Giới	Nữ	81 (43,5%)	36 (47,4%)	45 (40,1%)	0,5
	Nam	105 (56,5%)	40 (52,6%)	65 (59,9%)	
BMI (kg/m <sup>2</sup> )		23,0 ± 3,4 (14,3-34,2)	22,6 ± 2,9 (16,2-32,5)	23,3 ± 3,7 (14,3-34,2)	0,2
Bệnh lí nội khoa (%)		87 (46,8%)	34 (44,7%)	53 (48,2%)	0,7
Tăng huyết áp (%)		71 (38,2%)	28 (36,8%)	43 (39,1%)	0,8
Đái tháo đường (%)		23 (12,4%)	10 (13,2%)	13 (11,8%)	0,8
Bệnh lí tim mạch (%)		16 (8,6%)	6 (7,9%)	10 (9,1%)	0,8
COPD/Hen phế quản (%)		9 (4,8%)	1 (1,3%)	3 (2,7%)	0,6
Giai đoạn TNM	0	1 (0,5%)	0 (0%)	1 (0,9%)	0,4
	1	22 (11,8%)	8 (10,5%)	14 (12,7%)	

	2	65 (34,9%)	29 (38,2%)	36 (32,7%)	
	3	77 (41,3%)	34 (44,7%)	43 (39,1%)	
	4	21 (11,3%)	5 (6,6%)	16 (15,6%)	
Hóa trị trước phẫu thuật (%)		13 (7,0%)	5 (6,6%)	8 (7,3%)	1
Xạ trị trước phẫu thuật (%)		10 (5,4%)	5 (6,6%)	5 (4,5%)	0,7
Hóa trị sau phẫu thuật (%)		146 (78,5%)	58 (76,3%)	88 (80,0%)	0,6
Xạ trị sau phẫu thuật (%)		16 (8,6%)	5 (6,6%)	11 (10,0%)	0,4
Nồng độ hemoglobin máu (mg/L)		130,6 ± 16,2 (85-174)	131,3 ± 15,6 (85-163)	130,1 ± 16,6 (89-174)	0,6
Nồng độ albumin máu (g/L)		39,8 ± 3,8 (26,0-50,0)	40,0 ± 3,9 (30,8-49,8)	39,6 ± 3,8 (26,0-50,0)	0,5
Thời gian theo dõi sau phẫu thuật (tháng)		48,6 ± 8,2 (36-66)	49,8 ± 8,4 (37-66)	47,9 ± 8,0 (36-66)	0,1

**Kết quả phẫu thuật.** Trong 186 trường hợp, có 113 trường hợp ung thư đại tràng chậu hông, 28 trường hợp ung thư trực tràng cao trên nếp phúc mạc, 45 trường hợp ung thư trực tràng thấp dưới nếp phúc mạc. Về phương pháp phẫu thuật, có 141 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt trước và 45 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp. Trong 45 trường hợp phẫu thuật nội soi cắt trước thấp, có 43 trường hợp có mở hồi

tràng ra da. Có 4 trường hợp xảy ra tai biến trong phẫu thuật, trong đó có 2 trường hợp thủng ruột non và 2 trường hợp máu mất ≥100ml. Nhìn chung, không có sự khác biệt giữa hai nhóm người bệnh về vị trí u, phương pháp phẫu thuật, tỉ lệ mở hồi tràng ra da, tỉ lệ tai biến trong phẫu thuật, thời gian phẫu thuật, lượng máu mất, số hạch nạo vét được trong phẫu thuật. (Bảng 2).

**Bảng 2. Kết quả phẫu thuật**

Đặc điểm		Chung n=186 (%)	Vết mổ ngang trên xương mu n=76 (%)	Vết mổ dọc giữa n=110 (%)	p
Vị trí u	ĐT chậu hông	113(60,7%)	42 (55,3%)	71 (64,5%)	0,3
	TT cao	28 (15,1%)	15 (19,7%)	13 (11,8%)	
	TT thấp	45 (24,2%)	19 (25,0%)	26 (23,7%)	
Phương pháp PT	Cắt trước	141 (75,8%)	57 (75,0%)	84 (76,4%)	0,8
	Cắt trước thấp	45 (24,2%)	19 (25,0%)	26 (23,6%)	
Mở hồi tràng ra da	Không	143 (76,9%)	58 (76,3%)	85 (77,3%)	1
	Có	43 (23,1%)	18 (23,7%)	25 (22,7%)	
Thời gian phẫu thuật (phút)		151,4 ± 47,8 (75-390)	150,2 ± 40,0 (80-260)	152,2 ± 52,7 (75-390)	0,8
Tai biến trong phẫu thuật	Máu mất ≥100ml	2 (1,1%)	1 (1,3%)	1 (0,9%)	0,3
	Thủng ruột non	2 (1,1%)	2 (2,6%)	0 (0%)	
Số hạch nạo vét được		11,4 ± 6,9 (2-42)	11,8 ± 7,8 (2-42)	10,5 ± 6,1 (2-30)	0,1
Lượng máu mất		29,4 ± 19,7 (10-100)	31,3 ± 20,7 (10-100)	28,2 ± 19,0 (10-100)	0,3

**Biến chứng sau phẫu thuật.** Trong 186 trường hợp, có 40 trường hợp (21,5%) xảy ra biến chứng sau phẫu thuật. Trong đó, có 15 trường hợp nhiễm trùng vết mổ (8,1%), 9 trường hợp thoát vị vết mổ (4,8%), 8 trường hợp bí tiểu sau phẫu thuật (4,3%), 4 trường hợp xì miệng nối đại trực tràng (2,2%), 1 trường hợp rò miệng nối đại trực tràng – âm đạo (0,5%); 1 trường hợp tắc ruột (0,5%); 1 trường hợp chảy máu miệng nối (0,5%); và 1 trường hợp tụ dịch nhiễm trùng trong ổ bụng (0,5%).

Biến chứng nhiễm trùng vết mổ đều xảy ra ở cả hai nhóm với tỉ lệ tương đương (7 trường hợp ở nhóm vết mổ ngang trên xương mu và 8

trường hợp ở nhóm vết mổ dọc giữa). Tất cả các trường hợp này đều được điều trị kháng sinh, cắt chỉ bỏ mồi và chăm sóc tại chỗ (thay băng, nhét gạc,...).

Cả 9 trường hợp thoát vị vết mổ đều xảy ra ở nhóm vết mổ đường dọc giữa. Sau thời gian theo dõi trung vị là 47 tháng, chúng tôi ghi nhận tỉ lệ thoát vị vết mổ ở nhóm vết mổ đường dọc giữa cao hơn rõ rệt (8,2% so với 0%, p=0,01). Tất cả các trường hợp thoát vị vết mổ đều được chẩn đoán bằng chụp cắt lớp vi tính bụng chậu, đều xuất hiện trong vòng 2 năm đầu sau phẫu thuật, với thời gian xuất hiện thoát vị vết mổ trung bình là 7,6 ± 2,8 tháng, trung vị là 7 tháng

(4-14 tháng). Tất cả những trường hợp thoát vị nói trên đều có kích thước túi thoát vị <10cm, có triệu chứng tối thiểu, không gây biến chứng, và

chưa được chỉ định can thiệp ngoại khoa. Không có trường hợp nào (0%) trong 76 trường hợp vết mổ ngang trên xương mu có thoát vị vết mổ.

**Bảng 3. Biến chứng sau phẫu thuật**

Biến chứng	Chung n=186 (%)	Vết mổ ngang trên xương mu n=76 (%)	Vết mổ dọc giữa n=110 (%)	p
Nhiễm trùng vết mổ	15 (8,1%)	7 (9,2%)	8 (7,3%)	0,9
Thoát vị	9 (4,6%)	0 (0%)	9 (8,2%)	0,01
Bí tiểu	8 (4,3%)	5 (6,5%)	3 (2,7%)	0,3
Xì miệng nổi	4 (2,2%)	2 (2,6%)	2 (1,8%)	0,6
Rò miệng nổi – âm đạo	1 (5,4%)	0	1 (9,1%)	0,7
Tắc ruột	1 (5,4%)	0	1 (9,1%)	0,7
Chảy máu	1 (5,4%)	0	1 (9,1%)	0,7
Tu dịch ổ bụng	1 (5,4%)	1 (1,3%)	0	0,6
Biến chứng chung	40 (21,5%)	14 (18,4%)	25 (22,7%)	0,03

**Phục hồi sau mổ.** Không có sự khác biệt về mức độ đau sau phẫu thuật, tỉ lệ dùng kháng sinh sau phẫu thuật, thời gian trung tiện lần đầu, thời gian đi tiêu lần đầu, thời gian nằm viện sau phẫu thuật giữa hai nhóm vết mổ ngang trên xương mu và vết mổ dọc giữa (bảng 5).

**Bảng 5. Phục hồi sau mổ**

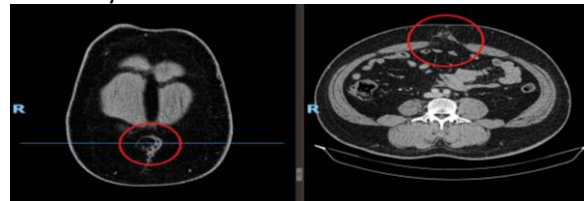
Đặc điểm	Chung n=186 (%)	Vết mổ ngang trên xương mu n=76 (%)	Vết mổ dọc giữa n=110 (%)	p
Điểm đau VAS sau mổ	3,5 ± 0,6 (1-4)	3,4 ± 0,6 (1-4)	3,5 ± 0,6 (1-4)	0,8
Kháng sinh điều trị	108 (58,1%)	44 (57,9%)	64 (58,2%)	0,4
Thời gian trung tiện lần đầu (ngày)	2,5 ± 0,8 (1-6)	2,4 ± 0,7 (1-5)	2,6 ± 0,9 (1-6)	0,1
Thời gian đi tiêu lần đầu (ngày)	4,1 ± 1,6 (1-8)	3,9 ± 1,5 (1-7)	4,2 ± 1,7 (1-8)	0,2
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	6,9 ± 1,9 (4-18)	6,9 ± 2,1 (4-18)	6,9 ± 1,7 (5-17)	0,9

**IV. BÀN LUẬN**

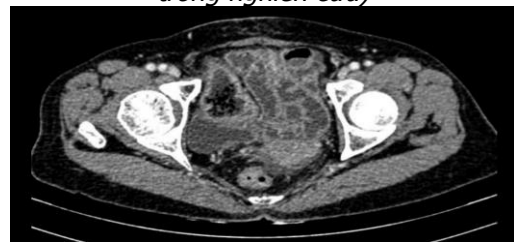
Chụp cắt lớp vi tính bụng chậu hiện vẫn được xem là một trong những cận lâm sàng hàng đầu trong chẩn đoán thoát vị vết mổ, với độ nhạy và độ đặc hiệu lên đến trên 90%<sup>1,3</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi, tất cả 186 người bệnh đều được đánh giá thoát vị vết mổ dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính. Trong đó, 100% người bệnh tái khám đúng lịch tái khám của bệnh viện, được khám lâm sàng và siêu âm bụng trong vòng 6 tháng, được chụp cắt lớp vi tính bụng chậu trong vòng 12 tháng tính đến thời điểm nghiên cứu. Điều này làm kết quả nghiên cứu có độ tin cậy và chính xác cao. Có 8,2% trường hợp trong nhóm vết mổ dọc giữa có thoát vị vết mổ sau thời gian theo dõi trung bình 47,9 ± 8,0 tháng. Thời gian xuất hiện thoát vị trung bình là 7,6 ± 2,8 tháng, trung vị là 7 tháng (4-14 tháng). Kết quả này tương tự y văn thế giới với nhóm vết mổ ngang trên xương mu có tỉ lệ thoát vị rất thấp, dao động từ 0-3,8%, và vết mổ dọc giữa có tỉ lệ thoát vị cao, dao động từ 7-29%<sup>1-4,6</sup>.

Mặc dù đường mổ ngang trên xương mu được báo cáo góp phần làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ ở một số nghiên cứu<sup>1,6</sup>, qua đó làm giảm tỉ lệ thoát vị vết mổ. Nghiên cứu của chúng tôi ghi nhận không có sự khác biệt giữa tỉ lệ

nhiễm trùng vết mổ giữa hai nhóm. Vì vậy, chúng tôi chưa tìm thấy vai trò của biến chứng nhiễm trùng vết mổ trong việc làm gia tăng tỉ lệ thoát vị vết mổ. Thay vào đó, chúng tôi ghi nhận chính đường mổ ngang trên xương mu là yếu tố bảo vệ giúp ngăn ngừa biến chứng thoát vị. Một số cơ chế giúp ngăn ngừa thoát vị của đường mổ này đã được nhắc đến trong các nghiên cứu trước đây<sup>3,7</sup>.



**Hình 1: Hình chụp cắt lớp vi tính bụng chậu cho thấy biến chứng thoát vị vết mổ ở vết mổ dọc giữa (Nguồn: người bệnh Vũ Cao B. trong nghiên cứu)**



**Hình 2: Hình chụp cắt lớp vi tính bụng chậu**

**cho thấy không có biến chứng thoát vị vết mổ ở vết mổ ngang trên xương mu** (Nguồn: người bệnh Trần Thị L. trong nghiên cứu)

Đầu tiên, nghiên cứu của DeSouza và cộng sự nêu lên cơ chế "màn trập" của đường mổ ngang trên xương mu. Trong đó, đường rạch da và cân trước cơ thẳng bụng nằm theo phương ngang, vuông góc với đường tách cơ và xẻ phúc mạc của vết mổ. Hai đường này chỉ giao nhau tại một điểm, tạo một "màn trập" ngang ngừa thoát vị qua vết mổ khi áp lực ổ bụng gia tăng. Trong khi đó, ở đường mổ dọc giữa, đường rạch da, xẻ cân cơ và phúc mạc đều nằm trên cùng một đường thẳng (đường trắng giữa), nên không được bảo vệ bởi cơ chế "màn trập" nói trên<sup>7</sup>. Thứ hai, nghiên cứu của DeSouza cũng nêu lên rằng, lực tác động khi co các cơ thành bụng bên (cơ chéo bụng trong, chéo bụng ngoài, cơ ngang bụng) đều nằm theo phương ngang, song song với các đường mổ ngang, nhưng lại vuông góc với các đường mổ dọc. Việc này làm cho các đường mổ ngang chịu tác động nhỏ nhất, và ngược lại, các đường mổ dọc phải chịu tác động tối đa từ lực co cơ thành bụng<sup>7</sup>. Cuối cùng, nghiên cứu của Orcutt và cộng sự cũng chỉ ra rằng, các đường mổ ở vùng rốn thường xuyên phải chịu tác động của các hoạt động hô hấp, ho rặn. Điều này dẫn đến việc các vết mổ vùng rốn được tưới máu kém hơn và vì vậy, tăng tỉ lệ thoát vị vết mổ so với các đường mổ khác nằm ngoài vùng rốn<sup>3</sup>.

Ưu điểm của nghiên cứu của chúng tôi là cỡ mẫu lớn (186 trường hợp); thời gian theo dõi kéo dài (thời gian theo dõi trung vị là 47 tháng); đánh giá khá đầy đủ các phương diện về kết quả phẫu thuật, số hạch nạo vét, tỉ lệ tái biến, biến chứng, phục hồi sau mổ, mức độ đau sau mổ. Riêng biến chứng thoát vị vết mổ được đánh giá chính xác với mức độ tin cậy cao (tất cả các trường hợp đều được khám lâm sàng, siêu âm bụng trong vòng 6 tháng, và chụp cắt lớp vi tính bụng chậu trong vòng 12 tháng tính từ thời điểm nghiên cứu). Tuy nhiên, với thiết kế nghiên cứu đoàn hệ hồi cứu, nghiên cứu của chúng tôi vẫn còn tồn tại các sai lệch chọn mẫu, chịu tác động của các yếu tố gây nhiễu. Hơn nữa, phần lớn người bệnh được phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp trong thời gian chọn mẫu không tái khám thường xuyên, không thỏa tiêu chuẩn chọn mẫu. Điều này dẫn đến kết quả nghiên cứu không thực sự phản ánh đúng thực trạng của dân số chung. Ngoài ra, các yếu tố như tính thẩm mỹ, chiều dài vết mổ, sự hài lòng của

người bệnh chưa được đánh giá trong phạm vi nghiên cứu này. Nhìn chung, trong tương lai, cần thực hiện các nghiên cứu thử nghiệm lâm sàng ngẫu nhiên có nhóm chứng, đánh giá đầy đủ các yếu tố kể trên, để đưa ra kết quả chính xác nhất trong so sánh giữa đường mổ ngang trên xương mu và đường mổ dọc giữa trên người bệnh được phẫu thuật cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng.

## V. KẾT LUẬN

Đường mổ ngang trên xương mu làm giảm đáng kể tỉ lệ thoát vị vết mổ so với đường mổ dọc giữa trong phẫu thuật nội soi cắt trước và cắt trước thấp điều trị ung thư đại trực tràng. Nên áp dụng rộng rãi đường mổ này để tiếp cận phẫu trường và lấy bệnh phẩm trong các phẫu thuật nêu trên nhằm giảm tỉ lệ biến chứng sau mổ, nhất là biến chứng thoát vị vết mổ.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Lee L, Mappin-Kasirer B, Sender Liberman A, et al.** High incidence of symptomatic incisional hernia after midline extraction in laparoscopic colon resection. *Surgical endoscopy.* 2012;26:3180-3185.
2. **Su H, Jin W, Wang P, et al.** Comparing short-time outcomes of three-dimensional and two-dimensional totally laparoscopic surgery for colon cancer using overlapped delta-shaped anastomosis. *Oncotargets and therapy.* 2019;669-675.
3. **Orcutt S, Balentine C, Marshall C, et al.** Use of a Pfannenstiel incision in minimally invasive colorectal cancer surgery is associated with a lower risk of wound complications. *Techniques in coloproctology.* 2012;16:127-132.
4. **Samia H, Lawrence J, Nobel T, Stein S, Champagne BJ, Delaney CP.** Extraction site location and incisional hernias after laparoscopic colorectal surgery: should we be avoiding the midline? *The American Journal of Surgery.* 2013;205(3):264-268.
5. **Benlice C, Stocchi L, Costedio MM, Gorgun E, Kessler H.** Impact of the specific extraction-site location on the risk of incisional hernia after laparoscopic colorectal resection. *Diseases of the Colon & Rectum.* 2016;59(8):743-750.
6. **Lee L, Abou-Khalil M, Liberman S, Boutros M, Fried GM, Feldman LS.** Incidence of incisional hernia in the specimen extraction site for laparoscopic colorectal surgery: systematic review and meta-analysis. *Surgical Endoscopy.* 2017;31:5083-5093.
7. **DeSouza A, Domajnko B, Park J, Marecik S, Prasad L, Abcarian H.** Incisional hernia, midline versus low transverse incision: what is the ideal incision for specimen extraction and hand-assisted laparoscopy? *Surgical endoscopy.* 2011;25:1031-1036.

# TÌNH TRẠNG NHIỄM HPV NGUY CƠ CAO VÀ MỐI LIÊN QUAN VỚI TỔN THƯƠNG TẾ BÀO HỌC CỔ TỬ CUNG Ở PHỤ NỮ ĐẾN KHÁM PHỤ KHOA TẠI BỆNH VIỆN VINMEC TIMES CITY NĂM 2022-2023

Nguyễn Thị Huy<sup>1</sup>, Đoàn Mai Phương<sup>1</sup>, Nguyễn Thị Thúy Hằng<sup>1</sup>,  
Nguyễn Thị Sâm<sup>1</sup>, Bùi Thị Thuỳ Linh<sup>1</sup>, Dương Hồng Quân<sup>2</sup>

## TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư cổ tử cung (UTCTC) là loại ung thư phổ biến thứ tư ở phụ nữ sau ung thư vú, ung thư trực tràng và ung thư phổi.<sup>1</sup> Nhiễm Human papilloma virus (HPV) đã được cho là nguyên nhân hàng đầu gây UTCTC ở phụ nữ, do khoảng 99,7% trường hợp UTCTC là do nhiễm HPV. Cho đến nay, trong số hơn 200 kiểu gen của HPV đã được xác định thì có một số type HPV nguy cơ cao (16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66 và 68) có khả năng gây ra ung thư với tần suất cao ở người; trong đó, type HPV 16 và 18 chiếm 70% nguyên nhân gây UTCTC.<sup>2</sup> **Mục tiêu:** 1) Mô tả tỉ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao ở phụ nữ đến khám phụ khoa có thực hiện xét nghiệm HPV và xét nghiệm tế bào học cổ tử cung tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2022-2023. 2) Xác định mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao với các tổn thương tế bào học cổ tử cung của phụ nữ đến khám phụ khoa tại Bệnh viện Vinmec Times City năm 2022-2023. **Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả:** Tỉ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao trong số 2863 phụ nữ đã khám phụ khoa tại bệnh viện Vinmec Times city năm 2022-2023 là 20,9%. Trong các trường hợp đơn nhiễm HPV nguy cơ cao, tỉ lệ các type HPV nguy cơ cao được phát hiện nhiều nhất lần lượt là type 52 (25,2%), 16 (13,1%), 58 (10,2%), 18(8,8%), 39(8,8%). Có mối liên quan giữa tình trạng nhiễm HPV nguy cơ cao và tổn thương tế bào học cổ tử cung (OR: 5,756; khoảng tin cậy 95% 4,24 - 7,81,  $p < 0,05$ ). Đơn nhiễm các type HPV nguy cơ cao 16, 18, 31, 39, 52, 56, 58, 66, 68 có liên quan tới tổn thương tế bào học cổ tử cung với tỉ lệ cao hơn ( $p < 0,05$ ). Những người nhiễm HPV 31, 58, 16 có nguy cơ bị bất thường tế bào cổ tử cung cao nhất, gấp lần lượt 16,2; 11,8; 10,9 lần so với nhóm không nhiễm. Đối với tình trạng đa nhiễm, những phụ nữ mắc đồng thời HPV type 16 và 12 type khác làm tăng khả năng biến đổi tế bào cổ tử cung gấp 10 lần so với những người không nhiễm. **Kết luận:** Tỉ lệ nhiễm HPV nguy cơ cao trong khảo sát tại bệnh viện Vinmec Times city năm 2022-2023 là 20,9%. Nhiễm HPV nguy cơ cao có nguy cơ tổn thương cổ tử cung gấp 5,76 lần so với người không nhiễm HPV nguy cơ cao.

**Từ khóa:** HPV, Tổn thương tế bào cổ tử cung.

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Quốc tế Vinmec Times City

<sup>2</sup>Trường Đại học Y tế Công cộng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Huy

Email: sunshine261191@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.6.2024

Ngày phản biện khoa học: 20.8.2024

Ngày duyệt bài: 10.9.2024

## SUMMARY

### ASSESSMENT OF HIGH-RISK HPV INFECTION AND ITS RELATION TO CERVICAL CYTOLOGICAL LESIONS IN WOMEN ATTENDED FOR GYNECOLOGICAL EXAMINATION AT VINMEC TIMES CITY HOSPITAL DURING 2022-2023

Cervical cancer is the fourth most common cancer in women, following breast cancer, colorectal cancer, and lung cancer.<sup>1</sup> Human papilloma virus (HPV) infection has been identified as the leading cause of cervical cancer in women, with approximately 99.7% of cervical cancer cases attributed to HPV infection. To date, among more than 200 identified HPV genotypes, several have been found to cause cancer with high frequency in humans. These high-risk types include 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, and 68 (high-risk group), with HPV types 16 and 18 alone accounting for 70% of cervical cancer cases.<sup>2</sup> **Objectives:** 1) To assess the prevalence of high-risk HPV infection in women attended for gynecological examination at Vinmec Times City hospital during 2022-2023; 2) To analyze the relation between high-risk HPV infection and cervical cytological lesions of the infected women. **Method:** Cross-sectional descriptive study. **Results:** The prevalence of high-risk HPV infection at Vinmec Times City hospital in 2022-2023 was 20.9%. Among cases of infection with single high-risk HPV, the most frequently detected types were HPV 52 (25.2%), 16 (13.1%), 58 (10.2%), 18 (8.8%), and 39 (8.8%). High-risk HPV infection resulted in significant high probability of cervical cytological lesions (OR: 5.756; 95% confidence interval 4.24 - 7.81,  $p < 0.05$ ). High-risk HPV types 16, 18, 31, 39, 52, 56, 58, 66, and 68 in single infection were the main cause of cervical cell lesions ( $p < 0.05$ ). Furthermore, among women infected with HPV types 31, 58 and 16, the incidence of cervical cell abnormalities was about tenfolds higher, e.g. of respective 16.2, 11.8 and 10.9 times, compared to noninfected women. Also, similar results were found with cases of multiple infection, i.e. co-infection with HPV type 16 and 12 other types tenfold increased the cervical cell abnormalities than that of noninfected women. **Conclusion:** Among 2863 women attended for gynecological examination at Vinmec Times City hospital during 2022-2023, the prevalence of high-risk HPV infection was of 20.9%. High-risk HPV infection increased the risk of cervical cytological lesions by 5.76 times compared to those not infected.

**Keywords:** human papillomavirus, cervical cell lesions.