

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT VAN HAI LÁ ÍT XÂM LẤN ĐƯỢC RÚT NỘI KHÍ QUẢN SỚM TẠI BỆNH VIỆN HỮU NGHỊ VIỆT ĐỨC

Lê Hồng Quân¹, Phùng Duy Hồng Sơn¹,
Nguyễn Hữu Ước¹, Nguyễn Thị Thảo¹

TÓM TẮT

Mục đích nghiên cứu: Đánh giá kết quả sớm phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được gây mê rút nội khí quản sớm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức. **Đối tượng và phương pháp nghiên cứu:** Mô tả hồi cứu nhóm bệnh nhân phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được gây mê theo phương pháp rút nội khí quản sớm tại Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2022. **Kết quả:** Tổng cộng có 44 bệnh nhân trong nghiên cứu với tỉ lệ nữ/nam - 1,6; Độ tuổi trung bình 49,61±10,73 (25 - 67). Không có bệnh nhân tử vong. Thời gian tuần hoàn ngoài cơ thể 103,51±20,66 phút (64 - 157) thời gian kẹp động mạch chủ 81,02±15,85 phút (52 - 126), thời gian mổ 3,29±0,48 giờ (2,5 - 4,8), thời gian rút nội khí quản sau mổ 88,11±100,65 phút (10 - 360), thời gian nằm hồi sức 15,82±4,08 giờ (10 - 24), thời gian nằm viện sau mổ 13,18±3,72 ngày (8 - 25). Có 7 bệnh nhân (15,9%) loạn thần nhẹ sau mổ (sảng) điều trị nội khoa, xẹp phổi - 01(2,3%), chảy máu thành ngực mổ lại - 01(2,3%), rò bạch huyết vết mổ đùi - 01(2,3%). **Kết luận:** Kết quả bước đầu cho thấy phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được gây mê rút nội khí quản sớm là khả thi, an toàn và rút ngắn đáng kể thời gian thở máy, nằm hồi sức.

Từ khóa: Thay van hai lá ít xâm lấn, sửa van hai lá, mổ tim nội soi, gây mê tim "nước rút".

SUMMARY

RESULTS OF MINIMALLY INVASIVE MITRAL VALVE SURGERY WITH EARLY EXTUBATION AT VIET DUC UNIVERSITY HOSPITAL

Background: Evaluate early results of minimally invasive mitral valve surgery associated fast tract anesthesia and early extubation at Viet Duc University Hospital. **Methods:** This is a retrospective, descriptive study with a convenient sample size, including all acceptable patients from January 2021 to April 2022. **Results:** There were 44 patients with female/male rate ~ 1,6 and average age 49,61±10,73 (range 25 - 67). There was no hospital mortality. Cardiopulmonary bypass time, aortic cross clamp time and operating time were 103,51±20,66 minutes (range 64 - 157), 81,02±15,85 minutes (range 52 - 126) and 3,29±0,48 hours (range 2,5-4.8) relatively. Ventilation time, length of ICU stay and hospital stay were 88,11±100,65 minutes (range 10 - 360), 15,82±4,08

hours (range 10 - 24) and 13,18±3,72 days (range 8 - 25) relatively. Seven patients (15,6%) had temporary agitation after surgery, one (2,3%) had lung atelectasis, one (2,3%) required reoperation because bleeding from chest wound and one (2,3%) had lymphatic leak from femoral wound. **Conclusion:** A combination between minimally invasive mitral valve surgery, fast tract anesthesia and early extubation was safe and feasible. Our early results showed significantly reduce ventilation time and length of ICU stay in study group without serious complications

Keywords: Minimally invasive mitral valve surgery, fast tract cardiac anesthesia

I. ĐẶT VẤN ĐỀ

Phẫu thuật van hai lá (VHL) ít xâm lấn đã được chứng minh là một sự thay thế khả thi cho phương pháp phẫu thuật truyền thống với mở xương ức toàn bộ, tuy rằng một vài nhược điểm của phương pháp này đã được báo cáo như thời gian kẹp động mạch chủ dài hơn, yêu cầu về mặt kỹ thuật cao hơn¹ nhưng nó cho thấy kết quả ban đầu tốt về thời gian nằm hồi sức, nằm viện ngắn hơn, phục hồi nhanh hơn và thẩm mỹ hơn, dẫn đến giảm sử dụng các nguồn lực phục hồi chức năng và chi phí chăm sóc sức khỏe, kết quả lâu dài tương đương với kết quả đạt được với mở xương ức toàn bộ^{1,2}. Cùng với sự phát triển của ngành ngoại khoa, gây mê hồi sức trong lĩnh vực này cũng có nhiều tiến bộ. Chiến lược gây mê tim "nước rút", với mục tiêu rút nội khí quản sớm và giảm thời gian nằm hồi sức và nằm viện, đã phát triển trong 25 năm qua^{2,3}. Sự kết hợp giữa phẫu thuật van hai lá ít xâm và chiến lược gây mê tim "nước rút" cho phép rút nội khí quản ngay tại phòng mổ.

Tại bệnh viện hữu nghị Việt Đức, phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được rút nội khí quản sớm đã được áp dụng từ đầu năm 2021 và bước đầu cho kết quả đáng khích lệ. Chúng tôi tiến hành nghiên cứu này nhằm đánh giá kết quả sớm của phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được gây mê theo chiến lược gây mê tim "nước rút", rút nội khí quản sớm và nhìn lại y văn.

II. ĐỐI TƯỢNG VÀ PHƯƠNG PHÁP NGHIÊN CỨU

2.1. Đối tượng: Bệnh nhân có bệnh VHL được phẫu thuật tim hở, ít xâm lấn, để thay hoặc sửa VHL, có thể kết hợp sửa van ba lá, đốt rung nhĩ được rút nội khí quản sớm (trong vòng 6h

¹Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức, Đại học Y Hà Nội
Chịu trách nhiệm nội dung: Phùng Duy Hồng Sơn
Email: hongsony81@yahoo.com
Ngày nhận bài: 25.10.2022
Ngày phản biện khoa học: 5.12.2022
Ngày duyệt bài: 26.12.2022

sau mổ) tại Trung tâm tim mạch và lồng ngực - Bệnh viện hữu nghị Việt Đức từ tháng 01/2021 đến tháng 04/2022.

2.2. Phương pháp: Thiết kế nghiên cứu mô tả, hồi cứu với cỡ mẫu thuận tiện. Các số liệu được thu thập từ bệnh án điện tử, xử lý bằng các thuật toán Y học trên chương trình SPSS Statistics 22. Các thông số được tính toán qua tỷ lệ phần trăm, giá trị trung bình, độ lệch chuẩn. Tất cả bệnh nhân trong nghiên cứu được chọn, và tiến hành phẫu thuật theo một quy trình thống nhất.

2.3. Đạo đức nghiên cứu: Nghiên cứu được thông qua và tiến hành dưới sự chấp thuận của Hội đồng đạo đức Bệnh viện Hữu nghị Việt Đức và Trường Đại học Y Hà Nội.

III. KẾT QUẢ NGHIÊN CỨU

Có 44 bệnh nhân đủ tiêu chí nghiên cứu, các đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng được mô tả trong bảng 1.

Bảng 1: Đặc điểm lâm sàng và cận lâm sàng của bệnh nhân nghiên cứu (N=44)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Tuổi trung bình (năm)		49,61±10,73 (25-67)	
BMI		20,71±2,97 (15 – 28)	
Giới	Nam	17	38,64
	Nữ	27	61,36
Tiền sử bệnh	Cao huyết áp	7	15,91
	Nong VHL	4	9,09
	Tai biến mạch não	2	4,55
Thấp khớp		5	11,36
NYHA	I	1	2,27
	II	33	75
	III	10	22,73
Triệu chứng lâm sàng	Mệt	36	81,82
	Khó thở	41	93,18
	Đau ngực	10	22,73
	Tim đập nhanh	20	45,45
	Gan to	1	2,27
	Phù	1	2,27
	Phổi có rales	1	2,27
	Thổi tâm thu	32	72,73
Loạn nhịp		20	45,45
X quang	Bờ trái có hình bốn cung	14	31,82
	Cung dưới phải có hình hai bờ	10	22,73
	Cung động mạch chủ phồng	6	13,64
Điện tim	Nhịp xoang	22	50
	Rung nhĩ	22	50
Thể bệnh	Hẹp hai lá đơn thuần	2	4,6
	Hẹp hở hai lá	25	56,8

Hở hai lá đơn thuần		17	38,6
Hở VBL	≤ 1/4	17	38,64
	1/4 - ≤ 2/4	18	40,91
	2/4 - ≤ 3/4	9	20,45

(NYHA- Phân độ suy tim theo hội tim mạch New York)

Đa số các bệnh nhân trẻ tuổi với suy tim mức độ vừa, thể trạng tương đối tốt với bệnh lý chủ yếu là hẹp hở van hai lá.

Các đặc điểm trong phẫu thuật được trình bày bảng 2.

Bảng 2: Đặc điểm trong mổ của bệnh nhân nghiên cứu (N=44)

Đặc điểm		n	Tỷ lệ %
Thương tổn VHL	Dày và co rút	25	56,82
	Sùi lá van hai lá	2	4,55
	Đứt dây chằng	10	22,73
	Van Barlow	2	4,55
	Sa lá van	4	9,09
Xẻ lá van		2	4,55
Kỹ thuật trên nhĩ trái	Lấy bỏ HKNT	2	4,55
	Khâu chân tiểu nhĩ trái	5	11,36
	Khâu thu hẹp buồng nhĩ trái	42	95,45
Đốt Maze		1	2,27
Sửa VHL n=14	Cắt tứ giác lá sau	10	71,4
	Khâu xẻ lá van	2	14,3
	Vòng van	14	100
Thay VHL n=30	Van cơ học	28	90,32
	Van sinh học	2	9,68
Sửa VBL	DeVega	11	25
Bệnh nhân cần truyền máu trong mổ		0	0

Các biến số thời gian trong và sau mổ được trình bày ở bảng 3.

Bảng 3: Các biến số thời gian trong và sau phẫu thuật

Biến số nghiên cứu	Tối thiểu	Thời gian trung bình	Tối đa
Thời gian kẹp ĐMC (phút)	52	81,02±15,85	126
Thời gian chạy máy THNCT (phút)	64	103,51±20,66	157
Thời gian mổ (giờ)	2,5	3,29±0,48	4,8
Thời gian rút nội khí quản (phút)	10	88,11±100,65	360
Thời gian nằm hồi sức (giờ)	10	15,82±4,08	24
Thời gian nằm viện sau mổ (ngày)	8	13,18±3,72	25

Bệnh nhân của chúng tôi được rút nội khí quản sớm (ngay tại bàn mổ hoặc trong 6h sau khi chuyển về khu hồi sức), thời gian nằm hồi sức ngắn trung bình khoảng 1 ngày.

Các biến chứng sau mổ được trình bày bảng 4.

Bảng 4: Các biến chứng sau mổ (N=44)

Biến chứng	Số bệnh nhân	Tỉ lệ %
Chảy máu mổ lại	1	2,3
Xẹp phổi	1	2,3
Loạn thần sau mổ	7	15,6
Rò bạch huyết vết mổ đùi	1	2,3

Có khoảng 15,6% số bệnh nhân xuất hiện kích thích sau mổ, điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp nào tai biến mạch não; có 1 trường hợp chảy máu, tràn máu màng phổi

Bảng 6: So sánh siêu âm tim trước và sau mổ

Các chỉ số siêu âm tim	Siêu âm trước mổ	Siêu âm ra viện	p
NT (mm)	49,64±7,44	45,80±9,00	0,003
Dd(mm)	53,59±8,67	50,25±5,79	0,003
Ds(mm)	34,25±6,73	33,09±6,95	0,221
EF (%)	64,30±7,81	62,16±9,26	0,140
ĐKTP (mm)	22,43±4,86	23,27±3,84	0,255
ALĐMPTT	40,32±14,48	28,64±7,49	0,000
Mức độ HoHL ở bệnh nhân sửa VHL (N = 14)	3,3±0,53	1,3±0,68	0,00

Bệnh nhân tại thời điểm ra viện tương đối tốt NYHA I-II, có 54,4% số bệnh nhân loạn nhịp trước mổ trở về nhịp tim đều. So sánh trên siêu âm trước và sau mổ thấy kích thước nhĩ trái, đường kính thất trái tâm trương giảm; áp lực động mạch phổi giảm đáng kể. Ở trên những bệnh nhân sửa VHL, kết quả sau mổ khá tốt chỉ còn hờ nhẹ - vừa.

IV. BÀN LUẬN

Phẫu thuật VHL xâm lấn tối thiểu đã được chứng minh là một sự thay thế khả thi cho phương pháp phẫu thuật mở xương ức toàn bộ, cho thấy kết quả ban đầu về thời gian nằm hồi sức, nằm viện ngắn hơn, phục hồi nhanh hơn, trở lại hoạt động bình thường và thẩm mỹ hơn, dẫn đến giảm sử dụng các nguồn lực phục hồi chức năng và chi phí chăm sóc sức khỏe thấp hơn khi so sánh với phương pháp mở toàn bộ xương ức^{1,2,4}. Các nghiên cứu cho thấy chiến lược gây mê tim "nước rút" và rút NKQ sớm có các ưu điểm²:

+ Giảm tỷ lệ kích ứng đường thở và các biến chứng liên quan đến máy thở (như tự rút nội khí quản, chấn thương khí quản, tăng áp phổi khi hút ống nội khí quản, tắc ống nội khí quản do đàm dãi, tắc nghẽn khí quản thứ phát sau thông khí áp lực dương, nhiễm trùng phổi và xẹp phổi do thở máy.

- + Giảm căng thẳng của người thân.
- + Giảm nhu cầu an thần và giảm khả năng ảnh hưởng đến huyết động.
- + Bệnh nhân được vận động sớm, thời gian

phải mổ lại và 1 trường hợp chảy dịch bạch huyết vết mổ đùi.

Các kết quả điện tim và siêu âm tim trước và sau mổ được trình bày bảng 5 và 6.

Bảng 5: Đánh giá điện tim sau mổ (N=44).

Số BN	Trước mổ	Sau mổ	Tỉ lệ %	
Loạn nhịp	22	Loạn nhịp	10	45,5
		Nhịp đều	12	54,4
Nhịp đều	22	Loạn nhịp	2	9,1
		Nhịp đều	20	90,9

nằm hồi sức ngắn, giảm thời gian nằm viện.

+ Giảm chi phí (liên quan đến máy thở và thời gian nằm hồi sức / thời gian nằm viện).

Sự ra đời của phương thức phẫu thuật xâm lấn tối thiểu giúp bệnh nhân nhanh chóng bình phục hơn^{1,2}, từ đó đòi hỏi một phương thức tiếp cận gây mê một cách phù hợp hơn. Điều quan trọng để tiến hành rút NKQ sớm là phải đảm bảo không còn tồn dư các thuốc mê và thuốc giãn cơ tại cuối cuộc mổ, đảm bảo cho bệnh nhân hồi phục hoàn toàn, đồng thời giảm các biến chứng sau mổ. Do đó, chiến lược khởi mê và duy trì mê phải tạo thuận lợi cho sự thải trừ các thuốc này. Êkip gây mê hồi sức tiến hành khởi mê và duy trì mê với chiến lược:

+ Tăng cường sử dụng các thuốc mê, giảm đau, giãn cơ tác dụng nhanh, ngắn

+ Giảm liều opioid nhắc lại trong mổ bằng tiếp cận giảm đau đa phương thức: NSAID, giảm đau không steroid, gây tê mặt phẳng cơ răng trước

+ Theo dõi độ mê và độ giãn cơ trong mổ bằng máy BIS và TOF để tránh nhắc lại các thuốc khi không cần thiết.

+ Tiến hành giải giãn cơ thường quy cho tất cả các bệnh nhân.

Hiện nay do số lượng bệnh nhân nghiên cứu vẫn còn hạn chế, chúng tôi vẫn chưa thể đưa ra một quy trình chính xác, cụ thể. Tỉ lệ biến chứng sau mổ không nhiều, có 1 bệnh nhân (2,3%) phải đặt lại NKQ vào ngày thứ 6 sau mổ do chảy máu – máu cục khoang màng phổi phải mổ lại xử lí sau đó bệnh nhân ổn định, rút NKQ và ra

viện; so với một số tác giả trên thế giới thì tỉ lệ của chúng tôi cũng tương đương như Barbero⁵ (1,9-4,9%), Abu-Omar⁶ (4%), Nishi⁷ (2,8%). Trong nghiên cứu có 7 bệnh nhân (15,6%) xuất hiện kích thích trong ngày thứ nhất sau mổ (4 bệnh nhân rút tại bàn mổ, 3 bệnh nhân rút tại phòng hồi sức) điều trị nội khoa ổn định, không có trường hợp nào gây tai biến đột quỵ não. Các nghiên cứu cho thấy tỉ lệ loạn thần sau khi rút ống NKQ ở những bệnh nhân phẫu thuật tim phụ thuộc vào nhiều yếu tố như tuổi cao, đái tháo đường, bệnh mạch máu ngoại vi, bệnh mạch

máu não, xơ vữa động mạch chủ, sử dụng tuần hoàn ngoài cơ thể với bơm máu động mạch ngược dòng (đặt ống thông động mạch ở đùi), nồng độ natri máu, thời gian mổ, thời gian chạy máy, thời gian rút NKQ^{8,9}, tỉ lệ bệnh nhân loạn thần của chúng tôi cao hơn so với một vài nghiên cứu Giltay⁹(2,1%), Krzych⁸ (4,1%), nhưng tỉ lệ bệnh nhân biến chứng đột quỵ não lại thấp hơn Barbero⁵(2%), Abu-Omar⁶(1,1%), Nishi⁷ (1%) nguyên nhân trong nghiên cứu của chúng tôi có thể do thời gian chạy máy kéo dài và thời gian rút NKQ quá sớm sau mổ.

Bảng 7: Một số kết quả của phẫu thuật VHL ít xâm lấn trên thế giới và trong nước so với nghiên cứu rút NKQ sớm của chúng tôi²

Khu vực	Tác giả	N	Thời gian	Thời gian Cặp ĐMC (phút)	Thời gian Chạy máy (phút)	Thời gian mổ (giờ)	Thời gian Thở máy (giờ)	Thời gian nằm hồi sức (ngày)	Thời gian nằm viện (ngày)
Thế giới	Nishi ⁷	324	2008 - 2015	131±54	191±68	5,21±1,6	-	2.8±4.8	-
	Nakayama ¹	141	1/2014 - 1/2020	113±35	144±36	3,7±0,7		2-3	7-11
Việt Nam	Nguyễn H. Định	72	8/2014 - 8/2016	115±25	162±42		15	2-3	
	Dương Đ. Hùng	49	1/2016 - 12/2016	64,0±15,3	103,1±24,3		21,6±14,9	1,3±0,67	8,4±1,76
	Trần Nhân	10	12/2016-3/2018	113±25	157±29	5,4±0,7	7,05±0,3		
	Nguyễn H. Ước	40	4/2014 - 12/2016	95,7±33,6	161,5±38,25		60±58		12,6±6,2
	Lê Văn Hùng ¹⁰	97	01/2019-12/2021	101,8±25,5	173,1±33,1	4,8±0,8	15,3±3,5	4,4±1,8	13,0±3,8
Nghiên cứu chúng tôi		44	1/2021-4/2022	81,02±15,85	103,51±20,7	3,29±0,48	1,47±1,68	0,67±0,17	13,18±3,72

Tại bệnh viện Hữu nghị Việt Đức phẫu thuật sửa van hai lá có nội soi hỗ trợ bắt đầu từ năm 2014 và vào đầu năm 2021 thực hiện rút nội khí quản sớm ở những bệnh nhân phù hợp có độ tuổi trung niên trung bình 49,61±10,73 tuổi (25-67), suy tim NYHA II là chủ yếu (75%), thể trạng tương đối tốt BMI 20,71±2.97, với bệnh lý chủ yếu là hẹp hở hai lá (56,8%) với nhịp xoang (50%), nhĩ trái giãn, áp lực động mạch phổi tăng không quá cao, nhưng chức năng tim vẫn còn được bảo tồn (Bảng 7). Kết quả cho thấy so với một số tác giả trong nước và trên thế giới cho thấy thời gian cặp chủ (81,02±15,85 phút), thời gian chạy máy (103,51±20,66 phút), thời gian mổ (3,29±0,48 giờ) trong nhóm nghiên cứu của chúng tôi ngắn hơn hoặc tương đương (Bảng 7), hầu hết có dùng 1 thuốc trợ tim trong mổ là Dobutamin; không bệnh nhân nào phải truyền máu trong mổ. Kết quả sau mổ khá tốt, bệnh nhân được rút ống nội khí quản ngay tại bàn mổ

hoặc là chuyển về khu hồi sức và rút trong vòng 6h sau mổ, trung bình là 88,11±100,65 phút; thời gian nằm hồi sức ngắn chưa đến 24h (15,82±4,08 giờ) so với một số trung tâm khác (trung bình 1 - 4 ngày); thời gian nằm viện sau mổ ngắn hơn (13,18±3,72 ngày). Trên siêu âm trước và sau mổ thấy thấy kích thước nhĩ trái, đường kính thất trái tâm trương giảm, áp lực động mạch phổi giảm đáng kể có ý nghĩa thống kê; trên các bệnh nhân sửa VHL sau mổ còn hở nhẹ - vừa, kết quả giảm có ý nghĩa thống kê so với trước mổ (p < 0.00).

V. KẾT LUẬN

Kết quả bước đầu phẫu thuật van hai lá ít xâm lấn được rút nội khí quản sớm là khả thi, an toàn và rút ngắn thời gian thở máy, nằm hồi sức, nằm viện. Tuy nhiên cần theo dõi ở số lượng bệnh nhân lớn hơn để có thể đưa ra các khuyến cáo cho ứng dụng rộng rãi phương pháp này.

TÀI LIỆU THAM KHẢO

1. **Nakayama T, Nakamura Y, Yasumoto Y, et al.** Early and mid-term outcomes of minimally invasive mitral valve repair via right mini-thoracotomy: 5-year experience with 129 consecutive patients. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2021;doi:10.1007/s11748-020-01573-2. doi:10.1007/s11748-020-01573-2
2. **Le Hong Quan, Nguyen Quoc Kinh, Phung Duy Hong Son.** Initial results of video-assisted thoracoscopic minimally invasive mitral valve replacement with fast tract cardiac anesthesia at Viet Duc University Hospital. *jcmhch.* 2022;(78). doi:10.38103/jcmhch.78.4
3. **Goeddel LA, Hollander KN, Evans AS.** Early Extubation After Cardiac Surgery: A Better Predictor of Outcome than Metric of Quality? *Journal of Cardiothoracic and Vascular Anesthesia.* 2018;32(2):745-747. doi:10.1053/j.jvca.2017.12.037
4. **Itô T.** Minimally invasive mitral valve surgery through right mini-thoracotomy: recommendations for good exposure, stable cardiopulmonary bypass, and secure myocardial protection. *Gen Thorac Cardiovasc Surg.* 2015; 63(7):371-378. doi:10.1007/s11748-015-0541-z
5. **Barbero C, Marchetto G, Ricci D, et al.** Steps Forward in Minimally Invasive Cardiac Surgery: 10-Year Experience. *The Annals of Thoracic Surgery.* 2019;108(6):1822-1829. doi:10.1016/j.athoracsur.2019.04.109
6. **Abu-Omar Y, Fazmin IT, Ali JM, Pelletier MP.** Minimally invasive mitral valve surgery. *J Thorac Dis.* 2021;13(3):1960-1970. doi:10.21037/jtd-20-2114
7. **Nishi H, Miyata H, Motomura N, et al.** Which Patients Are Candidates for Minimally Invasive Mitral Valve Surgery? — Establishment of Risk Calculators Using National Clinical Database —. *Circulation Journal.* 2019;83(8):1674-1681. doi:10.1253/circj.CJ-19-0175
8. **Krzych ŁJ, Wybraniec MT, Krupka-Matuszczyk I, et al.** Complex Assessment of the Incidence and Risk Factors of Delirium in a Large Cohort of Cardiac Surgery Patients: A Single-Center 6-Year Experience. *BioMed Research International.* 2013;2013:e835850. doi:10.1155/2013/835850
9. **Giltay EJ, Huijskes RVHP, Kho KH, Blansjaar BA, Rosseel PMJ.** Psychotic symptoms in patients undergoing coronary artery bypass grafting and heart valve operation. *European Journal of Cardio-Thoracic Surgery.* 2006; 30(1):140-147. doi:10.1016/j.ejcts.2006.03.056
10. **Lê Văn Hùng.** Kết quả phẫu thuật nội soi thay van hai lá sinh học tại bệnh viện E. Luận văn bác sĩ nội trú Đại học y Hà Nội. Published online 2022.

KẾT QUẢ PHẪU THUẬT NỘI SOI ĐIỀU TRỊ UNG THƯ TRỰC TRÀNG TẠI BỆNH VIỆN ĐẠI HỌC Y HÀ NỘI GIAI ĐOẠN 2016-2020

Trần Ngọc Dũng¹, Lưu Quang Dũng¹, Nguyễn Mạnh Hùng¹

TÓM TẮT

Mục tiêu: Đánh giá kết quả phẫu thuật nội soi điều trị ung thư trực tràng tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội. **Đối tượng và phương pháp:** nghiên cứu mô tả hồi cứu có theo dõi dọc trên 69 bệnh nhân chẩn đoán ung thư trực tràng được phẫu thuật nội soi tại Bệnh viện Đại học Y Hà Nội trong khoảng thời gian từ năm 2016 đến năm 2020. **Kết quả:** Bệnh nhân ở giai đoạn III chiếm tỷ lệ lớn nhất với 58%. Có 36,2% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối thấp; 30,4% bệnh nhân được áp dụng phương pháp cắt đoạn trực tràng, miệng nối cao. Phẫu thuật Miles chiếm 11,6%. Thời gian phẫu thuật trung bình là 140,2 ± 30,6. Số trường hợp xảy ra biến chứng là 5 trường hợp, chiếm 7,2%. Thời gian theo dõi trung bình là 38,9 tháng, tỷ lệ tử vong là 13%. Tỷ lệ tái phát là 17,4%. Thời gian sống còn không bệnh trung bình là 60,9 ± 2,9 tháng. Tỷ lệ sống còn không bệnh 5 năm là 82,6%. Thời gian sống còn toàn bộ

trung bình là 62,7 ± 2,8 tháng. Tỷ lệ sống còn toàn bộ 5 năm là 87%. Phân tích đa biến cho thấy độ xâm lấn của khối u và nồng độ CEA là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn không bệnh, độ xâm lấn của khối u là yếu tố tiên lượng độc lập đối với thời gian sống còn toàn bộ. **Kết luận:** Với những kết quả về ngắn hạn và dài hạn đã đạt được, phẫu thuật nội soi để điều trị ung thư trực tràng có thể tiếp tục thực hiện nếu điều kiện bệnh nhân thuận lợi và phẫu thuật viên có kinh nghiệm.

Từ khóa: ung thư trực tràng, phẫu thuật nội soi, Bệnh viện Đại học Y Hà Nội.

SUMMARY

RESULTS OF LAPAROSCOPIC SURGERY FOR RECTAL CANCER AT HANOI MEDICAL UNIVERSITY HOSPITAL, 2016-2020

Objective: To evaluate the results of laparoscopic surgery for rectal cancer at Hanoi Medical University Hospital. **Subjects and methods:** a retrospective descriptive study with longitudinal follow-up on 69 patients diagnosed with rectal cancer undergoing laparoscopic surgery at Hanoi Medical University Hospital between 2016 and 2020. **Results:** Patients in stage III accounted for the largest proportion with 58%. There were 36.2% of patients applied rectal resection method, low anastomosis;

¹Bệnh viện Đại học Y Hà Nội

Chịu trách nhiệm chính: Nguyễn Mạnh Hùng

Email: hungnm1211@gmail.com

Ngày nhận bài: 24.10.2022

Ngày phản biện khoa học: 6.12.2022

Ngày duyệt bài: 19.12.2022