

rất tốt chỉ có 1,5% có biến chứng. Kết quả điều trị phẫu thuật ở nhóm có yếu liệt đạt 92,3% các trường hợp hồi phục hoàn toàn. Kết quả chung đạt được, Rất tốt: với tỷ lệ hồi phục hoàn toàn (90,8%), Kết quả tốt: hồi phục hoàn toàn không di chứng 8,5%. Kết quả trung bình: hồi phục có di chứng 0,7%; không có kết quả kém.

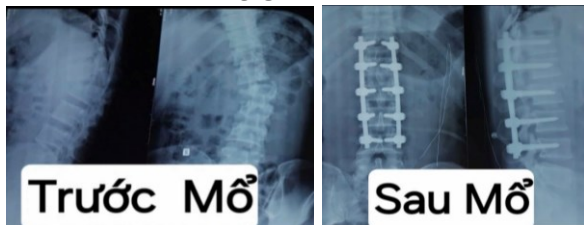
**Kiến nghị: Phòng ngừa:** Tăng cường công tác huấn luyện an toàn lao động, cung cấp trang bị bảo hộ đạt chuẩn cho người lao động tại khu vực Tây Nguyên, đặc biệt trong các hoạt động té cao liên quan đến nông nghiệp. **Điều trị:** Nâng cao năng lực chẩn đoán hình ảnh (MRI) và chuyên khoa phục hồi chức năng để tối ưu hóa kết quả điều trị lâu dài.



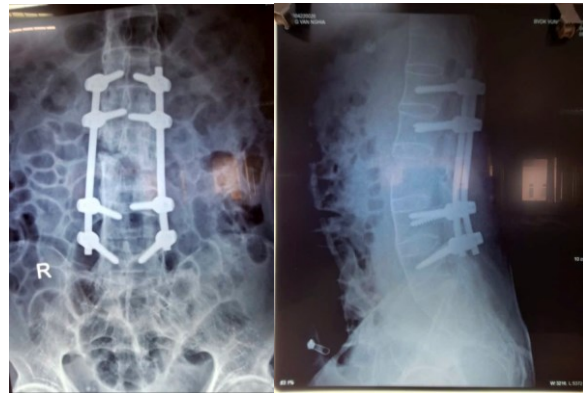
Hình 1. Hình ảnh tổn thương cột sống trên MRI



Hình 2. Tổn thương cột sống và tủy sống trên MRI



Hình 3. X Quang Cột sống trước và sau mổ gãy L1 và L2 gập góc nhiều



Hình 4. X Quang Cột sống trước và sau mổ vỡ nát L3



Hình 5. X Quang Cột sống trước và sau mổ gãy mất vững. Không chèn ép tủy

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Trình Quang Khiêm, Trần Công N, Nguyễn Hải N, & Đàm Quang K.** Nhận xét kết quả bước đầu điều trị chấn thương cột sống lưng-thắt lưng bằng phẫu thuật mở lối sau, bắt vít qua cuống tại Bệnh viện Quân y 110. *Tạp chí Y học Quân sự.* 2024;
2. **Vũ Hùng Lợi, Ngô T D, Nguyễn Q C, Nguyễn T T, & Nguyễn N T.** Kết quả phẫu thuật điều trị gãy cột sống đoạn bản lè ngực - thắt lưng bằng vít qua cuống sống tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Bắc Ninh. 2025
3. **Vũ Văn Tú.** Kết quả phẫu thuật chấn thương cột sống đoạn bản lè ngực – thắt lưng không liệt tại Bệnh viện Đa khoa tỉnh Thái Bình. *Tạp chí Y học Việt Nam.* 2024;538(2).
4. **Togioka B.** Study suggests new approach for treatment of spinal injuries. *OHSU News.* 2025 Sep 18.
5. **Verita Neuro.** Advancing Spinal Cord Injury Treatment: Verita Neuro at ASIA 2024. *Verita Neuro.* 2024 Jul 4.
6. **StatPearls Publishing.** *Spinal Cord Injuries.* NCBI Bookshelf (2025).

## ĐÁNH GIÁ KẾT QUẢ SỚM CỦA PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT ĐẠI TRÀNG TRÁI VỚI THỰC HIỆN MIỆNG NỐI TRONG Ổ BỤNG

Đặng Văn Huân\*, Phạm Văn Duyệt\*, Lê Khả Bách\*, Cao Minh Tiệp\*

### TÓM TẮT

**Đặt vấn đề:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng đã cho thấy những ưu điểm vượt trội trong điều trị các bệnh lý lành tính và ác tính của đại tràng. Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp, chúng tôi bắt đầu thực hiện kỹ thuật làm miệng nối trong ổ bụng với phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái từ 01/2025. Do vậy chúng tôi thực hiện nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả ban đầu của kỹ thuật. Nghiên cứu tiến cứu, được thực hiện thu thập dữ liệu từ 01/2025-12/2025 với 32 trường hợp được tiến hành phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái với thực hiện miệng nối trong ổ bụng. **Kết quả:** Tuổi trung bình: 57,6±12,4; Giới: Nam/Nữ: 18/14; Tiền sử phẫu thuật ổ bụng: 5/32; nguyên nhân lành tính/ác tính: 12/20; Chuẩn bị đại tràng trước mổ: 26/32; thời gian phẫu thuật: 134,6 ± 26,4 phút; Lượng máu mất trong mổ: 82ml; Tai biến trong mổ: 0; Số stapler thẳng sử dụng trong mổ: 3,03 (có 1 trường hợp dùng 4 stapler); kích thước vết mổ: 4,5cm; thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ: 2,64 ngày; thời gian trung tiện sau mổ: 3,4 ngày; Biểu chứng sớm sau mổ: 6,25%; Thời gian nằm viện sau phẫu thuật: 7,2 ± 4,2. **Kết luận:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái thực hiện miệng nối trong ổ bụng là an toàn, có tỷ lệ biến chứng thấp. Vết mổ nhỏ, thẩm mỹ, lựa chọn vị trí lấy bệnh phẩm ra ngoài chủ động, giảm đau sau mổ, phục hồi nhu động ruột tốt hơn sau mổ và giảm thời gian nằm viện sau phẫu thuật. **Từ khóa:** Phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái, miệng nối trong ổ bụng, miệng nối ngoài ổ bụng.

### SUMMARY

#### EVALUATION OF EARLY OUTCOMES OF LAPAROSCOPIC LEFT COLECTOMY WITH INTRACORPOREAL ANASTOMOSIS

Laparoscopic colectomy has demonstrated superior advantages in treating benign and malignant colonic diseases. Since January 2025, Viet Tiệp Friendship Hospital has implemented intracorporeal anastomosis (ICA) for laparoscopic left colectomy (LLC). This study aims to evaluate the initial outcomes of this technique. **Methods:** A prospective study was conducted from January 2025 to December 2025, involving 32 patients who underwent LLC with ICA. **Results:** Mean age: 57.6 ± 12.4; M/F ratio: 18/14. Previous abdominal surgery: 5/32; Benign/Malignant: 12/20; Preoperative bowel preparation: 26/32. Mean operative time: 134.6 ± 26.4 minutes; Average linear staplers used: 3; Mean incision size: 4.5 cm. Mean

duration of analgesia: 2.64 days; Mean time to first flatus: 3.4 days; Early postoperative complications: 6.25%; Mean postoperative hospital stay: 7.2 ± 4.2 days. **Conclusion:** Laparoscopic left colectomy with intracorporeal anastomosis is safe and associated with low complication rates. The technique offers superior aesthetic results through smaller incisions, flexible specimen extraction sites, reduced postoperative pain, faster bowel recovery, and shortened hospital stays. **Keywords:** Laparoscopic left colectomy, intracorporeal anastomosis, extracorporeal anastomosis.

### I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật nội soi (PTNS) cắt đại tràng được thực hiện lần đầu tiên năm 1991 bởi Jacobs và sau đó đã nhanh chóng lan rộng [1]. Sự phát triển của PTNS cắt đại tràng trái qua nhiều giai đoạn. Lúc đầu là nội soi phẫu tích di động đại tràng sau đó chuyển sang mổ mở để tiếp tục cắt nối; tiếp đó trong thì nội soi thực hiện thêm công đoạn phẫu tích và kẹp cắt mạch máu, thì mở bụng chỉ làm công việc cắt nối đại tràng; và cuối cùng là PTNS hoàn toàn với tất cả các công đoạn đều thực hiện qua nội soi. Các nghiên cứu trên thế giới về cắt đại tràng và thực hiện miệng nối trong ổ bụng đã được thực hiện từ những năm 2000 ở nhiều nước như Hoa Kỳ, Ý, Hàn Quốc, Nhật Bản. Các tác giả đều cho thấy lợi ích của việc thực hiện phẫu thuật nội soi hoàn toàn so với phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Tại Việt Nam, PTNS cắt đại tràng nói chung và thực hiện miệng nối trong ổ bụng được nhóm tác giả Lê Huy Lưu thực hiện từ năm 2013 và lần đầu tiên công bố năm 2016 [2]. Kết quả bước đầu cho thấy những lợi ích như phục hồi nhanh sau phẫu thuật, Tuy nhiên, các công bố và nghiên cứu riêng về PTNS cắt đại tràng trái với việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng còn ít. Tại bệnh viện Việt Tiệp, trước đây chúng tôi đã phần thực hiện PTNS hỗ trợ trong cắt đại tràng. Tuy nhiên, từ tháng 01/2025 trở lại đây, chúng tôi đã tiến hành thực hiện PTNS hoàn toàn với miệng nối được thực hiện trong ổ bụng đối với ruột non, đại tràng phải, đại tràng ngang, đại tràng trái, đại tràng chậu hông, trực tràng. Nhằm đánh giá kết quả bước đầu của việc thực hiện kỹ thuật PTNS cắt đại tràng trái với thực hiện miệng nối trong ổ bụng, nhóm nghiên cứu tiến hành đề tài này.

\*Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

Chịu trách nhiệm chính: Đặng Văn Huân

Email: lekhabach@gmail.com

Ngày nhận bài: 13.1.2026

Ngày phản biện khoa học: 3.2.2026

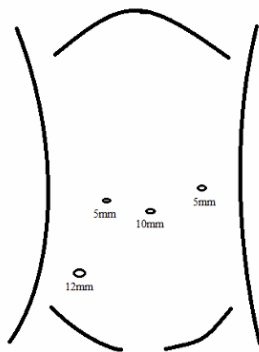
Ngày duyệt bài: 10.3.2026

**II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU**

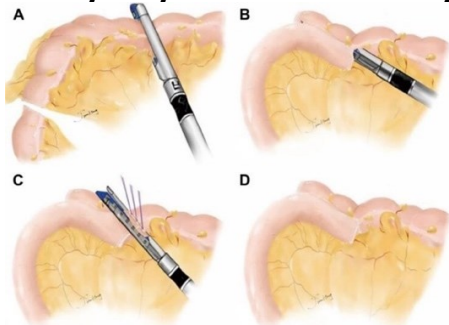
Tất cả bệnh nhân có chỉ định PTNS cắt đại tràng trái, đồng ý thực hiện phục hồi lưu thông ruột hoàn toàn trong ổ bụng, không có chống chỉ định phẫu thuật nội soi. Số liệu được thu thập từ tháng 01/2025 đến 12/2025 tại khoa Ngoại tiêu hóa Bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp Hải Phòng

**Phương pháp nghiên cứu:** nghiên cứu tiến cứu

**Phương pháp phẫu thuật:** Vào bụng 1 trocar 10mm ở rốn, 12 mm ở hố chậu phải và 2 trocar 5mm ở hông trái và hông phải (hình 1). Phẫu tích thắt bó mạch đại tràng trái tận gốc, di động toàn bộ mạc treo đại tràng trái từ trong ra ngoài. Thắt nhánh trái bó mạch đại tràng giữa kết hợp nạo hạch (nếu do ung thư). Mở hậu cung mạc nối và hạ đại tràng góc lách (nếu cần). Cắt 2 đầu đại tràng bằng băng ghim cắt nối nội soi cỡ 60mm. Nối đại tràng – đại tràng theo kiểu overlap (hình 2). Chúng tôi đóng lại chỗ mở đại tràng để đưa stapler vào bằng chỉ V-lock 3.0, mà không dùng stapler (như kiểu Overlap Delta shape) để đóng lại chỗ mở đại tràng, nhằm tiết kiệm stapler. Sau đó mở nhỏ đường giữa trên dưới rốn hoặc đường ngang trên vệt để lấy bệnh phẩm ra ngoài.



**Hình 1: Vị trí đặt Trocar trên thành bụng**



**Hình 2: Miêng nối kiểu overlapped delta shaped**

Dữ liệu được thu thập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0

**III. KẾT QUẢ**

**Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

**Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng của nhóm nghiên cứu**

Đặc điểm	N (32)
Giới (Nam/nữ)	18/14
Tiền sử nội khoa	10 (31,3%)
Tiền sử ngoại khoa	6 (18,8%)
Nguyên nhân lành tính	12 (37,5%)
Nguyên nhân ác tính	20 (62,5%)
Chuẩn bị đại tràng trước mổ	27

Từ 01/2025 - 12/2025, chúng tôi có 32 bệnh nhân được PTNS cắt đại tràng trái, thực hiện miệng nối trong ổ bụng, gồm 18 (56,3%) nam và 14(43,7%) nữ. Tuổi trung bình: 57,6±12,4 (35 – 78).

Có 10 (31,3%) bệnh nhân có bệnh lý nội khoa kèm theo chủ yếu là tăng huyết áp, đái tháo đường type 2, gút và có 1 trường hợp viêm phế quản mạn tính.

Về tiền sử phẫu thuật ổ bụng: có 1 trường hợp phẫu thuật mổ mở khâu lỗ thủng dạ dày, 2 trường hợp mổ đường Marbuney cắt ruột thừa, 2 trường hợp mổ đẻ cũ và 1 trường hợp mổ mở cắt u nang buồng trứng.

Về nguyên nhân phẫu thuật, chúng tôi có 10 trường hợp viêm túi thừa đại tràng (31,3%) và 2 trường hợp polyp lớn (6,2%), còn lại 20 trường hợp ung thư đại tràng trái (62,5%). Trong đó, đa phần chúng tôi chuẩn bị được đại tràng trước mổ, tuy nhiên có 4 trường hợp viêm thủng túi thừa đại tràng chúng tôi không chuẩn bị đại tràng trước mổ.

**Kết quả phẫu thuật trong mổ**

**Bảng 2: Kết quả trong mổ**

Chỉ số theo dõi	Kết quả
Thời gian phẫu thuật	134,6 ± 26,4 phút
Lượng máu mất trung bình trong mổ	82ml;
Tai biến trong mổ	0
Số băng ghim sử dụng trong mổ	3 / 31 4 / 1
Kích thước vết mổ	4,5cm

Thời gian phẫu thuật trung bình là: 134,6 ± 26,4 phút (100-195); với lượng máu mất trung bình 82ml, và không có trường hợp nào tai biến trong mổ. Chúng tôi thường sử dụng 3 stapler thẳng với 2 stapler cắt hai đầu và 1 stapler nối. Chỉ có 1 trường hợp sử dụng 4 stapler trong mổ. Độ dài trung bình vết mổ là 4,5cm

**Theo dõi sau phẫu thuật**

**Bảng 3: kết quả theo dõi sau phẫu thuật**

Chỉ số theo dõi		Kết quả
Thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ		2,64 ngày
Thời gian có trung tiện trở lại sau mổ		3,4 ngày
Biến chứng sớm sau phẫu thuật	Nhiễm trùng vết mổ	1
	Viêm phổi	1
Thời gian nằm viện sau phẫu thuật		7,2 ± 4,2 ngày

Về kết quả theo dõi sau phẫu thuật chúng tôi thu được: thời gian dùng thuốc giảm đau sau mổ trung bình là 2,64 ngày (2 – 4 ngày); thời gian có trung tiện trở lại sau mổ: 3,4 ngày (2 – 4 ngày). Chúng tôi ghi nhận có 1 trường hợp nhiễm trùng vết mổ và 1 trường hợp viêm phổi sau phẫu thuật. Trung bình, thời gian nằm viện của chúng tôi là 7,2 ± 4,2 ngày (6 – 15 ngày)

#### IV. BÀN LUẬN

Từ năm 1991, Jacobs báo cáo ca PTNS hỗ trợ cắt đại tràng đầu tiên, sau đó phẫu thuật này đã nhanh chóng phát triển khắp thế giới [1]. Hệ thống các máy nội soi ngày càng được cải thiện, các dụng cụ trang thiết bị ra đời như stapler thẳng, stapler tròn, và chỉ phẫu thuật khóa 1 chiều... cùng với sự thành thực về kỹ thuật nội soi của phẫu thuật viên đã dẫn đến sự phát triển của PTNS xâm lấn tối thiểu. Các kỹ thuật thực hiện miệng nối được chia thành thực hiện miệng nối ngoài cơ thể (extracorporeal anastomosis – ECA) và thực hiện miệng nối trong ổ bụng (Intracorporeal anastomosis – ICA). Từ những năm 2000 nhiều nước như Hoa Kỳ, Ý, Hàn Quốc, Nhật Bản đã thực hiện phẫu thuật cắt đại tràng với ICA. Ban đầu, các báo cáo chủ yếu tập trung vào thực hiện kỹ thuật ICA với đại tràng phải như của Mari GM [3], hay của Vigmali A [4], hay Allaix ME [5]... đã cho thấy những ưu điểm như phục hồi sớm hơn về chức năng ruột, ít đau hơn sau mổ, thời gian nằm viện ngắn hơn mà không làm tăng bất kỳ biến chứng lớn nào. Các báo cáo về thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng với đại tràng trái còn ít, có lẽ các phẫu thuật viên còn e ngại đại tràng bên trái mạc treo ít di động và dễ gây nhiễm trùng trong ổ bụng do phân trong lòng đại tràng trái dây vào trong ổ bụng. Trong nước, một cũng có một số báo cáo về thực hiện miệng nối trong ổ bụng đối với đại tràng trái như của Ngô Quang Duy [6]

Với các ca ung thư đại tràng trái, chúng tôi thực hiện nạo vét hạch D3, phẫu tích, kẹp và cắt

sát gốc bó mạch đại tràng trái. Kết quả phẫu thuật đảm bảo về mặt ung thư học. Ngoài ra, khi thực hiện miệng nối bên trong ổ bụng, do quan sát được độ dài của hai đầu đại tràng nên chủ động di động đại tràng góc lách (nếu cần), sẽ giúp cho miệng nối thực hiện không bị căng, không có tình trạng căng mạc treo, miệng nối không bị xoắn vặn, ít làm tổn thương mạc treo và mạch máu hơn so với việc thực hiện miệng nối ngoài cơ thể, đặc biệt đối với những trường hợp thành bụng dày, bệnh nhân béo phì. Điều này cũng được khẳng định trong nghiên cứu của tác giả Gabriele Anania [7]. Hay trong nghiên cứu của Lê Huy Lưu và cs (2016) trên 26 bệnh nhân cũng cho kết quả tương tự [2]

Theo Milone, việc thực hiện miệng nối đại tràng trong ổ bụng mang lại nhiều thuận lợi. Thứ nhất, đoạn đại tràng mang u không cần phải được di động quá nhiều để mang ra ngoài khoang bụng, mà chỉ cần di động vừa đủ để thực hiện miệng nối. Thứ hai, thực hiện miệng nối trong bụng làm giảm tiếp xúc của dịch tiêu hóa lên vết mổ, làm giảm tỉ lệ nhiễm trùng vết mổ. Thứ ba, sự hình thành dây dính trong khoang bụng có thể được hạn chế, do giảm thiểu tối đa sự đụng chạm của bàn tay bác sĩ phẫu thuật vào khoang phúc mạc. Thứ tư, chiều dài của vết mổ có thể giảm đến 50%, do đường mở bụng lúc này chỉ phục vụ việc lấy bệnh phẩm, không còn phục vụ việc thực hiện miệng nối; từ đó làm giảm mức độ đau và biến chứng liên quan đến vết mổ. Cuối cùng, thực hiện miệng nối trong khoang bụng dưới sự quan sát của nội soi ổ bụng sẽ loại bỏ nguy cơ xoắn miệng nối gây ra bởi sự hạn chế phẫu trường. [8]

Việc thực hiện miệng nối trong ổ bụng cũng tồn tại những khó khăn: Thứ nhất là yêu cầu phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm trong phẫu thuật nội soi để thực hiện việc kiểm soát mạch máu, di động đại tràng, đặc biệt đại tràng góc lách, và thực hiện miệng nối trong ổ bụng. Thứ hai là đại tràng cần được chuẩn bị trước mổ sạch, để tránh tình trạng phân trong lòng đại tràng dây vào trong ổ bụng gây nhiễm trùng, áp xe dư sau phẫu thuật. Thứ 3 là về chi phí phẫu thuật có thể tăng, do việc thực hiện miệng nối cần nhiều số lượng stapler hơn việc thực hiện miệng nối ngoài cơ thể. Với phương pháp thực hiện miệng nối trong ổ bụng theo kiểu Overlap – delta shape có thể cần 4 stapler: với 2 stapler cắt đầu trên và đầu dưới đại tràng, 1 stapler nối, và 1 stapler để đóng vị trí mở đại tràng để đưa stapler vào nối. Tuy nhiên, thực tế khi phẫu thuật, chúng tôi thường sử dụng 3 stapler thẳng

để cắt và nối đại tràng. Vị trí mở đại tràng được chúng tôi đóng lại bằng chỉ V-lock 3.0. Chỉ có 1 trường hợp chúng tôi sử dụng 4 stapler, do sau khi thắt mạch, cắt hai đầu đại tràng chứa tổn thương, đánh giá đầu trên chỗ đại tràng góc lách có biểu hiện thiếu máu, do vậy chúng tôi phải cắt thêm đoạn đại tràng đến vị trí thành đại tràng hồng, tưới máu tốt. Ban đầu, khi mới thực hiện phẫu thuật, thời gian thực hiện miệng nối của chúng tôi thường kéo dài. Tuy nhiên, những trường hợp sau, khi thành thực kỹ thuật, thời gian thực hiện miệng nối được rút ngắn hơn.



**Hình 3. Đóng lỗ mở đại tràng**

Về thời gian thực hiện miệng nối, các nghiên cứu trước đây cho kết quả trái chiều. Trong khi nghiên cứu của Vignali và Achilli cho thấy thời gian phẫu thuật kéo dài hơn đáng kể ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng; nghiên cứu của Allaix, Widmar, và Malczak lại không ghi nhận điều này. Trong nghiên cứu Ung Văn Việt cho kết quả thời gian thực hiện miệng nối ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng lại dài hơn rõ rệt ( $33,6 \pm 6,1$  phút so với  $24,4 \pm 6,1$ ) [9] Hay trong nghiên cứu của Ngô Quang Duy và cs (2024) không có sự khác biệt về thời gian phẫu thuật giữa hai nhóm ICA và ECA khi thực hiện ở đại tràng trái ( $p > 0,005$ ) [6]

Vết mổ lấy bệnh phẩm thường chúng tôi đi qua đường mổ trên dưới rốn, tuy nhiên, có 2 trường hợp chúng tôi đi qua vết mổ đường ngang trên vệ, 1 trường hợp do có PTN làm hậu môn nhân tạo trước đó do tắc ruột, và được PTNS lần hai sau 1 tuần để cắt đại tràng, chúng tôi lấy bệnh phẩm qua vị trí mở thành bụng mạng sườn trái chỗ chân hậu môn nhân tạo. Điều này cũng cho thấy vị trí đường mổ lấy bệnh phẩm trong thực hiện miệng nối trong ổ bụng là chủ động hơn. Kích thước vết mổ trung bình của chúng tôi là 4,5cm cũng tương đương với nghiên cứu của Lê Huy Lưu là  $4,3 \pm 0,6$ cm (3-5). Trong thực hiện miệng nối ngoài ổ bụng với PTNS hỗ trợ phải mở bụng ít nhất 5 – 6cm để đưa quai ruột ra ngoài để nối, do đó sự khó khăn đối với những trường hợp thành bụng dày hay béo phì. Việc kéo căng thành bụng sẽ gây đau sau mổ

dẫn đến ảnh hưởng đến sự phục hồi sau mổ của người bệnh. Các nghiên cứu cũng chứng minh, sự phục hồi sau mổ nhanh hơn ở nhóm PTNS hoàn toàn so với nhóm PTNS hỗ trợ. Và do tình trạng kéo thành bụng ít hơn cũng sẽ làm giảm đau sau mổ hơn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian sử dụng thuốc giảm đau sau mổ là 2,64 ngày (2 – 4 ngày) tương đương với nghiên cứu của Lê Huy Lưu ( $2,91 \pm 0,57$  ngày)[10]

Chúng tôi có 4 trường hợp viêm thủng túi thừa đại tràng trái, được phẫu thuật trong tình trạng không chuẩn bị đại tràng trước mổ. Tuy nhiên, theo dõi sau phẫu thuật cũng không có hiện tượng nhiễm trùng, áp xe dư sau mổ. Các nghiên cứu về thực hiện miệng trong ổ bụng với đại tràng trái như của Ngô Quang Duy hay của Lê Huy Lưu, cũng không ghi nhận trường nào liên quan đến biến chứng áp xe dư sau mổ. [6][10]

Trong nghiên cứu thời gian trung tiện trở lại trung bình là 3,4 ngày. Qua các thử nghiệm lâm sàng đối chứng ngẫu nhiên của Vignali, Allaix, Widmar, và Malczak cho thấy rằng, tỉ lệ liệt ruột sau phẫu thuật ở nhóm thực hiện miệng nối trong khoang bụng thấp hơn rõ rệt. Nguyên nhân của tình trạng này có thể do thao tác đụng chạm và co kéo lên đại tràng và mạc treo khi đem đoạn đại tràng ra ngoài để thực hiện miệng nối, từ đó làm tăng tình trạng liệt ruột sau phẫu thuật. Hơn nữa, đường mở bụng dài hơn khi thực hiện miệng nối ngoài khoang bụng cũng góp phần làm tăng mức độ đau sau phẫu thuật, tăng nhu cầu sử dụng thuốc giảm đau, từ đó làm tăng tình trạng liệt ruột do tác dụng phụ của thuốc giảm đau và sự hạn chế vận động của người bệnh. Thời gian nằm viện trung bình sau phẫu thuật trong nghiên cứu của chúng tôi là  $7,2 \pm 4,2$  ngày (6 – 15 ngày). Với hai biến chứng gặp sau phẫu thuật là nhiễm trùng vết mổ có 1 bệnh nhân và 1 trường hợp viêm phổi.

## V. KẾT LUẬN

Bước đầu triển khai kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt đại tràng trái với thực hiện miệng nối trong ổ bụng tại bệnh viện Hữu nghị Việt Tiệp cho thấy kết quả khả quan, an toàn, và khả thi với nhiều ưu điểm như: vết mổ ngắn hơn, ít đau hơn sau mổ, phục hồi chức năng ruột tốt, vị trí lấy bệnh phẩm chủ động, và không làm tăng các biến chứng khác so với phẫu thuật nội soi hỗ trợ. Tuy nhiên, đây là kỹ thuật khó, đòi hỏi phẫu thuật viên có kinh nghiệm trong mổ nội, trang thiết bị đồng bộ.