

nên được áp dụng rộng rãi trong điều trị lao cột sống, đặc biệt những trường hợp nặng có biến chứng thần kinh.

### TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Ali A, Musbahi O, White VLC, Montgomery AS.** Spinal Tuberculosis: A Literature Review. *JBJS Rev.* 2019;7(1):e9. doi: 10.2106/JBJS.RVW.18.00035
2. **Garg RK, Somvanshi DS.** Spinal tuberculosis: a review. *J Spinal Cord Med.* 2011;34(5):440-54. doi: 10.1179/2045772311Y.0000000023. PMID: 22118251; PMCID: PMC3184481.
3. **Lin MZ.** "posterior spine fixation." *Eur Spine J Off Publ Eur Spine Soc Eur Spinal Deform Soc Eur Sect Cerv Spine Res Soc.* 2013;22(1):72-78. doi:10.1007/s00586-012-2544-0
4. **Jain A K.** Tuberculosis of the spine: A fresh look at an old disease. *J Bone Joint Surg Br.* 2010 Jul;92-B(70): 905-13. doi: 10.1302/0301-620X.92B7.24668. doi: 10.1302/0301-620X.92B7.24668
5. **Nguyễn Khắc Tráng** (2019). Nghiên cứu phẫu thuật cố định lõi sau và giải ép lõi bên trong điều trị lao cột sống ngực, thắt lưng có biến chứng thần kinh. Luận án Tiến sĩ Y khoa, trường Đại học Y Hà Nội.
6. **Tuân, P. T., Hoàn, Đỗ Đăng, & Tráng, N. K..** (2024). Đánh giá kết quả phẫu thuật thay đốt sống nhân tạo lõi bên và cố định cột sống lõi sau trong điều trị lao cột sống ngực tại Bệnh viện Phổi Trung ương năm 2022. *Tạp Chí Y học Cộng đồng*, 65(CD3 - Bệnh viện Phổi Trung ương). <https://doi.org/10.52163/yhc.v65iCD3.1115>.
7. **W. Lin., S. Wang., Q. Ke** (2017). Single-Stage Anterior Debridement, Autogenous Bone Grafting and Anterior or Posterior Instrumentation for Spinal Tuberculosis. *Annals of Orthopedics and Musculoskeletal Disorders Journal*, 1:1,,.
8. **Gehlot PS, Chaturvedi S, Kashyap R, Singh V.** Pott's Spine: Retrospective Analysis of MRI Scans of 70 Cases. *J Clin Diagn Res.* 2012 Nov;6(9):1534-8. doi: 10.7860/JCDR/2012/4618.2552. PMID: 23285449; PMCID: PMC3527789.
9. **Tang L, Fu CG, Zhou ZY, Jia SY, Liu ZQ, Xiao YX, Chen HD, Cai HL.** Clinical Features and Outcomes of Spinal Tuberculosis in Central China. *Infect Drug Resist.* 2022 Nov 11;15:6641-6650. doi: 10.2147/IDR.S384442. PMID: 36386413; PMCID: PMC9664916.
10. **Pandey BK, Sangondimath GM, Chhabra HS.** Single stage posterior instrumentation and anterior interbody fusion for tuberculosis of dorsal and lumbar spines. *Nepal Orthop Assoc J.* 2011;2(1):21-26.

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI HOÀN TOÀN ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG LẤY BỆNH PHẨM QUA ĐƯỜNG TỰ NHIÊN TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Vũ Xuân Vinh<sup>1</sup>, Nguyễn Ngọc Hùng<sup>1</sup>, Nguyễn Vũ Quang<sup>1</sup>, Nguyễn Huy Du<sup>2</sup>, Nguyễn Thế Hiệp<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

Nghiên cứu hồi cứu được tiến hành trên 30 người bệnh ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đoạn đại trực tràng và lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên tại bệnh viện Bạch Mai trong thời gian từ tháng 1/2021 đến tháng 12/2023. **Kết quả:** Tuổi trung bình 63,5 (39-77), tỉ lệ nam/nữ 1/2, BMI trung bình 21,6. Vị trí khối u chủ yếu ở đại tràng sigma 19 BN và trực tràng 7 BN. Lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo 14 BN (46,7%), trực tràng 16 BN (53,4%). Miệng nối chủ yếu là bên- tần chiếm 70%. Kích thước khối u trung bình: 24 ± 10mm (6-45mm). Thời gian phẫu thuật trung bình 150 ± 30 phút (90-210 phút). 100% BN mổ nội soi hoàn toàn. Biến chứng sau mổ: 1 Bn rò miệng nối sau mổ và nhiễm trùng vết mổ, sốt sau mổ 3 bệnh nhân (10%). Số

ngày nằm viện sau mổ 5,8 ± 1,3 ngày, không có ca tử vong trong 30 ngày liên quan đến phẫu thuật. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi hoàn toàn điều trị ung thư đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên là an toàn và khả thi, hơn nữa cho kết quả sớm tốt, giảm sang chấn cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân đỡ đau hơn và phục hồi sớm sau mổ. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật kéo dài hơn. Chính vì vậy Phẫu thuật NOSE hoàn toàn có thể thay thế phẫu thuật truyền thống khi thực hiện đúng chỉ định. **Từ khóa:** Cắt đại trực tràng nội soi, lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên

### SUMMARY

#### EVALUATION OF THE RESULTS OF COMPLETE ENDOSCOPIC SURGERY FOR COLORECTAL CANCER TREATMENT NATURAL PATHOGENS AT BACH MAI HOSPITAL

**Results:** A retrospective study was conducted on 30 colorectal cancer patients who underwent complete laparoscopic resection of the colon and rectum and collected specimens through the natural route at Bach Mai Hospital from January 2021 to December 2023. Results: Average age 63.5 (39-77), male/female ratio 1/2, average BMI 21.6. Tumor location was mainly in the sigmoid colon 19 patients and rectum 7 patients.

<sup>1</sup>Bệnh viện Bạch Mai, Hà Nội

<sup>2</sup>Trường Đại Học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Vũ Quang

Email: nguyenvuquang2211@gmail.com

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 23.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

Samples were collected through the vagina 14 patients (46.7%), rectum 16 patients (53.4%). The anastomosis was mainly lateral-peritoneal, accounting for 70%. Average tumor size:  $24 \pm 10$ mm (6-45mm). Average surgical time  $150 \pm 30$  minutes (90-210 minutes). 100% of patients had complete laparoscopic surgery. Postoperative complications: 1 patient had postoperative anastomotic leakage and surgical site infection, postoperative fever in 3 patients (10%). The number of days in hospital after surgery was  $5.8 \pm 1.3$  days, there was no death within 30 days related to surgery. **Conclusion:** Complete laparoscopic surgery for colorectal cancer with natural biopsy is safe and feasible, and gives good early results. It reduces trauma to the patient, helps the patient to have less pain and recover sooner after surgery. However, the surgery time is longer. Therefore, NOSE surgery can completely replace traditional surgery when performed correctly. **Keywords:** Laparoscopic colorectal resection, natural specimen collection

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại tràng là một trong những bệnh lý ác tính thường gặp. Theo Globocan 2012, tính trên toàn thế giới có khoảng 1 360 000 trường hợp mới mắc ung thư đại trực tràng, chiếm khoảng 10% tổng số các bệnh lý ung thư và ước tính có 694.000 người tử vong do ung thư đại trực tràng, chiếm 8,5% tất cả các nguyên nhân chết do ung thư. Điều trị Ung thư đại trực tràng hiện nay phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính để lấy bỏ khối u nguyên phát và vét hạch vùng, việc lấy hết tổ chức ung thư kể cả u nguyên phát và hạch vùng vùng có ý nghĩa quan trọng trong điều trị<sup>1</sup>. Phẫu thuật nội soi được thực hiện đầu tiên trên thế giới năm 1991 bởi Jacob<sup>1</sup> và ngày càng phát triển. Tuy nhiên, tiếp cận phẫu thuật nội soi đại trực tràng hiện nay còn nhược điểm là phải sử dụng một đường mổ bụng nhỏ để lấy bệnh phẩm ra ngoài và hỗ trợ làm miệng nối. Vết mổ này là nguyên nhân không chỉ đau sau mổ mà còn tăng các biến chứng như nhiễm trùng, thoát vị và để lại sẹo làm giảm chất lượng cuộc sống. Để khắc phục nhược điểm này phẫu thuật nội soi hoàn toàn và lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên ra đời<sup>2</sup>. Phẫu thuật này còn được coi là "phẫu thuật xâm lấn tối thiểu trong xâm lấn tối thiểu", do đã loại bỏ đường mổ bụng nhỏ, từ đó tối ưu hóa lợi ích của phẫu thuật nội soi.

Bệnh viện Bạch Mai đã bước đầu áp dụng phẫu thuật này để điều trị cho bệnh nhân ung thư đại trực tràng từ năm 2021 và đạt được kết quả tốt. Vì vậy chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm: *Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi hoàn toàn điều trị ung thư đại trực tràng và lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên tại Bệnh viện Bạch Mai.*

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Các trường hợp ung thư đại trực tràng được phẫu thuật nội soi hoàn toàn và lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên tại bệnh viện Bạch Mai từ tháng 1/ 2021 đến tháng 12/2023

### \*Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng qua nội soi ống mềm và sinh thiết cho kết quả ung thư biểu mô tuyến.

- Giai đoạn T1-T3 dựa trên phim chụp cắt lớp vi tính.

- Kích thước khối u <3cm ở bệnh nhân nam lấy bệnh phẩm qua trực tràng, <5cm ở bệnh nhân nữ lấy bệnh phẩm qua âm đạo, BMI <30

### \*Tiêu chuẩn loại trừ:

- Bệnh toàn thân nặng chống chỉ định của PTNS (COPD, suy tim sung huyết...)

- Tiền sử phẫu thuật vùng hậu môn phức tạp: Longo, rò hậu môn, trĩ

- Tiền sử phẫu thuật về sản khoa với bệnh nhân lấy bệnh phẩm qua âm đạo: Cắt tử cung, ung thư cổ tử cung, sa sinh dục.

- Tiền sử mổ cũ phức tạp không thể thực hiện được phẫu thuật nội soi

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Hồi cứu Mô tả cắt ngang

### 2.3. Các bước phẫu thuật

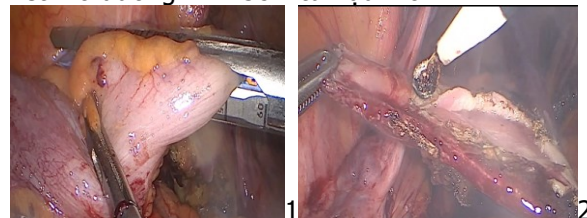
Bước 1: Chuẩn bị bệnh nhân

Bệnh nhân được chuẩn bị đại tràng trước mổ bằng Fortran. Gây mê nội khí quản, tư thế nằm ngửa dạng hai chân.

Bước 2: Bệnh nhân sau khi thực hiện quy trình phẫu thuật nội soi đại tràng truyền thống sẽ được lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên và làm miệng nối trong ổ bụng hoàn toàn bằng nội soi

• Quá trình thực hiện miệng nối trong bằng máy nối tròn và lấy bệnh phẩm qua đường trực tràng được thực hiện cho bệnh nhân khối u đại tràng sigma và trực

Sau khi cắt mạc treo trực tràng chuẩn bị điện cắt dưới u an toàn, cắt ngang trực tràng bằng Stapler 60mm, sau đó mổ trực tràng được cắt mở bằng dao điện để đưa túi bảo vệ vết mổ đường kính 5cm từ hậu môn.



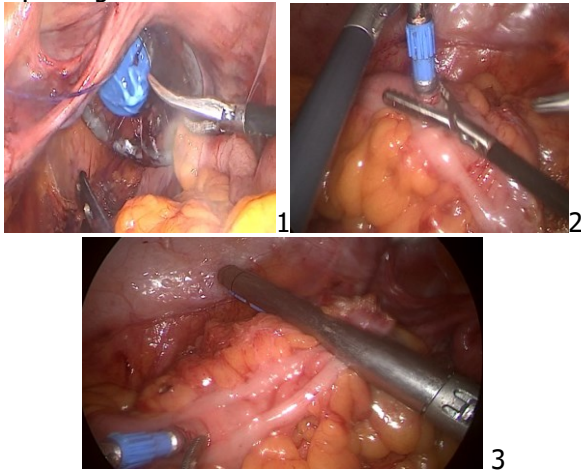
**Hình 1: Chuẩn bị mổ trực tràng**

(1. cắt trực tràng bằng Stapler; 2. mở mổ)

trực tràng bằng dao điện)

- Sau khi chuẩn bị kênh trực tràng hậu môn mà trong đó trực tràng được bảo vệ tránh tổn thương khi thao tác và reo rắc tế bào ung thư bằng túi bảo vệ vết mổ, anvil được đưa vào ổ bụng.

- Mở đầu trên trực tràng để đưa anvil vào trong lòng đại tràng, sau đó diện cắt trên được cắt bằng Stapler đồng thời cũng là đóng móm đại tràng.

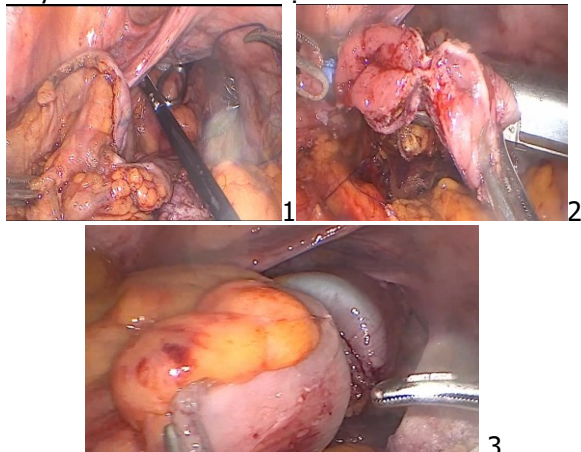


**Hình 2: Quá trình chuẩn bị điện cắt trên**

(1. đưa anvil vào ổ bụng qua kênh hậu môn trực tràng; 2. đưa anvil vào trong lòng đại tràng; 3. cắt đại tràng điện cắt trên bằng Stapler 60)

- Bệnh phẩm được kéo qua kênh trực tràng hậu môn sử dụng pince anker, lưu ý pince sẽ cầm vào móm trên trực tràng để tránh quá trình kéo áp lực sẽ đẩy chất bẩn và tế bào ung thư vào ổ bụng.

- Móm trực tràng được đóng lại bằng Stapler 60 và miệng nối bên tận được thực hiện bằng máy nối tròn CDH 29 hoặc EEA 28.



**Hình 3: Quá trình lấy bệnh phẩm (1) đóng móm trực tràng (2) và làm miệng nối (3)**

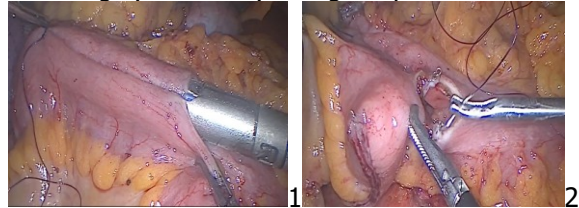
• Quá trình thực hiện miệng nối trong bằng

máy nối thẳng và lấy bệnh phẩm qua âm đạo áp dụng với bệnh nhân ung thư đại tràng phải và đại tràng trái ở nữ

- Sau khi cắt rời đoạn đại tràng, khâu cố định đoạn ruột nối bằng vicryl 3.0 cách diện cắt 6cm. Mở ruột bằng dao điện vị trí đưa hai cành máy nối Stapler 60mm.

Đưa hai cành máy nối vào trong lòng đại tràng qua vị trí mở ruột và tạo miệng nối bên bên

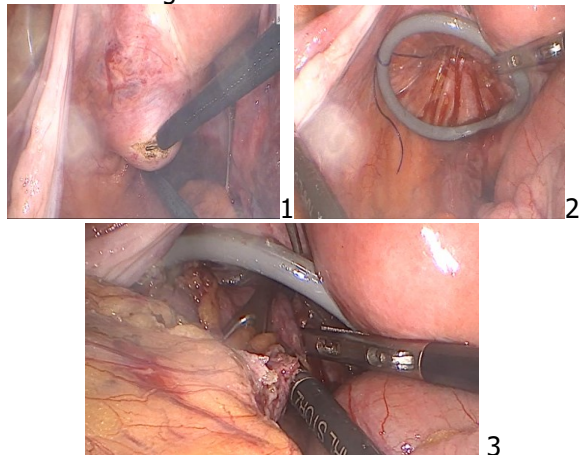
Đóng vị trí mở ruột bằng vicryl 3.0 khâu vắt



**Hình 4: Thực hiện miệng nối bên bên 1**

(1. đặt máy nối; 2. khâu kín lỗ mở ruột)

- Lấy bệnh phẩm: người phụ đặt một gạc vào cùng đồ sau âm đạo để xác định vị trí mở qua nội soi ổ bụng. Rạch mở cùng đồ sau âm đạo 3cm, sau đó đặt túi bảo vệ vết mổ 5cm qua đường rạch vào ổ bụng. Người phụ sử dụng pince anker lấy bệnh phẩm qua kênh này. Đường rạch mở âm đạo được khâu đường tăng sinh môn bằng chỉ safil số 1 mũi vắt.



**Hình 5: Quá trình lấy bệnh phẩm qua âm đạo**

(1. mở đồ sau; 2. đặt túi bọc vết mổ tạo kênh thao tác qua cùng đồ sau âm đạo; 3. lấy bệnh phẩm qua túi bọc vết mổ)

• Với bệnh nhân ung thư đại tràng sigma và trực tràng với khối u có kích thước từ 3-5cm, trình làm miệng nối bên tận tương tự như trên và lấy bệnh phẩm qua kênh âm đạo.

### III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Thời gian nghiên cứu từ tháng 1/2021 đến tháng 12/ 2023 có 30 bệnh nhân phẫu thuật nội soi hoàn toàn cắt đại trực tràng và lấy bệnh

phẩm qua đường tự nhiên tại bệnh viện Bạch Mai thu được kết quả như sau: Tuổi trung bình 63,5 (39-77), tỉ lệ nam/nữ 1/2, BMI trung bình 21,6 (15,6-24.5).

**Bảng 1: Đặc điểm trong phẫu thuật**

Trong nghiên cứu 30 bệnh nhân được làm miệng nối trong ổ bụng

Đặc điểm	Kết quả
<b>Thời gian phẫu thuật</b>	150±30 phút
Hậu môn	(90-210 phút) 149±27 phút
Trực tràng	(120-195 phút) 162±37 phút
<b>Miệng nối</b>	
Bên tận bằng máy nối tròn	22 BN( 73,4%)
Bên bên bằng Staler thẳng	8 BN(26,6%)
<b>Đường lấy bệnh phẩm</b>	
Âm đạo	14 (46,7%)
Hậu môn	16 (53,4%)
<b>Thời gian lấy bệnh phẩm</b>	
Hậu môn	149 ± 27 phút, (120- 195 phút)
Âm đạo	162 ± 37 phút, (90 - 240 phút)
<b>Vị trí khối u</b>	
Đại tràng phải	1 BN
Đại tràng trái	3 BN
Đại tràng sigma	19 BN
Trực tràng	7 BN

**Bảng 2: Kết quả sau mổ**

Đặc điểm	Kết quả
<b>Số ngày nằm viện</b>	5,8±1,3 ngày
Hậu môn	(4-10 ngày) 5,8±1,1 ngày
Âm đạo	(4 – 7 ngày) 5,8±1,3 ngày
	(5-10 ngày)
<b>Dinh dưỡng đường miệng</b>	
Ngày đầu sau mổ	100%
<b>Biến chứng sau mổ</b>	
Nhiễm trùng	3 BN
Rò miệng nối	1 BN
Tử vong	0 BN
<b>Kích thước khối u</b>	2.4±1cm(0.6-4.5cm)
<b>Giai đoạn T</b>	
T1	8 BN
T2	9 BN
T3	13 BN
<b>Số hạch nạo vét</b>	13,2±4,9
N0	22 BN
N1	5 BN
N2	1 BN
N3	2 BN

**IV. BÀN LUẬN**

Trong nghiên cứu tuổi trung bình 63,8 ± 8,8 tuổi (39-77 tuổi), Kết quả này phù hợp với Đặng Công Thuận<sup>3</sup> tuổi trung bình 61,2±15,2 tuổi, Chen W.T.L<sup>4</sup> tuổi trung bình 69,44 tuổi. Nữ chiếm 70%, tỉ lệ nam/nữ là 1:2,2.

Trong nghiên cứu tất cả các trường hợp đều thực hiện miệng nối hoàn toàn trong ổ bụng bằng nội soi, trong đó 22 bệnh nhân (73,4%) bệnh nhân thực hiện miệng nối bên tận bằng máy nối tròn và được lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên tránh được đường mở bụng. Hai yếu tố chính cấu thành lên NOSE trong phẫu thuật đại trực tràng là cắt nối ruột hoàn toàn bằng nội soi và lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên từ đó loại bỏ đường mở bụng. Để thực hiện việc này có rất nhiều kĩ thuật khác nhau đặc biệt là với miệng nối sử dụng máy nối tròn. Trong nghiên cứu có 16 BN lấy bệnh phẩm qua đường trực tràng, 14 BN lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo. Đường hậu môn là tối ưu nhất do hạn chế đường rạch can thiệp thêm, tuy nhiên nhược điểm của phẫu thuật này phụ thuộc vào vị trí khối u. Trong khi đó việc lấy bệnh phẩm qua âm đạo chỉ phụ thuộc vào giới tính và lấy được bệnh phẩm với khối u lớn hơn. Theo Karagul và cộng sự đường lấy qua hậu môn luôn là lựa chọn đầu tiên, với đường này chúng ta đạt được mục đích tránh đường rạch mở ở cơ quan khác<sup>5</sup>. Theo một đồng thuận quốc tế về NOSE 2019<sup>6</sup>. Trong các đường lấy bệnh phẩm ở phẫu thuật đại trực tràng được phân thành hai loại bao gồm: qua hậu môn và qua âm đạo. Một số lượng lớn nghiên cứu và thực hành lâm sàng xác nhận rằng hậu môn là đường lý tưởng nhất để lấy bệnh phẩm và phù hợp nhất với các yêu cầu cơ bản của phẫu thuật xâm lấn tối thiểu. Âm đạo cũng được đề cập đến như là một giải pháp để lấy bệnh phẩm đại trực tràng với kích thước lớn hơn khi so sánh với hậu môn. Đường lấy bệnh phẩm qua âm đạo có một số đặc điểm thuận lợi là độ đàn hồi tốt, tưới máu tốt nên quá trình liền vết thương dễ dàng và dễ tiếp cận. Tuy nhiên có một số hạn chế như: đầu tiên đây là kĩ thuật chỉ giới hạn ở phụ nữ, thứ hai việc mở thành âm đạo có thể gia tăng biến chứng sau mổ ảnh hưởng chức năng tình dục, thứ ba lấy bệnh phẩm qua âm đạo cũng bị giới hạn bởi yếu tố đạo đức. Đường lấy bệnh phẩm qua hậu môn áp dụng cho khối u nhỏ, đường âm đạo áp dụng ở phụ nữ với bệnh phẩm lớn không thể lấy được qua hậu môn.

Kích thước khối u là tiêu chí quan trọng nhất liên quan đến chỉ định lấy bệnh phẩm qua âm đạo hoặc trực tràng và quyết định sự thành

công, an toàn của kĩ thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi thực hiện lấy bệnh phẩm qua trực tràng với khối u nhỏ (<3cm), với khối u lớn hơn ở BN nữ chúng tôi lấy bệnh phẩm qua đường âm đạo. Kích thước trung bình khối u là  $2,4 \pm 1\text{cm}$ , chúng tôi không có trường hợp nào thất bại phải chuyển sang lấy đường bụng. Theo Karagul và cộng sự tỉ lệ thất bại của kĩ thuật liên quan đến khối u có kích thước từ  $6,5 \pm 4,2\text{ cm}$ , và tỉ lệ thành công của NOSE tăng lên ở BN nữ và khối u kích thước nhỏ<sup>5</sup>.

Nghiên cứu của chúng tôi thời gian phẫu thuật trung bình 150 phút nhanh nhất 90 phút, lâu nhất 210 phút. Thời gian phẫu thuật của chúng tôi cũng tương đồng với một số tác giả khác như Franklin là 164 phút (N=303 BN)<sup>7</sup>, Dương Xuân Lộc 172 phút<sup>8</sup>. Tất cả các BN được cho ăn đường tiêu hóa và vận động ngay từ ngày thứ 1 sau phẫu thuật. Thời gian nằm viện trung bình  $5,8 \pm 1,3$  ngày (4-10 ngày), tương tự như Franklin là 6,9 ngày và 5,5 ngày cho BN nhân lấy bệnh phẩm qua trực tràng và âm đạo<sup>7</sup>. Với ưu điểm loại bỏ đường mổ bụng, các nghiên cứu đều cho kết quả tốt về hiệu quả giảm đau, nhanh hồi phục và thời gian nằm viện ngắn hơn so với phẫu thuật nội soi truyền thống.

Nghiên cứu của Leroy và cộng sự, trong quá trình phẫu thuật lấy dịch ổ bụng nuôi cấy có nhiễm đa vi khuẩn ở tất cả 16 BN. Vi khuẩn hiếu khí, kỵ khí đều có mặt, trong đó E coli là vi khuẩn hiếu khí thường gặp nhất (11 BN), Bacteroides Fragilis là vi khuẩn kỵ khí gặp nhiều nhất (8 BN), nhiễm cả 2 vi khuẩn này gặp ở 6 BN. Sau mổ tất cả BN đều có tăng bạch cầu đa nhân trung tính và CRP, tuy nhiên không có trường hợp nào phát triển thành nhiễm trùng nặng và các chỉ số trở về bình thường trong 5 ngày<sup>9</sup>. Trong nghiên cứu của chúng tôi có 3 BN sốt và tăng bạch cầu sau mổ, các BN này kiểm tra đều không có apxe tồn dư và chúng tôi điều trị bằng kháng sinh. Có 1 BN bị rò miệng nổi biểu hiện rò trực tràng âm đạo vào ngày thứ 10. Đây là một trường hợp bệnh nhân ung thư trực tràng giữa được điều trị hóa xạ trước mổ, cũng là yếu tố nguy cơ của bục rò miệng nổi.

Bên cạnh yếu tố nhiễm trùng, một vấn đề quan trọng trong NOSE cần được quan tâm là mức độ an toàn về mặt ung thư học. Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng việc lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên có mức độ an toàn tương tự lấy qua thành bụng bằng so sánh mẫu tế bào phúc mạc<sup>10</sup>. Hơn nữa, vấn đề tái phát tại chỗ,

kết quả lâu dài của NOSE là tương tự phẫu thuật nội soi truyền thống. Điều này cũng chỉ ra rằng NOSE trong phẫu thuật đại trực tràng hoàn toàn đáp ứng yêu cầu về mặt ung thư học.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi hoàn toàn điều trị ung thư đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua đường tự nhiên là an toàn và khả thi, hơn nữa cho kết quả sớm tốt, giảm sang chấn cho bệnh nhân, giúp bệnh nhân đỡ đau hơn và phục hồi sớm sau mổ. Tuy nhiên thời gian phẫu thuật kéo dài hơn. Chính vì vậy Phẫu thuật NOSE hoàn toàn có thể thay thế phẫu thuật truyền thống khi thực hiện đúng chỉ định.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **J Ferlay, I Soerjomataram, R Dikshit, et al.** Cancer incidence and mortality worldwide: sources, methods and mortality patterns in GLOBOCAN 2012. *Int J Cancer*. 2015;136(5):E359-386.
2. **ME Franklin, Jr., R Ramos, D Rosenthal, W Schuessler.** Laparoscopic colonic procedures. *World J Surg*. 1993;17(1):51-56.
3. **Đặng Công Thuận và CS.** Nghiên cứu mối liên quan giữa nồng độ CEA và các đặc điểm lâm sàng, giải phẫu bệnh trong ung thư biểu mô đại trực tràng. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế*. 2012;9:86-95.
4. **WT-L Chen, S-C Chang, H-C Chiang, et al.** Single-incision laparoscopic versus conventional laparoscopic right hemicolectomy: a comparison of short-term surgical results. *Surgical endoscopy*. 2011;25:1887-1892.
5. **S Karagul, C Kayaalp, F Sumer, et al.** Success rate of natural orifice specimen extraction after laparoscopic colorectal resections. *Techniques in coloproctology*. 2017;21:295-300.
6. **X Guan, Z Liu, A Longo, et al.** International consensus on natural orifice specimen extraction surgery (NOSES) for colorectal cancer. *Gastroenterol Rep (Oxf)*. 2019;7(1):24-31.
7. **M Franklin, S Liang, K Russek.** Natural orifice specimen extraction in laparoscopic colorectal surgery: transanal and transvaginal approaches. *Techniques in coloproctology*. 2013;17:63-67.
8. **Dương Xuân Lộc và CS.** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt đại trực tràng lấy bệnh phẩm qua ngã hậu môn. *Tạp chí Y Dược học - Trường Đại học Y Dược Huế* 2014;21:94-98.
9. **J Leroy, F Costantino, R Cahill, et al.** Laparoscopic resection with transanal specimen extraction for sigmoid diverticulitis. *Journal of British Surgery*. 2011;98(9):1327-1334.
10. **S Wang, J Tang, W Sun, H Yao, Z Li.** The natural orifice specimen extraction surgery compared with conventional laparoscopy for colorectal cancer: a meta-analysis of efficacy and long-term oncological outcomes. *International Journal of Surgery*. 2022;97:106196.

## KẾT QUẢ HÓA XẠ TRỊ TIỀN PHẪU UNG THƯ TRỰC TRÀNG TRUNG BÌNH, THẤP BẰNG KỸ THUẬT ĐIỀU BIẾN LIỀU

Trần Thị Hoài Thanh<sup>1</sup>, Phạm Tuấn Anh<sup>2,3</sup>,  
Võ Văn Xuân<sup>2</sup>, Nguyễn Thị Phương Anh<sup>2</sup>

### TÓM TẮT

**Mục tiêu:** Mô tả một số đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được hóa xạ trị tiền phẫu bằng kỹ thuật điều biến liều và đánh giá kết quả điều trị của nhóm bệnh nhân nghiên cứu. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả hồi cứu trên 47 bệnh nhân ung thư trực tràng trung bình, thấp được điều trị hóa xạ trị tiền phẫu với kỹ thuật xạ trị điều biến liều + capecitabine đủ phác đồ tại bệnh viện tỉnh Hải Dương từ tháng 3 năm 2021 đến hết tháng 6 năm 2024. **Kết quả:** Tỷ lệ nam/nữ là 1,6/1, Đa số các bệnh nhân trên 40 tuổi (95,7%) trong đó nhóm tuổi hay gặp nhất là 51-70 tuổi (63,9%); Lý do vào viện chủ yếu là đại tiện phân nhầy máu (53,2%). Thời gian phát hiện bệnh trung bình là 4,68 ± 2,5 tháng. Hình thái u hay gặp trên nội soi là thể sùi và sùi loét chiếm ưu thế 93,6%; có 3 trường hợp u thể loét chiếm tỷ lệ 6,4%. Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa vừa chiếm tỷ lệ cao nhất 72,3%; Ung thư biểu mô tế bào biệt hóa cao chiếm 17,0% và ung thư biểu mô kém biệt hoá là 10,7%. Nồng độ CEA trung bình trước điều trị là 5,01±4,7ng/ml. Nồng độ CEA sau điều trị trung bình 3,1±1,6ng/ml. Sự giảm CEA trước và sau điều trị có ý nghĩa thống kê với p=0,048. Tỷ lệ phẫu thuật bảo tồn cơ thắt là 16,2%. Đáp ứng trên cộng hưởng từ: có 59,6% khối u giảm giai đoạn T, sự thay đổi có ý nghĩa thống kê (p<0,0010). Tỷ lệ đáp ứng một phần trên mô bệnh học là 83,7%, tỷ lệ đáp ứng hoàn toàn là 9,3%. Trung vị thời gian sống thêm không bệnh là 25,9 ± 1,7 tháng. Bệnh nhân có thời gian tái phát sớm nhất là 4 tháng, cao nhất là 31 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh ở giai đoạn II cao hơn giai đoạn III, sự khác biệt có ý nghĩa thống kê (p=0,032).

**Từ khóa:** Ung thư trực tràng, hóa xạ trị tiền phẫu, kỹ thuật điều biến liều

### SUMMARY

#### RESULTS OF PREOPERATIVE CHEMORADIATION THERAPY FOR MIDDLE AND LOW RECTAL CANCER USING INTENSITY-MODULATED RADIATION THERAPY

**Objectives:** To study clinicopathological characteristics of patients with middle and low rectal cancer who received preoperative intensity-modulated radiation therapy and evaluate the treatment results

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa Tỉnh Hải Dương

<sup>2</sup>Bệnh viện K

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Tuấn Anh

Email: phamtuananh@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 12.11.2024

Ngày phản biện khoa học: 24.12.2024

Ngày duyệt bài: 21.01.2025

of these patient. **Patients and method:** A descriptive study of 47 middle and low rectal cancer patients who were treated with IMRT plus Capecitabine preoperative from March 2021 to June 2024 at Hải Dương Province Hospital. **Results:** The male/female ratio was 1.6/1. The majority of patients were over 40 years old (95.7%), with the most common age group being 51-70 years old (63.9%). The main reason for hospitalization was bloody mucus in the stool (53.2%). The average time of disease detection was 4.68 ± 2.5 months. The common tumor morphology on endoscopy was the exophytic and ulceration-exophytic type, accounting for 93.6%. Moderately differentiated carcinoma accounted for the highest rate of 72.3%. Highly differentiated carcinoma accounted for 17.0% and poorly differentiated carcinoma was 10.7%. The average CEA concentration before treatment was 5.01±4.7ng/ml. The average CEA concentration after treatment was 3.1±1.6ng/ml. The decrease in CEA before and after treatment was statistically significant with p=0.048. The rate of sphincter-preserving surgery was 16.2%. Response on MRI: 59.6% of tumors decreased in T stage, the change was statistically significant (p<0.001). The rate of partial response on histopathology was 83.7%, the rate of complete response was 9.3%. The median disease-free survival was 25.9 ± 1.7 months. The earliest recurrence time for patients was 4 months, the highest was 31 months. The disease-free survival in stage II was higher than in stage III, the difference was statistically significant (p=0.032). **Keywords:** Rectal cancer, preoperative chemoradiotherapy, Intensity-modulated radiation therapy.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng là bệnh ác tính đường tiêu hóa thường gặp trên thế giới cũng như ở Việt Nam. Theo ghi nhận của Globocan năm 2022, tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 4 (9,3%) trong các bệnh ung thư thường gặp và tỷ lệ tử vong là 3,9%<sup>1</sup>. Điều trị ung thư trực tràng giai đoạn tiến triển tại chỗ không di căn là điều trị đa mô thức trong đó phẫu thuật đóng vai trò căn bản. Khó khăn lớn nhất trong điều trị ung thư trực tràng là giảm nguy cơ tái phát tại chỗ nhưng vẫn bảo tồn được chức năng cơ thắt để nâng cao chất lượng sống của bệnh nhân, đặc biệt với khối u ở vị trí thấp của trực tràng. Tuy nhiên ở những bệnh nhân chỉ phẫu thuật đơn thuần, tỷ lệ thất bại tại tương đối cao (25-50%)<sup>2</sup>. Hiện nay, hóa xạ trị tiền phẫu được coi là điều trị chuẩn cho bệnh nhân UTTT tiến triển chưa có di căn xa còn có khả năng phẫu thuật. Kỹ thuật xạ trị điều biến liều