

KẾT QUẢ SỚM PHẪU THUẬT NỘI SOI 3D CẮT ĐOẠN TRỰC TRÀNG ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG Ở NGƯỜI CAO TUỔI

Trịnh Lê Huy¹, Phạm Đức Tuấn²

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi (PTNS) 3D cắt đoạn trực tràng ở bệnh nhân ung thư trực tràng cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu hồi cứu trên 72 bệnh nhân cao tuổi (≥ 60 tuổi) mắc ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng tại bệnh viện K từ tháng 5/2018 – tháng 9/2021. **Kết quả:** Tuổi trung bình là $67,9 \pm 5,8$ (60-82). Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất (65,2%). Tăng huyết áp là bệnh phối hợp thường gặp nhất (37,5%). Phần lớn nhóm BN nghiên cứu có giai đoạn bệnh sớm: giai đoạn II chiếm 30,6 % giai đoạn I chiếm 44,4%. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt được diện cắt âm tính. Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là $12,3 \pm 3,2$ (hạch). Thời gian PT trung bình là $133,6 \pm 19,3$ phút (90-180). Không có bệnh nhân gặp tai biến trong mổ. Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%, không có biến chứng nặng. **Kết luận:** PTNS 3D trên bệnh nhân ung thư trực tràng lớn tuổi an toàn, khả thi, trong khi đảm bảo tốt tiêu chí về mặt ung thư học.

Từ khóa: phẫu thuật nội soi 3D, ung thư trực tràng, bệnh nhân cao tuổi

SUMMARY

EARLY RESULTS OF 3D ENDOSCOPIC RESECTION OF THE RECTUM FOR THE TREATMENT OF RECTAL CANCER IN THE ELDERLY

Objectives: To evaluate early results of three-dimensional laparoscopic anterior resection in elderly rectal cancer patients. **Patients and Methods:** Retrospective study on 72 rectal cancer patients (≥ 60 years old) underwent three-dimensional laparoscopic anterior resection at National Cancer Hospital between May 2018 and September 2021. **Results:** Mean age was 67.9 ± 5.8 (60-82). The 60-69 age group accounted for the highest percentage (65.2%). Hypertension was the most frequently encountered comorbidity (37.5%). Most patients had early-stage (stage I, 30.6%; stage II, 44.4%). All patients had negative margins after surgery. The mean number of lymph nodes dissected was 12.3 ± 3.2 . The mean operation time was 133.6 ± 19.3 minutes (range: 90-180). None had intraoperative complications. Only 8.4% of patients had postoperative complications. **Conclusions:** Three-dimensional laparoscopic anterior resection in elderly rectal cancer patients was safe, feasible while maintaining oncologic criteria.

Keywords: three-dimensional laparoscopy, rectal cancer, elderly patients

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư đại trực tràng là một trong những bệnh ung thư thường gặp nhất và có số ca mới mắc cùng tỷ lệ tử vong tăng dần theo thời gian và theo tuổi đời. Theo số liệu của GLOBOCAN 2020, số ca mới mắc bệnh là 1.931.590, chiếm khoảng 10% trong tổng số bệnh lý ung thư và có khoảng 935.173 ca tử vong. [1] Nhóm tuổi từ 60 trở lên được coi là nhóm có nguy cơ mắc bệnh cao nhất với tỷ lệ khoảng 70,75%. [2] Ở Việt Nam, Luật người cao tuổi quy định người cao tuổi (NCT) là người đủ 60 tuổi trở lên. [3] NCT hiện là đối tượng đang được quan tâm đặc biệt của toàn xã hội nói chung và ngành y tế nói riêng bởi người cao tuổi có nhiều biến đổi tâm sinh lý, chức năng các cơ quan suy giảm hoặc rối loạn và thường mắc nhiều bệnh mạn tính nặng,

Điều trị ung thư trực tràng (UTTT) là điều trị đa mô thức với 3 phương pháp chính: phẫu thuật, xạ trị, hóa trị. Trong đó phẫu thuật (PT) đóng vai trò quan trọng căn bản. Phẫu thuật nội soi (PTNS) ra đời vào những năm đầu của thập niên 1990 sau đó phát triển mạnh mẽ ra các trung tâm ngoại khoa của thế giới đã đóng góp vai trò quan trọng trong điều trị ung thư trực tràng. [4,5] PTNS đã đem lại những ưu điểm như giảm đau sau mổ, thời gian phục hồi của bệnh nhân nhanh hơn, rút ngắn thời gian nằm viện, tính thẩm mỹ... Tuy nhiên PTNS thông thường (2D) cũng có một số hạn chế như: phẫu thuật viên phải quan sát và thực hiện các thao tác kỹ thuật trên một màn hình có hình ảnh 2D thiếu tầm nhìn lập thể, do đó PTV phải dựa vào những chuyển động tương đối của các dụng cụ nội soi, những mốc giải phẫu quen thuộc và kích thước tương đối của các cấu trúc giải phẫu để bù đắp cho sự thiếu thông tin về chiều sâu của hình ảnh. [5] Hệ thống tầm nhìn 3 chiều sau đó đã được phát triển để khắc phục hạn chế của tầm nhìn 2 chiều. Hệ thống này cung cấp cho phẫu thuật viên chiều sâu về phẫu trường và khả năng phối hợp tay mắt tốt hơn. Hơn nữa, tầm nhìn 3D được chứng minh đặc biệt hữu ích cho các hoạt động khó khăn như khâu và thắt nút chỉ... [6] Tại bệnh viện K, phẫu thuật nội soi 3D hiện đã được áp dụng trong UTTT, tuy nhiên đến nay chưa có nghiên cứu cụ thể nào. Ngoài ra, nhóm bệnh

¹Trường Đại học Y Hà Nội

²Bệnh viện K

Chịu trách nhiệm chính: Trịnh Lê Huy

Email: trinhlehuy@hmu.edu.vn

Ngày nhận bài: 2.3.2022

Ngày phản biên khoa học: 12.4.2022

Ngày duyệt bài: 25.4.2022

nhân cao tuổi cũng ít được quan tâm trong các nghiên cứu trên lâm sàng. Vì vậy, chúng tôi tiến hành nghiên cứu này với mục tiêu: "Đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng ở người cao tuổi tại bệnh viện K".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu: 72 bệnh nhân cao tuổi (≥60 tuổi) mắc ung thư trực tràng được điều trị phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng tại bệnh viện K từ tháng 05/2018 – tháng 09/2021.

Tiêu chuẩn lựa chọn:

- Bệnh nhân từ 60 tuổi trở lên được chẩn đoán ung thư trực tràng với mô bệnh học trước phẫu thuật là ung thư biểu mô tuyến.
- Được phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng, vét hạch, nối đại tràng với trực tràng hoặc đại tràng với ống hậu môn.
- Giai đoạn bệnh I, II và III được chỉ định PT ngay hoặc sau khi đã điều trị hóa xạ đồng thời trước PT (với những bệnh nhân u T3 trở lên, và/hoặc nghi ngờ hạch di căn)

- Có bệnh án ghi chép và theo dõi đầy đủ

Tiêu chuẩn loại trừ:

- Không đủ tiêu chuẩn lựa chọn
- Mắc ung thư thứ hai, ung thư trực tràng tái phát

2.2. Phương pháp nghiên cứu

Thiết kế nghiên cứu: Nghiên cứu mô tả hồi cứu

Cỡ mẫu: lấy mẫu thuận tiện

Các bước tiến hành

- Bước 1: Lựa chọn bệnh nhân nghiên cứu theo các tiêu chuẩn nghiên cứu.
- Bước 2: Thu thập các biến số, chỉ số nghiên cứu và phân tích số liệu theo các mục tiêu nghiên cứu.

Biến số, chỉ số nghiên cứu

- Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng: tuổi, bệnh phổi hợp, vị trí u, giai đoạn bệnh
- Kết quả phẫu thuật: tai biến trong mổ, thời gian phẫu thuật, biến chứng hậu phẫu, số lượng hạch vét được, tỉ lệ đạt diện cắt âm tính

2.3. Phân tích số liệu. Số liệu nghiên cứu được mã hoá, nhập, xử lý và phân tích trên máy tính, sử dụng phần mềm SPSS 20.0.

2.4. Đạo đức nghiên cứu

- Việc tiến hành nghiên cứu nhận được sự đồng ý của lãnh đạo Bệnh viện K.
- Thông tin về tình trạng bệnh và thông tin cá nhân khác của được giữ bí mật.
- Các thông tin thu được của đối tượng chỉ nhằm mục đích nghiên cứu.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

3.1. Đặc điểm lâm sàng, cận lâm sàng

Bảng 3.1. Một số đặc điểm lâm sàng, cận

lâm sàng

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Tuổi trung bình		67,9 ± 5,8 (60-82)	
Nhóm tuổi	60-69	47	65,2
	70-79	21	29,2
	≥ 80	4	5,6
Tiền sử bệnh phổi hợp	Tăng huyết áp	27	37,5
	Đái tháo đường	6	8,3
	COPD	8	11,1
	Bệnh tim mạch khác	14	15,3
Vị trí u cách rìa hậu môn	Đoạn cao >10cm	35	48,6
	Đoạn giữa 6 – 10 cm	28	38,9
	Đoạn thấp ≤ 6cm	9	12,5
Hoá xạ trị tiền phẫu	Có	10	13,9
	Không	62	86,1

Nhận xét: Nhóm tuổi 60-69 chiếm tỉ lệ cao nhất (65,2%). Tăng huyết áp là bệnh phổi hợp thường gặp nhất (37,5%). Phần lớn bệnh nhân u trực tràng cao và trung bình (48,6% và 38,9%). Có 10 bệnh nhân được điều trị hoá xạ tiền phẫu (13,9%).

Bảng 3.2. Đặc điểm bệnh học sau phẫu thuật

Đặc điểm		n	Tỉ lệ (%)
Giai đoạn u sau PT	T0	1	1,4
	T1	7	9,7
	T2	28	38,9
	T3	27	37,5
	T4	9	12,5
Giai đoạn hạch sau PT	N0	55	76,4
	N1	14	19,4
	N2	3	4,2
Giai đoạn bệnh sau PT	I	32	44,4
	II	22	30,6
	III	17	23,6
Số lượng hạch vét được	≥ 12 hạch	43	59,7
	< 12 hạch	29	40,3
Diện cắt hai đầu	Dương tính	0	0
	Âm tính	72	100

Nhận xét: Phần lớn UTTT xâm lấn giai đoạn T2 và T3 tỷ lệ lần lượt là 38,7 % và 37,5 %, 1 ca u giai đoạn T0 đáp ứng hoàn toàn sau điều trị hóa xạ tiền phẫu. Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được là 12,3 ± 3,2 (hạch), nhiều nhất là 24 hạch và ít nhất là 6 hạch. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu đều đạt được diện cắt âm tính.

Bảng 3.3. Thời gian phục hồi sau phẫu thuật

Thời gian	Trung bình
Thời gian PT trung bình	133,6 ± 19,3 phút (90-180)
Trung tiện sau PT	2,8 ± 0,6 ngày (2-5)

Rút thông tiểu sau PT	2,7 ± 0,8 ngày (2-5)
Hậu phẫu	8,7 ± 1,9 ngày (7-16)

Nhận xét: Thời gian phẫu thuật trung bình khoảng trên 2 giờ, dài nhất là 180 phút, ngắn nhất là 90 phút. Đa số bệnh nhân bắt đầu trung tiện sớm (trong vòng 3 ngày đầu).

Bảng 3.4. Biến chứng hậu phẫu

Biến chứng hậu phẫu	Số bệnh nhân	Tỷ lệ (%)
Rò miệng nối khu trú không PT lại	1	1,4
Tắc ruột sau mổ	1	1,4
Nhiễm trùng vết mổ	2	2,8
Viêm phổi	2	2,8
Tổng	6	8,4

Nhận xét: Tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%. Trong đó có 1 bệnh nhân rò khu trú không phải mổ lại (1,4%). Các biến chứng gặp phải với tần suất thấp và đều được điều trị nội khoa ổn định và phục hồi hoàn toàn.

Không có các biến chứng như: chảy máu ổ bụng hay miệng nối, tử vong, rò miệng nối gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nối và các biến chứng toàn thân.

Bảng 3.5. Liên quan giữa nhóm tuổi và biến chứng chung sau phẫu thuật

			Biến chứng chung sau phẫu thuật		Tổng
			Có	Không	
Nhóm tuổi	60 – 69 tuổi	Số BN	4	43	47
		Tỷ lệ %	8,5	91,5	100
	70 – 79 tuổi	Số BN	1	20	21
		Tỷ lệ %	4,8	95,2	100
≥80 tuổi	Số BN	1	3	4	
	Tỷ lệ %	25	75	100	
Tổng	Số BN	6	66	72	
	Tỷ lệ %	8,4	91,6	100	

Nhận xét: Nhóm ≥80 tuổi có tỷ lệ biến chứng chung sau PT cao hơn với 25% nhưng sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,416$)

IV. BÀN LUẬN

Trong nghiên cứu của chúng tôi, 72/72 BN (100%) đều đạt được diện cắt âm tính tại cả hai đầu trên và dưới. Gần đây, nghiên cứu Lê Quốc Tuấn (2020) đánh giá hiệu quả của phẫu thuật mổ mở trên nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng giữa và thấp cũng ghi nhận tỉ lệ đạt diện cắt âm tính cách cực dưới $u \geq 2cm$ là 100%. [7] Như vậy, kết quả nghiên cứu chúng tôi cho thấy kỹ thuật mổ nội soi vẫn đảm bảo được tính triệt để

về ung thư học đối với diện cắt trong phẫu thuật UT TT.

Số lượng hạch mạc treo trung bình nạo vét được trong nghiên cứu của chúng tôi là $12,3 \pm 3,2$ hạch, trong đó có 59,7% vét đủ 12 hạch trở lên. Nghiên cứu của Trần Tuấn Thành (2014) trên 45 BN UT TT được phẫu thuật (PT), số lượng hạch vét được trung bình là $10,3 \pm 5,5$ hạch. [8] Nghiên cứu của Lê Quốc Tuấn (2020) trên 56 BN UT TT được PT, số lượng hạch vét được trung bình là $11,1 \pm 4,9$ hạch, trong đó có 46,4% vét đủ 12 hạch trở lên. [7] Đây là hai nghiên cứu được thực hiện với kỹ thuật mổ mở, như vậy, kết quả của chúng tôi với kỹ thuật nội soi cũng đạt được kết quả tương đồng với các tác giả trong nước trên. Trên thế giới, đã có nhiều nghiên cứu thống kê đánh giá về số lượng hạch vét được trung bình trong phẫu thuật UT TT cũng tương tự chúng tôi. Ince M. và cộng sự nghiên cứu 130 bệnh nhân có UTBMT trực tràng được PT từ năm 1996 đến năm 2011 cho thấy số lượng hạch vét được trung bình là $11,5 \pm 8$ và vét đủ 12 hạch là 42,3%. [9]

Trong nghiên cứu của chúng tôi thời gian PT trung bình là $133,6 \pm 19,3$ phút, dài nhất là 180 phút và ngắn nhất là 90 phút. Nghiên cứu của Phạm Văn Bình và cộng sự (2018), thời gian PT đối với PTNS3D điều trị ung thư đại trực tràng trung bình là $160 \pm 40,4$ phút. Tác giả Quách Văn Kiên (2020) nghiên cứu ứng dụng PTNS bảo tồn cơ thắt trong ung thư trực tràng giữa và dưới thời gian phẫu thuật trung bình $216,8 \pm 39,2$ phút. Như vậy thời gian PT trong nghiên cứu của chúng tôi có phần cải thiện so với các tác giả khác. Giảm thời gian PT giúp kết thúc cuộc mổ nhanh chóng, tránh các nguy cơ của gây mê khi PT kéo dài, nhất là đối với người cao tuổi, và rút ngắn quá trình phục hồi. Một trong những điểm mới của phẫu thuật ngày nay là nhờ áp dụng các kỹ thuật công nghệ về cắt - nối máy đã làm tiết kiệm tối đa thời gian và hỗ trợ tích cực cho các phẫu thuật viên về cả kỹ thuật, công sức cũng như sự vất vả và khi không sử dụng công nghệ máy.

Về mặt biến chứng sau mổ, tuổi cao luôn được coi là yếu tố nguy cơ làm tăng tỷ lệ biến chứng và tử vong sau phẫu thuật đối với mọi loại phẫu thuật nói chung. Thống kê những báo cáo trong y văn, có thể phân chia thành 2 nhóm chính là: biến chứng do phẫu thuật (nhiễm trùng vết mổ, áp xe tồn dư, rò miệng nối, tắc ruột sau phẫu thuật,..) và biến chứng các hệ cơ quan khác (phổi, tim, thận, mạch máu, thần kinh, nội tiết...). Trong nghiên cứu của chúng tôi, tỷ lệ biến chứng chung sau PT là 8,4%, trong đó có một bệnh nhân rò khu trú, tuy nhiên không phải mổ lại (1,4%). Các biến chứng gặp phải đều với

tần suất thấp và đều được điều trị nội khoa ổn định và phục hồi hoàn toàn. Ngoài ra, nghiên cứu cũng không ghi nhận các biến chứng nặng như: chày máu ổ bụng hay miệng nổi, tử vong, rò miệng nổi gây viêm phúc mạc phải mổ lại, tiểu không tự chủ, hẹp miệng nổi và các biến chứng toàn thân. Như vậy, có thể thấy trên những bệnh nhân cao tuổi với các bệnh đồng mắc phổi hợp, biến chứng hậu phẫu nhìn chung không đáng kể và bệnh nhân có thể phục hồi hoàn toàn. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thấy nhóm người ≥ 80 tuổi có tỷ lệ biến chứng chung sau phẫu thuật cao hơn (25%) so với nhóm tuổi 60 – 69 tuổi và 70 – 79 tuổi. Tuy nhiên sự khác biệt này không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,416$), nguyên nhân có thể do số lượng BN trên 80 tuổi không nhiều, và tỉ lệ biến chứng chung của cả quần thể nghiên cứu cũng thấp.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật nội soi 3D cắt đoạn trực tràng, vét hạch trên nhóm bệnh nhân cao tuổi mắc ung thư trực tràng có thể tiến hành thuận lợi, với thời gian phẫu thuật nhanh chóng, trung bình là 133,6 phút. Không có tai biến xảy ra trong phẫu thuật, và tỉ lệ biến chứng sau phẫu thuật thấp (8,4%). Đồng thời, phương pháp này cũng vẫn đảm bảo được yêu cầu về mặt ung thư học với tỉ lệ diện cắt âm tính là 100% và số lượng hạch vét được trung bình là 12,3 hạch. Phẫu thuật nội soi 3D nên được sử dụng thường quy trên nhóm bệnh nhân ung thư trực tràng lớn tuổi có chỉ định phẫu thuật để tối ưu hoá lợi ích và giảm thiểu

nguy cơ cho bệnh nhân.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Sung, H., Ferlay, J., Siegel, R. L., et al. (2021). Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. CA: a cancer journal for clinicians, 71(3), 209-249.
2. Greenlee R.T, Hill-Harmon M.B, Murray T, et al. Cancer statistics. CA: a cancer journal for clinicians. 2001;Vol 51:15-36.
3. Quốc hội Nước cộng hòa xã hội chủ nghĩa Việt Nam. Luật người cao tuổi. 2009:Số 39/2009/QH2012.
4. Dindo D, Demartines N, Clavien P.A. Classification of surgical complications: a new proposal with evaluation in a cohort of 6336 patients and results of a survey. Annals of surgery. 2004;240(2):205-213.
5. Sorensen D.S.M, Savran M.M, Konge L, et al. Three-dimensional versus two-dimensional vision in laparoscopy: a systematic review. Surgical endoscopy. 2016;30(1):11-23.
6. Zheng C.H, Lu J, Zheng H.L, et al. Comparison of 3D laparoscopic gastrectomy with a 2D procedure for gastric cancer: A phase 3 randomized controlled trial. Surgery. 2018;163(2):300-304.
7. Lê Quốc Tuấn. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong điều trị ung thư trực tràng giữa và thấp. Luận án tiến sĩ y học, Trường đại học Y Hà Nội. 2020
8. Trần Tuấn Thành. Đánh giá kết quả phẫu thuật cắt đoạn và nối máy trong ung thư trực tràng đoạn giữa. Luận văn thạc sĩ y học, Trường Đại học Y Hà Nội. 2014
9. Ince M, Ozdemir Y, Balta A.Z, et al. Prognostic Value of the Lymph Node Ratio in Rectal Cancer. Archives of Clinical and Experimental Surgery (ACES). 2014;3(4):207-212.

NGHIÊN CỨU CHI PHÍ TRỰC TIẾP Y TẾ TRONG ĐIỀU TRỊ BỆNH THALASSEMIA TẠI VIỆT NAM THEO QUAN ĐIỂM CỦA CƠ QUAN BẢO HIỂM Y TẾ

Nguyễn Đoàn Thảo Quyên¹, Hoàng Thy Nhac Vũ¹, Nguyễn Trọng Duy Thức²,
Trần Thị Ngọc Vân¹, Lê Thọ³, Huỳnh Thị Phương Duyên⁴

TÓM TẮT

Mục tiêu: Nghiên cứu được thực hiện nhằm phân tích và dự báo chi phí trực tiếp y tế trong điều trị nội trú bệnh Thalassemia tại Việt Nam theo quan điểm

của cơ quan BHYT. **Đổi tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu mô tả cắt ngang, thực hiện thông qua việc hồi cứu dữ liệu từ hồ sơ bệnh án người bệnh Thalassemia điều trị nội trú tại tỉnh Lâm Đồng trong giai đoạn 2019-2021. Chi phí trực tiếp y tế được tính toán dựa vào đơn giá của BHYT năm 2021. Mô hình dự báo chi phí được xây dựng và đánh giá bằng phương pháp Bayesian Model Averaging (BMA). **Kết quả:** Trong 348 lượt điều trị nội trú được đưa vào mẫu nghiên cứu, 72,1% lượt điều trị có số ngày nằm viện là 1 ngày, 86,8% lượt điều trị không có bệnh kèm theo, 54,0% lượt điều trị là người bệnh mắc bệnh thể β -thalassemia. Trung bình, người bệnh phải trả 2.262.000 VND cho một lượt điều trị nội trú. Kết quả từ mô hình dự báo chi phí trực tiếp y tế ghi nhận các

¹Đại học Y Dược thành phố Hồ Chí Minh

²Trường Đại học Y Dược Cần Thơ

³Bệnh viện Nhi Lâm Đồng

⁴Sở Y tế Lâm Đồng

Chịu trách nhiệm chính: Hoàng Thy Nhac Vũ

Email: hoangthyhacvu@ump.edu.vn

Ngày nhận bài: 3.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 18.4.2022

Ngày duyệt bài: 27.4.2022