

so với 77.6% không có cường cận giáp trong nhóm dân số nghiên cứu.

- Các yếu tố liên quan đến tình trạng cường cận giáp thứ phát do bệnh thận mạn gồm phương pháp điều trị thay thế thận, nồng độ phospho máu, tích số canxi phospho và PTH máu.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Bộ y tế (2015), Hướng dẫn chẩn đoán và điều trị một số bệnh về thận - tiết niệu, Quyết định số 3931/QĐ-BYT ngày 21/9/2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế.
2. Vũ Lệ Anh, Nguyễn Thành Tâm, Trần Thị Bích Hương, (2010), "Rối loạn chuyển hóa canxi, phospho và PTH ở bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn trước chạy thận nhân tạo", Tạp chí Y học Thành phố Hồ Chí Minh. 14, trang. 407-413.
3. Nguyễn Thanh Minh (2021), "Nghiên cứu rối loạn xương, khoáng và các yếu tố liên quan trên bệnh nhân bệnh thận mạn giai đoạn 5 lọc máu chu kỳ", Luận án tiến sĩ y học, Đại học Y Huế
4. Andrew S. L., Kai-uwe E., Yusuke T., et al (2005), "Definition and classification of chronic

kidney disease: A position statement from Kidney Disease: Improving Global Outcomes (KDIGO)", *Kidney International*, 67, pp. 2089–2100.

5. Ghosh B., Brojen T., Banerjee S., et al (2012), "The high prevalence of chronic kidney disease-mineral bone disorders: A hospital-based crosssectional study", *Indian Journal of Nephrology*. 22, pp 285-291.
6. International society of nephrology (2017), "KDIGO 2017 clinical practice guideline update for the diagnosis, evaluation, prevention, and treatment of chronic kidney disease–mineral and bone disorder (CKD-MBD)", *Kidney International Supplements*. 7, pp. 1-59.
7. Levin A, et al. (2007), "Prevalence of abnormal serum vitamin D, PTH, calcium, and phosphorus in patients with chronic kidney disease: results of the study to evaluate early kidney disease", *Kidney Int*. 71(1), pp. 31-38.
8. Miller P. D (2014), "Chronic kidney disease and osteoporosis: evaluation and management", *Bonekey Rep*. 3 (542), pp. 1-7.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT MILES ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG THẤP TẠI BỆNH VIỆN BẠCH MAI

Trần Mạnh Hùng¹, Trần Quế Sơn^{1,2}, Trần Hiếu Học^{1,2},
Nguyễn Hoàng Quân³, Vũ Đức Long¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả của phẫu thuật Miles trong điều trị ung thư trực tràng thấp. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu hồi cứu các bệnh nhân ung thư trực tràng thấp được phẫu thuật cắt cụt trực tràng tại Bệnh viện Bạch mai từ 1/2015 đến 12/2019. **Kết quả:** 52 bệnh nhân gồm 26 nam, 26 nữ, phẫu thuật gồm nội soi 15 (28,8%) và mở 37 (71,2%); giai đoạn bệnh I, II, III, IV lần lượt là 25%, 32,7%, 32,7% và 9,6%. Thời gian phẫu thuật 126,2 phút (70-240), thời gian nằm viện 9,37 ngày (6-20), tai biến 1,9%, biến chứng 7,6%. Thời gian theo dõi dài nhất 55 tháng, tỷ lệ sống thêm toàn bộ sau 12, 24, 36 và 48 tháng lần lượt là 96,1%, 86,5%, 75,0% và 65,4%, thời gian sống thêm chung là 39,69 ± 2,47 tháng. Có 3 trường hợp tái phát tại chỗ sau mổ thời điểm 12, 15, 18 tháng ở những bệnh nhân có u T4. **Kết luận:** Phẫu thuật Miles trong điều trị ung thư trực tràng thấp có hiệu quả khá tốt với tai biến, biến chứng thấp và thời gian sống thêm sau mổ tương đối cao.

Từ khóa: phẫu thuật Miles, ung thư trực tràng thấp, kết quả phẫu thuật.

SUMMARY

RESULTS OF MILES SURGERY TO TREAT LOW RECTAL CANCER AT BACH MAI HOSPITAL

Aims: To evaluate the results of Miles surgery in the treatment of low rectal cancer. **Materials and methods:** Retrospective study of low rectal cancer patients undergoing rectal amputation at Bach Mai Hospital from January 2015 to December 2019. **Results:** 52 patients, including 26 men, 26 women, surgery including laparoscopic 15 (28.8%) and open 37 (71.2%); disease stages I, II, III, IV are 25%, 32.7%, 32.7% and 9.6%, respectively. Surgery time 126.2 minutes (70-240), hospital stay 9.37 days (6-20), complications 1.9%, complications 7.6%. The longest follow-up time was 55 months, the overall survival after 12, 24, 36 and 48 months was 96.1%, 86.5%, 75.0% and 65.4%, respectively. overall is 39.69 ± 2.47 months. There were 3 cases of local recurrence after surgery at 12, 15, 18 months in patients with T4 tumor. **Conclusion:** Miles surgery in the treatment of low rectal cancer is quite effective with low complications and relatively high survival time after surgery.

Keywords: Miles surgery, low rectal cancer, surgical results.

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Ung thư trực tràng (UTTT) là ung thư thường

¹Bệnh viện Bạch Mai

²Trường Đại học Y Hà Nội

³Bệnh viện Ung bướu Nghệ An

Chịu trách nhiệm chính: Trần Mạnh Hùng

Email: tranmanhhungngoai@gmail.com

Ngày nhận bài: 11.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 22.4.2022

Ngày duyệt bài: 5.5.2022

gặp của đường tiêu hóa, tỷ lệ mắc bệnh ngày càng cao và có xu hướng trẻ hóa. Theo Globocan 2020, ung thư đại trực tràng đứng hàng thứ 3 chiếm 10% tổng số ung thư, với ước tính hơn 1,9 triệu trường hợp mới mắc và hơn 900.000 ca tử vong. Trong năm 2016, khoảng 34.280 trường hợp CRC mới được báo cáo ở Brazil, với 16.660 trường hợp ở nam giới và 17.620 trường hợp ở phụ nữ. Ung thư trực tràng chiếm khoảng 30% số bệnh nhân mắc CRC¹. Theo số liệu WHO 2018, ung thư đại trực tràng là ung thư phổ biến hàng thứ 5 tại Việt Nam sau ung thư gan, phổi, dạ dày, vú. Theo kết quả ghi nhận ung thư quần thể tại TPHCM năm 2014, ung thư đại- trực tràng là ung thư thường gặp đứng hàng thứ hai (tính chung cả hai giới) với xuất độ chuẩn theo tuổi là 21,3/100.000 dân; chỉ sau ung thư phổi². Tuy nhiên ung thư đại trực tràng vẫn được coi là bệnh có tiên lượng tốt hơn các ung thư khác. UTTT nếu được chẩn đoán và điều trị sớm thì tỷ lệ sống trên 5 năm cao³.

Những năm gần đây, kết quả điều trị bệnh ngày càng được cải thiện nhờ chẩn đoán và phát hiện sớm hơn, đánh giá giai đoạn bệnh chính xác hơn dựa vào chụp cắt lớp vi tính, chụp cộng hưởng từ, siêu âm nội soi, nhờ tiến bộ về gây mê, kỹ thuật mổ và điều trị hỗ trợ tia xạ, hóa chất, miễn dịch.

Trong điều trị ung thư trực tràng, phẫu thuật vẫn là phương pháp điều trị chính, các phương pháp khác có vai trò hỗ trợ. Những khối u trực tràng ở đoạn thấp ngay ngõ ra của ống tiêu hóa và liên quan với cơ quan tiết niệu và sinh dục xung quanh nên phẫu thuật có nhiều phức tạp. Năm 1908, William Ernest Miles là người mô tả và thực hiện phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng và tăng sinh môn: đoạn đại tràng sigma, trực tràng, hậu môn, các cơ thắt và cơ nâng hậu môn cùng toàn bộ mạc treo trực tràng được cắt và đưa ra qua đường tăng sinh môn. Phẫu thuật này hạn chế được tái phát, di căn và tăng thêm thời gian sống cho bệnh nhân^{3,4}. Phẫu thuật nội soi được Jacobs bắt đầu áp dụng trong ung thư đại trực tràng năm 1991 và dần khẳng định tính ưu việt: tránh được đường mổ bụng dài, tiến hành cắt toàn bộ mạc treo trực tràng thuận lợi, bảo tồn thần kinh tiết niệu sinh dục, góp phần nâng cao chất lượng cuộc sống sau mổ, đau ít hơn, hồi phục nhanh hơn, nguy cơ nhiễm trùng vết mổ ít hơn^{4,5}. Chúng tôi thực hiện đề tài này nhằm mục tiêu: "*Đánh giá kết quả của phẫu thuật Miles trong điều trị UTTT thấp tại bệnh viện Bạch Mai giai đoạn 2015 – 2019*".

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng nghiên cứu

– **Tiêu chuẩn lựa chọn:** Bao gồm các trường hợp bệnh nhân được chẩn đoán UTTT thấp, khối u trực tràng có bờ dưới đến rìa hậu môn ≤ 6 cm, được xác định khi thăm khám trực tràng hoặc nội soi trực tràng, có kết quả giải phẫu bệnh lý xác định là ung thư biểu mô trực tràng. Bệnh nhân được phẫu thuật cắt cụt trực tràng đường bụng – tăng sinh môn (phẫu thuật Miles), gồm cả mổ mở và nội soi) tại khoa Ngoại Tổng hợp - Bệnh viện Bạch Mai từ 01/01/2015 đến 31/12/2019. Hồ sơ bệnh án có đủ các thông tin cần thiết cho nghiên cứu.

– **Tiêu chuẩn loại trừ:** Không có kết quả giải phẫu bệnh hoặc kết quả giải phẫu bệnh không phải là UTTT, u từ nơi khác xâm lấn hoặc di căn đến, kèm theo bệnh ác tính khác.

2.2. Phương pháp nghiên cứu. Thực hiện nghiên cứu mô tả, hồi cứu.

Chọn mẫu thuận tiện, bao gồm tất cả bệnh nhân có đủ tiêu chuẩn lựa chọn trong giai đoạn tiến hành nghiên cứu.

Thu thập thông tin từ các hồ sơ bệnh án theo mẫu bệnh án nghiên cứu thống nhất. Theo dõi thời gian sống sau mổ bằng cách mời BN quay lại khám, lấy thông tin trực tiếp qua khám bệnh kiểm tra. Nếu BN đã chết hoặc không quay lại thì lấy thông tin qua điện thoại.

2.3. Các biến số nghiên cứu

2.3.4. Các đặc điểm về phẫu thuật.

- Phương pháp phẫu thuật: mổ hay nội soi
- Thời gian mổ
- Đánh giá tổn thương trong mổ (di căn gan, phúc mạc), mức độ xâm lấn của khối u, số lượng hạch nạo vét được, tỷ lệ hạch di căn/hạch nạo vét.
- Tai biến trong mổ (chảy máu, tổn thương tạng khác...)
- Kết quả phẫu thuật sớm: thời gian sử dụng thuốc giảm đau, thời gian có nhu động ruột trở lại, thời gian nằm viện sau mổ, Biến chứng sau mổ (chảy máu, nhiễm trùng, sa hay tụt hậu môn nhân tạo...)
- Kết quả phẫu thuật xa: thời gian sống thêm toàn bộ, sống thêm theo giai đoạn bệnh, tái phát và di căn.

2.4. Xử lý số liệu. Số liệu được nhập và xử lý bằng phần mềm SPSS 20.0, thời gian sống tính bằng phương pháp Kaplan Meier, kiểm định Log rank. Các số liệu được tính và so sánh theo tỷ lệ %, tỷ lệ trung bình bằng các thuật toán thống kê.

2.5. Vấn đề đạo đức trong nghiên cứu. Mọi thông tin thu thập được đảm bảo bí mật cho

bệnh nhân và chỉ sử dụng cho mục đích nghiên cứu. Nghiên cứu hồi cứu không làm thay đổi những giá trị về mặt điều trị theo hướng xấu đi đối với bệnh nhân. Kết quả nghiên cứu đảm bảo trung thực, khách quan, góp phần trong việc điều trị bệnh nhân ung thư trực tràng thấp.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Trong thời gian từ 01/01/2015 đến 31/12/2019 chúng tôi đã thống kê được 52 trường hợp tuổi trung bình 60,6 tuổi (35 – 82) gồm 26 nam và 26 nữ.

Phẫu thuật mở 37 và nội soi 15 trường hợp.

Thương tổn giải phẫu bệnh lý như trong bảng 1

Bảng 1. Tổn thương giải phẫu bệnh lý

T	T1	n	Tỷ lệ %
T	T1	0	0
	T2	14	26,9

Thời gian phẫu thuật và diễn biến sau mổ trình bày trong bảng 2

Bảng 2. Thời gian phẫu thuật và diễn biến sau mổ

	Mở (n=37)	Nội soi (n=15)	Chung (n=52)
Thời gian phẫu thuật (phút)	113,3 (70-165)	158,0 (120-240)	126,2 (70-240)
Thời gian nằm viện sau mổ	9,89 (7-20)	8,07 (6-10)	9,37 (6-20)
Thời gian có trung tiện	2,0 ± 0,78	2,5 ± 0,96	2,2 ± 0,82
Thời gian dùng giảm đau	2,5 ± 0,88	3,4 ± 0,72	3,2 ± 0,94

Thời gian phẫu thuật nội soi dài hơn phẫu thuật mở, các diễn biến khác không có sự chênh lệch nhiều.

Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ như trong bảng 3

Bảng 3. Tai biến trong mổ và biến chứng sau mổ

		n	Tỷ lệ %
Tai biến	Chảy máu (phải truyền máu trong mổ)	1	1,9
Biến chứng	Chảy máu vết mổ tầng sinh môn	1	1,9
	Nhiễm trùng vết mổ tầng sinh môn	1	1,9
	Nhiễm trùng vết mổ bụng	2	3,8

- Biến chứng chung sau mổ 7,6%. Không có tử vong, không có những biến chứng nghiêm trọng như: chảy máu trong ổ bụng, viêm phúc mạc, áp xe trong ổ bụng, tắc ruột...

Kết quả xa. Tại thời điểm kết thúc nghiên cứu có 19 bệnh nhân đã chết, 33 bệnh nhân còn sống. Bệnh nhân có thời gian theo dõi dài nhất là 55 tháng, ngắn nhất là 2 tháng.

Thời gian sống thêm sau mổ chung cho nhóm nghiên cứu như trong bảng 4 và biểu đồ 1.

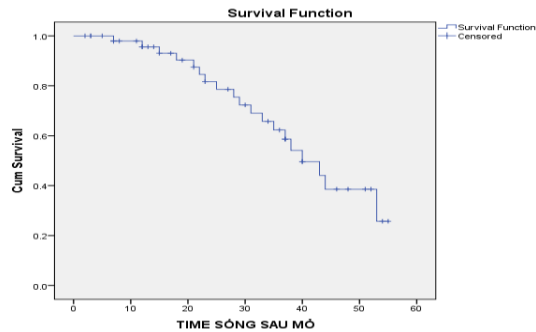
Bảng 4. Tỷ lệ sống sau mổ 12 tháng, 24 tháng, 36 tháng và 48 tháng

Thời gian sau mổ	Số bệnh nhân (n)	Xác suất (%)
12 tháng	50	96,1
24 tháng	45	86,5

N	T3	12	23,1
	T4	26	50,0
	N0	33	63,5
	N1	13	25,0
	N2	6	11,5
M	M0	47	90,4
	M1	5	9,6
Giai đoạn bệnh	I	13	25,0
	II	17	32,7
	III	17	32,7
	IV	5	9,6
Độ biệt hóa	Cao	6	11,6
	Vừa	45	86,5
	Kém	1	1,9

- Tổng số hạch nạo vét được là 357, trung bình 6,78 hạch (PT mở 7,11 và PTNS 6,27), trong đó số hạch di căn là 88, tỷ lệ hạch di căn/hạch nạo vét là 0,24.

36 tháng	39	75,0
48 tháng	34	65,4



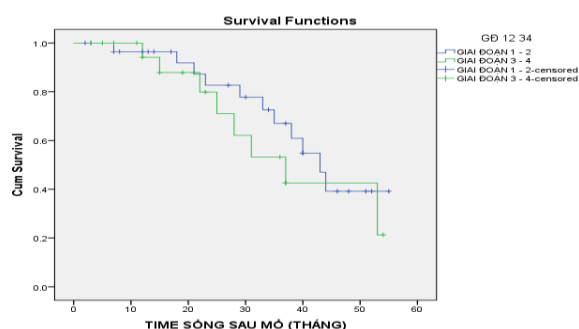
Biểu đồ 1. Thời gian sống thêm sau mổ toàn bộ nhóm nghiên cứu

Nhận xét: Thời gian sống thêm sau mổ chung cho toàn bộ nhóm nghiên cứu là 39,69 ± 2,47 tháng. Tỷ lệ sống của nhóm nghiên cứu sau 36 tháng là 75% và sau 48 tháng là 65,4%.

Thời gian sống thêm theo giai đoạn bệnh trình bày trong bảng 5 và biểu đồ 2.

Bảng 5. Thời gian sống thêm sau mổ theo giai đoạn bệnh

Giai đoạn bệnh theo TNM	n	Thời gian sống thêm	95% CI
Giai đoạn I, II	30	41,3 ± 3	35,3-47,2
Giai đoạn III, IV	22	37,6 ± 4,2	29,3-45,8



Biểu đồ 2. Thời gian sống thêm sau mổ theo giai đoạn bệnh

Thời gian sống thêm sau mổ ở nhóm BN giai đoạn I, II là 41,3 tháng và giai đoạn III, IV là 37,6 tháng, khác biệt không có ý nghĩa thống kê với $p > 0,05$ ($p = 0,399$).

- Tỷ lệ di căn, tái phát sau mổ

Trong 52 BN theo dõi sau mổ có 48 BN không có di căn chiếm tỷ lệ 92,3%, 4 BN di căn gan (7,7%) sau 10 tháng, 18 tháng, 21 tháng và 32 tháng.

Có 3 BN tái phát tại chỗ (tăng sinh môn) sau 12 tháng, 15 tháng, 18 tháng đều ở giai đoạn T4 và bệnh nhân bỏ điều trị xạ trị sau mổ.

IV. BÀN LUẬN

Mức độ biệt hóa tế bào u đóng vai trò quan trọng đối với tiên lượng của bệnh nhân. Những khối u mức độ biệt hóa tế bào kém sẽ có tiên lượng xấu hơn nhiều so với các khối u có mức độ biệt hóa cao và trung bình. Kết quả bảng 1 cho thấy số BN có khối u biệt hóa kém chiếm tỷ lệ nhỏ, chỉ 1,9%. Kết quả chúng tôi thấp hơn so với kết quả của Mai Đình Điều với mức độ biệt hóa kém chiếm 8,9%⁵, của Chung (2021) biệt hoá kém 7,5% và trung bình 67,7%⁷, của Nessar biệt hoá kém trong số 56 BN thì biệt hoá kém 5,4% và vừa 33,9%⁸. Theo nhiều tác giả, các khối u có mức độ biệt hóa tế bào kém thì nguy cơ di căn hạch lớn hơn so với các khối u có mức độ biệt hóa cao và trung bình.

Về mức độ xâm lấn của khối u so với thành ruột, trong đầu những năm 1990 chỉ mổ cắt cụt trực tràng với những u trực tràng thấp ở cả các giai đoạn T1, T2. Tuy nhiên những năm gần đây có nhiều tác giả đã chỉ định mổ những khối u ở giai đoạn T3, T4, những trường hợp u ở giai đoạn T4 có thể điều trị tia xạ và hoá chất trước mổ để hạ giai đoạn bệnh, chuyển từ phẫu thuật không triệt căn thành phẫu thuật triệt căn⁵. Theo kết quả trong bảng 1, giai đoạn u của chúng tôi chủ yếu là T3 và T4 (chiếm 73,1%). Kết quả này tương đương một số tác giả như của Mai Đình Điều xâm lấn mạc treo trực tràng gặp trong

33,6% trường hợp; 3,4% có hình ảnh xâm lấn tạng lân cận và 1,4% đã xâm lấn cơ vòng hậu môn⁵. Phạm Hùng Cường với 17 BN năm 2019 và 93 BN giai đoạn 2000-2004 có tỷ lệ T3 chiếm 47% và 40%, đều không có T4². Trong số 93 BN của Chung thì T3 chiếm 46,2% và T4 chiếm 15,1%⁷ và với 56 BN của Nessar thì tỷ lệ T3 và T4 lần lượt là 46,4% và 5,4%⁸.

Thời gian mổ góp phần giúp chúng ta đánh giá được ưu nhược điểm của một phương pháp phẫu thuật. Một phương pháp phẫu thuật có thời gian mổ càng ngắn mà chất lượng cuộc mổ vẫn đảm bảo rất có ý nghĩa đối với các phẫu thuật viên. Trong nghiên cứu của chúng tôi, thời gian mổ trung bình là $126,25 \pm 36,72$ phút (Bảng 2), có thể nhanh nhưng cũng có thể tới 240 phút. Thời gian phẫu thuật còn tùy thuộc vào kỹ năng của phẫu thuật viên, phương pháp phẫu thuật và tính chất của khối u. Trong nghiên cứu của chúng tôi có thời gian phẫu thuật tương tự các tác giả gần đây như Phạm Văn Bình thời gian phẫu thuật là $133 \pm 20,87$ phút, tác giả Trần Ngọc Dũng làm phẫu thuật nội soi là $170,6 \pm 30$ phút, Mai Đình Điều với 63 trường hợp phẫu thuật Miles thì trung bình là 205 phút⁵. Nhiều nghiên cứu khác về phẫu thuật nội soi cắt trực tràng trên thế giới so với phẫu thuật mở thì phẫu thuật nội soi có thời gian dài hơn. Kết quả của chúng tôi cũng tương tự: thời gian mổ trung bình của phẫu thuật mở mở là 113,3 phút, ngắn nhất 70 phút, dài nhất 165 phút, thời gian mổ trung bình của phẫu thuật nội soi là 158 phút, ngắn nhất 120 phút, dài nhất 240 phút (Bảng 2).

Một trong các nguyên tắc khi phẫu thuật ung thư là nạo vét hạch. Theo kết quả nghiên cứu của chúng tôi, tổng số hạch nạo vét là 357, số hạch trung bình là 6,87 trong đó số hạch di căn là 88, tỷ lệ hạch di căn/hạch nạo vét là 0,24. Tỷ lệ bệnh nhân có di căn hạch là 36,5% (19/52 BN). Số lượng hạch của chúng tôi lấy được thấp hơn nhiều so với các tác giả Phạm Văn Bình ($14,6 \pm 5,3$ hạch), nhưng tỷ lệ di căn hạch cao hơn chút ít (36,5% so với 31%)⁴. Trong số 93 BN của Chung (2021) thì 25 BN có di căn hạch chiếm 26,5%⁷. Số lượng hạch nạo vét có thể phụ thuộc vào một số yếu tố: phương pháp phẫu tích bệnh phẩm để lấy hạch, người lấy hạch phải có đủ kinh nghiệm để lấy đủ số hạch của bệnh phẩm, các hạch trong MTTT thường rất nhỏ và có thể bị bỏ qua trong quá trình phẫu tích lấy hạch.

Theo một số nghiên cứu số hạch lấy được không có sự khác biệt giữa nhóm mổ mở và mổ nội soi và tỷ lệ di căn hạch của 2 nhóm là như nhau. Theo kết quả của chúng tôi số hạch lấy

được trong PT Miles mở là 7,11 hạch và trong PT Miles nội soi là 6,27. Như vậy, nhìn chung mổ nội soi khả năng nạo vét hạch cũng tương tự như mổ mở.

Nghiên cứu của chúng tôi chỉ có 1 bệnh nhân bị tai biến trong mổ (chiếm 1,9%) và không có bệnh nhân tử vong. Đó là 1 bệnh nhân nữ 50 tuổi bị chảy máu trong khi phẫu tích trực tràng do khối u có kích thước lớn (T4), phải truyền 1 đơn vị máu trong mổ. Sau đó phẫu thuật viên đã cầm máu được, cuộc mổ tiếp tục diễn ra bình thường, bệnh nhân này không có biến chứng gì trong quá trình điều trị hậu phẫu, bệnh nhân ra viện ổn định sau 10 ngày hậu phẫu. Tai biến chảy máu trong mổ cũng phụ thuộc vào kỹ thuật mổ, kỹ năng phẫu tích của từng phẫu thuật viên. Đối với phẫu thuật cắt cụt trực tràng chảy máu thường xảy ra ở những thì phẫu tích bó mạch trực tràng trên, bó mạch mạc treo tràng dưới, khi mổ cắt toàn bộ MTTT không đúng diện phẫu tích làm tổn thương mạch chậu trong và đám rối tĩnh mạch trước xương cụt. Theo Phạm Văn Bình, tỷ lệ này là 1,4% do rách bàng quang, thủng ruột non⁴.

Đối với một phương pháp phẫu thuật, đánh giá tỷ lệ tử vong và biến chứng sau mổ là một việc làm quan trọng để xác định mức độ thành công của phương pháp phẫu thuật. Trong nghiên cứu của chúng tôi tỷ lệ biến chứng là 7,6%, gồm 2 BN nhiễm trùng vết mổ bụng, 1 BN nhiễm trùng và 1 BN chảy máu vết mổ tầng sinh môn, không có áp xe trong ổ bụng, tụt hậu môn nhân tạo, không có tử vong sau mổ (Bảng 3). Phạm Văn Bình cũng có 2,8% biến chứng sau mổ⁴, còn Trần Ngọc Dũng có tỷ lệ biến chứng chung là 15,1% gồm chảy máu, nhiễm trùng vết mổ, xì bục miệng nổi hay bán tắc ruột sau mổ⁶. Holm (2017) cũng có nhận xét từ một phân tích gộp thấy rằng tỷ lệ nhiễm trùng vết thương tầng sinh môn có thể vào khoảng 11-39%³.

Trong phẫu thuật ung thư, phương pháp mổ nào giúp cho BN kéo dài thời gian sống hơn, tỷ lệ di căn, tái phát ít hơn sẽ được đánh giá tốt. Với 52 BN trong nghiên cứu tính tới tháng 12/2019 đã có 19 BN đã chết. Chúng tôi tính thời gian sống thêm sau mổ ước lượng theo Kaplan-Meier, kết quả cho thấy tỷ lệ sống thêm 1 năm 96,1%, 2 năm 86,5%, 3 năm 75% và 4 năm là 65,4% (Bảng 4), thời gian sống thêm toàn bộ của cả nhóm là 39,69 ± 2,47 tháng (Biểu đồ 1). Theo nghiên cứu của Phạm Văn Bình (2013) tại bệnh viện K, tỷ lệ sống thêm 3 năm là 73,3% tương đương kết quả chúng tôi⁴, tuy nhiên thời gian sống thêm toàn bộ là 33,3 ± 1,0 tháng thấp hơn

chút ít. Thời gian sống thêm toàn bộ ở 93 BN của Mai Đình Điều là 29,96 ± 19,65 tháng⁵. Chung (2021) có tỷ lệ sống thêm toàn bộ và sống thêm không bệnh 5 năm lần lượt là 79,7% và 64,3%⁷. Nahas (2020) so sánh cắt trước thấp và cắt cụt trực tràng thấy tỷ lệ sống sót sau cắt cụt kém hơn (46,4% và 74,2%) với thời gian theo dõi trung bình 32 tháng¹.

Các nghiên cứu về ung thư trực tràng đều chỉ ra rằng giai đoạn bệnh càng tiến triển tại thời điểm chẩn đoán thì tỷ lệ tái phát sau mổ càng cao và thời gian sống thêm sau mổ càng thấp. Theo kết quả nghiên cứu này, thời gian sống thêm sau mổ của nhóm BN giai đoạn I-II là 41,3 ± 3 tháng, của nhóm BN giai đoạn III-IV là 37,6 ± 4,2 tháng, sự khác biệt không có ý nghĩa thống kê ($p = 0,399$) (Bảng 5, Biểu đồ 2). Nghiên cứu của Phạm Văn Bình cho thấy thời gian sống thêm trung bình ở nhóm BN giai đoạn III là 28,42 tháng, thấp hơn nhóm BN giai đoạn II là 33,06 tháng (sự khác biệt chưa có ý nghĩa thống kê, $p > 0,05$)⁴. Davies cũng đưa ra nhận xét trong nghiên cứu của mình rằng giai đoạn bệnh có liên quan tới thời gian và tỷ lệ sống thêm 5 năm sau mổ⁹.

Qua theo dõi 52 BN chúng tôi thấy tái phát tại chỗ 3 BN (5,8%), 4/52 BN (7,7%) thấy di căn sau mổ, và đều là di căn gan do không theo dõi định kỳ đều đặn và không điều trị bổ trợ sau mổ. Các yếu tố nguy cơ tái phát tại chỗ bao gồm: mức độ xâm lấn của khối u, độ biệt hóa u... Cả 3 BN tái phát này u đều ở giai đoạn T4 và bệnh nhân bỏ điều trị bổ trợ sau mổ, trong đó BN tái phát sớm nhất sau 10 tháng. Tỷ lệ tái phát tại chỗ các BN cắt cụt của Nessar là 3,6%⁸, còn Nahas (2020) cũng nhận thấy cắt cụt có tỷ lệ tái phát tại chỗ cao hơn khi so với phẫu thuật cắt trước thấp (31,4% so với 12,9%)¹. Davies có 2 BN tái phát tại chỗ ở tháng thứ 18 và 24 trong số 40 trường hợp cắt cụt trực tràng⁹.

V. KẾT LUẬN

Phẫu thuật Miles trong điều trị ung thư trực tràng thấp có thể thực hiện nội soi hoặc mở với kết quả không khác nhau nhiều cả về phẫu thuật và về mặt ung thư học. Kết quả sớm cũng như lâu dài tương đối tốt với tỷ lệ tai biến, biến chứng thấp (1,9% và 7,6%) và tỷ lệ sống toàn bộ sau mổ khả quan, sau 3 và 4 năm là 75% và 65,4%, thời gian sống thêm sau mổ là 39,69 ± 2,47 tháng.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. Nahas S.C., Nahas C.S.R., Bustamante-Lopez L.A., Pinto R.A., Marques C.F.S., Ceconello I.

- Outcomes of surgical treatment for patients with distal rectal cancer: A retrospective review from a single university hospital. *Revista de Gastroenterología de México*. 2020;85(2):180-189.
- Phạm Hùng Cường.** Phẫu thuật bảo tồn hậu môn điều trị ung thư trực tràng thấp tại bệnh viện ung bướu TPHCM. *Tạp chí Y học lâm sàng – Bệnh viện Trung ương Huế* số 65-2020, 71-77.
 - Holm T. Abdominoperineal Excision:** Technical Challenges in Optimal Surgical and Oncological Outcomes after Abdominoperineal Excision for Rectal Cancer. *Clin Colon Rectal Surg* 2017;30:357–367.
 - Phạm Văn Bình (2013).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi cắt cụt trực tràng đường bụng tầng sinh môn điều trị ung thư trực tràng thấp. Luận án tiến sĩ y học, Học viện Quân Y.
 - Mại Đình Diệu (2014).** Nghiên cứu ứng dụng phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng. Luận án tiến sĩ y học, Trường Đại học Y Dược Huế.
 - Trần Ngọc Dũng, Hà Văn Quyết, Kim Văn Vụ, Chu thị Chi (2014).** Đánh giá kết quả sớm của phương pháp phẫu thuật nội soi trong điều trị ung thư trực tràng. *Y học thực hành* số 2/2014 (905), 35-38.
 - Chung HJ., Kim JG., Kim HJ., Cho HM., Kye BH. (2021).** The Safety and Feasibility of Laparoscopic Surgery for Very Low Rectal Cancer: A Retrospective Analysis Based on a Single Center's Experience. *Biomedicine* 2021, 9, 1720. doi.org/10.3390/biomedicine9111720.
 - Neşşar G, Demirbağ AE, Celep B, Elbir OH, Cüneyt Kayaalp C. (2016).** Extralevator abdominoperineal excision versus conventional surgery for low rectal cancer: a single surgeon experience. *Ulus Cerrahi Derg* 2016; 32: 244-247. DOI: 10.5152/UCD.2016.3251.
 - Davies M., Harries D., Hirst G., Beynon R., Morgan A. R., Carr N. D. and Beynon J. (2008).** Local recurrence after abdomino-perineal resection. *Colorectal Disease*, 11, 39–43 doi:10.1111/j.1463-1318.2008.01520.

MỐI LIÊN QUAN GIỮA ĐA HÌNH GEN METHYLENE TETRAHYDROFOLATE REDUCTASE (MTHFR) C677T VỚI LOÃNG XƯƠNG Ở NAM GIỚI

Nguyễn Thị Hoa¹, Nguyễn Thị Nàn¹, Trần Thị Minh Hoa²
Nguyễn Thị Thanh Hương^{3,4}

TÓM TẮT

Các nghiên cứu trước đây chỉ ra rằng nồng độ homocystein huyết thanh và đa hình C677T của gen MTHFR (Methylenetetrahydrofolate reductase) có liên quan đến loãng xương ở quần thể người phụ nữ mãn kinh châu Á. Các nghiên cứu tiến hành trên nam giới cao tuổi còn ít. Do vậy nghiên cứu của chúng tôi nhằm mục tiêu tìm hiểu mối liên quan giữa đa hình gen MTHFR tại SNP (Single Nucleotide Polymorphism) C677T với loãng xương ở nam giới cao tuổi. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Nghiên cứu bệnh chứng tiến hành trên 400 nam giới 50 tuổi trở lên (200 bệnh và 200 chứng) giá trị MĐX được xác định bằng phương pháp đo hấp phụ tia X năng lượng kép, tại vị trí đốt sống L1-L4, cổ xương đùi (CXĐ) và đầu trên xương đùi. Nhóm bệnh được chẩn đoán loãng xương theo tiêu chuẩn của WHO, nhóm chứng là nhóm có mật độ xương bình thường. Xác định kiểu gen MTHFR C677T bằng phương pháp ARMS – PCR (Amplifications Refractory Mutation System – Polymerase chain reaction - kỹ thuật sử dụng hệ thống khuếch đại đột biến). **Kết quả:** Tần xuất kiểu gen

CC/CT/TT của nhóm nghiên cứu lần lượt là: 62,5%/33,5%/4,0%. Tần xuất alen C và T lần lượt là (79,25%) và (20,75%), phân bố alen C và T tuân theo định luật Hardy-Weinberg. Trong đó kiểu gen CT và TT xuất hiện ở nhóm bệnh (36,5% và 6%) cao hơn nhóm chứng (30,5% và 2%) sự khác biệt có ý nghĩa thống kê ($p=0,036$); người mang kiểu gen CT/TT làm tăng nguy cơ loãng xương gấp 1,54 lần so với người mang kiểu gen CC (95% CI: 1,02-2,31 trong đó vị trí cổ xương đùi là 2,04 lần (95%CI: 1,23-3,38); sau khi kiểm định hồi quy tuyến tính đa biến với các yếu tố nguy cơ tuổi, chỉ số BMI, tiền sử hút thuốc lá, uống rượu, tiền sử gãy xương, mức độ hoạt động thể lực, nơi sống cho kết quả kiểu gen CT/TT làm tăng nguy cơ loãng xương lên gấp 1,52 lần so với kiểu gen CC, tuy nhiên không có ý nghĩa thống kê trong mô hình kiểm định đa biến. **Kết luận:** Kết quả nghiên cứu của chúng tôi chỉ ra rằng đa hình gen C677T của gen MTHFR là yếu tố nguy cơ độc lập ảnh hưởng đến loãng xương ở nam giới.

Từ khóa: MTHFR (Methylenetetrahydrofolate reductase); Đa hình gen; Loãng xương; Mật độ xương; Nam giới

SUMMARY

ASSOCIATION BETWEEN METHYL METHYLENE TETRAHYDROFOLATE REDUCTASE (MTHFR) C677T POLYMORPHISM AND OSTEOPOROSIS IN MEN IN MEN

Previous studies have shown that homocysteine level and the C677T polymorphism in the gene encoding Methylenetetrahydrofolate reductase (MTHFR) may be involved in the development of

¹Bệnh viện Hữu Nghị

²Bệnh viện Bạch Mai

³Trường Đại học Y Hà Nội

⁴Viện nghiên cứu y học Đỉnh Tiên Hoàng

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Thị Hoa

Email: hoabi80@gmail.com

Ngày nhận bài: 21.3.2022

Ngày phản biện khoa học: 29.4.2022

Ngày duyệt bài: 13.5.2022