

với các báo cáo của Gardner (12), Choi (34) và Sherrell (52), khẳng định phẫu thuật DAIR là phương pháp tối ưu cho nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối, khi chỉ định được lựa chọn đúng và quy trình kỹ thuật được đảm bảo.

IV. KẾT LUẬN

Nghiên cứu cho thấy phẫu thuật DAIR kết hợp liệu pháp kháng sinh kéo dài là hướng điều trị hiệu quả, an toàn và bảo tồn được implant cho các trường hợp nhiễm trùng sớm sau thay khớp gối.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Tande AJ, Patel R. Nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Clin Microbiol Rev. 2014;27(2):302–45.
2. Parvizi J, Gehrke T, Chen AF. Kết quả Hội nghị Đồng thuận quốc tế về nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo. Bone Joint J. 2013;95-B(11):1450–2.
3. Tsukayama DT, Goldberg VM, Kyle R. Chẩn đoán và xử trí nhiễm trùng sau phẫu thuật thay khớp gối toàn phần. J Bone Joint Surg Am. 2003;85(Suppl 1):S75–80.
4. Zimmerli W, Trampuz A, Ochsner PE. Nhiễm trùng khớp nhân tạo. N Engl J Med. 2004;351(16):1645–54.
5. Peel TN, Cheng AC, Buisson KL, Choong PFM. Căn nguyên vi sinh, dịch tễ học và đặc điểm lâm sàng của nhiễm trùng khớp nhân tạo: Đánh giá hiệu quả dự phòng kháng sinh hiện nay. Antimicrob Agents Chemother. 2012;56(5):2386–91.
6. Kunutsor SK, Beswick AD, Peters TJ, et al. Đánh giá kết quả phẫu thuật DAIR điều trị nhiễm trùng quanh khớp nhân tạo: Tổng quan hệ thống và phân tích gộp. J Infect. 2018;77(6):479–88.
7. Osmon DR, Berbari EF, Berendt AR, et al. Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị nhiễm trùng khớp nhân tạo của Hiệp hội Bệnh truyền nhiễm Hoa Kỳ (IDSA). Clin Infect Dis. 2013;56(1):e1–e25.
8. Wouthuyzen-Bakker M, et al. Hiệu quả phẫu thuật DAIR trong nhiễm trùng sớm sau thay khớp nhân tạo phụ thuộc vào thời điểm và tác nhân gây bệnh. Clin Microbiol Infect. 2019;25(7):830–4.
9. Lora-Tamayo J, Murillo O, Iribarren JA, et al. Nghiên cứu đa trung tâm lớn về phẫu thuật DAIR trong điều trị nhiễm trùng khớp nhân tạo: các yếu tố tiên lượng thất bại. Clin Infect Dis. 2013;56(2):182–94.
10. Byren I, Bejon P, Atkins BL, et al. 112 ca nhiễm khớp nhân tạo được điều trị bằng DAIR: kết quả và các yếu tố nguy cơ thất bại. J Antimicrob Chemother. 2009;63(6):1264–71.

PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ ĐA KHOA NGHỆ AN

Phạm Văn Thương¹, Đinh Văn Chiến², Nguyễn Văn Hương²

TÓM TẮT

Đặt vấn đề: Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng đang được thực hiện ngày càng phổ biến tại các bệnh viện tỉnh trên cả nước. Nghiên cứu được thực hiện với mục tiêu đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư đại trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An giai đoạn 2020 – 2025. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu tất cả bệnh nhân ung thư trực tràng được điều trị bằng phẫu thuật nội soi từ tháng 1 năm 2020 đến tháng 6 năm 2025 tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An. **Kết quả:** Gồm 85 bệnh nhân, tuổi trung bình $68,33 \pm 10,96$ tuổi (từ 39 đến 95 tuổi), 65,9% nam và 34,1% nữ. 100% bệnh nhân có kết quả ung thư biểu mô tuyến. Số lượng hạch nạo vét là: $12,1 \pm 6,0$ hạch, số hạch di căn là $0,54 \pm 1,26$. Biến chứng sau mổ 23,5%, trong đó rò miệng nối 3,5 %, nhiễm trùng vết mổ 5,9 %. Thời gian phẫu thuật trung bình là $192,3 \pm 21,6$ phút. Thời gian nằm viện trung bình sau mổ $11,86 \pm 4,4$ ngày. Thời gian tái phát là $9,47 \pm 2,76$ tháng, thời gian sống thêm toàn

bộ sau mổ $28,26 \pm 17,34$ tháng. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là an toàn và hiệu quả với tỷ lệ biến chứng thấp và đảm bảo tính triệt căn ung thư. **Từ khóa:** Trực tràng, ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi.

SUMMARY

LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER IN NGHE AN FRIENDSHIP GENERAL HOSPITAL

Objective: Laparoscopic for colorectal cancer is increasingly being performed at provincial hospitals across the country. This study was conducted to evaluate the effectiveness of laparoscopic in the treatment of rectal cancer at Nghe An Friendship General Hospital during the 2020 - 2025 period. **Methods:** A retrospective study was conducted on all rectal cancer patients treated with laparoscopic from January 2020 to June 2025 at Nghe An Friendship General Hospital. **Results:** A total of 85 patients underwent laparoscopic rectal resection, with a mean age of 68.33 ± 10.96 years (ranging from 39 to 95 years). Among them, 65.9% were male, and 34.1% were female. All patients (100%) were diagnosed with adenocarcinoma. The average number of lymph nodes dissected was 12.12 ± 6.02 nodes. Postoperative complications occurred in 23.5 % of patients, the anastomotic leak rate was 3.5 % (3 patients), and the infection rate was 5.9%. The average surgery duration was 192.32 ± 21.63 minutes. The average hospital

¹Trường Đại học y Dược Hải Phòng

²Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Phạm Văn Thương

Email: pvanthuong@hpmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 26.9.2025

Ngày phản biện khoa học: 21.10.2025

Ngày duyệt bài: 28.11.2025

stay after surgery was 11.86 ± 4.4 days. The average time to recurrence is 9.95 ± 2.81 months, the survival time after surgery is 27.84 ± 16.4 months.
Conclusion: Laparoscopic in the treatment of for rectal cancer is safe and effective with a low complication rate and ensure cancer eradication.

Keywords: Rectal, rectal cancer, laparoscopic.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Theo Globocan 2022, ung thư trực tràng là một trong những bệnh lý ác tính đường tiêu hóa thường gặp, đứng hàng thứ 3 trên phạm vi toàn cầu và thứ 5 tại Việt Nam [1]. Đây là căn bệnh có tỷ lệ mắc và tử vong cao, gây ra nhiều gánh nặng cho y tế và xã hội, đặc biệt trong bối cảnh số ca bệnh mới có xu hướng gia tăng ở nhiều quốc gia. Việc điều trị ung thư trực tràng hiện nay được tiếp cận theo hướng đa mô thức, kết hợp nhiều phương pháp như phẫu thuật, hóa trị và xạ trị, trong đó phẫu thuật vẫn đóng vai trò chủ đạo nhằm loại bỏ khối u và đảm bảo nguyên tắc triệt căn. Mổ mở đã từng là phương pháp điều trị ung thư trực tràng rất hiệu quả. Nhờ sự phát triển của công nghệ y học, đặc biệt là trong lĩnh vực phẫu thuật nội soi, điều trị ung thư trực tràng đã có những bước tiến vượt bậc trở thành kỹ thuật thường quy ở các bệnh viện trong cả nước.

Tại Việt Nam, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng bắt đầu được triển khai từ năm 2000 và dần trở thành một trong những phương pháp quan trọng trong điều trị phẫu thuật. Nhiều nghiên cứu trong nước ghi nhận kỹ thuật này có thể thực hiện thành công với tỷ lệ biến chứng thấp, ít trường hợp phải chuyển mổ mở, thời gian hồi phục sau phẫu thuật nhanh và kết quả điều trị tương đối khả quan. Đến nay đã có báo cáo tổng kê các nghiên cứu so sánh đối chứng đa trung tâm tại Mỹ, Châu Âu, Nhật Bản về phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng cho thấy: số lượng hạch nạo vét được, tỷ lệ di căn ổ trocar, di căn vết mổ, tỷ lệ tái phát tại chỗ, thời gian sống thêm giữa nhóm phẫu thuật nội soi và nhóm phẫu thuật mở kinh điển là không khác biệt [2]. Tuy nhiên, triển khai ứng dụng kỹ thuật phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng vẫn còn gặp nhiều khó khăn về kỹ năng phẫu thuật, kinh nghiệm của phẫu thuật viên và trang thiết bị. Vì vậy, chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: Tất cả bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng được chỉ định phẫu thuật nội soi tại bệnh viện hữu

nhệ đa khoa Nghệ An từ tháng 01/2020 đến tháng 06/2025

2.2. Phương pháp nghiên cứu

* **Thiết kế nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu, mô tả cắt ngang.

* **Chỉ tiêu nghiên cứu:** 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...).

* **Quy trình phẫu thuật:** Tất cả các trường hợp trong nghiên cứu được tiến hành theo một quy trình phẫu thuật thống nhất, 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 được bóc lộ đầu tiên và thắt tận gốc và nạo vét hạch D3. 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.

2.3. Xử lý số liệu: Số liệu được xử lý bằng phần mềm SPSS 26.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được Hội đồng đạo đức và Ban Giám đốc Bệnh viện Hữu nghị đa khoa Nghệ An đồng ý thông qua, nhằm mục đích phục vụ nghiên cứu khoa học, các thông tin bệnh nhân được đảm bảo bí mật, trung thực, khách quan.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Từ tháng 1/2020 đến tháng 6/2025, có 85 bệnh nhân được phẫu thuật nội soi cắt trực tràng do ung thư biểu mô tuyến với kết quả như sau:

Bảng 1. Đặc điểm chung bệnh nhân nghiên cứu (n=85)

Tuổi trung bình		68,33±10,96 tuổi
Nhóm tuổi	<55	12 (14,1%)
	≥55	73 (85,9%)
Giới	Nam	56 (65,9%)
	Nữ	29 (34,1%)
Bệnh kết hợp		29 (34,1%)
Tiền sử phẫu thuật bụng		11 (12,9%)

Nhận xét: Tuổi trung bình của nhóm nghiên cứu là $68,33 \pm 10,96$ tuổi, trong đó 85,9% bệnh nhân >55 tuổi. Giới nam gặp nhiều hơn nữ. 34,1% BN có bệnh kết hợp như đái tháo đường, tăng huyết áp, suy tuyến thượng thận, bệnh phổi tắc nghẽn... 12,9% BN có tiền sử phẫu thuật bụng như phẫu thuật ruột thừa, phẫu thuật tử

cung phần phụ...

Bảng 2. Cận lâm sàng trước phẫu thuật (n=85)

Khối u/Siêu âm ổ bụng		29/85 (34,1%)
Khối u/Chụp cắt lớp vi tính bụng		82/85 (96,5%)
Thiếu máu	Không	44 (51,8%)
	Nhẹ	31 (36,5%)
	Vừa	08 (9,4%)
	Nặng	02 (2,4%)

Nhận xét: Có 29 BN chiếm 34,1% phát hiện được khối u trên siêu âm. Chụp cắt lớp vi tính được chỉ định cho tất cả các bệnh nhân và có 96,5% phát hiện được khối u. Có 41 BN thiếu máu, trong đó có 2 bệnh nhân thiếu máu nặng, đều được truyền máu trước mổ.

Bảng 3. Phương pháp phẫu thuật

Phương pháp	N=85	Tỷ lệ %
Cắt trực thấp	58	68,2
Cắt trực cực thấp	15	17,6
Phẫu thuật Pull-through	12	14,1

Nhận xét: Có 68,2% được phẫu thuật cắt trực tràng trực thấp 17,6% cắt trực cực thấp và nối lưu thông bằng máy cắt nối tròn. 14,1% nối lưu thông theo phương pháp Pull-through.

Bảng 4. Kết quả giải phẫu bệnh sau mổ (n=85)

Diện cắt không còn tế bào ung thư		100%
Số hạch nạo vét được		12,12±6,02 (3-28) hạch
Số hạch di căn		0,54±1,26 (0-7) hạch
Giai đoạn (AJCC 8)	I	7 (8,2%)
	II	60 (70,6 %)
	III	18 (21,2%)
Độ biệt hóa	Vừa	70 (82,4%)
	Kém	15(17,6%)

Nhận xét: 100% diện cắt trên dưới đảm bảo R0, số hạch nạo vét được trung bình là 12,12 ± 6,02 hạch, số hạch di căn trung bình là 0,54 ± 1,26 hạch. Giai đoạn bệnh sau mổ đa số ung thư trực tràng nằm ở giai đoạn II và III. 82,4% Ung thư biểu mô tuyến biệt hóa vừa.

Bảng 5. Kết quả điều trị (n=85)

Tai biến trong mổ	Ap xe trong xoang bụng	02 (2,4%)
Biến chứng sau mổ	Nhiễm trùng vết mổ	05 (5,9%)
	Rò miệng nối	03 (3,5%)
	Tắc ruột sớm sau mổ	07 (8,2%)
	Viêm phổi	03 (3,5%)
Thời gian phẫu thuật	192,32 ± 21,63 phút	
Thời gian nằm viện sau mổ	11,86 ± 4,4 ngày	
Thời gian tái	9,47 ± 2,81 (4 - 15) tháng	

phát trung bình	
Thời gian sống thêm sau mổ	28,26 ± 17,34 (6 - 60) tháng
Thời gian sống thêm không bệnh	26,43 ± 16,94 (3 - 60) tháng
Thời gian sống thêm có bệnh	11,32 ± 4,85 (3 - 24) tháng

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình 192,32 ± 21,63 phút, thời gian nằm viện trung bình 11,86 ± 4,4 ngày. Rò miệng nối gặp 03 bệnh nhân (3,5%), tắc ruột sớm sau mổ gặp 7 trường hợp, chiếm 8,2% tất cả đều điều trị nội khoa ổn định. Có 5 BN nhiễm trùng vết mổ và 3 BN viêm phổi sau mổ đều điều trị nội khoa ổn định, không gặp trường hợp nào tử vong trong và sau mổ. Thời gian tái phát trung bình 9,47 ± 2,76 tháng. Thời gian sống thêm sau mổ 28,26 ± 17,34 tháng. Thời gian sống thêm không bệnh sau mổ 26,43 ± 16,94 tháng.

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, bệnh nhân có độ tuổi trung bình là 68,33 ± 10,96 tuổi, trẻ nhất 39 tuổi và lớn nhất 95 tuổi. Kết quả này tương tự với các nghiên cứu trong nước như của Nguyễn Văn Trường (65,8 ± 10,4 tuổi) [3]. Có 17% bệnh nhân mắc ung thư đại trực tràng trước tuổi 55 và 83% 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 02 bệnh nhân mắc ung thư đại tràng tuổi 39, trẻ hơn các nghiên cứu khác. Tỷ 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 41/85 bệnh nhân (48,2%) 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 [4], Trường Y Dược Cần Thơ (36,92%). Kết quả nghiên cứu của chúng tôi có tỉ lệ cao hơn có thể lý giải do bệnh nhân chúng tôi đến viện muộn, các bệnh nhân miễn nủi thường tiếp cận các dịch vụ y tế còn chậm và tâm lý khi bị bệnh còn dùng thuốc nam. Đại tiện ra máu là triệu chứng hay gặp trong ung thư trực tràng. Thiếu máu trước phẫu thuật điều trị ung thư đại trực tràng là một yếu tố tiên lượng nặng. Chụp cắt lớp ổ bụng phát hiện được khối u đại trực tràng chiếm trên 90%, trong nghiên cứu của chúng tôi ung thư trực tràng ở giai đoạn II, III chiếm 96,5%, các khối u có thể phát hiện

trên CLVT, tuy nhiên vẫn còn 3,5 % bệnh nhân u trực tràng không phát hiện được bằng chụp CLVT ổ bụng. Mô bệnh học, nghiên cứu của chúng tôi không gặp bệnh nhân nào carcinoma biệt hóa cao, carcinoma biệt hóa vừa chiếm cao nhất 82,4%, kết quả này cũng tương tự nghiên cứu của Mai Văn Đợi (87%) [4].

Về phương pháp phẫu thuật, chúng tôi thực hiện nối máy cho 58 bệnh nhân cắt trước thấp và 15 BN cắt trước cực thấp, 12 BN nối pull-through. Thời gian phẫu thuật trung bình $192,32 \pm 21,63$ phút, ngắn hơn kết quả của Mai Văn Đợi (203 ± 74 phút) [4]. 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,...) ngày càng phổ biến, cũng góp phần làm giảm thời gian mổ.

Kết quả ung thư học sau mổ được đánh giá bằng mặt cắt trên và dưới của đoạn 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 Eric Rullier [5] có tỉ lệ là 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 $12,12 \pm 6,02$. Kết quả này thấp hơn với số hạch nạo vét được trong mổ mở và trong phẫu thuật nội soi của một số tác giả khác. Một phần nhỏ do số lượng bệnh nhân trong nghiên cứu chưa đủ lớn, do kỹ năng và kinh nghiệm phẫu thuật nội soi của phẫu thuật viên, cũng một phần do yếu tố chủ quan của người lấy hạch từ bệnh phẩm làm giải phẫu bệnh.

Có 3 bệnh nhân bị rò miệng nối chiếm (3,5%) 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 mổ 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 phảu 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 mổ lại 10 ngày, vẫn giữ được miệng nối. Rò miệng nối sau mổ ung thư trực tràng 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. Tỉ 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% [6], tùy theo nghiên cứu tổng hợp ung thư trực tràng hay chỉ đánh giá nhóm ung thư trực tràng trung bình và thấp [7]. Có 2 trường hợp áp xe trong ổ bụng (2,4%) các bệnh nhân này có chẩn đoán ung thư trực tràng 1/3 trên được phẫu thuật cắt trước thấp và lập lại lưu thông ruột bằng máy nối tròn, sau mổ chảy máu áp xe vùng tiểu khung với kích thước ổ áp xe 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 (8,2%), các bệnh nhân này sau mổ, lưu thông tiêu hóa chậm, đau bụng cơ, 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. Thời gian trung bình nằm viện sau mổ trong nghiên cứu của chúng tôi là $11,86 \pm 4,4$ ngày, dài hơn kết quả của Mai Văn Đợi [4] $8,9 \pm 3,7$ 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. Bệnh nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian tái phát trung bình $9,95 \pm 2,81$ tháng, thời gian sống thêm sau mổ $28,26 \pm 17,34$ tháng và thời gian sống thêm không bệnh sau mổ $26,43 \pm 16,94$ tháng. Như vậy, phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng góp phần làm tăng thời gian tái phát bệnh và làm tăng thêm chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng là phương pháp khả thi, an toàn và hiệu quả, đảm bảo được tính triệt căn ung thư, tỷ lệ tái biến và biến chứng thấp, góp phần nâng cao chất lượng sống và thời gian sống cho người bệnh. Tuy nhiên nghiên cứu vẫn còn một số hạn chế về số hạch vét được, cỡ mẫu chưa đủ lớn, thời gian theo dõi chưa dài để đánh giá kết quả dài hạn trong điều trị ung thư trực tràng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Bray Freddie, et al.** Global cancer statistics 2022: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 74.3 (2024): p. 229-263.
2. **Bleday Ronald, Brindzei Nelya.** Surgical Treatment of Rectal Cancer. The ASCRS Textbook of Colon and Rectal Surgery, Second Edition, Springer (2011): p. 743-759.
3. **Nguyễn Văn Trường và cộng sự.** kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng bảo tồn cơ thắt kiểu schiessel.r điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện Thanh Nhàn - Hà Nội. Tạp Chí Y học Việt Nam, 520(1B) (2023): tr. 42-46.
4. **Mai Văn Đợi và cộng sự.** Phẫu thuật nội soi điều trị ung thư đại trực tràng kết quả 8 năm. Tạp Chí Dược Học Cần Thơ, 22-25 (2019): tr. 1-8.
5. **Rullier Eric, et al.** Sphincter-saving resection for all rectal carcinomas: the end of the 2-cm distal rule. Annals of surgery, 241.3 (2005): p. 465-469.
6. **Väyrynen Juha P., et al.** Preoperative anemia in colorectal cancer: relationships with tumor characteristics, systemic inflammation, and survival. Scientific reports 8.1 (2018): p. 1126.
7. **Phạm Văn Năng.** Phẫu thuật cắt đại trực tràng nội soi trong điều trị ung thư đại - trực tràng. Y Học Thực Hành, 928(8) (2014): tr. 172-174.

ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ THOÁT VỊ BỤNG ĐẶT TẮM LƯỚI NHÂN TẠO TRƯỚC PHỨC MẠC ĐƯỜNG VÀO Ổ BỤNG

Cao Minh Tiệp¹, Đặng Văn Huân¹, Đoàn Ngọc Giao²
Phùng Thế Khang¹, Nguyễn Quốc Thành¹

người trưởng thành. Từ khóa: **Thoát vị bụng, TAPP**

TÓM TẮT

Mục tiêu: Mô tả đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng và đánh giá kết quả sau phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng điều trị thoát vị bụng. Đối tượng và phương pháp: Bao gồm 65 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bụng được điều trị bằng phương pháp nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng tại khoa Ngoại tiêu hoá Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp từ 01/2025 đến 10/2025. **Kết quả:** Tuổi trung bình của bệnh nhân là 58,2±17,8 tuổi. Tỷ lệ nam giới chiếm ưu thế với tỷ lệ nam:nữ là 57:8. Tổng cộng 53 bệnh nhân được chẩn đoán thoát vị bụng một bên (81,5%) và 12 bệnh nhân thoát vị bụng hai bên (18,5%). Thời gian phẫu thuật trung bình chung là 53,5±13,7 phút. Thời gian phẫu thuật TAPP của nhóm thoát vị bụng biến chứng (nghe) dài hơn nhóm không biến chứng, với sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,019$). Sau phẫu thuật TAPP, bệnh nhân đau ít với điểm VAS trung bình <24 giờ là 3,5±0,6 và mức độ đau giảm dần. Thời gian nằm viện sau phẫu thuật trung bình là 4,4±1,3 ngày. Trong vòng 1 tháng sau mổ, chúng tôi ghi nhận 87,7% bệnh nhân không có biến chứng, 7,7% (5 bệnh nhân) bị tụ dịch sau mổ, 3,1% (2 bệnh nhân) bị viêm tinh hoàn và 1,5% (1 bệnh nhân) bị tê bì bìu. Kết quả gần sau 1 tháng phẫu thuật, 87,7% (57 bệnh nhân) đạt kết quả Tốt. Sau 6 tháng, kết quả Tốt đạt 100% (65 bệnh nhân). **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi đặt tấm lưới nhân tạo trước phúc mạc qua đường vào ổ bụng điều trị thoát vị bụng có nhiều ưu điểm, là một kỹ thuật được lựa chọn trong điều trị thoát vị bụng ở

SUMMARY

EVALUATING THE OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR HERNIA REPAIR WITH PREPERITONEAL MESH PLACEMENT THROUGH AN ABDOMINAL APPROACH AT THE CONCLUSION OF THE PROCEDURE

Objective: Describe the clinical and paraclinical characteristics and evaluate the postoperative outcomes following laparoscopic transabdominal preperitoneal (TAPP) synthetic mesh repair for inguinal hernia. **Subjects and methods:** The study comprised 65 patients diagnosed with inguinal hernia who were treated with TAPP mesh repair at the Department of Gastrointestinal Surgery, Viet Tiệp Friendship Hospital, from January 2025 to October 2025. **Results:** The mean patient age was 58.2±17.8 years. Males predominated with a male-to-female ratio of 57:8. A total of 53 patients (81.5%) were diagnosed with unilateral inguinal hernia, and 12 patients (18.5%) with bilateral inguinal hernia. The mean overall operative time was 53.5±13.7 minutes. The TAPP operative time was longer in the complicated (strangulated) hernia group than in the non-complicated group, with a statistically significant difference ($p=0.019$). Post-TAPP, patients experienced minimal pain, with a mean Visual Analog Scale (VAS) score of 3.5±0.6 at <24 hours, and pain intensity decreased progressively. The mean postoperative length of hospital stay was 4.4±1.3 days. Within one month post-operation, we recorded that 87.7% of patients had no complications, 7.7% (5 patients) developed seroma, 3.1% (2 patients) developed orchitis, and 1.5% (1 patient) experienced inguinal-scrotal paresthesia. The short-term Good outcome rate at one month post-surgery was 87.7% (57 patients). At six months, the Good outcome rate

¹Bệnh viện Hữu Nghị Việt Tiệp

²Bệnh viện Chợ Rẫy

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep@bshn9@gmail.com

Ngày nhận bài: 2.10.2025

Ngày phản biện khoa học: 17.11.2025

Ngày duyệt bài: 9.12.2025