

# KẾT QUẢ BƯỚC ĐẦU PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ ĐẠI TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐA KHOA TỈNH LÀO CAI

Tô Minh Hùng<sup>1</sup>, Phạm Văn Thịnh<sup>1</sup>, Nguyễn Văn Quân<sup>1</sup>,  
Nguyễn Văn Thắng<sup>1</sup>, Quách Văn Kiên<sup>2,3</sup>

## TÓM TẮT

**Mục tiêu nghiên cứu:** Phẫu thuật nội soi (PTNS) điều trị ung thư đại trực tràng đang được thực hiện ngày càng phổ biến tại các bệnh viện trên cả nước. BV đa khoa tỉnh Lào Cai thực hiện ca PTNS cắt đại trực tràng đầu tiên vào năm 2021. Và cho đến nay, PTNS trong điều trị ung thư đại trực tràng đã dần dần trở thành thường quy tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá hiệu quả ứng dụng phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện đa khoa tỉnh Lào Cai giai đoạn 2022 - 2024. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư đại trực tràng được điều trị bằng PTNS từ tháng 6 năm 2022 đến tháng 6 năm 2024 tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai. **Kết quả:** 61 bệnh nhân được PTNS cắt đại trực tràng với độ tuổi trung bình  $62,3 \pm 12,6$  tuổi (từ 19 đến 93 tuổi). Nam 43, Nữ 18. Có 100% bệnh nhân có kết quả ung thư biểu mô tuyến. PTNS điều trị triệt căn ung thư trực tràng, đại tràng sigma được thực hiện nhiều nhất (55,7%). Thời gian phẫu thuật trung bình là:  $189 \pm 43,75$  phút. Min: 120 phút. Max: 300 phút. Số lượng hạch nạo vét trung bình là:  $7 \pm 2,8$  hạch. Biến chứng sau mổ 13,1%. Tỷ lệ rò miệng nối 4,9% (3BN), nhiễm trùng 8,2%. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ:  $10,9 \pm 3,7$  ngày. **Kết luận:** PTNS điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai cho kết quả ban đầu khả quan với tỷ lệ biến chứng thấp. Cần nâng cao chất lượng giải phẫu bệnh để đánh giá giai đoạn bệnh chính xác hơn. **Từ khóa:** Ung thư đại trực tràng, phẫu thuật nội soi.

## SUMMARY

### INITIAL EVALUATION OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR THE TREATMENT OF COLORECTAL CANCER IN LAO CAI PROVINCIAL GENERAL HOSPITAL

**Research Objective:** Laparoscopic surgery (LS) for the treatment of colorectal cancer is increasingly being performed at provincial hospitals across the country. Lao Cai General Hospital conducted its first laparoscopic colorectal resection in 2021. Since then, LS for colorectal cancer treatment has gradually become routine at Lao Cai General Hospital. This study was conducted to evaluate the effectiveness of

laparoscopic surgery in the treatment of colorectal cancer at Lao Cai General Hospital during the 2022-2024 period. **Subjects and Methods:** A retrospective study was conducted on all colorectal cancer patients treated with LS from June 2022 to June 2024 at Lao Cai General Hospital. **Results:** A total of 61 patients underwent laparoscopic colorectal resection, with a mean age of  $62.3 \pm 12.6$  years (ranging from 19 to 93 years). Among them, 43 were male, and 18 were female. All patients (100%) were diagnosed with adenocarcinoma. The most commonly performed surgeries were radical resections for rectal and sigmoid colon cancer (55.7%). The average surgery duration was  $189 \pm 43.75$  minutes, with a minimum of 120 minutes and a maximum of 300 minutes. The average number of lymph nodes dissected was  $7 \pm 2.8$  nodes. Postoperative complications occurred in 13.1% of patients. The anastomotic leak rate was 4.9% (3 patients), and the infection rate was 8.2%. The average hospital stay after surgery was  $10.9 \pm 3.7$  days. **Conclusion:** Laparoscopic radical surgery for colorectal cancer at Lao Cai General Hospital has yielded favorable initial results, with a low complication rate. However, improving pathological assessments is necessary to achieve more accurate cancer staging. **Keywords:** Colorectal cancer, laparoscopic surgery.

## I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo GLOBOCAN 2022, Ung thư đại trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ 3 trên phạm vi toàn cầu và thứ 5 ở nước ta. Điều trị ung thư đại trực tràng là điều trị đa mô thức, trong đó phẫu thuật có vai trò chủ yếu. Khoảng 90 - 92% ung thư đại tràng và 84% ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật<sup>1</sup>. Mổ mở đã từng là phương pháp điều trị ung thư đại trực tràng rất hiệu quả. Tháng 6 năm 1990, Moises Jacobs thực hiện cắt đại tràng nội soi đầu tiên tại Miami, Florida. Trong những năm sau đó, phẫu thuật nội soi cắt đại tràng dần được mở rộng trong điều trị triệt căn ung thư đại trực tràng. Nhờ sự phát triển của công nghệ y học, đặc biệt là trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi, điều trị ung thư đại trực tràng đã có những bước tiến vượt bậc trở thành kỹ thuật thường quy ở hầu hết các bệnh viện tuyến Trung ương. Tuy nhiên, tại các bệnh viện tuyến tỉnh, triển khai ứng dụng kỹ thuật này vẫn còn gặp nhiều khó khăn do thiếu thốn về trang thiết bị, kỹ năng phẫu thuật, và kinh nghiệm của phẫu thuật viên. Do đó, việc đánh giá kết quả bước đầu của phẫu thuật nội soi tại các cơ sở y tế tuyến tỉnh không chỉ giúp

<sup>1</sup>Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai

<sup>2</sup>Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức

<sup>3</sup>Trường Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Tô Minh Hùng

Email: hungchnngoai17@gmail.com

Ngày nhận bài: 6.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.2.2025

Ngày duyệt bài: 14.3.2025

cải thiện kỹ thuật, nhìn nhận lại những vấn đề còn tồn tại, mà còn cung cấp những dữ liệu quan trọng cho việc tối ưu hóa điều trị ung thư đại trực tràng.

Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai đã triển khai phẫu thuật mở ung thư đại trực tràng từ năm 2000. Tuy nhiên đến năm 2021 mới triển khai phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu này để đánh giá kết quả điều trị ung thư đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi.

## II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

**2.1. Đối tượng nghiên cứu.** Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư đại trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai từ tháng 6/2022 đến tháng 06/2024

**2.2. Phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

Số liệu được thu thập từ hồ sơ bệnh án. Ghi nhận các biến số về đặc điểm chung (tuổi, giới, nghề nghiệp...), lâm sàng và cận lâm sàng (triệu chứng cơ năng, thực thể và các xét nghiệm, chẩn đoán hình ảnh...), kết quả phẫu thuật (phương pháp mổ và khâu nối, tỉ lệ chuyển mổ mở, các thông tin về bệnh phẩm sau mổ, biến chứng, thời gian trung tiện và thời gian nằm viện...). Số liệu được thu thập theo mẫu định sẵn được lưu trữ và thống kê bằng phần mềm SPSS 20.0.

**\* Phương pháp phẫu thuật:** Trong tất cả các trường hợp, kỹ thuật phẫu tích tiếp cận từ bên trong được áp dụng, đảm bảo nguyên tắc phẫu thuật ung thư đại trực tràng như thắt mạch sát gốc, cắt rộng rãi và không chạm u. Bó mạch mạc treo tràng dưới, đại tràng trái, đại tràng giữa, đại tràng phải và hồi manh tràng được bộc lộ đầu tiên và thắt tận gốc tùy theo vị trí khối u và kèm theo nạo vét hạch D2. Đối với ung thư đại tràng phải, giới hạn cắt bao gồm 10cm đoạn cuối hồi tràng đến đại tràng ngang. Ung thư đại tràng ngang được phẫu thuật với cả hai phương pháp cắt đại tràng phải mở rộng hoặc cắt đại tràng ngang. Đối với ung thư đại tràng trái, thắt động mạch mạc treo tràng dưới tận gốc. Đối với ung thư trực tràng, tùy thuộc vào vị trí và mức độ xâm lấn của khối u, tình trạng cơ thắt và tình trạng của bệnh nhân để lựa chọn các phương pháp như cắt trước, cắt trước thấp, cắt trước cực thấp hoặc phẫu thuật Miles. Mặt cắt dưới trực tràng cách khối u ít nhất 2cm (và 5cm đối với ung thư biệt hóa kém).

## III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 6/2022 đến tháng 6/2024, bệnh

viện Đa khoa tỉnh Lào Cai đã thực hiện 61 trường hợp cắt đại trực tràng bằng phẫu thuật nội soi do ung thư biểu mô với kết quả như sau:

**Bảng 1. Đặc điểm chung**

Đặc điểm chung		
Tuổi trung bình		62 ± 12,6 tuổi
Nhóm tuổi	<55	17 (27,87%)
	≥55	44 (72,13%)
Giới	Nam	43 (70,49%)
	Nữ	18 (29,51%)
Bệnh kèm theo		34 (55,73%)
Tiền sử PT bụng		11 (18,03%)

**Nhận xét:** Bệnh nhân giới Nam gặp nhiều hơn Nữ, độ tuổi >55 chiếm 2/3 tổng số bệnh nhân phẫu thuật.

**Bảng 2. Cận lâm sàng trước phẫu thuật**

Cận lâm sàng		
Khối u/siêu âm bụng		20/61 (32,7%)
Khối u/CT scan bụng		57/61 (93,44%)
Khối u/ MRI		34/34 (100%)
CEA	<5 ng/mL	28 (45,9%)
	≥ 5ng/mL	33 (54,1%)
Thiếu máu	Không thiếu máu	21(34,42%)
	Nhẹ	31( 50,81%)
	Vừa	06 (9,83%)
	Nặng	03 (4,91%)

**Nhận xét:** Chụp cắt lớp vi tính chúng tôi chỉ định cho hầu hết các bệnh nhân, có 93,44% phát hiện được khối u, gần 7% không phát hiện được khối u. MRI phát hiện ra khối u có hiệu quả tốt 34/34 (100%), đặc biệt là các khối u đại tràng tràng sigma và trực tràng.

**Bảng 3. Đặc điểm phẫu thuật và kết quả sớm**

Phương pháp phẫu thuật	Cắt ĐT phải và ĐT phải mở rộng	11(18,03%)
	Cắt ĐT ngang	05(8,19%)
	Cắt ĐT trái và ĐT trái mở rộng	05(8,19%)
	Cắt đoạn ĐT sigma trực tràng	18(29,50%)
	Cắt trực tràng nối ngay	16(26,23%)
	PT Miles	03(4,91%)
	PT Hartmann	03(4,91%)
Thời gian phẫu thuật		189±23,75 phút

**Nhận xét:** Phẫu thuật cắt đại tràng sigma trực tràng và cắt trực tràng nối ngay chiếm 55,73%, phẫu thuật Miles và phẫu thuật Hartmann chiếm gần 5%.

**Bảng 4. Biến chứng sau phẫu thuật**

Thời gian nằm viện trung bình	12,5±4,4ngày
Thời gian nằm viện trung bình sau mổ	10,9±3,7ngày

<b>Số ca tử vong trong thời gian nằm viện</b>		0
<b>Biến chứng sau mổ</b>	Chảy máu sau mổ	0
	Ap xe trong xoang bụng	02 (3,2%)
	Nhiễm trùng vết mổ	05 (8,2%)
	Xì miệng nổi	03 (4,91%)
	Tắc ruột sớm sau mổ	07 (11,47%)
	Viêm phổi	04 (6,55%)

**Nhận xét:** Xì miệng nổi chúng tôi gặp 03 bệnh nhân, không gặp trường hợp nào chảy máu sau mổ. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ:  $10,9 \pm 3,7$  ngày

**Bảng 5. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ**

<b>Mô bệnh học khối u</b>	Carcinôm tuyến biệt hóa cao	0
	Carcinôm tuyến biệt hóa vừa	53(86,88%)
	Carcinôm tuyến biệt hóa kém	2(3,27%)
	Carcinoid tế bào nhân	2(3,27%)
	Carcinoma tuyến nhầy	4(6,57)
<b>Diện cắt còn tế bào ung thư (ung thư trực tràng)</b>		0
<b>Trung bình số hạch nạo vét được</b>		$7 \pm 2,8$ hạch
<b>Giai đoạn khối u (AJCC 8)</b>	I	7(11,7%)
	II	35 (57,3 %)
	III	18 (29,5)%
	IV	01 (1,63%)

**Nhận xét:** Carcinôm tuyến biệt hóa vừa 53 bệnh nhân (86,88%), nghiên cứu của chúng tôi không ghi nhận bệnh nhân nào Carcinôm tuyến biệt hóa cao. Trung bình số hạch nạo vét được  $09 \pm 2,8$  hạch. Nghiên cứu của chúng tôi gặp 01 bệnh nhân giai đoạn VI.

#### IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là  $62,3 \pm 12,6$  tuổi, trẻ nhất 19 tuổi và lớn nhất 93 tuổi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong nước như của Đỗ Đình Công ( $62,9 \pm 16,5$  tuổi), nhưng thấp hơn tác giả Hồ Hữu Đức với tuổi trung bình 64,8 hay kết quả của các tác giả nước ngoài như Katsuno với trung bình  $66 \pm 12$  tuổi<sup>2</sup>. Có 27% bệnh nhân mắc ung thư đại trực tràng trước tuổi 55 và 73% sau tuổi 55. Như vậy, nghiên cứu của chúng tôi cũng giống như trong y văn, cho thấy ung thư đại trực tràng là bệnh lý thường xuất hiện ở lứa tuổi trên 55. Vì vậy khuyến cáo người dân > 45 tuổi phải có thói quen đi sàng lọc các bệnh lý ống tiêu hoá. Tuy nhiên nghiên cứu này chúng tôi gặp 01 bệnh nhân mắc ung thư đại tràng tuổi 19, trẻ hơn các nghiên cứu khác.

Tỉ lệ bệnh nhân thiếu máu của chúng tôi cao

hơn các nghiên cứu trong và ngoài nước. Kết quả công thức máu trước mổ cho thấy có 40/61 chiếm 65,58% bệnh nhân có nồng độ hemoglobin trước mổ <12 g/dL, được xem là thiếu máu. Tỷ lệ này cao hơn nhiều so với các tác giả Mai Văn Đợi Trường Y Dược Cần Thơ<sup>3</sup> (36,92%), tác giả Vayrynen<sup>4</sup> (43%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn có thể bệnh nhân chúng tôi đến viện muộn, các bệnh nhân miền núi thường tiếp cận các dịch vụ y tế còn chậm và tâm lý khi bị bệnh còn dè dặt thuốc nam. Đại tiện ra máu là triệu chứng hay gặp trong ung thư đại trực tràng. Thiếu máu trước phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng là một yếu tố tiên lượng nặng.

Nồng độ CEA không phải là xét nghiệm có giá trị quyết định trong chẩn đoán, tuy nhiên chúng tôi chỉ định 100% các bệnh nhân đều làm xét nghiệm này để tiên lượng và là cơ sở so sánh đánh giá sau mổ và theo dõi về sau. Trước mổ trong giới hạn bình thường (<5ng/mL) ghi nhận trong 28/61 trường hợp, chiếm tỷ lệ 45,9%. Có 33/61 trường hợp CEA tăng hơn 5ng/ mL chiếm 54,1%. Trong nghiên cứu của Phạm Văn Năng, có 57,1% bệnh nhân có nồng độ CEA trước mổ trong giới hạn bình thường<sup>5</sup>.

Chụp cắt lớp ổ bụng phát hiện được khối u đại trực tràng chiếm trên 90%, trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư đại trực tràng ở giai đoạn II, III cùng gần 90 %, các khối u to có thể phát hiện trên CLVT, tuy nhiên vẫn còn 7 % bệnh nhân u đại trực tràng không phát hiện được bằng chụp CLVT ổ bụng.

Trong nghiên cứu này chúng tôi có 34 bệnh nhân được chụp MRI đều phát hiện được khối u, đó là các khối u ở vùng tầng dưới ổ bụng (u đại tràng sigma và trực tràng). MRI là khả năng phân biệt các mô mềm tốt hơn so với CT hoặc siêu âm nội trực tràng, đặc biệt là trong việc phát hiện sự xâm lấn của các cấu trúc lân cận như bàng quang, tử cung, hoặc tuyến tiền liệt ở giai đoạn tiến triển của ung thư trực tràng (giai đoạn T4)<sup>6</sup>. MRI có khả năng phát hiện xâm lấn lớp thanh mạc trực tràng với độ nhạy 94% và độ đặc hiệu 92%, cao hơn so với CT (độ nhạy 76% và độ đặc hiệu 86%). Đây là một yếu tố quan trọng trong quyết định điều trị. Mặc dù MRI mang lại nhiều lợi ích, chi phí thực hiện MRI thường cao hơn so với các phương pháp chẩn đoán hình ảnh khác, và thời gian chụp kéo dài, khiến nó không phải lúc nào cũng phù hợp cho mọi bệnh nhân. Đồng thời, việc đọc kết quả MRI yêu cầu chuyên môn cao để có thể đánh giá chính xác tình trạng khối u và hạch bạch huyết,

Mô bệnh học, nghiên cứu của của chúng tôi

không gặp bệnh nhân nào Carcinoma biệt hóa cao, Carcinoma biệt hóa vừa chiếm cao nhất 86,88%, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Mai Văn Đợi (87%).

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi thực hiện nối máy cho 34 bệnh nhân (55,7%), đối với các khối u trực tràng và đại tràng sigma trực tràng cao. Đối với các khối u đại tràng phải, đại tràng ngang và đại tràng trái, chúng tôi phẫu tích mạch, vét hạch, mở nhỏ lấy u và cắt đại tràng nối ở bên ngoài, chỉ có 01 bệnh nhân (1,63%) u đại tràng trái được thực hiện nối trong.

Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình  $189 \pm 43,75$  phút. Kết quả này ngắn hơn kết quả của Mai Văn Đợi<sup>3</sup> ( $203 \pm 74$  phút) và tương tự kết quả nghiên cứu của Lee<sup>7</sup> ( $183 \pm 61$  phút), Tuy nhiên, sự khác biệt này là không nhiều, gần đây áp dụng những tiến bộ về khoa học kỹ thuật cũng như các dụng cụ, trang thiết bị y tế (máy cắt nội soi, dao siêu âm, ligasure..) ngày càng phổ biến, cũng góp phần làm giảm thời gian mổ.

Thời gian trung bình nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là  $10,9 \pm 3,7$  ngày, dài hơn kết quả của Mai Văn Đợi<sup>3</sup>  $8,9 \pm 3,7$  ngày, đây là yếu tố tâm lý khi kinh nghiệm phẫu thuật nội soi chưa nhiều, chúng tôi thường để bệnh nhân lại theo dõi, điều đó làm thời gian điều trị sau mổ của chúng tôi cao hơn các tác giả khác.

Có 3 bệnh nhân bị rò miệng nối chiếm (4,91%) bệnh nhân, trong đó có 2 bệnh nhân không phải mổ lại là bệnh nhân sau cắt trực tràng cao, rò miệng nối xảy ra sau 6 và 8 ngày, xử lý: chúng tôi cho nhịn ăn, nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, thay kháng sinh mạnh hơn, 2 bệnh nhân đều không mổ lại. Có 1 BN rò miệng nối sau cắt trực tràng thấp (cách rìa hậu môn 5 cm), rò miệng nối sau mổ ngày thứ 5, chúng tôi chỉ định nhịn ăn, truyền dịch, thay kháng sinh, hút dẫn lưu và theo dõi sát tình trạng bụng. Tuy nhiên, tình trạng nhiễm trùng tăng, khám lâm sàng bụng có phàn ứng vùng hạ vị, chúng tôi quyết định mổ lại ngày thứ 10, tổn thương rò miệng nối đại trực tràng thấp có kích thước 1cm mặt bên, chúng tôi quyết định làm sạch tiểu khung, khâu lại lỗ rò và mở thông hồi tràng phía trên. BN hồi phục và ra viện sau 10 ngày, vẫn giữ được miệng nối. Rò miệng nối sau mổ UTĐTT là biến chứng nặng, đe dọa tính mạng bệnh nhân và kéo dài thời gian điều trị nếu được chẩn đoán muộn. Rò miệng nối cần theo dõi sát và xử lý sớm khi tình trạng rò không cải thiện, với miệng nối trực tràng thấp, nên cân nhắc làm mở thông hồi tràng ra da hoặc làm hậu môn nhân tạo trong 01 thì. Tỷ lệ rò miệng nối của

chúng tôi nằm trong giới hạn chấp nhận được. Theo y văn trong và ngoài nước với tỉ lệ rò miệng nối dao động từ 3 đến 21 phần trăm<sup>8</sup>, tùy theo nghiên cứu tổng hợp ung thư trực tràng hay chỉ đánh giá nhóm ung thư trực tràng trung bình và thấp.

Hai trường hợp áp xe trong ổ bụng (3,27%) các bệnh nhân này có chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 trên được phẫu thuật cắt trước và lập lại lưu thông ruột bằng máy nối tròn, sau mổ chảy máu apxe vùng tiểu khung với kích thước ổ apxe nhỏ, chúng tôi điều trị nội khoa, không phải mổ lại sau đó bệnh nhân diễn tiến tốt và xuất viện.

Tắc ruột sau mổ có 7 trường hợp (11,47%), các bệnh nhân này sau mổ, lưu thông tiêu hóa chậm, đau bụng cơn, chướng bụng, tuy nhiên điều trị nội khoa: nuôi dưỡng đường tĩnh mạch, đặt sonde da dày, nhịn ăn, kháng sinh, giảm đau, các bệnh nhân đều không phải mổ lại.

Kết quả ung thư học sau mổ được đánh giá bằng mặt cắt trên và dưới của đoạn đại trực tràng mang khối u, số lượng hạch nạo vét và số lượng hạch di căn, tái phát tại chỗ, di căn xa, và tỉ lệ sống còn của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi không có trường hợp nào diện cắt dưới còn tế bào ung thư, thấp hơn các nghiên cứu nước ngoài như Marks<sup>1</sup> và Eric Rullier<sup>9</sup> có tỉ lệ lần lượt là 1,3% và 2%, có thể do nghiên cứu của chúng tôi số lượng bệnh nhân chưa nhiều lên tỷ lệ này chưa phải là thống kê đầy đủ.

Trung bình số lượng hạch nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là  $7 \pm 2,8$  hạch. Kết quả này thấp hơn với số hạch nạo vét được trong mổ mở và trong phẫu thuật nội soi của các tác giả khác, Mai Văn Đợi<sup>3</sup>  $9 \pm 2,8$  hạch. Một phần nhỏ do số lượng bệnh nhân của chúng tôi chưa nhiều và do kỹ năng, kinh nghiệm phẫu thuật nội soi của chúng tôi còn hạn chế, cũng một phần do yếu tố chủ quan của người lấy hạch từ bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

## V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng tại bệnh viện Đa khoa tỉnh Lào Cai bước đầu cho kết quả khả quan và đang dần đáp ứng được các tiêu chuẩn về kỹ thuật với bệnh viện tuyến trung ương. Để nâng cao chất lượng điều trị phục vụ cho người dân tỉnh Lào Cai về các bệnh lý ung thư đại trực tràng, bệnh viện còn tồn tại một số mục tiêu cần thực hiện trong thời gian tới như hoàn thiện kỹ thuật trong PTNS, nâng cao chất lượng giải phẫu bệnh.

## TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Marks J, Mizrahi B, Dalane S, Nweze I, Marks G. Laparoscopic transanal abdominal

- transanal resection with sphincter preservation for rectal cancer in the distal 3 cm of the rectum after neoadjuvant therapy. Surg Endosc. 2010; 24(11):2700-2707.
- Katsuno G, Fukunaga M, Nagakari K, Yoshikawa S, Azuma D, Kohama S.** Short-term and long-term outcomes of single-incision versus multi-incision laparoscopic resection for colorectal cancer: a propensity-score-matched analysis of 214 cases. Surg Endosc. 2016;30(4): 1317-1325.
  - Mai Văn Đợi, Võ Thị Hậu.** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng kết quả 8 năm. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ. 2019;22-25:1-8.
  - Väyrynen JP, Tuomisto A, Väyrynen SA, et al.** Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. Sci Rep.2018;8(1): 1126.
  - Phạm Văn Năng.** Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng. Y Học Thực Hành. 2014;928(8):172-174.
  - Beets-Tan, R.G., et al.** Preoperative assessment of local tumor stage in rectal cancer with endorectal MR imaging and endoluminal sonography: A prospective comparison study. Radiology. 2001;220(3):403-408.
  - Lee GJ, Lee JN, Oh JH, Baek JH.** Mid-term results of laparoscopic surgery and open surgery for radical treatment of colorectal cancer. J Korean Soc Coloproctol. 2008;24:373-379.
  - Nguyễn Hoàng Bắc, Nguyễn Hữu Thịnh.** Vai trò của phẫu thuật nội soi trong xử trí biến chứng của phẫu thuật nội soi trực tràng. Y Học Thành Phố Hồ Chí Minh. 2010;14(1):124-126.
  - Rullier E, Laurent C, Bretagnol F, Rullier A, Vendrely V, Zerbib F.** Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. Ann Surg. 2005;241(3):465-469.

## KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT THÂN ĐUÔI TUYỆT NẠO VẾT HẠCH DO UNG THƯ

Nguyễn Đức Thuận<sup>1</sup>, Trần Công Duy Long<sup>1</sup>, Lê Tiến Đạt<sup>1</sup>,  
Đặng Quốc Việt<sup>1</sup>, Phạm Hồng Phú<sup>1</sup>, Phan Phước Nghĩa<sup>1</sup>

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Ung thư vùng thân đuôi tụy là bệnh lý thường gặp trong phẫu thuật tụy với đặc trưng bệnh dễ tái phát và có tiên lượng sống còn rất xấu. Ở giai đoạn còn mổ được, phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm nạo vét hạch triệt để là điều trị tốt nhất cho người bệnh (BN). Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm nạo vét hạch triệt để (RAMPS) là phương pháp mới giúp nạo vét hạch triệt để hơn nhằm giảm tỉ lệ tái phát và cải thiện tiên lượng sống còn. Chúng tôi thực hiện nghiên cứu nhằm đánh giá về tính an toàn và khả thi của phẫu thuật nội soi cắt thân và đuôi tụy điều trị ung thư. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu loạt ca trên BN có phẫu thuật nội soi cắt thân đuôi tụy. Thời gian thực hiện từ tháng 01/2022 đến tháng 9/2024 tại Khoa Ngoại Gan Mật Tụy Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh. **Kết quả:** Có 26 bệnh nhân ung thư thân đuôi tụy thỏa tiêu chuẩn chọn bệnh. Kích thước u trung bình 3,6 cm (3-8cm). Tỉ lệ diện cắt sạch tế bào ung thư là 100%. Thời gian mổ trung bình là 280 phút. Lượng máu mất trung vị là 300ml. Thời gian nằm viện 7 ngày (6 - 18 ngày). Biến chứng rò tụy độ B là 23%. Không trường hợp nào tử vong trong thời gian nằm viện. **Kết luận:** Phẫu thuật cắt thân đuôi tụy kèm nạo vét hạch triệt để là kỹ thuật mổ khả thi và an toàn trong điều trị ung thư vùng thân đuôi tụy.

**Từ khóa:** Kiểm soát cuống Glisson ngã sau, phẫu thuật cắt gan, ung thư tế bào gan.

### SUMMARY

#### LAPAROSCOPIC RADICAL ANTEGRADE MODULAR PANCREATOSPLENECTOMY

**Background:** Pancreatic cancer of the body and tail is a common disease in pancreatic surgery and is characterized by a high postoperative recurrence rate and a poor prognosis. Radical resection is regarded as the best treatment option. Laparoscopic radical antegrade modular pancreatectomy (I-RAMPS) provides a new surgical approach for patients with pancreatic cancers of the body and tail. The aim of this study was to evaluate the feasibility and safety of I-RAMPS. **Patients and Methods:** This is a series of cases report of laparoscopic radical antegrade modular pancreatectomy for cancer. From January 2022 to September 2024 at University Medical Center Ho Chi Minh City. **Results:** From Jan 2022 to Sept 2024, we had 26 enrolled patients with pancreas cancer in left side underwent I-RAMPS. Mean tumor size was 3.6 cm (3-8 cm). R0 resection rate 100%, positive lymph node rate: 76.9%. Mean operation time: 280 minutes. Median blood loss 300ml. Median hospital stay: 7 days (6-18 days). Pancreatic fistula grade B: 23%. There was no perioperative mortality. **Conclusion:** Laparoscopic radical antegrade modular pancreatectomy (I-RAMPS) C is feasible and safe for the body or tail of the pancreas cancer.

**Keywords:** Laparoscopic radical antegrade modular pancreatectomy (I-RAMPS)

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư vùng thân đuôi tụy là bệnh khá phổ biến. Ở giai đoạn bệnh chưa di căn xa, điều trị

<sup>1</sup>Bệnh viện Đại học Y Dược Thành phố Hồ Chí Minh

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Đức Thuận

Email: thuan.nd@umc.edu.vn

Ngày nhận bài: 8.01.2025

Ngày phản biện khoa học: 13.2.2025

Ngày duyệt bài: 13.3.2025