

MỘT SỐ YẾU TỐ ẢNH HƯỞNG ĐẾN KỸ THUẬT PHẪU THUẬT NỘI SOI CẮT TRỰC TRÀNG NỖI MÁY ĐỂ ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG

Cao Minh Tiệp*, Bùi Tuấn Anh*, Phạm Văn Bình**

TÓM TẮT

Mục tiêu. Nghiên cứu nhằm mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trong điều trị ung thư trực tràng bằng phẫu thuật nội soi nối máy tại học viện Quân Y 103 từ 1/2016 đến 4/2019. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu.** Đối tượng nghiên cứu gồm 88 bệnh nhân được chẩn đoán ung thư trực tràng. Phương pháp nghiên cứu mô tả cắt ngang. **Kết quả và kết luận.** BMI ≥ 25 làm tăng thời gian phẫu thuật so với BMI < 25 ($p = 0.001$), khối u > 4 cm làm tăng thời gian phẫu thuật so với $u \leq 4$ cm với ($p = 0.005$), khối u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới có thời gian phẫu thuật dài hơn so với u ở vị trí 1/3 trên ($p = 0.05$), mở thông hồi tràng được thực hiện ở khối u vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới nhiều hơn so với 1/3 trên ($p < 0.05$). Thăm trực tràng trong mổ xác định vị trí u được thực hiện với những khối u nằm ở đoạn trực tràng dưới nếp phúc mạc, 3 trocar được sử dụng ở nữ nhiều hơn, 5 trocar được sử dụng ở nam nhiều hơn ($p = 0.02$), việc di động đại tràng góc lách không phụ thuộc vào vị trí, kích thước u.

Từ khóa. Yếu tố nguy cơ, nội soi phẫu thuật ung thư trực tràng, kỹ thuật nối máy.

SUMMARY

SOME DETERMINANTS RELATING TO LAPAROSCOPY OF RECTAL CANCER SURGERY BY THE USE OF A CIRCULAR SIDE STAPLING TECHNIQUE

Objective. The study was done to describe some determinants relating the laparoscopy of rectal cancer surgery by the use of a circular side stapling technique at the Institute 103 of Medicine in Military from 1/2016 to 4/2019. **Studied subjects and Method.** The studied subjects included 88 patients with rectal cancer. The method was a cross-sectional study. **Main outcomes and conclusions.** BMI ≥ 25 increased the operating time compared with BMI < 25 ($p = 0.001$); tumor size > 4 cm augmented the operating time compared with that ≤ 4 cm with ($p = 0.005$), tumors lying at the second third and the end of rectum had longer operating time than the first third ($p = 0.05$), ileum opening was done in the second and the third 1/3 compared with the first one third ($p < 0.05$). Rectal examination during the operation to locate the site of tumors was done with tumors locating out of

peritoneal folds; 3 trocars were more used in females, 5 trocars were more used in males ($p = 0.02$), the movement of splenic flexure didn't depend on the site and the size of tumor.

Keyword. Determinant, Laparoscopy of Rectal Cancer Surgery, Use of a circular side stapling technique.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Tại Việt Nam, ung thư đại trực tràng đứng thứ 4 ở nam giới và thứ hai ở nữ giới về tỷ lệ mắc mới và nguyên nhân tử vong do các bệnh ung thư ác tính. Theo các thống kê gần đây, mỗi năm nước ta ghi nhận gần 15000 ca mắc mới, tỉ lệ 13,4/100.000 dân và khoảng 7000 ca tử vong. Dự đoán đến năm 2025 sẽ trở thành ung thư phổ biến thứ hai tại Việt Nam tính chung cho cả hai giới [1].

Phẫu thuật nội soi lần đầu tiên được áp dụng vào năm 1990 để điều trị ung thư đại-trực tràng, phương pháp này cho thấy ưu thế vượt trội so với mổ mở đặc biệt là các kết quả ngắn và trung hạn và đang dần thay thế phẫu thuật mở [2]. Đã có nhiều nghiên cứu báo cáo kết quả ngắn hạn tốt hơn sau phẫu thuật nội soi như giảm tỷ lệ mắc bệnh, giảm mất máu, giảm đau và phục hồi nhanh hơn. Một số báo cáo cho rằng PTNS nên được coi là tiêu chuẩn vàng trong điều trị ung thư trực tràng mặc dù vậy, tỷ lệ phẫu thuật nội soi được báo cáo vẫn khá thấp do còn nghi ngại về khả năng điều trị triệt để đặc biệt là trong nạo vét hạch. Do đó, nhiều nghiên cứu đã được tiến hành để đánh giá kết quả của phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng [3].

Phẫu thuật nội soi cắt đoạn trực tràng nối máy ngày càng được áp dụng rộng rãi. Tuy nhiên yếu tố nào ảnh hưởng đến kỹ thuật phẫu thuật nội soi cắt trực tràng nối máy để điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng còn ít được nghiên cứu tại Việt Nam. Do đó chúng tôi tiến hành đề tài này nhằm mục tiêu: Mô tả một số yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật của phẫu thuật nội soi cắt trực tràng – nối máy điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng tại khoa B2 viện 103 Học viện Quân Y và khoa ngoại bụng bệnh viện K cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2016 đến tháng 4/2019.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng, địa điểm và thời gian nghiên cứu. 88 bệnh nhân UTTT được phẫu thuật nội soi cắt – nối máy tại khoa B2 viện 103 Học viện Quân Y và khoa ngoại bụng bệnh viện K

*Học viện quân y

**Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Cao Minh Tiệp

Email: caominhtiep9@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.2.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.3.2022

Ngày duyệt bài: 12.4.2022

cơ sở Tân Triều từ tháng 1/2016 đến tháng 4/2019.

2.1.1. Tiêu chuẩn lựa chọn bệnh nhân

+ Các bệnh nhân ung thư trực tràng (UTTT) được phẫu thuật cắt đoạn đại – trực tràng nội soi – nối máy

+ Có kết quả giải phẫu bệnh là ung thư trực tràng;
+ Các bệnh nhân cho phép nghiên cứu
+ Các bệnh nhân có hồ sơ với đầy đủ các thông tin cần nghiên cứu và được theo dõi sau mổ.

2.1.2. Tiêu chuẩn loại trừ

+ Có UTTT kết hợp với các ung thư trên các đoạn khác của đại tràng.

+ UTTT đã được phẫu thuật trước đó.

+ UTTT tái phát.

2.2. Phương pháp nghiên cứu

2.2.1. Thiết kế nghiên cứu. Phương pháp mô tả cắt ngang lấy số liệu tiến cứu.

2.2.2. Cỡ mẫu và chọn mẫu. Cỡ mẫu toàn bộ; chọn mẫu theo phương pháp tiện ích.

2.2.3. Các số và biến số nghiên cứu theo nội dung nghiên cứu

2.2.3.1. Các đặc điểm của nhóm nghiên cứu

- Đặc điểm chung: tuổi, giới
- Đặc điểm lâm sàng của bệnh: đặc điểm BMI, phân loại bệnh theo ASA

- Đặc điểm cận lâm sàng: Phân loại bệnh nhân theo hình ảnh đại thể của trực tràng, theo kết quả sinh thiết

2.2.3.2. Yếu tố liên quan đến kỹ thuật mổ nội soi cắt trực tràng khâu máy

- Liên quan giữa một số yếu tố với thời gian phẫu thuật

- Liên quan giữa vị trí u và mở thông hồi tràng
- Liên quan giữa giới tính và số trocar đặt trong mổ

- Liên quan giữa vị trí u và thao tác thăm trực tràng xác định vị trí u trong mổ

- Liên quan giữa một số yếu tố với kỹ thuật di động đại tràng góc lách

2.2.4. Thu thập số liệu

- Đánh giá kết quả sớm bằng khám bệnh trước và sau mổ.

- Ghi chép đầy đủ các thông tin về lâm sàng, cận lâm sàng quá trình điều trị, theo dõi sau mổ theo mẫu bệnh án nghiên cứu.

- Lập danh sách bệnh nhân theo hồ sơ bệnh án.

- Gửi giấy mời khám lại để đánh giá trực tiếp hoặc gián tiếp qua thư hoặc có mẫu phiếu kiểm tra kết quả để người nhà điền vào hoặc phỏng vấn qua điện thoại.

2.2.5. Quy trình kỹ thuật

2.2.5.1. Chỉ định phẫu thuật nội soi cắt – nối máy trong ung thư trực tràng

+ U trực tràng ở 2/3 trên, cách rìa hậu môn \geq

6cm có thể sử dụng phương pháp phẫu thuật bảo tồn cơ thắt gồm:

- Cắt trước cao (High Anterior Resection: HAR): miệng nối ở trên nếp phúc mạc.

- Cắt trước thấp (Low Anterior resection: LAR): miệng nối nằm dưới ngách trực tràng-bàng quang, hay trên đường lược 2cm.

+ U trực tràng 1/3 dưới cách rìa hậu môn 6cm và \geq 4cm chưa xâm lấn cơ thắt hậu môn, u giai đoạn sớm thể sử dụng phương pháp cắt trước siêu thấp (Super Low Anterior resection: SLRA): miệng nối cách đường lược 0 đến 2cm.

2.2.5.2. Quy trình phẫu thuật nội soi cắt – nối máy trong ung thư trực tràng. Sử dụng quy trình phẫu thuật nội soi cắt nối máy trong ung thư trực tràng chuẩn thường qui được áp dụng tại khoa B2 viện 103 Học viện Quân Y và khoa ngoại bụng bệnh viện K cơ sở Tân Triều

2.2.6. Xử lý và phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được ghi vào phiếu nghiên cứu và được xử lý tại Bộ môn Toán tin Học viện Quân Y theo chương trình STATA 14 theo thống kê y sinh.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm của đối tượng nghiên cứu

3.1.1. Tuổi và giới. Trong 88 bệnh nhân tham gia nghiên cứu tuổi trung bình $58,88 \pm 12,2$ tuổi, tuổi cao nhất là 81 tuổi, nhỏ nhất là 23 tuổi; nam chiếm 51,1%, nữ chiếm 48,9%. Tỷ lệ Nam/nữ $\sim 1:1$.

3.1.2. Đặc điểm lâm sàng của bệnh nhân. Có 10,2% bệnh nhân thiếu cân, 63,3% bình thường, 9,1% thừa cân, 17% béo phì độ I.

Bảng 3.1. Phân loại bệnh nhân theo hiệp hội gây mê Hoa Kỳ (ASA)

Phân loại ASA	Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
1	63	71,6
2	19	21,6
3	6	6,8
Tổng	88	100

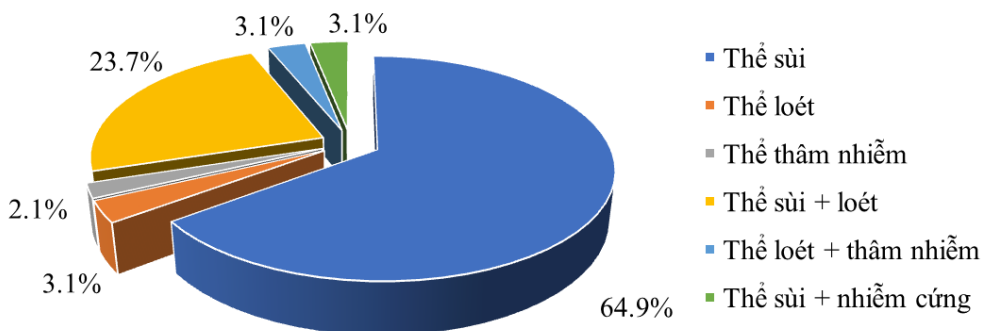
Nhận xét: Trong 88 trường hợp nghiên cứu, có 6 trường hợp có phân loại ASA loại 3, chiếm 6,8% chủ là mắc nhiều bệnh nội khoa phối hợp.

Bảng 3.2. Kết quả sinh thiết

Kết quả sinh thiết	Số lượng (n)	Tỷ lệ(%)
Lành tính	2	2,3
Loạn sản	4	4,5
Ác tính	82	93,2
Tổng	88	100,0

Nhận xét: Sinh thiết u qua nội soi cho cho kết quả lành tính chiếm 2,3%, loạn sản chiếm 4,5% (tuy nhiên kết quả giải phẫu bệnh sau mổ là ác tính), và ác tính chiếm 93,2%.

3.1.3. Đặc điểm cận lâm sàng của bệnh nhân



Hình 3.1. Hình ảnh đại thể khối u trực tràng

Nhận xét: Hình thái tổn thương chủ yếu là dạng sùi (64.9%), và thể sùi – loét (23.7%).

Bảng 3.3. Kết quả giai đoạn của U trên chẩn đoán hình ảnh (CT và hoặc MRI và hoặc siêu âm nội soi)

Kết quả chẩn đoán hình ảnh		Số lượng (n)	Tỷ lệ (%)
T	T0	8	9,1
	T1	0	0,0
	T2	13	14,8
	T3	45	51,1
	T4	22	25,0
N	Nx	52	59,1
	N1	35	39,8
	N2	1	1,1
M	Mx	86	97,8
	M0	1	1,1
	M1	1	1,1

Nhận xét: Đa số bệnh nhân được phát hiện ung thư trực tràng ở giai đoạn T3, T4 với tỷ lệ lần lượt là 51.1%, 25%.

3.2. Các yếu tố ảnh hưởng đến kỹ thuật của phẫu thuật nội soi cắt trực tràng-nội máy

3.2.1. Các yếu tố làm thuận lợi, khó khăn trong phẫu thuật

Dựa vào yếu tố thời gian đánh giá một số yếu tố tạo thuận lợi, khó khăn cho cuộc mổ.

Bảng 3.4. Liên quan giữa một số yếu tố với thời gian phẫu thuật

Các yếu tố đánh giá	Số lượng	Thời gian	p
---------------------	----------	-----------	---

3.2.2. Các yếu tố làm thay đổi quy trình phẫu thuật

Bảng 3.5. Liên quan giữa vị trí u và mở thông hồi tràng

Vị trí u		Mở thông hồi tràng		Tổng
		Có	Không	
Thấp	Số lượng	11	11	22
	%	12,5	12,5	25,0
	Số lượng	14	16	30
	%	15,9	18,2	34,1
Cao	Số lượng	2	34	36
	%	2,3	38,6	40,9

			phẫu thuật trung bình (phút)	
Giới	Nam	45	157.9	0.175
	Nữ	43	145.8	
BMI	<25	73	142.9	0.001
	≥25	15	196.3	
Vị trí u	1/3 trên	36	141.3	0.045
	1/3 dưới và 1/3 giữa	52	159.4	
Kích thước u	≤ 4	48	140.5	0.005
	>4	40	165.8	
Độ xâm lấn của khối u	Tis,T1,T2	23	144.78	0.347
	T3,T4	65	154.54	

Nhận xét:

- Thời gian phẫu thuật ở nam dài hơn nữ, tuy nhiên P>0.05, nên chưa có ý nghĩa thống kê.
- Béo phì là yếu tố làm tăng thời gian phẫu thuật với p = 0.001
- Vị trí u 1/3 giữa và dưới có thời gian phẫu thuật dài hơn 1/3 trên với p = 0.045
- Kích thước u to > 4cm có thời gian phẫu thuật lâu hơn so với u có kích thước ≤ 4cm, với p = 0.005
- Khối u ở giai đoạn T3, T4 có thời gian dài hơn so với giai đoạn Tis, T1, T2. Tuy nhiên điều này chưa có ý nghĩa thống kê với p > 0.05.

Tổng	Số lượng	27	61	88
	%	30,7	69,3	100,0
χ^2		0,000 < 0,05		

Nhận xét: U trực tràng thấp và trung bình được thực hiện mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nổi nhiều hơn so với u trực tràng cao là 12.5% và 15.9% so với 2.3% (với $\chi^2 < 005$)

Bảng 3.6. liên quan giữa vị trí u và thao tác thăm trực tràng xác định vị trí u trong mổ

			Thăm trực tràng		Tổng
			Có	Không	
Vị trí u	Thấp	Số lượng	18	4	22
		%	20,5	4,5	25,0
	TB	Số lượng	1	29	30
		%	1,1	33,0	34,1
	Cao	Số lượng	0	36	36
		%	0,0	40,9	40,9
Tổng		Số lượng	19	61	88
		%	21,6	78,4	100,0
χ^2			0.000 < 0.05		

Nhận xét: Như vậy thăm trực tràng trong mổ được thực hiện nhằm xác định giới hạn, vị trí cắt đối với như chủ yếu ở u trực tràng thấp, những u nằm ở đoạn trực tràng dưới nếp phúc mạc chiếm 20.5% (với $\chi^2 < 0.05$)

Bảng 3.7. Liên quan giữa giới tính và số trocar đặt trong mổ.

			Số Trocar			Tổng
			3	4	5	
Giới	Nam	Số lượng	1	33	11	45
		%	1,1	37,5	12,5	51,1
	Nữ	Số lượng	8	30	5	43
		%	9,1	34,1	5,7	48,9
Tổng		Số lượng	9	63	16	88
		%	10,2	71,6	18,2	100,0
χ^2			0.02 < 0.05			

Nhận xét: Có sự liên quan giữa giới tính và sự thay đổi số lượng trocar đặt trong mổ với $\chi^2 = 0.02 < 0.05$.

Bảng 3.8. Liên quan giữa một số yếu tố với kỹ thuật di động đại tràng góc lách

			Di động ĐT góc lách		Tổng	χ^2
			Có	Không		
Vị trí u	1/3 trên	Số lượng	4	18	22	0.899 > 0.05
		%	4,5	20,5	25,0	
	1/3 giữa	Số lượng	7	23	30	
		%	8,0	21,1	29,1	
	1/3 dưới	Số lượng	8	28	36	
		%	9,1	31,8	40,9	
Tổng		Số lượng	19	69	88	
		%	21,6	78,4	100	
Kích thước u	≤4cm	Số lượng	8	40	48	0.291 > 0.05
		%	9,1%	45,5%	54,6	
	>4cm	Số lượng	11	29	40	
		%	12.5	32.9	45.4	
Tổng		Số lượng	19	69	88	
		%	21,6	78,4	100	

Nhận xét: như vậy với $\chi^2 > 0.05$ cho thấy chưa có sự liên quan giữa vị trí u, kích thước khối u với việc thực hiện kỹ thuật di động đoạn đại tràng góc lách.

IV. BÀN LUẬN

4.1. Đặc điểm nhân khẩu học của bệnh nhân. Trong nghiên cứu của chúng tôi độ tuổi trung bình là 58,88 ± 12,1, tuổi thấp nhất là 23

tuổi, cao nhất là 81 tuổi. Tập trung chủ yếu ở nhóm tuổi 40 – 49, 50 – 59 và 60 – 69 tuổi, 70 – 79 tuổi, chiếm lần lượt là: 17%, 22,7%, 30.7%, 21,6%. Kết quả này gần giống với kết quả

ngiên cứu của: Mai Đình Điều [4] với 146 BN ở độ tuổi trung bình trong nghiên cứu là 59 tuổi, tập trung nhiều nhất ở nhóm tuổi 40 – 60 và 60 – 80 tuổi. Tỷ lệ nam, nữ trong nghiên cứu là: 51,1% và 48,9%.

4.2. Đặc điểm lâm sàng

4.2.1. Đặc điểm lâm sàng. Trong nghiên cứu có 9 BN chiếm 10,2 % có chỉ số BMI dưới mức bình thường, và có 8 bệnh nhân thừa cân chiếm 9,1%, và béo phì độ I có 15 bệnh nhân chiếm 17,0%. Chỉ số BMI trung bình trong nghiên cứu của chúng tôi là: $21,6 \pm 2,64$. Điều này phù hợp với thể trạng của người Việt Nam. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Mai Đức Hùng [5] với tỷ lệ béo phì độ I chiếm 17,4%, Độ II chiếm 9,4%.

Chỉ định mổ với những BN có chỉ số ASA ≤ 3 , những bệnh nhân có nguy cơ gây mê cao sẽ không mổ. Trong nghiên cứu, có 6 trường hợp BN có chỉ số ASA = 3. ASA là một yếu tố dự đoán mạnh mẽ và được chấp nhận tốt về các biến chứng y khoa sau phẫu thuật và tỷ lệ tử vong sau các thủ thuật phẫu thuật [6]. ASA cao là một yếu tố nguy cơ độc lập đối với sự sống còn trong phẫu thuật đại trực tràng [7] (Bảng 3.1).

4.2.2. Đặc điểm cận lâm sàng. Qua nội soi đánh giá hình ảnh đại thể của khối u thấy đa phần khối u dạng sùi và sùi loét chiếm đa số: 64,9% và 23,7% theo thứ tự. Kết quả này tương đương với Mai Đức Hùng [5] với sùi và sùi loét là 57,4% và 21,7%, thấp hơn so với Nguyễn Minh An [8] với tỷ lệ sùi là 85,9% (Hình 3.1).

Trong nghiên cứu của chúng tôi với 88 bệnh nhân đều được chụp CT scanner và MRI ổ bụng cho kết quả u ở giai đoạn T3, T4 chiếm lần lượt là 51,1%, 25% và 39,8% trường hợp có di căn hạch N1, 1 trường hợp phát hiện khối di căn thứ phát tại gan. Dựa vào kết quả chụp CT và MRI giúp tiên lượng và đưa ra phương án điều trị phù hợp với giai đoạn bệnh (Bảng 3.3)

4.3. Một số yếu tố liên quan đến kỹ thuật

4.3.1. Các yếu tố gây thuận lợi, khó khăn trong phẫu thuật

Giới: Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian phẫu thuật trung bình của nam/nữ là: 157,9/145,8, với $p = 0,175 > 0,05$. Do vậy mà không có sự khác nhau về thời gian phẫu thuật trung bình giữa hai giới. Kết quả này tương đương với nghiên cứu của Satoshi Ogiso và cộng sự [9] khi nghiên cứu trên 50 ca được thực hiện phẫu thuật nội soi cắt trước trong ung thư trực tràng. Thời gian phẫu thuật trung bình của nam/nữ là: 305/277, với $p = 0,26$. Một số nghiên cứu khác cũng cho kết quả tương tự không có ý nghĩa

thông kê thời gian mổ trung bình ở 2 giới [8].

Chỉ số khối cơ thể và kích thước u. Trong nghiên cứu của chúng tôi, chỉ số BMI từ 16,02 đến 28,13. Chúng tôi nhận thấy có sự liên quan giữa chỉ số BMI và thời gian phẫu thuật. Trong đó, những bệnh nhân béo phì ($BMI \geq 25$) có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn so với bệnh nhân $BMI < 25$ là 196,3 phút so với 142,9 phút ($p = 0,001$). Và đường kính lớn nhất của khối u ở nhóm $> 4\text{m}$ có thời gian phẫu thuật trung bình dài hơn so với nhóm kích thước khối u $\leq 4\text{cm}$ là 165,8 phút so với 140,5 phút (với $p = 0,005$). Kết quả này cũng tương đương với nghiên cứu của Satoshi Ogiso và cộng sự với sự liên quan của BMI với thời gian phẫu thuật với $p = 0,009$ và kích thước khối u với thời gian phẫu thuật với $p = 0,003$ [9].

Vị trí khối u với thời gian phẫu thuật. Và qua kết quả bảng 3.4 cũng cho thấy tỷ lệ phải mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nổi được thực hiện ở ung thư trực tràng 1/3 giữa và dưới cũng cao hơn so với ung thư trực tràng 1/3 trên, sự khác biệt này có ý nghĩa thống kê với $p < 0,05$. Trong nghiên cứu của Satoshi Ogiso và cs [9] cũng cho thấy sự liên quan giữa vị trí u và thời gian phẫu thuật với $p = 0,009$. Theo AAFA Veenhof trong nghiên cứu của mình thấy thời gian hoạt động trung bình là 215 phút (phạm vi liên phân vị 205–236,5) đối với ung thư trực tràng cao, 250 phút (phạm vi liên phân vị 221–265) đối với ung thư trực tràng giữa và 305 phút (phạm vi liên phân vị 244–320) đối với ung thư trực tràng thấp. Có một mối liên hệ đáng kể giữa thời gian hoạt động và khu trú của khối u: khối u càng thấp thì thời gian mổ càng lâu ($p = 0,002$).

Mức độ xâm lấn theo chiều sâu và thời gian phẫu thuật. Khối u xâm lấn ra các tạng xung quanh sẽ là một yếu tố gây khó khăn cho cuộc mổ. Tuy nhiên trong mổ nội soi, khối u thường chưa xâm lấn ra các tạng xung quanh. Do vậy đây cũng là một yếu tố chưa đủ để đánh giá có liên quan đến độ khó của phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 3/88 trường hợp khối u ở giai đoạn T4b. Và kết quả nghiên cứu giữa nhóm khối u ở giai đoạn Tis, T1, T2 với nhóm u ở giai đoạn T3, T4 chưa thấy có sự khác biệt về mặt thời gian phẫu thuật với $p = 0,347$. Kết quả này cũng giống như nghiên cứu của Satoshi Ogiso [9] với $p = 0,248$. Độ sâu của sự xâm lấn của khối u được phát hiện là một yếu tố nguy cơ độc lập liên quan đến tăng thời gian phẫu thuật, có thể liên quan đến sự cần thiết của việc bóc tách hạch D3 và kích thước khối u. Đây là một vấn đề thường gặp trong phẫu thuật vùng chậu.

4.3.2. Các yếu tố làm thay đổi quy trình phẫu thuật

Vị trí u và mở thông hồi tràng. Như đã nói ở trên, việc mở thông hồi tràng bảo vệ miệng nối còn nhiều tranh cãi. Các nghiên cứu chỉ ra rằng việc mở thông hồi tràng giúp giảm tình trạng nặng nề khi có rò miệng nối xảy ra. Thông thường việc mở thông hồi tràng được chỉ định ở những trường hợp bệnh nhân có miệng nối thấp < 5cm hoặc khi phẫu thuật viên đánh giá miệng nối có nguy cơ xì bục cao. Trong nghiên cứu chúng tôi thu được kết quả vị trí u có liên quan đến việc quyết định làm hậu môn nhân tạo (với $p < 0.05$). Cụ thể là khối u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới có tỷ lệ làm mở thông hồi tràng cao hơn so với khối u ở 1/3 trên. Một số nghiên cứu của các tác giả kết luận rằng: phẫu thuật cắt hồi tràng bảo vệ có thể làm giảm tỷ lệ rò rỉ nối thông đáng kể về mặt lâm sàng ở bệnh nhân phẫu thuật nội soi ung thư trực tràng. Tuy nhiên, phẫu thuật cắt hồi tràng không ảnh hưởng đến thời gian nằm viện sau phẫu thuật, tái phẫu thuật và vết thương [9].

Vị trí u và thao tác thăm trực tràng trong mổ. Trong nghiên cứu, có 25% ung thư trực tràng thấp, 34.1% ung thư trực tràng giữa và 40.9% ung thư trực tràng cao. Tuy nhiên, đánh giá vị trí u trong mổ chúng tôi quan sát có 19 trường hợp (chiếm 21.6%) khối u nằm dưới nếp phúc mạc. Những trường hợp này đều phải xác định vị trí u trong mổ bằng cách thám sát thăm hậu môn trong mổ. Việc thăm hậu môn trong mổ còn giúp xác định giới hạn cắt diên cắt dưới. Bởi đối với những khối u nằm sâu trong tiểu khung việc xác định giới hạn cắt khi dùng stapler cắt sẽ khó khăn, đặc biệt với nam giới, khung chậu hẹp. Trong nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa vị trí u với việc thăm trực tràng trong mổ với $p < 0.05$.

Giới tính và sự thay đổi số lượng trocar trong mổ. Dụng cụ đưa qua các kênh trocar giống như bàn tay nối dài của phẫu thuật viên. Việc sử dụng số lượng trocar và vị trí đặt trocar sao cho tạo một phẫu trường mổ tốt nhất. Điều này phụ thuộc vào thói quen của mỗi phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu cho thấy có mối liên quan giữa số lượng trocar và giới tính ($p = 0.02$), trong đó sử dụng 3 trocar chủ yếu được sử dụng ở nữ nhiều hơn nam là 9,1% so với 1,1%. Và sử dụng 5 trocar ở nam nhiều hơn nữ là 12,5% so với 5,5%.

Liên quan giữa một số yếu tố với di động đại tràng góc lách. Phẫu thuật di động đại tràng góc lách an toàn để huy động hoàn toàn đại tràng đi xuống là bắt buộc không chỉ đối với cắt bỏ ung thư mà còn đối với nối thông an toàn

nhưng gặp nhiều thách thức về mặt kỹ thuật trong phẫu thuật cắt đại trực tràng trong ung thư trực tràng. Về mặt kỹ thuật di động đại tràng góc lách bao gồm việc giải phòng dây chằng thận đại tràng, lách đại tràng, dạ dày đại tràng và tụy đại tràng. Một số tai biến có thể xảy ra trong quá trình di động đại tràng góc lách như: tổn thương lách, tổn thương tụy, chảy máu, tổn thương tá tràng... Do vậy, đây là một kỹ thuật khó và đòi hỏi phẫu thuật viên phải có kinh nghiệm.

V. KẾT LUẬN

- BMI ≥ 25 làm tăng thời gian phẫu thuật so với BMI < 25 với $p = 0.001$
- Khối u > 4cm làm tăng thời gian phẫu thuật so với u ≤ 4 cm với $p = 0.005$
- Khối u ở vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới có thời gian phẫu thuật dài hơn so với u ở vị trí 1/3 trên với $p = 0.05$.
- Mở thông hồi tràng được thực hiện ở khối u vị trí 1/3 giữa và 1/3 dưới nhiều hơn so với 1/3 trên với $p < 0.05$
- Thăm trực tràng trong mổ xác định vị trí u được thực hiện với những khối u nằm ở đoạn trực tràng dưới nếp phúc mạc
- 3 trocar được sử dụng ở nữ nhiều hơn, 5 trocar được sử dụng ở nam nhiều hơn ($p = 0.02$)
- Việc di động đại tràng góc lách không phụ thuộc vào vị trí, kích thước u.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Pham, T., et al.,** Cancer in Vietnam-Burden and control efforts: A narrative Scoping review. Cancer control, 2019. **26**(1): 1-14.
2. **Leroy, J., et al.,** Laparoscopic total mesorectal excision (TME) for rectal cancer surgery: long-term outcomes. Surg Endosc, 2004. **18**(2): 281-9.
3. **Bình, P.V.,** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp, 2013, Học viện Quân Y.
4. **Điêu, M.Đ.,** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. 2014, Trường Đại học Y dược. Đại học Huế.
5. **Hùng, M.Đ.,** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi cắt trực tràng nối máy trong điều trị ung thư trực tràng. 2012, Học viện quân y.
6. **Hackett, N.J., et al.,** ASA class is a reliable independent predictor of medical complications and mortality following surgery. Int. J. Surg, 2015. **18**: 184-190.
7. **Nitsche, U. and e. al,** Colorectal cancer surgery remains effective with rising patient age. Int. J. Colorectal Dis, 2014. **29**: 971-979.
8. **An, N.M.,** Nghiên cứu chỉ định và đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị tiết căn ung thư trực tràng thấp. 2013, Học viện Quân Y.
9. **Ogiso, S., et al.,** Evaluation of factors affecting the difficulty of laparoscopic anterior resection for rectal cancer: "narrow pelvis" is not a contraindication. Surgical endoscopy. 25(6): 1907-12, 2011. **25**(6): 1907-12.